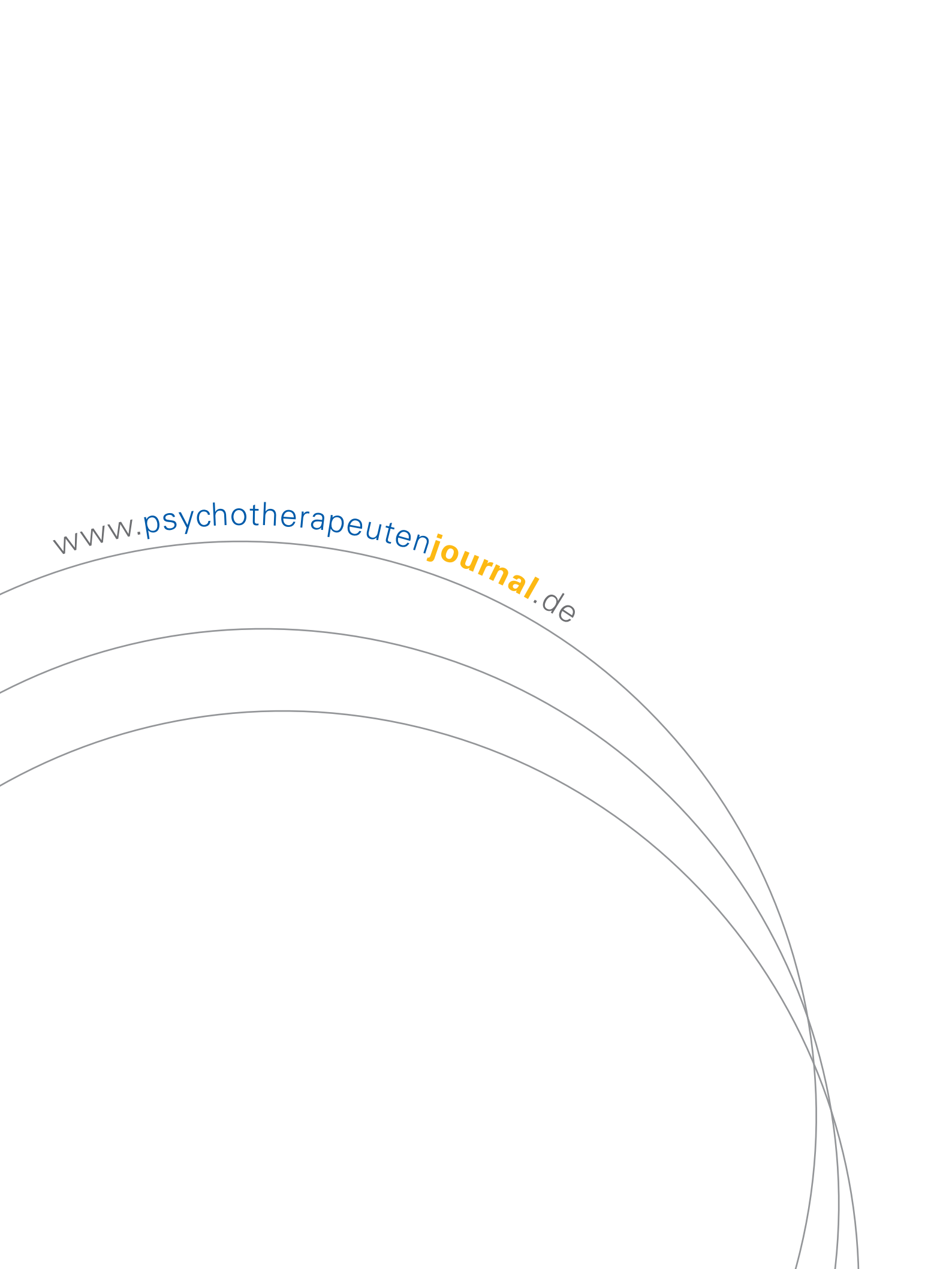
www.psychotherapeutenjournal.de | ISSN 1611-0773 | D 60843 | 14. Jahrgang | 14. September 2015

Psychotherapeuten journal

- Sommerinterview: Psychotherapieschulen und -verfahren – Strukturhilfe oder Entwicklungshindernis der Psychotherapie in Deutschland?
- Belastungen im Berufsalltag von Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Kurzzeittherapie – ein Allheilmittel zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung?
- Verfassungsbeschwerde zum fehlenden Abhörschutz für Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Nachgefragt: Wie stehen die Psychologischen Hochschulinstitute zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?

PTJ 3/2015
(S. 223–324)

www.psychotherapeutenjournal.de



Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) sich für eine Reform der Ausbildung ausgesprochen hat und das Bundesministerium für Gesundheit an einem Gesetzesentwurf arbeitet, werden die damit aufgeworfenen Fragen auf verschiedenen Ebenen diskutiert. Wie zu erwarten werden Interessenkonflikte nun deutlich(er). Zum Beispiel daran, wie der Studiengang Psychotherapie ausgestaltet sein soll und welche Rolle dabei die bisherige universitäre Psychologie spielen könnte. Dazu wird Frau Prof. Andrea Abele-Brehm, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), in der verschiedene psychologische Teildisziplinen organisiert sind, von Heiner Vogel befragt. In einem weiteren Interview, das im Sommer von Mareke Santos-Dodt und Heiner Vogel geführt wurde, zeigen die Professoren Jürgen Kriz und Matthias Berking als Vertreter universitärer klinischer Psychologie, welche Vorstellungen eine eventuelle Teilhabe an der Ausbildung bei ihnen weckt. Mit ihrer Kritik am Verfahrensbegriff des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) und besonders an der Bedeutung von Verfahren und mit ihrer Akzentuierung von Störungsspezifität machen in unterschiedlicher Stärke deutlich, dass die auf dem DPT nicht ohne Mühe errungene Position, in einem Direktstudium vier unterschiedliche Grundorientierungen der Psychotherapie *angemessen* zu repräsentieren, von ihnen nicht unbedingt geteilt wird. Es gibt also noch viel zu klären. Interviews mit anderen „Playern" für die Reform sollen folgen.

Nochmals können Sie einen Beitrag zum Thema Autismus lesen. Katharina Krämer et al. sehen als übergeordnetes Behandlungsziel die Erweiterung des Verhaltensrepertoires für Erwachsene, die unter autistisch-autistoiden Störungen leiden. Sie beschreiben ihre verhaltenstherapeutische Arbeit vor allem in Gruppen mit psychoedukativen Elementen. Wir schließen diesen Schwerpunkt damit ab und möchten Sie ermutigen, mit Leserbriefen die Diskussion zu erweitern. Die über drei Hefte erschienenen Beiträge verdeutlichen, wie unterschiedlich die psychotherapeutische Praxis ist und wie unterschiedlich sie konzipiert wird. Zu den Positionierungen der Universitätsvertreterinnen und -vertreter in den Interviews, besonders zu den Fragen, was ein Verfahrensbezug für die Praxis bedeutet, entsteht aus meiner Leseerfahrung dabei ein sehr lebendiger Kontrast.

So gerne wir in aller Regel unseren Beruf ausüben: Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben zeitweilig mit Erschöpfung und Belastungen zu tun. Der Frage, wie belastet unsere Berufsgruppe sich erlebt, haben sich Annette Schröder und Dorota Reis mittels einer Online-Befragung angenähert. Sie differenzieren dabei zwischen niedergelassenen, angestellten und in Ausbildung befindlichen als auch zwischen weiblichen und männlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Es zeigt sich u. a., dass sich das Auseinanderklaffen von niedriger Bezahlung und hoher Verantwortung besonders belastend auswirkt.

Kürzlich hat der GKV-Spitzenverband vorgeschlagen, die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch mehr Kurzzeittherapien zu verbessern. Peter Tossmann et al. gehen den gedanklichen Kurzschlüssen und den zugrunde gelegten Daten dieser Hypothese nach. Sie fragen nach der Wirksamkeit von Kurzzeitpsychotherapien und diskutieren deren Vor- und Nachteile. Schließlich kommen sie – so viel sei hier vorweggenommen – zu dem Schluss, dass die Entscheidung über die individuell angemessene Behandlungsdauer in den professionellen Händen der Behandlerinnen und Behandler verbleibt.

Eine Verbesserung der Versorgung ist, dass psychotische Erkrankungen ambulant im Rahmen der Kassenfinanzierung behandelt werden können. Dass dies in jüngster Zeit erreicht wurde, ist auch Prof. Stavros Mentzos zu danken. Dem im Mai verstorbenen Psychoanalytiker widmen Matthias Elzer und Norbert Matejek einen Nachruf, in dem sie an dessen Beiträge zur psychoanalytischen Psychosentherapie, aber auch an Veröffentlichungen erinnern, in denen er das psychoanalytische Verständnis psychischer Erkrankungen für viele erweitert hat.

Seit 2009 können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom Bundeskriminalamt abgehört oder zur Auskunftserteilung verpflichtet werden. Den Einwänden unserer Berufsgruppe hatte der Gesetzgeber nicht entsprochen. Nun hat Jürgen Hardt, früherer langjähriger Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, zusammen mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer und Repräsentanten weiterer Berufsgruppen Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht eingelegt. Johann Rautschka-Rücker kommentiert in der Rubrik „Recht: aktuell" die Vorgänge nach der ersten mündlichen Verhandlung und die Aussichten.

Schließlich nimmt Günther Esser als stellvertretender Leiter des WBP Psychotherapie Stellung zu einem Leserbrief, in dem ein Beschluss des WBP zum EMDR kritisiert wird.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Ulrich Wirth (Hamburg)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Originalia

231 *Katharina Krämer, Astrid Gawronski, Christine M. Falter & Kai Vogeley*
Die „doppelte Unsichtbarkeit" autistischer Störungen und ihre Herausforderungen für Psychotherapeuten und Angehörige
Autismus-Spektrum-Störungen umfassen auch im Erwachsenenalter Störungen der sozialen Informationsverarbeitung (Kommunikation und Interaktion) sowie repetitive, stereotype Verhaltensweisen. Daraus ergeben sich spezifische Therapieinhalte, Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung sowie Chancen und Herausforderungen für die Arbeit mit Patientengruppen und Angehörigen für die Psychotherapie von Autismus im Erwachsenenalter.

240 *Annette Schröder & Dorota Reis*
Wie belastet erleben sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrem Berufsalltag? Ergebnisse einer Online-Erhebung
Es werden Ergebnisse einer Studie berichtet, in der das Ausmaß der Belastung durch den Psychotherapeutenberuf bei Personen mit unterschiedlichem Erfahrungs- und Tätigkeitshintergrund erfragt wird sowie Zusammenhänge zu personalen und beruflichen Merkmalen geprüft werden.

247 *Peter Tossmann, Anna Eiling & Michelle Brehm*
Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung?
Nach der Vorstellung des GKV-Spitzenverbands soll die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch einen höheren Anteil von Kurzzeittherapien verbessert werden. In dem Beitrag werden wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Kurzzeittherapie dargestellt und diskutiert und die Grenzen der Kurzzeitbehandlung erörtert.

251 *Matthias Elzer & Norbert Matejek*
Psychosen als Psychosomatosen des Gehirns
Nachruf auf Prof. Dr. Stavros Mentzos, Frankfurt

Recht: aktuell

252 *Johann Rautschka-Rücker*
BKA-Gesetz vor dem Bundesverfassungsgericht – Abhörschutz für Psychotherapeutinnen und -therapeuten?

Interviews

226 *Heiner Vogel im Gespräch mit Andrea Abele-Brehm, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*
„Wie stehen die Psychologischen Hochschulinstitute in Deutschland zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?"

254 *Heiner Vogel & Mareke Santos-Dodt im Gespräch mit Matthias Berking und Jürgen Kriz*
„Psychotherapieschulen und -verfahren: Strukturhilfe oder Entwicklungshindernis der Psychotherapie in Deutschland?"

Kommentare

263 *Thomas Hensel*
Leserbrief zum Beschluss des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), EMDR mit Kindern und Jugendlichen nicht als wissenschaftliche Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung anzuerkennen.

264 *Günter Esser/Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie*
Anmerkungen zum Leserbrief von Thomas Hensel zum Beschluss des WBP zu EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen

Buchrezensionen

266 **Gymnastische Einwirkung auf das Seelenleben**
Eine Rezension von Ulfried Geuter: Reichmayr, Johannes (2015). Otto Fenichel: Psychoanalyse und Gymnastik. Gießen: Psychosozial Verlag.

267 **Auf Schatzsuche**
Eine Rezension von Ernst Kern: Eberwein, Werner & Thielen, Manfred (Hrsg.) (2014). Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag.

268 **Homo-/Bisexualität in der therapeutischen Arbeit**
Eine Rezension von Jochen Kramer: Göth, Margret & Kohn, Ralph (2014). Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung. Heidelberg: Springer.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

269 Bundespsychotherapeutenkammer
273 Baden-Württemberg
277 Bayern
283 Berlin
287 Bremen
291 Hamburg
294 Hessen
299 Niedersachsen
303 Nordrhein-Westfalen
307 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
312 Rheinland-Pfalz
317 Saarland
320 Schleswig-Holstein

223 **Editorial**
324 **Impressum Psychotherapeutenjournal**
A1 **Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
A18 **Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

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

„Wie stehen die Psychologischen Hochschulinstitute in Deutschland zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?"

Fragen an Prof. Dr. Andrea Abele-Brehm, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

Heiner Vogel

Redaktionelle Vorbemerkung:

Das Konzept für die neue Psychotherapeutenausbildung gemäß dem Beschluss des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) sieht, neben der neuen im Prinzip verpflichtenden verfahrensbezogenen Weiterbildung, insbesondere auch Veränderungen im Studium der zukünftigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor. Es soll ein Studiengang Psychotherapie eingeführt werden. Häufig wird bezweifelt, ob dies wirklich – nicht zuletzt angesichts der oft beschworenen Freiheit von Forschung und Lehre – so einfach umsetzbar ist, ob die Universitäten und Hochschulen also „mitspielen", und ob ein Studienkonzept gefunden und umgesetzt wird, welches auch die im DPT-Beschluss formulierten Anforderungen (Berücksichtigung aller Verfahren, Ausrichtung auf alle Altersgruppen u. a.) erfüllt. Wir sprachen darüber mit der Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

PTJ: **Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Abele-Brehm, die vom Deutschen Psychotherapeutentag mit großer Mehrheit vorgeschlagene Reform der Psychotherapeutenausbildung dürfte, wenn sie sich dereinst in einem reformierten Psychotherapeutengesetz wiederfindet, zu einigen Veränderungen in der Ausbildung an den Psychologischen Instituten führen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) hat, spätestens, seit Prof. Jürgen Margraf vor drei Jahren ihr Präsident wurde, nachhaltig zur Entwicklung dieses Reformmodells beigetragen. Können Sie uns erklären, wieso die DGPs sich hier so intensiv engagiert hat?**

Andrea Abele-Brehm: Die Klinische Psychologie und Psychotherapie ist das beliebteste Anwendungsgebiet der Psychologie, es wird von zwei Dritteln der Psychologiestudierenden als Berufsfeld angestrebt. Dies ist ein Unterschied zu anderen Studiengängen wie z. B. der Medizin oder der Pädagogik, in denen zwar auch zum Teil psychotherapeutische Inhalte gelehrt werden, die meisten Studierenden jedoch andere Berufsziele verfolgen. Schon allein aufgrund der hohen gesellschaftlichen Relevanz und der starken Beliebtheit der Psychotherapie hat diese für uns rein quantitativ eine ganz besondere Bedeutung. Aber natürlich ist die qualitative Bedeutung nicht hoch genug einzuschätzen.

Wir sehen in der jetzigen Reformdebatte die besondere Chance zur besseren Interaktion und Abstimmung zwischen Psychotherapie und der Psychologie allgemein. Die Psychologie liefert die wissenschaftlich fundierten Grundkonzepte, die zum Verständnis der Prozesse in der Psychotherapie notwendig und relevant sind. Man denke nur an Konzepte wie Traumagedächtnis und dessen Veränderung, die ohne entsprechende Grundlagenforschung im Bereich der Gedächtnispsychologie undenkbar wären; man denke an Bindungstheorien und Bindungsentwicklung mit den wichtigen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie und deren Anwendung im Bereich der Psychotherapie; man denke an Ansätze der Sozialpsychologie zu sozialen Interaktionen, zu Diskriminierungen und zu sozialen Urteilsbildungsprozessen, die direkt in psychotherapeutische Interventionen, u. a. im gruppenpsychotherapeutischen Bereich, Eingang finden können. Aus der Interaktion zwischen Forschungsergebnissen zu solchen grundlegenden psychologischen Prozessen sowie zur Anwendung im Rahmen der Psychotherapie ist in den letzten Jahrzehnten ein erfolgreiches Gesamtmodell entstanden, das wir gerne fortsetzen möchten.

Als Präsidentin der DGPs (seit dem vergangenen Jahr) und zuvor als Vizepräsidentin haben Sie viele vorbereitende Diskussionen sowohl innerhalb der DGPs als auch zwischen DGPs-Vertreterinnen und -Vertretern und anderen miterlebt. Welche Chancen bringt diese Ausbildungsreform für die wissenschaftliche Psychologie mit sich?

Für die wissenschaftliche Psychologie ist die Ausbildungsreform im Bereich Psychotherapie eine Chance, sich mit einer stärkeren Professionalisierung eines Anwendungsbereichs auseinanderzusetzen, ggf. sogar diesen als Modell für andere Anwendungsbereiche der Psychologie wie der Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie, Anwendungen im schulischen Setting oder Anwendungen im Kontext von diagnostischen Fragestellungen zu berücksichtigen. Im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie haben wir an den Universitäten in den letzten 15 Jahren viele Entwicklungen erlebt, mit einem stärkeren Praxisbezug durch die Errich-

tung von Hochschul-Ambulanzen und universitätsassoziierten psychotherapeutischen Ausbildungsgängen, aber auch einem enormen Anstieg an Psychotherapieforschung oder der Einrichtung von Professuren im Bereich Klinischer Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie. Wir sind deshalb nun so weit, für diesen Bereich eine Professionalisierung der Ausbildungsstrukturen vorzunehmen, wie wir sie von den anderen akademischen Heilberufen kennen.

> Es darf auf keinen Fall sein, dass der Ausbau der psychotherapeutischen Ausbildungsinhalte zu Lasten anderer Teildisziplinen der Psychologie erfolgt.

Wie steht es mit den Risiken – wurden die auch diskutiert?

Selbstverständlich spielte die Diskussion von möglichen Risiken eine ganz große Rolle. Neben der Hoffnung, dass mit einer solchen Reform auch neue Chancen genutzt werden können, bestehen auch Ängste vor Umbauprozessen zu Lasten anderer Teildisziplinen der Psychologie. Hier müssen wir ganz gezielt dafür werben, dass die Psychologie neben dem wichtigen Bereich der Psychotherapie viele andere wichtige Bereiche erforscht und damit zur Lösung gesellschaftlicher Probleme beiträgt, die weit über den psychotherapeutischen Bereich hinausgehen. Wir sind als wissenschaftliche Fachgesellschaft in doppelter Weise tätig. Wir begrüßen die universitären Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie und wir setzen uns genauso vehement für die Aufrechterhaltung des hohen Standards in der Grundlagenforschung sowie für die Ausgestaltung anderer gesellschaftlich relevanter Anwendungsbereiche der Psychologie ein. Es darf auf keinen Fall sein, dass der Ausbau der psychotherapeutischen Ausbildungsinhalte zu Lasten anderer Teildisziplinen der Psychologie erfolgt. Gerade bei den Veränderungen im Hochschulbereich der letzten 15 Jahre haben wir erleben müssen, dass manches nicht gut reguliert war und es Schwierigkeiten im Umstellungsprozess gab. Wir hoffen hier auf konstruktive Mitgestaltung des politischen Prozesses sowie auch auf konstruktive Diskussionen mit den Berufsverbänden, um Fehlentwicklungen zu verhindern.

Ist es denn wirklich so, dass alle Fachgruppen der DGPs so geschlossen hinter diesem Reformmodell stehen, wie es nach außen oft den Anschein hat? Wird nicht auch befürchtet, dass eine veränderte Struktur in den Psychologischen Instituten auch zu einer Machtverschiebung unter den einzelnen Disziplinen führen könnte?

Selbstverständlich sind auch diese Punkte diskutiert worden und spielen weiterhin eine große Rolle. Unser oberstes Ziel ist, für alle Teildisziplinen möglichst gute Bedingungen für die Weiterentwicklung zu haben und dabei das hohe Qualitätsniveau, das wir in den letzten Jahren erreicht haben, fortzusetzen. Falls es zu einer Ausweitung eines Fachgebiets kommt, kann es jedoch keine Lösung sein, dieses zu unterbinden, sondern es muss Ansporn für alle anderen sein, ebenfalls erfolgreiche Weiterentwicklungen zu suchen. Ganz konkret haben wir in den letzten drei Jahren parallel an der Ausgestaltung unserer Vorstellungen zur Psychotherapeutenausbildung sowie an der Ausgestaltung unserer Vorstellungen zur Psychologieausbildung allgemein gearbeitet und hierbei viele Synergien gefunden.

Der Aufschwung der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche in den zurückliegenden zehn bis 15 Jahren sowohl in der Versorgung als auch in der Konzeptentwicklung und Forschung wird vielfach darauf zurückgeführt, dass im jetzigen Psychotherapeutengesetz der Beruf des/der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen neu geschaffen wurde. Das beschlossene Reformkonzept umfasst dagegen die Zusammenführung der beiden derzeitigen Berufe „Psychologische/r Psychotherapeut/in“ und „Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut/in.“ Häufig wird kritisiert, dass damit die positive Entwicklung für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zum Erliegen kommen könnte, da an vielen Psychologischen Instituten keinerlei Expertise zum Bereich Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen vorliegt. Sehen Sie dieses Risiko auch? Wie kann gewährleistet werden, dass in allen zukünftigen Psychotherapiestudiengängen die Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie in einem hinreichenden Umfang vorkommt?

Der Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist in der Tat ein Bereich, der besonders berücksichtigt werden muss. Aber auch die Situation der letzten 15 Jahre war gerade in diesem Bereich absolut unbefriedigend. Angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten starteten in die Berufstätigkeit, ohne ausreichend Kenntnisse im Bereich der Störungslehre des Kindes- und Jugendalters zu haben. Wissenschaftliche Entwicklung und Psychotherapieforschung im Bereich der Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters ist, im Vergleich zu anderen Bereichen, noch ein kleineres Gebiet, trotzdem sind diese Erkenntnisse noch nicht konsequent in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und /-therapeuten integriert. Wir haben als Fachgesellschaft auf diesen Missstand reagiert, indem zunehmend Professuren für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie eingerichtet wurden. Dadurch können wir nun beobachten, dass die Erforschung sowohl zur Störungslehre als auch zu Behandlungsmöglichkeiten einen deutlichen Aufschwung genommen hat. Eine Reform des Psychotherapeutengesetzes bietet die große Chance, auch diesen Bereich weiter zu professionalisieren. Alle, die sich im Bereich

der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie spezialisieren wollen, bekommen eine entsprechende Grundausbildung im Studium, die besser auf den Beruf vorbereitet, als wir es in den unterschiedlichen Zugangsstudiengängen bisher hatten. Sowohl Störungslehre als auch wissenschaftliche Psychotherapieforschung des Kindes- und Jugendalters müssen ein fester Bestandteil eines Studiengangs zur Approbation in Psychotherapie werden. Wir brauchen mehr wissenschaftlichen Nachwuchs in diesem Bereich, sodass hier eine besondere Förderung notwendig ist. Aber wir haben bereits heute an 30 Universitätsstandorten Ausbildungsprogramme für Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Die aus Deutschland stammende Psychotherapieforschung in diesem Bereich hat einen substanziellen Aufschwung erlebt und wird international zunehmend sichtbarer. Wir sind also auf einem guten Weg, der durch die Änderungen im Rahmen der Revision des Psychotherapeutengesetzes noch weiter gefördert werden kann.

Eine ähnliche Sorge wie Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie äußern Vertreter von weniger dem Erhalt des traditionellen Schulenverständnisses der Psychotherapie dienen. Ob und in welcher Form Psychotherapieschulen, wie von Ihnen genannt, in 20 oder 30 Jahren noch die gleiche Rolle spielen wie heute, wird unterschiedlich diskutiert. Hier muss das gesamte System immer auch offen sein für entsprechende Weiterentwicklungen.

Mit viel Engagement wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie kürzlich die Gründung eines Psychologischen Fakultätentages vorangetrieben – diese Neuschöpfung erinnert ein wenig an den Medizinischen Fakultätentag. Ist diese Analogie gewollt? Und wozu brauchen Sie dies?

Die DGPs ist die Vereinigung wissenschaftlich tätiger Psychologinnen und Psychologen. Nahezu alle Hochschullehrerinnen und -lehrer dieses Fachs sind Mitglied der DGPs. Allerdings sind wir damit eine Vertretung von Personen, jedoch nicht von Psychologischen Hochschulinstituten. Diese Lücke füllt der neu gegründete Fakultätentag Psychologie. Im Fakultätentag sind die Institute Mitglieder. Wir erhoffen uns durch die Gründung des Fakultätentags eine noch stärkere Außenrepräsentanz gerade auch im fachpolitischen Bereich. Wir erhoffen uns aber auch eine starke Innenwirkung im Sinne intensiven Austauschs und gemeinsamer Projekte und Planungen der Institute.

> Wir setzen uns für therapeutische Vielfalt bei wissenschaftlich fundierten Verfahren und Behandlungsmethoden ein.

Psychotherapieverfahren, die an den psychologischen Hochschulinstituten derzeit nicht oder nur marginal vertreten sind. Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren, Systemische Psychotherapie und die verschiedenen Humanistischen Psychotherapieverfahren bzw. -methoden, wie Gesprächs-, Gestalt- oder Körperpsychotherapie, sind hier gemeint. Wie können diese zukünftig substanziell in den Hochschulbetrieb eingebunden werden?

Wir setzen uns für therapeutische Vielfalt bei wissenschaftlich fundierten Verfahren und Behandlungsmethoden ein. Die genannten Verfahren haben teilweise seit mehreren Jahren keinerlei wissenschaftlichen Nachwuchs, teilweise müssen wissenschaftlich arbeitende Vertreter entsprechender Verfahren stärker in die Universitäten integriert werden. Über die neu zu schaffenden Stellen für praktische Ausbildungselemente, die im Rahmen einer solchen Reform notwendig sind, kann auch die Methodenvielfalt ausgebaut werden. Diese Personalstellen können den Hochschul-Ambulanzen angegliedert werden. Dadurch wird qualitativ hochwertige praxisorientierte Lehre in verschiedenen Verfahren ermöglicht; langfristig erwarten wir dadurch auch eine höhere Zahl an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die zu unterschiedlichen therapeutischen Verfahren forschen. Allerdings müssen wir auch darauf achten, dass die Grundstrukturen primär für konstruktive zukünftige Entwicklungen geschaffen werden und

Die zukünftige Ausbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen eines Hochschulstudiums soll nach den jetzigen Vorstellungen sehr praxisorientiert sein, damit die Absolventen auch tatsächlich am Ende des Studiums zuverlässig psychotherapeutisch tätig sein können. Da der Gesamtumfang des derzeitigen Psychologiestudiums ja nicht ausgeweitet werden kann, wird es Abstriche bei vielen Fächern geben müssen. Liegt darin nicht eine Gefahr für die psychologische Fundierung der Psychotherapie?

Das entsprechende Hochschulstudium muss sowohl für den/die wissenschaftlich als auch den/die praktisch qualifizierte/qualifizierten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin ausbilden. Dazu bedarf es einerseits Lehrveranstaltungen, die die praktische Kompetenz vermitteln, die für die Approbation notwendig ist. Zu solchen praxisorientierten Lehrveranstaltungen haben wir in den vergangenen Jahren an unterschiedlichen Instituten viele Erfahrungen sammeln können, die in die Diskussion einfließen. Aber es gehört auch zum Berufsbild des/der Psychotherapeuten/Psychotherapeutin, wissenschaftlich qualifiziert zu sein, sodass an der wissenschaftlichen Grundqualifikation und der Integration der Psychotherapeutenausbildung in die Psychologieausbildung allgemein keine Abstriche gemacht werden können. Wir haben auf diese Herausforderung reagiert und in den letzten Jahren neue Rahmenpläne für Bachelor- und Masterstudiengänge

der Psychologie geschaffen, die eine stärkere Spezialisierung als bisher zulassen. Dadurch gehen wir davon aus, auf diese Herausforderung gut vorbereitet zu sein.

Oder, noch genauer gefragt: In der Medizin wird häufig beklagt, dass die starke Praxisorientierung des Studiums zu einer gewissen Wissenschaftsferne oder etwas überspitzt gesagt dazu führt, dass die Medizinstudierenden am Studienende zwar exzellent Multiple Choice-Aufgaben lösen können, dass es nicht selten aber erhebliche Mängel beim Verstehen wissenschaftlicher Texte oder gar bei der eigenständigen Konzeption und Interpretation von Forschungsfragen gibt. Wie lässt sich eine vergleichbare Entwicklung für die zukünftige Psychotherapeutenausbildung in der Hochschule verhindern?

In der Tat sind uns auch solche Klagen aus der Medizin bekannt. Die Approbationsordnung sieht mehr Praxisanteile denn je vor, gleichzeitig besteht substanzielle Kritik, ob überhaupt noch ein ausreichendes wissenschaftliches Grundverständnis im Rahmen des Medizinstudiums vermittelt wird. Wenn angehende Ärzte jedoch nicht mehr verstehen würden, wie die wissenschaftlichen Grundkenntnisse erworben wurden, auf die ihr Handlungswissen aufbaut, kann dies kaum mehr als akademischer Heilberuf bezeichnet werden. Der Wissenschaftsrat hat 2014 gefordert, dass bei der Evaluation von Studiengängen der Medizin noch mehr darauf zu achten ist, dass die wissenschaftlichen Kompetenzen zu vermitteln sind, um die stetig wachsenden Erkenntnisse selbstständig bewerten und evidenzbasiert umsetzen zu können. Wenn die Vertreter der akademischen Heilberufe diese Kompetenz nicht mehr haben, werden sie zum Spielball von Pharmafirmen, polarisierenden Interessensvertretern etc. Dies ist letztendlich zum Schaden der ganzen Gesellschaft und natürlich insbesondere der betroffenen Patientinnen und Patienten. Das Studium muss deshalb als Hauptzielsetzung den Kompetenzaufbau haben, nicht nur die Lösung von Multiple-Choice-Aufgaben.

Im Bereich der Psychotherapie können wir am Beispiel von Negativentwicklungen versuchen, dem durch andere Strukturen, Lehrveranstaltungsformen und insbesondere Prüfungsformen entgegenzuwirken. Wir glauben, dass wir durch den von uns entwickelten Strukturplan für das Studium zur Approbation in Psychotherapie bereits wichtige Impulse gesetzt haben. Darüber hinaus wird es im Zusammenwirken mit allen relevanten Institutionen auch darum gehen, die Approbationsordnung so zu gestalten, dass der Anspruch an ein wissenschaftlich fundiertes Studium eines Heilberufs auch tatsächlich gewährleistet ist.

Es gibt noch ein anderes Problem, welches sich aus der gewollten Verstärkung der Praxisorientierung ergibt. Praxisorientierung heißt ja auch, dass die Studierenden mehr über den therapeutischen Alltag erfahren, dass sie auch mehr therapeutische Kompetenzen einüben und klinische Erfahrungen im Studium sammeln müssen. Kurz: Es wird ein intensiverer Kontakt vom Studierenden zum Dozenten bzw. zur Dozentin notwendig sein, kleinere Gruppen und demzufolge mehr Dozenten sind erforderlich: Das Ganze wird teurer. Wie stellen Sie sich das vor? Angesichts der begrenzten staatlichen Mittel für die Universitäten und Hochschulen: Wie soll, wie kann die notwendige deutlich verbesserte Relation von Dozentinnen/Dozenten zu Studierenden dauerhaft gesichert werden?

Natürlich ist die von uns gewollte Reform kein Nullsummenspiel. Wir brauchen zusätzliche Mittel gerade für die Praxisausbildung, die ja, wie Sie richtig anmerken, in kleinen Gruppen erfolgen muss. Das ist völlig klar und die entsprechenden Landesministerien müssen zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen. Aber: Die Mittel, die wir im Rahmen unseres Vorschlags brauchen, sind zum einen gut angelegt, zum anderen deutlich weniger, als wenn ein völlig neuer Psychotherapiestudiengang kreiert würde.

Die DGPs legt sehr viel Wert darauf, dass die zukünftige Psychotherapeutenausbildung an Universitäten stattfindet. Wieso ist Ihnen das so wichtig?

Ein akademischer Heilberuf ist durch die Trias Forschung, Lehre und Praxis gekennzeichnet. Die Qualitätsstrukturen für alle drei Aspekte müssen an den entsprechenden Ausbildungsstätten vorgehalten werden. Wenn Psychotherapie fern von Psychotherapieforschung gelehrt wird, dann darf man sich nicht wundern, wenn es Defizite im Rahmen einer evidenzbasierten psychotherapeutischen Versorgung gibt. Psychotherapieforschung und – genauso wichtig – Psychologieforschung muss hautnah erlebt werden, um ein Grundverständnis für die Stärken und Schwächen bestimmter Vorgehensweisen zu bekommen. Wenn in der Ausbildung im Studium sowohl für den/die praktisch tätigen, aber auch den/die wissenschaftlich tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten adäquat ausgebildet werden soll, müssen auch die entsprechenden Strukturen für beides vorhanden sein, also Hochschul-Ambulanz und entsprechende Einrichtungen für die praktische Ausbildung. Genauso wichtig sind die entsprechenden wissenschaftlichen Strukturen, also Forschungsprojekte, Promotionsmöglichkeiten, Habilitationsmöglichkeiten,

> Wenn Psychotherapie fern von Psychotherapieforschung gelehrt wird, dann darf man sich nicht wundern, wenn es Defizite im Rahmen einer evidenzbasierten psychotherapeutischen Versorgung gibt.

Kooperationsprojekte zwischen Psychotherapie und anderen Psychologiefeldern, interdisziplinäre Kooperationsprojekte, sowie internationale Sichtbarkeit der Forschung an der entsprechenden Institution. All dies ist insbesondere an Universitäten gegeben.

Nach den in Bologna beschlossenen Grundsätzen für den europäischen Hochschulraum, die auch in Deutschland in den Hochschulgesetzen weitgehend umgesetzt wurden, dürfte die Begrenzung der zukünftigen Studiengänge auf Universitäten kaum haltbar sein – gibt es Überlegungen, wie der Anspruch des wissenschaftlich orientierten Studiums dennoch umgesetzt werden kann?

Unserer Meinung nach kann ein akkreditierter Ausbildungsgang, der auch für die Psychotherapie-Approbation vorbereitet, nur an einer Hochschule erfolgen, die die entsprechenden Qualitätskriterien erfüllt. Trotzdem brauchen wir natürlich ein gewisses System der Durchlässigkeit, zum einen zwischen der dramatisch zunehmenden Vielfalt an ähnlichen Studiengängen, zum anderen aber auch in Anbetracht der vielen Studierenden aus dem Ausland. Unser Vorschlag hierzu ist, dass zumindest bei den an den Universitäten akkreditierten Studiengängen im Sinne einer „gemeinsamen Endstrecke" die abschließende Qualifizierung erfolgen sollte, bevor die Zulassung zur Staatsexamensprüfung möglich ist. Mit einer Inflationierung und Öffnung für alle Hochschultypen einschließlich der privaten Hochschulen ist weder dem Berufsstand noch der fachlichen Qualifikation gedient, sondern der Markt würde überschwemmt mit Personen, die die hohen Qualitätsansprüche nicht erfüllen, die wir an die akademische Heilbehandlung stellen. Hier ist es Aufgabe der gesamten Profession, die Qualitätsstandards möglichst hoch zu halten.

Vom Bundesgesundheitsministerium wurde inzwischen mehrfach erklärt, dass die Approbationsordnung für den neuen Beruf Studieninhalte definieren und eine darauf bezogene abschließende Staatsexamensprüfung vorsehen wird, dass sie aber sicher keine Festlegung dahingehend enthalten wird, dass das Studium an einer bestimmten Fakultät oder in einem bestimmten Fachgebiet stattfinden wird. Das ist, angesichts der politisch gewollten Vielfalt in der Hochschullandschaft, vermutlich auch gar nicht anders denkbar. Auch Kooperationen zwischen Instituten unterschiedlicher Fakultäten zur Umsetzung des Studiengangs wären also denkbar. Wie werden Sie sich auf diese zu erwartende Offenheit der gesetzlichen Vorgaben einstellen, wenn Sie selbst eher eine gewisse übersichtlich-einheitliche Umsetzungsstruktur innerhalb der Psychologischen Institute anstreben?

Wir werden unsere eigenen Vorstellungen weiter propagieren und dann werden wir sehen, wie sich das Ganze entwickelt. Es ist m. E. zu früh, über Ideen zu sprechen, die noch nicht ausformuliert sind.

Wenn es bei der zukünftigen Psychotherapeutenausbildung eine Analogie zum Medizinstudium geben soll, dann liegt es auch nahe zu fragen, ob es überhaupt eines Bachelor- und Masterabschlusses bedarf oder ob es nicht besser ein einheitliches Studium mit Zwischenprüfungen und abschließendem Staatsexamen am Ende werden sollte. Dies wird aktuell von mehreren Verbänden gefordert, auch, um damit die Praxisorientierung zu gewährleisten und um zu verhindern, dass es einen Abbau der Studienplätze vom Bachelor- zum Masterstudium geben soll. Wie stehen Sie zu dieser Überlegung?

Die Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge geschah auf primären Druck der Kultus- und Wissenschaftsministerien, die auch erklärt haben, dass sie keiner anderen Studienform für eine Psychotherapeutenausbildung zustimmen werden. Da es Aufgabe der Landesministerien ist, das Psychotherapeutengesetz an den Hochschulen umzusetzen, gehen wir davon aus, dass diese Position berücksichtigt werden muss. Für die Psychologie ist es am wichtigsten, dass es keine völlig unterschiedlichen Studiengangsformen für unterschiedliche Schwerpunktsetzungen gibt, sondern dass alle auf einer stabilen Gesamtstruktur aufbauen können. Diese ist durch das Bachelor- und Mastersystem gegeben. Wir sind davon überzeugt, dass gerade das Bachelor- und Mastersystem die beste Voraussetzung dafür ist, dass der akademische Heilberuf der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten tatsächlich ein akademischer, d. h. ein wissenschaftlich fundierter ist.

Vielen Dank, Frau Abele-Brehm, für dieses Gespräch!

Prof. Dr. Andrea Abele-Brehm
Lehrstuhl Sozialpsychologie
Universität Erlangen-Nürnberg
Bismarckstr. 6
91054 Erlangen
andrea.abele-brehm@fau.de

Lehrstuhl für Sozialpsychologie an der Universität Erlangen-Nürnberg; neben der sozialen Kognitionsforschung ist ein wichtiges weiteres ihrer Forschungsthemen die Forschung zu Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Andrea Abele-Brehm ist derzeit die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

Die „doppelte Unsichtbarkeit“ autistischer Störungen und ihre Herausforderungen für Psychotherapeuten und Angehörige

Katharina Krämer, Astrid Gawronski, Christine M. Falter & Kai Vogeley[1]

Zusammenfassung: Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind durch Störungen der sozialen Informationsverarbeitung und durch repetitive, stereotype Verhaltensweisen gekennzeichnet. Auch wenn manche Kompensationsstrategien entwickelt wurden, bleibt autistischen Erwachsenen insbesondere die intuitive Verarbeitung nonverbaler Signale dauernd erschwert, was eine besondere Herausforderung für die psychotherapeutische Behandlung von ASS darstellt. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist als übergeordnetes Ziel die Erweiterung des Verhaltensrepertoires, nicht jedoch eine soziale Anpassung unter Zurückstellung des individuellen Begabungs- und Neigungsprofils anzustreben, um flexiblere und besser situationsangepasste Reaktionen zu ermöglichen. Die vorliegende Arbeit benennt die spezifischen Therapieinhalte in der Psychotherapie von Autismus im Erwachsenenalter und beschreibt die Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung. Ein besonderer Fokus wird auf die Chancen und Herausforderungen von Gruppenpsychotherapie bei ASS im Erwachsenenalter und auf die Arbeit mit Angehörigen gelegt.

Diagnostische Kriterien und Merkmale von ASS im Erwachsenenalter

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gehören nach ICD-10 zu den sogenannten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Erste Symptome von ASS sind oft schon ab dem frühen Kindesalter, meist schon zum Ende des ersten Lebensjahres (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006) nachweisbar. Der remissionslose und stetige zeitliche Verlauf muss insbesondere bei einer Diagnostik im Erwachsenenalter im Rückblick (durch Fremd- und/oder Eigenanamnese) erkennbar sein. Eine Klassifikation der Störung nach ICD-10 erfolgt auf der Basis von drei Kernkriterien (Tabelle 1): Betroffene zeigen typischerweise 1) Störungen der sozialen Interaktion, 2) Störungen der Kommunikation sowie 3) repetitive, stereotype Verhaltensweisen und Interessen. Andere kognitive Leistungen sind bei etwa der Hälfte aller Personen mit ASS beeinträchtigt (IQ < 70). Sind alle drei Kernkriterien erfüllt, liegt das Vollbild einer autistischen Störung vor (ICD-10: F84). Im Falle einer zusätzlich vorliegenden Intelligenzminderung wird die Diagnose „Frühkindlicher Autismus (ICD-10: F84.0)“ vergeben. Sind unabhängig vom kognitiven Leistungsniveau nur zwei der drei Kernkriterien erfüllt oder ist der Nachweis der Symptome erst nach dem dritten Lebensjahr möglich, wird „atypischer Autismus (ICD-10: F84.1)“ diagnostiziert. Liegen alle Kernsymptome ohne Intelligenzminderung und ohne Sprachentwicklungsverzögerung vor, ist die Diagnose „Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5)“ zu stellen. Im DSM-5 werden alle autistischen Störungen zu den sogenannten Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) zusammengefasst (Vogeley, 2015).

Diagnosekriterien ASS	
Kernkriterium	**Merkmale**
Störungen der Interaktion	■ gestörte Perspektivübernahme ■ fehlende oder eingeschränkte sozio-emotionale Gegenseitigkeit ■ erschwerter Umgang mit und/oder fehlende Bereitschaft zu informellen Gesprächssituationen („Smalltalk“)
Störungen der Kommunikation	■ fehlendes oder eingeschränktes Verständnis für nonverbale Signale ■ fehlendes oder eingeschränktes Verständnis für übertragene Bedeutung verbaler Kommunikation (Ironie, Metaphern) ■ Vermeiden von Blickkontakt
Repetitive, stereotype Verhaltensweisen	■ ritualisierte Tagesabläufe und Routinen ■ nutzlos erscheinende Ordnungsvorlieben ■ inhaltlich oder die Intensität betreffend auffällige Spezialinteressen

Tabelle 1: Diagnosekriterien von Autismus-Spektrum-Störungen

Merkmale von ASS umfassen auch im Erwachsenenalter Störungen der sozialen Informationsverarbeitung (Kommunikation und Interaktion) sowie repetitive, stereotype Verhaltensweisen. Soziale Informationsverarbeitung meint sowohl

1 Katharina Krämer und Astrid Gawronski haben in gleichen Anteilen zur Arbeit beigetragen im Sinne einer geteilten Erstautorschaft.

die implizite Verarbeitung nonverbaler Kommunikationssignale (Blickwendungen, Mimik, Gestik, Körperhaltung) als auch die inferenzielle Verarbeitung expliziter, meist sprachlich vermittelter Signale (Gawronski et al., 2012; Vogeley, 2012). ASS, die erstmals im Erwachsenenalter diagnostiziert werden, betreffen fast ausschließlich das Asperger-Syndrom und den Hochfunktionalen Autismus. Eine Besonderheit dieser Gruppe von erst im Erwachsenenalter diagnostizierten Personen liegt darin, dass sie oft Kompensationsmechanismen erworben haben, die ihnen erlauben, soziale Begegnungen regelbasiert zu bewältigen, während die intuitive Verarbeitung nonverbaler Kommunikationssignale erschwert bleibt (Vogeley & Remschmidt, 2014; Lehnhardt et al., 2013). Ein weiteres Merkmal erst im Erwachsenenalter diagnostizierter Personen mit ASS betrifft das häufig zusätzliche Vorliegen komorbider Symptome, wie z. B. Depression, Zwang und/oder Angststörungen. Oft geben die komorbiden Symptome auch den primären Anlass dazu, das Gesundheitssystem aufzusuchen.

Die beschriebenen autistischen Merkmale und Verhaltensweisen können die therapeutische Arbeit erschweren und erfordern von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten[2] besondere Expertise im Bereich ASS, um autismusbezogene Kommunikationsschwierigkeiten früh erkennen und Missverständnisse vermeiden zu können. So kann etwa der detailorientierte Wahrnehmungsstil autistischer Personen dazu führen, dass diese schnell Ungenauigkeiten in Erläuterungen der Psychotherapeuten entdecken und oft eine sofortige Klärung mit detaillierten Informationen zu den bearbeiteten Themen erwarten. Mehrdeutige Formulierungen oder übertragene Bedeutungen werden meist nur begrenzt, d. h. vordergründig und konkret, verstanden (Ironie, Metaphern, Sprichwörter, Redewendungen), sodass darauf weitgehend verzichtet werden sollte oder aber Erläuterungen geliefert oder erarbeitet werden sollten. Zudem kann die Ehrlichkeit und Direktheit autistischer Patienten bei Psychotherapeuten zu Kränkungen führen, wenn die autistischen Eigenheiten nicht ausreichend reflektiert werden.

Die „doppelte Unsichtbarkeit“ autistischer Störungen

ASS sind durch Störungen der sozialen Informationsverarbeitung gekennzeichnet. Entscheidend ist dabei, dass insbesondere die intuitive Verarbeitung nonverbale Signale betroffen ist (Senju et al., 2009; Kuzmanovic et al., 2011). Verbal vermittelte Informationen, die auf einen expliziten semantischen Code verweisen, werden meist gut erkannt, adäquat verarbeitet und oft als Kompensationsstrategie verwendet. Da es sich jedoch bei der Verarbeitung nonverbaler Kommunikation um einen überwiegend intuitiv oder automatisch ablaufenden Prozess handelt, sind diese nonverbal vermittelten kommunikativen Signale in der Regel der bewussten Einsichtnahme nicht oder nur schwer zugänglich. Man kann hier metaphorisch auch von einer „doppelten Unsichtbarkeit“ autistischer Störungen sprechen. Die erste Unsichtbarkeit haben alle psychischen Störungen gemeinsam: Sie betrifft die Tatsache, dass es sich, in Abgrenzung zu somatischen Erkrankungen, bei ASS um eine Veränderung des inneren Erlebens der betroffenen Person handelt. Die zweite Unsichtbarkeit ist dagegen spezifisch für ASS. Sie bezieht sich auf den intuitiven Vermittlungsweg verbaler und nonverbaler kommunikativer Signale: Nicht autistische Personen nutzen zur Kommunikation ständig nonverbal vermittelte soziale Signale, ohne dass sie sich dieser Verwendung dauerhaft bewusst sind (Burgoon, 1994) und – aufgrund der ihnen eigenen Komplexität – auch gar nicht sein können (Vogeley & Bente, 2010). Menschen mit ASS hingegen haben einen deutlich erschwerten oder oft gar keinen Zugang zu diesem intuitiven Vermittlungsweg. Die spezifische Besonderheit der zweiten Unsichtbarkeit ergibt sich also daraus, dass im Alltag automatisch vorausgesetzt wird, dass alle anderen Menschen über diese intuitive Fähigkeit zum Verständnis sozialer Signale genauso verfügen wie man selbst, ohne sich darüber im Klaren zu sein, dass bestimmte Personen hierzu gar nicht oder nur schwer in der Lage sein könnten – genau das ist aber bei ASS der Fall. Umgekehrt ist Menschen mit ASS selbst diese Art der nonverbalen Kommunikation ebenfalls meist gar nicht bekannt, sodass sie selbst auch nicht auf dieses Defizit aufmerksam machen können. Die „zweite“ oder „doppelte“ Unsichtbarkeit stellt somit eine spezifische Besonderheit bei ASS dar.

> Nicht autistische Personen nutzen zur Kommunikation ständig nonverbal vermittelte soziale Signale, ohne dass sie sich dieser Verwendung dauerhaft bewusst sind.

Aus dieser „doppelten Unsichtbarkeit“ ergeben sich besondere Anforderungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen mit ASS. Ein erster Schritt in der angemessenen Versorgung muss darin bestehen, auf die Besonderheiten der doppelten Unsichtbarkeit sowohl bei professionell tätigen Psychotherapeuten als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit aufmerksam zu machen. Bei der Behandlungsplanung sollte in einem zweiten Schritt eine Orientierung an den spezifischen Bedürfnissen von Menschen mit ASS eine Psychotherapie betreffend erfolgen. Im Rahmen der Entwicklung einer bedürfnisorientierten Gruppenpsychotherapie für erwachsene Menschen mit ASS haben wir selbst zentrale Bedürfnisse

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

dieser Patientengruppe erfragt (Gawronski et al., 2011) und in Form eines Psychotherapiemanuals systematisiert (Gawronski et al., 2012). Neben der Besonderheit der Bedürfnisorientierung während der Behandlungsplanung sind schließlich spezifische Herausforderungen sowohl bei der Durchführung (gruppen-) psychotherapeutischer Maßnahmen als auch bei der Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit ASS zu beachten.

Ziele und Bedürfnisse bei der Psychotherapie von Erwachsenen mit ASS

Da ASS bis heute nicht ursächlich behandelbar sind, sollte auch im Erwachsenenalter als übergeordnetes Anliegen einer verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie eine „Erweiterung des Verhaltensrepertoires" (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006) angestrebt werden. Hierbei stehen die Vermittlung und das Einüben flexibler und situationsangemessener Verhaltensweisen im Vordergrund, nicht jedoch eine soziale Anpassung unter Zurückstellung des individuellen Begabungs- und Neigungsprofils. Deshalb sind als wesentliche Ziele einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung für ASS im Erwachsenenalter die Förderung der Selbstakzeptanz, die Identifikation und die anschließende Veränderung störender Verhaltensweisen nebst dem Aufbau adaptiven Verhaltens sowie angemessener Bewältigungsstrategien zu nennen. Äußerst bedeutsam erscheint zudem die Mitbehandlung komorbider Störungen mittels etablierter psychotherapeutischer Maßnahmen.

Diese speziell für die Psychotherapie von ASS formulierten Ziele decken sich mit den durch unsere eigene Bedarfsanalyse ermittelten spezifischen Bedürfnissen erwachsener autistischer Personen an eine Psychotherapie (Gawronski et al., 2011). Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse lassen zudem darauf schließen, dass sich die Therapiebedürfnisse autistischer Menschen altersabhängig unterscheiden: Bei Erwachsenen stehen neben der angemessenen Bewältigung sozialer Situationen und dem Wunsch nach effektiverer zwischenmenschlicher Kommunikation die Identitätsfindung als autistische Person, die Bewältigung von Stress und die berufliche (Re-)Integration im Vordergrund, während die Gestaltung von Freundschaften und Partnerschaften eher ein Thema für Heranwachsende und junge Erwachsene darstellt. Das in den diagnostischen Kriterien beschriebene Kernsymptom der repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen und Interessen kann im Erwachsenenalter (weil es zunehmend situationsangemessen eingesetzt werden kann) durchaus als stabilisierend und förderlich im Sinne einer Ressource erlebt werden, solange es die Umwelt nicht belastet und Rücksicht auf die Toleranzgrenzen der anderen genommen wird. Deswegen sollten repetitive und stereotype Handlungen als effektive und schnelle Möglichkeit zur Entspannung und Refokussierung in der Therapie erwogen und gegebenenfalls situationsangemessen gefördert werden (siehe Praxisbeispiel 1).

Praxisbeispiel 1

Herr F.: „Früher bin ich immer im Garten meiner Eltern im Kreis gelaufen, um mich zu beruhigen. Seit der Diagnosestellung habe ich aber den Eindruck, dass die Nachbarn sich über mich lustig machen könnten. Deswegen lasse ich das jetzt."

Psychotherapeut: „Wenn das Im-Kreis-Laufen Sie beruhigt, wäre es dann nicht eine Option, in Ihrer Wohnung im Kreis zu laufen, wo niemand Sie sieht?"

Nach einer Erstdiagnose mit ASS im Erwachsenenalter stehen viele Betroffene vor der Aufgabe, die Diagnose in ihr eigenes Selbst-Konzept und ihre Lebensplanung oder „Identität" zu integrieren und autobiographische Erlebnisse vor diesem Hintergrund neu zu bewerten (Schoofs, 2015). Um diesen Prozess innerhalb einer Psychotherapie zu unterstützen, hat es sich aus verhaltenstherapeutischer Sicht als hilfreich erwiesen, gemeinsam mit dem Patienten eine Analyse der eigenen Persönlichkeitsmerkmale vorzunehmen. Hierbei haben die Patienten die Aufgabe, ihre Eigenschaften den Kategorien „Autismus", „Komorbiditäten" und „störungsunabhängige Persönlichkeitsmerkmale" zuzuordnen. Um die von vielen Patienten als zunächst schwierig erlebte Abgrenzung zu erleichtern und z. B. fälschlicherweise als autistisch wahrgenommene Verhaltensweisen zu entpathologisieren, können Psychotherapeuten vergleichbare Erlebnisse aus der eigenen Erfahrungswelt beschreiben (siehe Praxisbeispiel 2). Durch solche explizit gemachten Vergleiche unterschiedlicher Erlebniswelten erhalten Personen mit ASS eine für sie neue, oftmals bisher unbekannte Möglichkeit, systematisch Einblick in die Erfahrungswelt von Menschen, die nicht von ASS betroffen sind, zu nehmen.

Praxisbeispiel 2

Herr F.: „Ich habe einen weiteren Schritt im Kampf gegen den Autismus verloren! Ich weiß, dass man andere Menschen direkt anschauen muss, aber beim Joggen kriege ich das einfach nicht hin. Ab jetzt gucke ich nur noch auf den Boden, auch wenn das heißt, dass alle mich als komisch wahrnehmen."

Psychotherapeut: „Ich schaue beim Joggen auch nur auf den Boden und kriege meistens nicht mit, ob mir jemand entgegen kommt. Ich selbst habe das beim Joggen bei anderen noch nie als komisch wahrgenommen."

Zur Förderung der Selbstakzeptanz der Patienten ist im Verlauf der Psychotherapie durch den Psychotherapeuten zu betonen, dass Verhaltensweisen von Menschen mit ASS nicht per se dysfunktional sind und „wegtherapiert" werden sollten. Vielmehr sollte die Funktionalität innerhalb des Bezugsrahmens des Patienten exploriert werden, um Bedürfnisse herauszuarbeiten, die den Verhaltensweisen zugrunde liegen. Diese Erkenntnis ist wesentliche Grundvoraussetzung für den Prozess der sozialen Anpassung bisheriger Verhaltensweisen oder die Erarbeitung alternativer Verhaltensweisen. Vor allem kann sich ein Verstehen der Funktionalität von Gewohnheiten und Ritualen im Sinne einer Erfüllung grundlegender Bedürf-

nisse des Patienten positiv auf seine Motivation auswirken, alternative Verhaltensweisen zu erarbeiten und einzuüben, wenn ersichtlich ist, dass zugrunde liegende Bedürfnisse Berücksichtigung finden (siehe Praxisbeispiel 3).

Praxisbeispiel 3

Herr J. gerät beim Autofahren in große Stressbelastung und Wut, wenn andere Verkehrsteilnehmer Regeln des Straßenverkehrs nicht beachten. Besonders bei schneller Geschwindigkeit auf der Autobahn führt die Nichterfüllung der Bedürfnisse nach Kontrolle und Gerechtigkeit zu teilweise gefährlichem Fahrverhalten aufseiten von Herrn J. Dieser empfindet seine bisherige Verhaltensweise als dysfunktional und nicht wertekonform, weil er dabei sein eigenes und das Leben seiner Familie gefährdet. Verstärkt wird die Anspannung beim Weiterfahren durch Selbstvorwürfe von Herrn J., dass er Regelverstößen anderer Verkehrsteilnehmer zu viel Bedeutung beimisst und es nicht schafft, gelassener zu reagieren. In der Psychotherapie wird im ersten Schritt eine Akzeptanz der dem Verhalten zugrunde liegenden Bedürfnisse erarbeitet und ein „Aushalten“ des Gefühls von Wut und der Verletzung des Gerechtigkeitsempfindens eingeübt. Eine alternative Verhaltensstrategie, welche wertekonform ist (Unversehrtheit der Familie), wird erarbeitet und zuerst *in sensu* und anschließend *in vivo* implementiert. Ein Erinnerungsanker in Form einer Karte mit einem Stoppzeichen wird auf dem Armaturenbrett angebracht, welche Herrn J. bei einer Situation des Regelverstoßes eines anderen Verkehrsteilnehmers daran erinnert, sich trotz starker Wut darauf zu konzentrieren, die nächste Möglichkeit anzuhalten anzuvisieren, um kurz innezuhalten und sich zu beruhigen.

Schließlich können eine Erarbeitung der individuellen Werte und eine Exploration, wie man seinen Alltag wertekonform gestalten kann, einen wesentlichen Beitrag zur Identitätsfindung bei Menschen mit ASS darstellen. Dazu gehört ebenfalls eine Stärkung der sozialen Kompetenz im Sinne der Akzeptanz und der Fähigkeit, Mitmenschen gewisse ASS-spezifische Einschränkungen und Besonderheiten vermitteln zu können. Übergeordnetes Ziel eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes in der Psychotherapie von Menschen mit ASS ist dementsprechend der Aufbau von Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit in Bezug auf die eigenen Schwierigkeiten und individuellen Stärken (siehe Praxisbeispiel 4).

Praxisbeispiel 4

Für laute, unübersichtliche und somit als stressig erlebte Situationen wurde im Rahmen der Psychotherapie gemeinsam mit Herrn T. ein Beiblatt für seinen Behindertenausweis erarbeitet. Herr T. ist in stressreichen Situationen häufig trotz intakter Fähigkeit, Gehörtes zu verstehen, nicht mehr in der Lage, sich verbal zu artikulieren. Auf dem Beiblatt, welches er nun in diesen Situationen vorzeigen kann, finden sich folgende Informationen: „Ich kann aufgrund meiner Behinderung momentan nicht sprechen, verstehe aber, was Sie sagen. Bitte geben Sie mir einige Minuten Zeit und schweigen Sie solange.“

Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung

Der Beziehungsgestaltung im therapeutischen Kontext wird generell eine wesentliche Bedeutung für den Erfolg einer Psychotherapie zugeschrieben. Die Psychotherapeut-Patient-Beziehung ist dabei von verschiedenen Charakteristika geprägt, welche zur Klärung und zur therapeutischen Entwicklung exploriert und herangezogen werden können. Im Falle von Psychotherapie bei Menschen mit ASS muss allerdings beachtet werden, dass das Beziehungsangebot erheblich an die Patientenbedürfnisse angepasst werden muss (siehe Abbildung 1).

Eine besondere Bedeutung kommt in der Psychotherapeut-Patient-Beziehung im Falle von ASS dem Reparenting, im Sinne eines Vermittelns von Wertschätzung dem Patienten gegenüber, zu. Diese Aufgabe des Psychotherapeuten, welche über Informationsvermittlung hinaus geht und sehr wohl beziehungsstärkend wirken kann, zielt darauf ab, dem Patienten mit ASS zu vermitteln, dass er mit seinen individuellen Eigenheiten per se nicht „falsch“ ist. Ein Thematisieren des Anderssein des Patienten im Sinne eines Bewertens von normal und abweichend ist für die Identitätsfindung des Patienten nicht hilfreich. Stattdessen sollte das übergeordnete Ziel der Beziehungsgestaltung des Psychotherapeuten darin liegen – möglicherweise erstmalig für den Patienten – ein neues Beziehungserleben zu schaffen, in welchem der Patient so sein darf, wie er ist, und Fragen und Themen explizit ausgesprochen werden, welche in sozialen Beziehungen außerhalb des psychotherapeutischen Settings in der Regel unausgesprochen bleiben.

Eine Reaktualisierung der Problematik des Patienten in der Beziehung zum Psychotherapeuten, welche den therapeutischen Prozess beeinflussen kann, ist hingegen im Falle von Patienten mit ASS nur eingeschränkt zu erwarten. Nichtsdestotrotz sollte der Psychotherapeut im Sinne des Patienten eigene Eindrücke der Wirkung des Verhaltens des Patienten offen thematisieren, um den Perspektivwechsel und die Einsicht in Gründe für aversive Reaktionen des Umfeldes beim Patienten zu fördern. Gleichzeitig erfordert die Einschränkung der nonverbalen Rückmeldung durch den Patienten eine Anpassung des Psychotherapeuten, welcher sich weniger auf die eigene intuitive Verarbeitung nonverbaler Signale bei der Einschätzung des inneren Erlebens des Patienten verlassen kann und stattdessen konsequent explizit nachfragen muss. Da nicht nur die Produktion, sondern auch die implizite Verarbeitung nonverbaler Kommunikation bei Menschen mit ASS eingeschränkt ist, sollte der Psychotherapeut dort, wo die herkömmliche therapeutische Beziehung durch das Zeigen von Empathie gestärkt wird, sich stattdessen darauf fokussieren, konkret verbal die Verhaltensweisen des Patienten zu validieren. Ähnlich dem nonverbalen Ausstrahlen von Empathie wird auch der positiven Verstärkung durch Lob eine geringere Bedeutung in der Psychotherapie mit Menschen mit ASS beigemessen. Das Lob im Sinne einer sozialen Verstär-

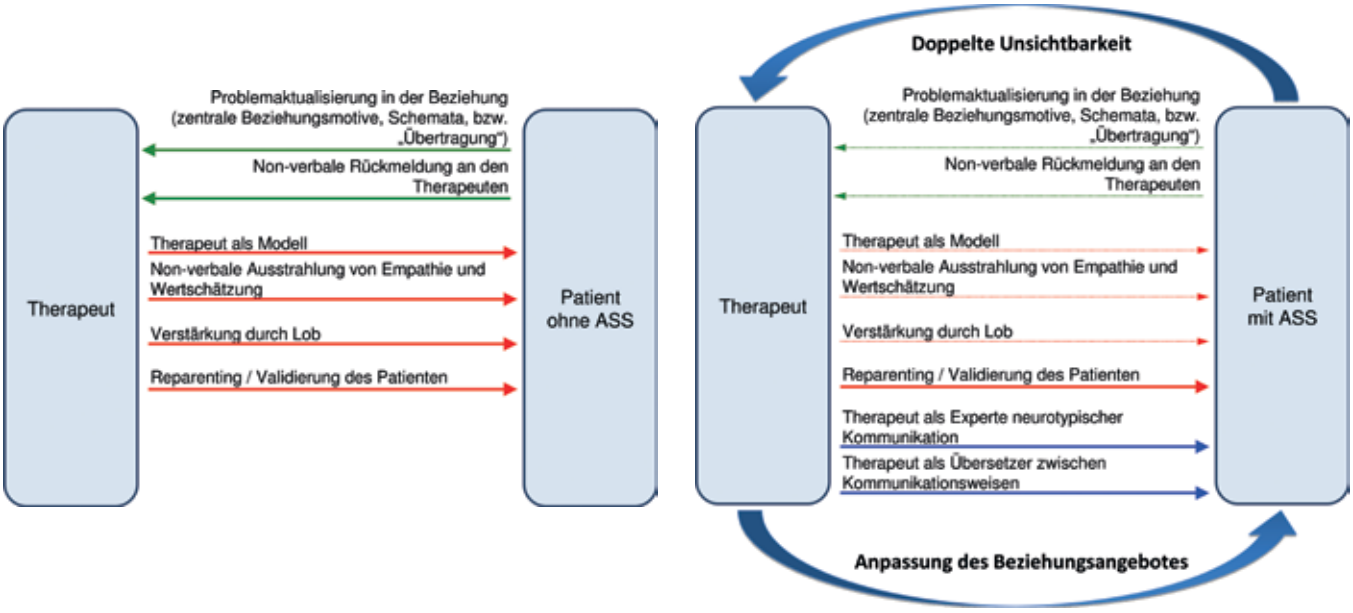


Abbildung 1: Die therapeutische Beziehung im Vergleich zwischen Patienten ohne und mit ASS

kung ist weniger zielführend bei der Verankerung neuer Verhaltens- und Denkweisen als wiederkehrende Hinweise auf angestrebte Therapieziele und Aufzeigen der erfolgten Fortschritte. Ebenfalls ist nur eine eingeschränkte Wirkung des impliziten Lernens durch den Psychotherapeuten als Modell zu erwarten. Wiederum sollte der Psychotherapeut hier im Sinne des Patienten Gründe und Ziele eigener Verhaltensweisen offenlegen, um dem Patienten einen expliziten Zugang zu einer nicht autistischen Herangehensweise, einen Perspektivwechsel und eine potenzielle Erweiterung des eigenen Verhaltensspielraums zu ermöglichen.

Trotz der geschilderten Herausforderungen an die Beziehungsgestaltung zwischen Psychotherapeut und Patient ergeben sich für die Psychotherapie bei Menschen mit ASS auch spezifische Chancen. So ergibt sich für Patienten mit ASS in der Beziehung zum Therapeuten die einmalige Gelegenheit, eine Informationsquelle zu nicht autistischem Erleben und Verhalten nutzbar zu machen. Der Psychotherapeut als Experte der „anderen" oder „neurotypischen" Welt kann daher für den Patienten zu einer wertvollen Ressource für das Verstehen sozialen Miteinanders und für das Erlernen eines Perspektivwechsels werden. Dabei liegt es in der Aufgabe des Psychotherapeuten, Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Kommunikationsweisen und Ansichten aufzuzeigen. Die Aufgabe des Psychotherapeuten hierbei ist die einer wertfreien Übersetzung oder Vermittlung zwischen unterschiedlichen Kommunikationsweisen. Dabei hat es sich als hilfreich und heilsam erwiesen, die verbreitete Vermutung von Menschen mit ASS zu korrigieren, dass Menschen ohne ASS immer mühelos übertragene Bedeutung verstehen und die nötigen Perspektivwechsel vornehmen können. Die Vermittlung der Tatsache, dass es auch unter nicht autistischen Menschen zu Missverständnissen aufgrund nur indirekt geäußerter Bedürfnisse und Andeutungen kommen kann, trägt dazu bei, eigene Einschränkungen und vermeintliche soziale Fähigkeiten der Mitmenschen nicht als absolut wahrzunehmen.

Chancen und Herausforderungen von Gruppenpsychotherapie bei ASS

Trotz der hohen Relevanz von Psychoedukation sollte in einer verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie bei ASS im Erwachsenenalter das praktische Einüben funktionaler Verhaltensweisen deutlich im Vordergrund stehen. Die hierfür erforderlichen Rollenspiele werden von den meisten autistischen Personen anfangs stark abgelehnt. Viele haben aufgrund ihrer eingeschränkten sozialen Fertigkeiten bereits Erfahrungen mit sozialer Ablehnung gemacht und scheuen daher häufig die für sie angstbesetzten sozialen Interaktionen. Hier sind besondere Sensibilität und Geduld, aber auch Nachhaltigkeit der Psychotherapeuten bedeutsam, damit die Rollenspiele effektiv eingesetzt werden können. Zudem sollte immer wieder betont werden, dass nur durch das praktische Einüben dauerhaft funktionale Verhaltensweisen aufgebaut werden können. Darüber hinaus ist für Patienten mit ASS die Umsetzung des Gelernten in den individuellen Alltag

> Der Therapeut als Experte der „anderen" oder „neurotypischen" Welt kann für den Patienten zu einer wertvollen Ressource für das Verstehen sozialen Miteinanders (…) werden.

häufig problematisch, da oft nur sehr wenige soziale Kontakte bestehen, innerhalb derer das Gelernte angewendet werden kann. Insbesondere Gruppentherapieangebote können hier ein günstiges Umfeld schaffen: Von ASS betroffene Personen treffen in diesem Rahmen häufig erstmals auf Menschen mit ähnlichen Erlebnisweisen, und das Gelernte kann somit in einem vertrauten und weitgehend geschützten Rahmen angewendet werden. Zudem erhalten die Teilnehmer wichtiges Feedback aus der Gruppe, was die Selbstwirksamkeit erhöht. Dadurch werden sie motiviert, auch in der Außenwelt das neu gelernte Verhalten zu erproben. Gruppentherapieangebote sind also gerade bei ASS sinnvoll, da soziale und kommunikative Fertigkeiten so in einer geschützten und begleiteten Umgebung erfahren und erlernt werden können. Wertvoll ist für die Patienten auch die Erfahrung, dass andere Betroffene ähnliche Hilfsbedürfnisse haben. Zudem können durch das Gruppentraining Kontakte unter den Teilnehmern mit ähnlichen Schwierigkeiten entstehen.

Allerdings stellt ein gruppentherapeutisches Setting bei ASS den Psychotherapeuten vor besondere Herausforderungen. Besteht die Gruppe ausschließlich aus Teilnehmern mit ASS, benötigt die Entwicklung der Gruppendynamik vergleichsweise lange und ist leicht schon durch geringfügige Veränderungen der äußeren Rahmenbedingungen (Wechsel des Raumes, der Uhrzeit etc.) irritierbar. Dementsprechend sollte ein ausreichend langer Behandlungszeitraum geplant und die Gruppendynamik gezielt gefördert werden, um von ihr im therapeutischen Prozess profitieren zu können. Hierfür eignen sich besonders langfristig bestehende moderierte Selbsthilfegruppen, die im Anschluss an Psychotherapiegruppen angeboten werden können. Zudem sollten äußere Rahmenbedingungen so weit wie möglich konstant gehalten werden. Bei störungsgemischten Gruppen besteht die Gefahr, dass Teilnehmer mit anderen Störungen sich durch Teilnehmer mit ASS aufgrund ihrer spezifischen Einschränkungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation provoziert fühlen (vgl. „doppelte Unsichtbarkeit“). Dies kann zu Schwierigkeiten in der Gruppendynamik und Ablehnung der Teilnehmer mit ASS führen, was wiederum von diesen häufig nicht bemerkt wird. Hier ist es Aufgabe des Psychotherapeuten, besonders sensibel für derlei implizite Prozesse zu sein und diese explizit zu formulieren, damit Teilnehmer mit ASS korrigierende Erfahrungen machen können. Zusätzlich gilt es zu beachten, dass bereits geringfügige Abweichungen der realen Situation von den Gegebenheiten im psychotherapeutischen Setting dazu führen können, dass die eingeübten Verhaltensweisen schwer angewendet werden können. Deshalb ist die zusätzliche Einbeziehung des sozialen Umfeldes zu einem frühen Zeitpunkt in der Psychotherapie besonders wichtig für den erfolgreichen Transfer auf Alltagssituationen (vgl. Abschnitt Angehörigenarbeit).

Gruppentherapieangebote sind gerade bei ASS sinnvoll, da soziale und kommunikative Fertigkeiten in einer geschützten und begleitenden Umgebung erfahren und erlernt werden können.

Gruppentraining für Autismus im Erwachsenenalter (GATE)

Basierend auf den Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und den Ergebnissen der Bedarfsanalyse bezüglich spezifischer Bedürfnisse erwachsener autistischer Personen an eine Psychotherapie (Gawronski et al., 2011), haben wir ein „Gruppentraining für Autismus im Erwachsenenalter (GATE)“ entwickelt (Gawronski et al., 2012). Um dem hohen Strukturierungsbedürfnis von Menschen mit ASS zu entsprechen, wird bei GATE großer Wert auf einen möglichst gleichbleibenden Aufbau der einzelnen Sitzungen gelegt. Für autistische Personen ist dabei eine häufige Wiederholung der erlernten Inhalte besonders wichtig, um einen erfolgreichen Transfer in den Alltag zu ermöglichen. Neben den kognitiven Methoden kommen im Gruppentraining den operanten Verfahren und besonders den therapeutischen Rollenspielen zur Einübung neuer Verhaltensmuster hohe Bedeutung zu (z. B. Kontaktaufnahme, Gesprächsführung, Konfliktmanagement). Diese Erweiterungen des Verhaltensrepertoires werden von den Teilnehmern zwischen den Sitzungen erprobt und dann gemeinsam in der Gruppe reflektiert. Zudem nehmen psychoedukative Methoden einen großen Raum innerhalb des Gruppentrainings ein. Der Einsatz verschiedener Medien und Materialien, wie Präsentationsfolien, Informations- und Arbeitsblätter, ermöglicht den Teilnehmern, sowohl während der Sitzungen dem Inhalt leichter zu folgen als auch nach Beendigung des Gruppentrainings auf die gelernten Inhalte zuzugreifen.

GATE sieht geschlossene Gruppen mit sechs Teilnehmern und zwei Gruppenleitern vor. Zu Anfang des Gruppentrainings erfolgt eine ausführliche Psychoedukation zu ASS und den möglichen Komorbiditäten (v. a. Depression). Neben Anregungen zur Identitätsfindung nach Diagnosestellung bietet dieses Vorgehen die Möglichkeit, alle Teilnehmer zu Beginn des Trainings auf denselben Wissensstand zu bringen, da diese häufig unterschiedlich gut über ASS und mögliche Komorbiditäten informiert sind. Im weiteren Verlauf von GATE wird der Fokus auf das Thema Stressanalyse und -reduktion gelegt. Die Analyse von Stressfaktoren und deren Folgen und das Einüben von Maßnahmen zur Stressbewältigung nehmen einen hohen Stellenwert ein, da autistische Personen aufgrund von täglichen Sozialkontakten unter einer ausgeprägten Stressfolgesymptomatik leiden. In Anlehnung an Kalzua (2010) führen die Teilnehmer zunächst eine Stressanalyse anhand der Faktoren *Stressoren*, *Person* und *Stressreaktionen* an einem persönlichen Stressbeispiel durch (siehe Anleitung

Anleitung zur Beschreibung von Stresserfahrungen
(Beispiel; in Anlehnung an Kaluza, 2010)

Stressoren
Wann tritt der Stress auf? – Es ist Samstagabend. Ich bin zur Geburtstagsfeier meines Arbeitskollegen Christian eingeladen.
Wo geschieht das? – Ich befinde mich in der Wohnung von Christian in der Küche.
Wer ist daran beteiligt? – Beteiligt bin ich selbst sowie Tina und Max, Freunde von Christian.
Was wird gesagt oder getan? – Tina und Max kommen zu mir rüber. Max bietet mir ein Bier an. Die beiden unterhalten sich über ihre vergangenen Urlaube und fragen auch mich nach meinem letzten Urlaub. Ich nehme das Bier in die Hand, bedanke mich dafür, höre den beiden zu und sage nichts. Auf Fragen antworte ich kurz. Das Bier trinke ich nicht und stelle es auf den Küchentisch. Nach etwa 30 Minuten verlasse ich die Küche, ohne etwas Weiteres zu sagen, hole meine Jacke, verabschiede mich von Christian und gehe heim.

Person
Wie bewerte ich die Situation? – Ich mag keine Feiern. Ich bin nur gekommen, weil Christian zusammen mit mir im Büro sitzt, er mich eingeladen hat und ich ihn nett finde. Am liebsten möchte ich hier mit niemandem sprechen und schnell nach Hause gehen.
Wie bewerte ich das Verhalten der anderen Personen? – Tina und Max haben Spaß daran, über unwichtige Dinge zu reden.
Wie bewerte ich mein eigenes Verhalten? – Ich halte mich für unfähig, weil ich es nicht geschafft habe, in das Gespräch einzusteigen.
Welche Erwartungen habe ich an die anderen Personen? – Ich erwarte von Tina und Max, dass sie auch über Dinge reden, die für mich interessant sind.
Welche Erwartungen habe ich an mich? – Ich möchte ein kompetenter Gesprächspartner sein.
Welche Befürchtungen habe ich? – Mir wird nichts einfallen, wenn ich etwas gefragt werde, oder ich werde etwas Falsches sagen und mich blamieren.

Stressreaktion
Was spüre ich körperlich? – Mir wird ein bisschen heiß, meine Handflächen sind feucht, mein Mund ist trocken und meine Hände zittern leicht.
Was fühle ich? – Ich fühle mich unwohl und habe Angst. Ich werde ungeduldig.
Was denke ich? – Schon wieder habe ich versagt.
Was tue oder sage ich? – Ich trete von einem Bein auf das andere, höre nicht richtig zu, kratze mich immer wieder am Arm, gebe nur kurze Antworten, seufze.

zur Beschreibung von Stresserfahrungen im Kasten). Im Folgenden werden in der Gruppe gemeinsam Ideen zur Bewältigung der Stresssituation entwickelt und der betreffende Teilnehmer wird ermutigt, sich für konkrete Ideen zu entscheiden, diese umzusetzen und die Umsetzung zu reflektieren. Es hat sich gezeigt, dass die Teilnehmer besonders stark von der gemeinsamen Entwicklung von Ideen während des Brainstormings profitieren, da viele Teilnehmer während des Gruppentrainings erstmalig die Erfahrung machen, wie nützlich und hilfreich das Einbeziehen von Ideen anderer Menschen ist. Hier gilt es zudem, die Teilnehmer zu ermutigen, zusätzlich auch ihr soziales Umfeld in die Entwicklung von Bewältigungsstrategien einzubeziehen, da so auch nach Beendigung von GATE eine erfolgreiche Bewältigung von neuen Stresssituationen erfolgen kann (siehe Abschnitt Angehörigenarbeit).

Der letzte Schwerpunkt des Gruppentrainings liegt auf der Erweiterung kommunikativer Fähigkeiten und der Bewältigung sozialer Situationen. Soziale Situationen und ihre konstitutiven Elemente werden analysiert und in Einzel- und Partnerübungen sowie in Rollenspielen trainiert. Fokussiert wird im Anschluss auf das Einüben kommunikativer (z. B. Smalltalk) und sozial-interaktioneller Fertigkeiten (z. B. Freundschaft/Konflikte).

Bei der beschrieben Durchführung von GATE sind zunächst 15 manualisierte Sitzungen vorgesehen. Je nach Bedarf können die jeweiligen Sitzungsinhalte jedoch auf mehrere Sitzungen ausgedehnt werden oder auch einzeltherapeutisch verwendet und vertieft werden. So hat sich in unserer Erfahrung besonders die Ausdehnung des Themenschwerpunkts Stressanalyse und -reduktion bei der Durchführung von GATE bewährt, da hier ein starker Fokus auf die Bearbeitung von persönlichen Stressbeispielen gelegt wird. Hierbei profitieren die Teilnehmer nicht nur vom Einbringen und Bearbeiten eigener Beispiele, sondern auch von der gemeinsamen Bearbeitung der Beispiele anderer Teilnehmer, da häufig ähnliche Situationen von Menschen mit ASS als besonders stressbelastet erlebt werden.

Übersicht

Schwerpunkte des Gruppentrainings für Autismus im Erwachsenenalter (GATE) sind:

- Psychoedukation zu ASS und den möglichen Komorbiditäten,
- Stressanalyse und -reduktion,
- Erweiterung kommunikativer Fähigkeiten und der Bewältigung sozialer Situationen.

Angehörigenarbeit

Die Initiative sowohl zu einer diagnostischen Abklärung als auch zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote kann neben den Betroffenen selbst auch aufseiten Angehöriger von Menschen mit ASS liegen. Es können drei Bereiche der Einbeziehung Angehöriger von Menschen mit ASS formuliert werden, welche direkt erfolgen oder indirekt im therapeutischen Prozess mit dem Patienten einfließen können:

1. Abklärung der therapeutischen Motivation,
2. Psychoedukation in Bezug auf ASS und Komorbiditäten und

3. therapiebegleitender und -unterstützender Brückenschlag zwischen Menschen mit ASS und ihren Angehörigen zur Vermittlung verschiedener Perspektiven und Denkstrukturen.

Die Motivation (1.) einer Verhaltensveränderung, welche auf Leidensdruck von Angehörigen beruht, mag legitim sein und bedarf einer entsprechenden empathischen Validierung durch den Psychotherapeuten. Nichtsdestotrotz darf eine etwaige Motivation, welche selbst aus hohem Leidensdruck des Umfeldes erwächst, keinesfalls über den Wert der Autonomie des Patienten gestellt werden. Ein solcher Wunsch könnte stattdessen mit Angeboten eigener Therapiemöglichkeiten beantwortet werden, wobei eine Betonung der höheren Erfolgsaussichten auf Minderung des eigenen Leidensdrucks aufseiten der Angehörigen vermittelt werden sollte. Es erwächst daraus ebenfalls die Aufgabe für den Psychotherapeuten, ein übereinstimmendes Verständnis dafür anzustreben, dass der Patient im Mittelpunkt der Behandlung steht und dessen Autonomie bei der Festlegung der Therapieziele Ausgangspunkt im gesamten psychotherapeutischen Prozess bleiben muss. In diesem Sinne erscheint eine frühzeitige Klärung sinnvoll, welche darauf ausgelegt ist, realistische Ziele in Bezug auf eine eventuell gewünschte Korrektur oder ein „Wegtherapieren“ autistisch geprägter Informationsverarbeitung und Verhaltensweisen zu formulieren.

Unterstützt wird eine realistische Zielfindung durch Psychoedukation (2.) über Diagnostik, Symptomatologie und Plastizität der Informationsverarbeitung und Verhaltensweisen von Menschen mit ASS. Die Psychoedukation sollte dabei über den Rahmen der ASS hinausgehen und eventuelle Komorbiditäten miteinbeziehen. Da eine ausgiebige Psychoedukation der Angehörigen, welche als Therapiebegleitung eine durchaus unterstützende Maßnahme darstellt, im Rahmen eines einzel- oder gruppentherapeutischen Settings zeitlich und organisatorisch nicht zu bewerkstelligen ist, erweisen sich spezielle Angehörigengruppen als sinnvolle Ergänzung des psychotherapeutischen Angebotes. Angehörigengruppen ermöglichen zudem eine Kontaktaufnahme und einen Austausch von Erfahrungen und Informationen über Ressourcen mit anderen Angehörigen. Während im therapeutischen Setting von Menschen mit Autismus und in offenen Foren (für Patienten, Angehörige und alle am Thema interessierten Personen) die Patienten im Vordergrund stehen, bieten spezielle Angehörigengruppen eigens den Angehörigen die Möglichkeit, Gehör zu finden. Eine professionelle Begleitung der Gruppen durch Psychotherapeuten wird empfohlen, um eine inhaltliche und formelle Struktur zu gewährleisten und um eine Resonanz der Stimme der Angehörigen für die therapeutische Praxis zu nutzen.

Die Rolle des Psychotherapeuten als möglicher Vermittler oder Übersetzer zwischen Menschen mit ASS und Angehörigen (3.) kann ihren Fokus sowohl auf die Aufdeckung der Unterschiede in Informationsverarbeitung und Kommunikationsweisen setzen als auch auf eine Vermittlung der Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu erkennen und diese klar zu formulieren. Psychotherapeutisch begleitete Gespräche können Inhalt einer Einzeltherapie von Menschen mit ASS sein, wobei der Fokus auf einer konkreten Kommunikation von gegenseitigen Sichtweisen und eigenen Bedürfnissen liegen sollte. Ziele sollten unter anderem sein, die verschiedenen Sichtweisen bzw. verschiedenen „Welten“ anzuerkennen und zu akzeptieren und gemeinsame Ressourcen der Beziehung herauszuarbeiten.

Des Weiteren sollte bei der Implementierung neuer funktionaler Verhaltensstrategien, welche das Ziel verfolgen, eigene Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen (z. B. bewusst selbstverordnete „soziale Auszeiten“, siehe Praxisbeispiel 5), darauf geachtet werden, dass Sinn und Zweck der Strategien auch den Angehörigen klar vermittelt werden und bei Bedarf wiederholt an Zweck und Wichtigkeit der Unterstützung durch Angehörige bei der Implementierung erinnert wird.

Praxisbeispiel 5

Herr J. verfällt unter zu hohem sozialen Stress in stereotype repetitive Verhaltensweisen, bei welchen er sich stundenlang mit Hausarbeiten geringer Komplexität und Priorität beschäftigt und dabei auf ein Ansprechen nicht mehr reagiert. Dieses Verhalten führt regelmäßig zu gravierenden Auseinandersetzungen zwischen Herrn J. und seiner Frau, welche zu einer hohen Belastung der Ehe und zu einem Teufelskreis des Stressanstiegs bei Herrn J. führen.

In der Psychotherapie werden zunächst die dem dysfunktionalen Verhalten zugrunde liegenden Bedürfnisse exploriert (in diesem Fall die Wiedererlangung eines Gefühls von Kontrolle und eine Vermeidung von sozialen Anforderungen). Eine alternative Verhaltensstrategie zur Erfüllung dieser Bedürfnisse wird entwickelt und umgesetzt. Dabei verordnet sich Herr J. regelmäßig und unabhängig vom Stresslevel gezielt zeitlich begrenzte „soziale Auszeiten“ an einem eigens dafür ausgelegten Raum im Haus der Familie J., um einer Aufstauung unerfüllter Bedürfnisse nach Kontrolle und „sozialer Stille“ und einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie vorzubeugen. Während Frau J. zunächst einer therapeutischen Erlaubnis ihres Mannes, sich Auszeiten vom Alltag zu gönnen, skeptisch gegenübersteht, betont der Psychotherapeut wiederholt Zweck und Wichtigkeit einer Implementierung der neuen Verhaltensstrategien und die Unterstützung durch Angehörige. Frau J. unterstützt in der Folge die Implementierung der alternativen Verhaltensstrategie und stellt enthusiastisch fest, dass ihr Mann, bedingt durch die Auszeiten, „ein neuer Mensch“ und „viel umgänglicher“ geworden sei.

Fazit

Bei Störungen aus dem Autismus-Spektrum kann eine vollständige Remission der vorhandenen Symptomatik nicht erwartet werden. Trotzdem erscheint der Einsatz einer ASS-spezifischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie hinsichtlich des verbesserten Umgangs mit belastenden (komorbiden) Symptomen, der Erweiterung des Verhaltensrepertoires, der Etablierung eines kohärenten Selbstverständnisses und

schließlich der erfolgreichen Bewältigung der für die Betroffenen schwierigen sozialen Situationen aus verhaltenstherapeutischer Sicht vielversprechend. Zudem ist ein Ausbau des Behandlungsangebotes auf die Betreuung von Angehörigen der Betroffenen wünschenswert.

Literatur

Burgoon, J. K. (1994). Nonverbal signals. In M. L. Knapp & G. R. Miller (Hrsg.), Handbook of interpersonal communication (2. Aufl., S. 229-285). CA: Thousand Oaks.

Gawronski, A., Georgescu, A., Kockler, H., Kuzmanovic, B., Lehnhardt, F. G. & Vogeley, K. (2011). Erwartungen an eine Psychotherapie von erwachsenen Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 79, 647-654.

Gawronski, A., Pfeiffer, K. & Vogeley, K. (2012). Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter. Weinheim: Beltz.

Kaluza, G. (2010). Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung (3. Aufl.). Berlin: Springer.

Kuzmanovic, B., Schilbach, L., Lehnhardt, F. G., Bente, G. & Vogeley, K. (2011). A matter of words: impression formation in complex situations relies on verbal more than on nonverbal information in high-functioning autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 5, 604-613.

Lehnhardt, F., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R., Huff, W. & Vogeley, K. (2011). Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter: klinische und neuropsychologische Befunde spätdiagnostizierter Asperger-Syndrome. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 79, 290-297.

Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2006). Asperger-Syndrom. Heidelberg: Springer.

Schoofs, T. (2015). Eine qualitative Inhaltsanalyse zu den Auswirkungen der Diagnosestellung einer Autismus-Spektrum-Störung bei spätdiagnostizierten hochfunktionalen erwachsenen Personen. Masterarbeit, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln.

Senju, A., Southgate, V., White, S. & Frith U. (2009). Mindblind eyes: An absence of spontaneous theory of mind in Asperger syndrome. Science, 325, 883-885.

Vogeley, K. (2012). Anders sein – Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter. Weinheim: Beltz.

Vogeley, K. (2015). Zur Sichtbarkeit von Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter im DSM-V. Die Psychiatrie, 12 (2), 94-100.

Vogeley, K. & Bente, G. (2010). Artificial Humans: Psychology and Neuroscience Perspectives on Embodiment and Nonverbal Communication. Neural Networks, 23, 1077-1090.

Vogeley, K. & Remschmidt, H. (2014). Hochfunktionaler Autismus im Jugend- und Erwachsenenalter. In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), Therapie psychischer Erkrankungen (9. Aufl.). Amsterdam: Elsevier.

Dr. Katharina Krämer

katharina.kraemer@uk-koeln.de

Diplom-Psychologin, zurzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (TP). Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Autismus-Sprechstunde für Erwachsene. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter. Wissenschaftliche Untersuchung und Begleitung beruflicher (Re-)Integration von Erwachsenen mit ASS.

Dr. Christine M. Falter

christine.falter@uk-koeln.de

Diplom-Psychologin, zurzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Autismus-Sprechstunde für Erwachsene. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter. (Neuro-)Wissenschaftliche Untersuchung der Informationsverarbeitung bei ASS.

Dr. Astrid Gawronski

astrid.gawronski@uk-koeln.de

Diplom-Psychologin, zurzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Autismus-Sprechstunde für Erwachsene. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter. Wissenschaftliche Entwicklung und Validierung von Gruppentherapien für Erwachsene mit ASS.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Kai Vogeley

Korrespondenzadresse:
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Uniklinik Köln
Kerpener Str. 62
50924 Köln
kai.vogeley@uk-koeln.de

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Oberarzt der Klinik, Leiter der Autismus-Sprechstunde für Erwachsene. Arbeitsschwerpunkte: ASS im Erwachsenenalter, Neurobiologie der sozialen Informationsverarbeitung, Philosophische Aspekte der Psychiatrie und der Neurowissenschaften.

Wie belastet erleben sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrem Berufsalltag?

Ergebnisse einer Online-Erhebung

Annette Schröder & Dorota Reis

Zusammenfassung: Aus empirischen Studien ist bekannt, dass länger andauernde berufliche Belastungen in Verbindung mit einer geringeren Verfügbarkeit von beruflichen und personalen Ressourcen zu Erschöpfungszuständen und einer inneren Distanzierung gegenüber den beruflichen Aufgaben führen können. Allerdings wurde bisher wenig untersucht, welcher Art die Belastungen von Psychotherapeuten sind und welche Auswirkungen dies auf ihr Wohlbefinden hat. In der vorliegenden Studie wurde im Rahmen einer Online-Erhebung an einer Stichprobe von Psychotherapeuten[1] (N = 765, davon N = 141 Psychotherapeuten in Ausbildung, PiA) erhoben, welche Belastungen sie in ihrer Berufsausübung erleben und ob arbeitsbezogene Variablen (z. B. Berufserfahrung, Art der institutionellen Einbindung) damit in Zusammenhang stehen. Des Weiteren interessierte der Zusammenhang der Belastungen mit soziodemografischen Merkmalen.

Einleitung

Überforderungen im Beruf können mit vegetativen Stresssymptomen wie Angespanntheit, verminderter Schlafqualität und einem Erschöpfungsgefühl verbunden sein. Oft halten diese Beschwerden nur kurze Zeit an und Erholungsphasen reichen in der Regel aus, um diese Stressreaktionen zurückzubilden. Länger andauernde berufliche Belastungen können dagegen zu häufigeren Erschöpfungszuständen und einer inneren Distanzierung gegenüber den beruflichen Aufgaben führen (Bakker & Demerouti, 2014). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn zusätzlich zu den Belastungen eine nur geringe Verfügbarkeit von beruflichen und personale Ressourcen vorhanden ist (Demerouti, Mostert & Bakker, 2010; Halbesleben, 2010).

Obwohl gerade in Gesundheitsberufen der Zusammenhang zwischen Überforderungen am Arbeitsplatz und psychischen Erschöpfungssymptomen häufig gefunden wurde, haben sich bisher nur sehr wenige Studien mit den subjektiven Belastungen des *Psychotherapeutenberufs* beschäftigt. Zwar ist bekannt, dass dieser Beruf nicht frei von Belastungssituationen ist. Schon Freud bezeichnete ihn als einen jener „unmöglichen" Berufe, in denen man sich des ungenügenden Erfolgs sicher sein könne (1937/1950, S. 94). Allerdings wird landläufig auch oft angenommen, dass Psychotherapeuten bereits „von Haus aus" gut mit diesen Belastungssituationen zurechtkämen oder umzugehen gelernt hätten. Auffällig ist zumindest, dass „Psychotherapeuten … im Vergleich zu Vertretern anderer Berufsgruppen im psychosozialen Bereich mit ihrem Beruf und ihrer professionellen Entwicklung sehr zufrieden [sind]" (Willutzki et al., 2006, S. 26). So jedenfalls lautete das Ergebnis der „Internationalen Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten", in der seit 1991 insgesamt mehr als 7.000 Psychotherapeuten aus mehr als 20 Ländern zu ihrer beruflichen Tätigkeit befragt wurden und in der diese Aussage für den deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, deutschsprachige Schweiz) formuliert wurde. Studien zur Lebensqualität (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005) und zur subjektiven Gesundheit von Psychotherapeuten (Hessel, Geyer, Brähler & Eichenberg, 2009) kommen zu vergleichbar positiven Ergebnissen.

Bereits die Autoren der erstgenannten Studie mahnten aber, dass dieses Gesamturteil nicht darüber hinwegtäuschen solle, dass große Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Psychotherapeuten bestehen und eine differenziertere Sichtweise angeraten ist. So gaben beispielsweise die Teilnehmer ihrer Studie an, dass die Arbeit mit Patienten für sie der wichtigste *positive* Einflussfaktor für ihre aktuelle berufliche Entwicklung darstelle; die Arbeit mit Patienten wurde zugleich aber auch als *negativer* Einflussfaktor erlebt. Den Spitzenplatz bei den negativen Einflüssen belegten allerdings die institutionellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer der Beruf ausgeübt wird, ein Punkt, der in der Literatur wiederholt beschrieben wird (vgl. zusammenfassend Orlinsky & Roennestad, 2005).

Wie lässt sich also erklären, dass psychotherapeutisch Tätige augenscheinlich insgesamt zufriedener mit ihrer beruflichen Tätigkeit sind als andere Berufsgruppen? Und trifft dies für alle Psychotherapeuten zu oder gibt es Unterschiede, zum Beispiel aufgrund des Geschlechts oder der Berufserfahrung?

1 Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit wird nachfolgend auf eine geschlechtsneutrale Formulierung oder geschlechtsspezifische Endung verzichtet und die maskuline Form des Personenbezugs benutzt, auch wenn über ein Arbeitsfeld berichtet wird, in welchem Frauen überwiegen. Grundsätzlich ist, wenn nicht eindeutig gekennzeichnet, die feminine Form mit impliziert.

Gibt es besondere Belastungen des Psychotherapeutenberufs, und falls ja, wie wirken sich diese auf das Wohlbefinden aus? Diese Fragen mit einem Blick in vorhandene Studienergebnisse zu beantworten erweist sich als schwierig: Die Forschungslage hierzu ist bemerkenswert dünn. So liegen für Deutschland nur vereinzelt empirische Ergebnisse vor, und selten handelt es sich um Arbeiten, die die Situation seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 abbilden.

Eine Ausnahme bildet die Studie von Sievers (2011), der das Belastungserleben von insgesamt 227 kassenzugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und 76 Ärztlichen Psychotherapeuten des Landes Bremen und der umliegenden Gebiete Niedersachsens untersuchte. Er fand zum Ersten einen deutlichen Geschlechtseffekt, wonach sich weibliche Psychotherapeuten emotional stärker belastet, durch die therapeutische Arbeit stärker überfordert und eher ein Scheitern an den eigenen Ansprüchen erleben. Allerdings wird auch deutlich, dass die Faktoren „Geschlecht" und „Verfahren" nur marginale Relevanz für die ebenfalls erhobene psychische und körperliche Lebensqualität der Psychologischen Psychotherapeuten aufweisen, die zum überwiegenden Teil als zufriedenstellend bis sehr zufriedenstellend eingeschätzt wurde. Bedeutsam scheinen deshalb andere Faktoren zu sein, durch die die psychotherapeutische Arbeit trotz Belastungen positiv bewertet wird.

Studien aus anderen Ländern, schwerpunktmäßig den USA, liefern nur eingeschränkt Antworten auf die oben genannten Fragen, da hier häufig heterogene Stichproben untersucht wurden und Psychotherapeuten nur eine Untergruppe der „mental health worker" darstellen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die strukturellen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung bis heute gravierend sind.

Zusammenfassend lässt sich unter Bezugnahme auch anderer Studien sagen, dass das Belastungserleben mit dem Alter und der Dauer der beruflichen Erfahrung sinkt. Jüngere Psychotherapeuten scheinen mehr durch psychische Bedrängnis bei Patienten und eigene Selbstzweifel beansprucht, während Psychotherapeuten mit mehr Berufserfahrung Belastungen durch Management und durch Supervisionsarbeit angeben. Außerdem finden sich Hinweise darauf, dass weibliche Psychotherapeuten sich durch ihre Arbeit emotional stärker belastet erleben, möglicherweise auch dadurch, dass sie an sich selbst hohe Ansprüche als Therapeutinnen stellen. Eine alternative Erklärung könnte auch sein, dass sie Regelungen des therapeutischen Arbeitens, wie sie in Angestelltenverhältnissen üblich sind, stärker als ihre männlichen Kollegen als Einschränkung erleben.

Während die zuletzt genannten Studien schwerpunktmäßig die subjektive Einschätzung der beruflichen Situation sowie die Reaktion der Psychotherapeuten zum Thema hatten und sie diese mittels einschlägiger Fragebögen erhoben haben, benennen andere, zumeist ältere Studien lediglich die **spezifischen Quellen der Belastung** von Psychotherapeuten. Diese lassen sich im Wesentlichen drei Kategorien zuordnen (Farber, 1990; Kottler, 1993; Kramen-Kahn & Hansen, 1998; Mahoney, 1997). Es sind dies 1) arbeitsbezogene Probleme (z. B. ökonomische Unsicherheit, Berichte verfassen, Arbeitsüberlastung), 2) patientenbezogene Belastungen wie z. B. Suizidabsichten des Patienten sowie 3) persönliche Herausforderungen als Psychotherapeut (z. B. Aufbau und Aufrechterhaltung einer guten Beziehung).

Einen Hinweis darauf, dass die Belastungen, die der Psychotherapeutenberuf mit sich bringen kann, durch entsprechende Ressourcen aufgewogen werden kann, findet sich bereits in einer Studie von Radeke und Mahoney (2000). In einer bereits publizierten Auswertung von Daten, die an denselben Studienteilnehmern wie in der vorliegenden Studie erhoben wurden, erwiesen sich Optimismus und Hoffnung als persönliche Ressourcen besonders bedeutsam für das psychische Wohlbefinden von Psychotherapeuten. Bei den arbeitsbezogenen Ressourcen erwiesen sich insbesondere die Autonomie in der Gestaltung der eigenen Tätigkeit und die gebotenen Lernmöglichkeiten als relevant (Reis, Schröder & Schlarb, 2014).

Psychotherapeuten in Ausbildung – eine Gruppe mit besonderen Belastungen?

Eine bisher u. W. noch nicht untersuchte Frage ist die, welche besonderen Belastungen Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) für sich wahrnehmen. Zwar hat die Situation der PiA insbesondere in den letzten Jahren seit der Diskussion über die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes große Aufmerksamkeit erfahren. Allerdings lag der Fokus fast ausnahmslos auf der schwierigen finanziellen Situation während der praktischen Tätigkeit in den Kliniken (siehe z. B. Hölzel, 2006, 2008). Demgegenüber wurden die Ausbildungsbedingungen für die praktische Ausbildung in der Regel positiv bewertet (Glaesmer et al., 2009; Sonntag et al., 2009*)*. Ob dies allerdings gleichzusetzen ist damit, dass deshalb dieser Teil der beruflichen Ausbildung nicht oder zumindest mit deutlich weniger Belastungen verbunden ist, ist fraglich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die negative Assoziation zwischen der Dauer der Berufserfahrung und der Höhe der Belastungen generell empirisch gut belegt ist.

Die aktuelle Studie

Ausgehend von den bis dato nur wenigen deutschsprachigen Studien zu Belastungen des Psychotherapeutenberufs war das Ziel der vorliegenden Untersuchung, die berufliche Belastung sowie deren Beeinflussung durch arbeitsbezogene und personenbezogene Ressourcen zu untersuchen. Um eine möglichst umfangreiche Stichprobe zu erhalten, wurde eine Online-Erhebung durchgeführt, in der die Teilnehmer ihre Antworten anonym abgeben konnten.

Zentrale Zielsetzung war die Deskription der spezifischen beruflichen Belastungen von Psychotherapeuten. Abgeleitet aus dem bisherigen Forschungsstand wurde angenommen, dass (1) PiA höhere Belastungen berichten als Psychotherapeuten, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, (2) weibliche Psychotherapeuten höhere Belastungen berichten als männliche Psychotherapeuten und (3) selbständig tätige Psychotherapeuten niedrigere Belastungen berichten als angestellt tätige Psychotherapeuten. Außerdem sollten Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Ressourcen, hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens sowie der emotionalen Erschöpfung und hinsichtlich des subjektiv eingeschätzten Therapieerfolgs geprüft werden.

Des Weiteren sollte geprüft werden, ob sich zwischen soziodemografischen oder arbeitsbezogenen Variablen sowie den spezifischen beruflichen Belastungen Zusammenhänge finden lassen. Dabei wurde angenommen, dass insbesondere Alter, Geschlecht und Berufserfahrung eine Rolle spielen.

Methode

Rekrutierung der Stichprobe

Die Stichprobe wurde im Zeitraum Juli bis August 2011 mithilfe eines Online-Surveys erhoben. Dazu wurden psychotherapeutisch Tätige über verschiedene E-Mail-Verteiler (Landespsychotherapeutenkammern, Therapieverbände, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen) zur Teilnahme eingeladen. Soziodemografisch wurden das Alter, das Geschlecht, die beruflichen Qualifikationen sowie Art und Setting der Tätigkeit erfasst (Details siehe Reis et al., 2014). Angaben über die Rücklaufquote können nicht gemacht werden, da der Link zur Befragung über mehrere Websites und verschiedene Verteiler bekannt gegeben wurde und somit nicht festgestellt werden kann, wie viele Personen die Untersuchungseinladung erhalten haben.

Stichprobe

Insgesamt konnten Fragebögen von 765 praktizierenden Psychotherapeuten in die Studie einbezogen werden. In diese Zahl eingeschlossen sind die Fragebögen von 141 PiA (18,4%). Von den 624 bereits länger praktizierenden Psychotherapeuten waren 462 (74%) selbstständig (73,4% weiblich). Das Alter betrug im Mittel 49.6 Jahre (*SD* = 9,6 Jahre). Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche wurde mit 39.5 Stunden (*SD* = 11.4 Stunden) angegeben. Die durchschnittliche Berufserfahrung in der Stichprobe betrug 20.5 Jahre (*SD* = 9.5 Jahre) (siehe Tabelle 1).

Instrumente

Die Datenerhebung der hier dargestellten Ergebnisse erfolgte im Rahmen eines größeren Instrumentenpools. Relevant für die nachfolgenden Ergebnisse waren folgende Instrumente:[2]

- Die **Skala zu subjektiv erlebten berufsspezifischen Belastungen** (14 Items mit Themen wie „schwierige Patienten", „Verantwortung bei Eigen- oder Fremdgefährdung"; sechsstufiger Beantwortungsmodus von 0 = „überhaupt nicht" bis 5 = „sehr").
- Die **Ressourcenskala** zur Erfassung berufsspezifischer Ressourcen (19 Items, Themen wie „Supervision", oder „Möglichkeiten der fachlichen Weiterbildung"; sechsstufiger Beantwortungsmodus von 0 = „überhaupt nicht" bis 5 = „sehr").
- Der **WHO-Fragebogen zum Wohlbefinden** (WBI-5; World Health Organization 1998) (sechsstufiges Antwortformat von 0 = „zu keinem Zeitpunkt" bis 5 = „die ganze Zeit").
- Die Subskala **Emotionale Erschöpfung** der deutschen MBI-Version (MBI-HSS, Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, 1996). Sie umfasst neun sechsstufige Items (0 = „nie" bis 5 = „sehr oft").
- Zur Erfassung der **selbsteingeschätzten Effektivität der therapeutischen Arbeit** wurden die Teilnehmer gefragt, wie viele Patienten insgesamt bei ihnen in den letzten zwei Monaten in Behandlung waren und bei wie vielen davon sie den Eindruck eines günstigen Verlaufs hätten. Anschließend wurde aus beiden Zahlen ein Quotient gebildet.

Ergebnisse

Unterschiede hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Belastung

Beim Vergleich zwischen PiA und Psychotherapeuten fällt auf, dass diese sich lediglich hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Ressourcen nicht unterscheiden ($t = -.41$, $p > .05$). Dagegen berichten Psychotherapeuten über signifikant weniger Belastungen ($t = 8.56$, $p < .01$). Außerdem geben sie mehr selbsteingeschätzten Therapieerfolg ($t = -4.47$, $p < .01$), höheres Wohlbefinden ($t = -1.97$, $p = .05$) und niedrigere emotionale Erschöpfung an als PiA ($t = 2.82$, $p < .01$) (siehe Tabelle 2).

Abbildung 1 zeigt, in welchen Belastungsbereichen sich PiA und Psychotherapeuten unterscheiden: Die Eigen- und Fremdgefährdungsthematik wird dabei als am meisten belastend erlebt, und zwar in beiden Gruppen, jedoch mit deutlich höher eingeschätzten Belastungen bei den PiA. Die drei nächsthöchsten Belastungsthemen betreffen die aktuell noch typischen Ausbildungssituationen von PiA, nämlich finanzielle Belastungen sowie Belastungen durch die erlebte Diskrepanz zwischen Verantwortung und Bezahlung bzw. Anerkennung.

Beim Vergleich zwischen selbstständigen versus angestellten Psychotherapeuten finden sich weder hinsichtlich ihrer wahr-

2 Detailliertere Informationen zu den eingesetzten Instrumenten finden Sie auf der Homepage des Psychotherapeutenjournals unter Ausgabe 3/2015.

	Geschlecht N (%)	Alter M (SD)	Berufserfahrung in Jahren M (SD)	Wochenarbeitszeit in Stunden M (SD)	angestellt vs. selbstständig N (%)
Gesamtstichprobe	weiblich: 573 (75%) männlich: 192 (25%)	46,4 (10,8)	17,5 (10,8)	39,7 (11,4)	
PiA (N = 141)	weiblich: 115 (82%) männlich: 26 (18%)	32,3 (6,6)	4,7 (4,8)	40,2 (11,7)	
Approbierte (N = 624)	weiblich: 458 (73%) männlich: 166 (27%)	49,6 (8,9)	20,5 (9,5)	39,5 (11,3)	selbständig: 462 (74%) angestellt: 162 (26%)

Tabelle 1: Soziodemografische Daten

Vergleich PiA vs. Psychotherapeuten				
	PiA M (SD)	Psychotherapeuten M (SD)	t	p
Belastungen	2.8 (0.78)	2.2 (0.88)	8.56	.000
Ressourcen	3.5 (0.53)	3.5 (0.61)	-0.38	.71
Erschöpfung	2.0 (0.80)	1.8 (0.79)	2.82	.005
Wohlbefinden	2.8 (0.92)	3.0 (0.90)	-1.97	.05
Therapieerfolg	.72 (0.20)	.80 (0.13)	-4.47	.00
Vergleich selbstständige vs. angestellte Psychotherapeuten				
	Selbstständige M (SD)	Angestellte M (SD)	t	p
Belastungen	2.1 (0.88)	2.4 (0.85)	3.56	.000
Ressourcen	3.5 (0.61)	3.5 (0.59)	-0.46	.65
Erschöpfung	1.8 (0.79)	1.9 (0.79)	2.12	.04
Wohlbefinden	3.0 (0.88)	2.9 (0.95)	-0.75	.46
Therapieerfolg	.81 (0.11)	.77 (0.15)	-2.86	.005

Tabelle 2: Unterschiede zwischen Teilgruppen

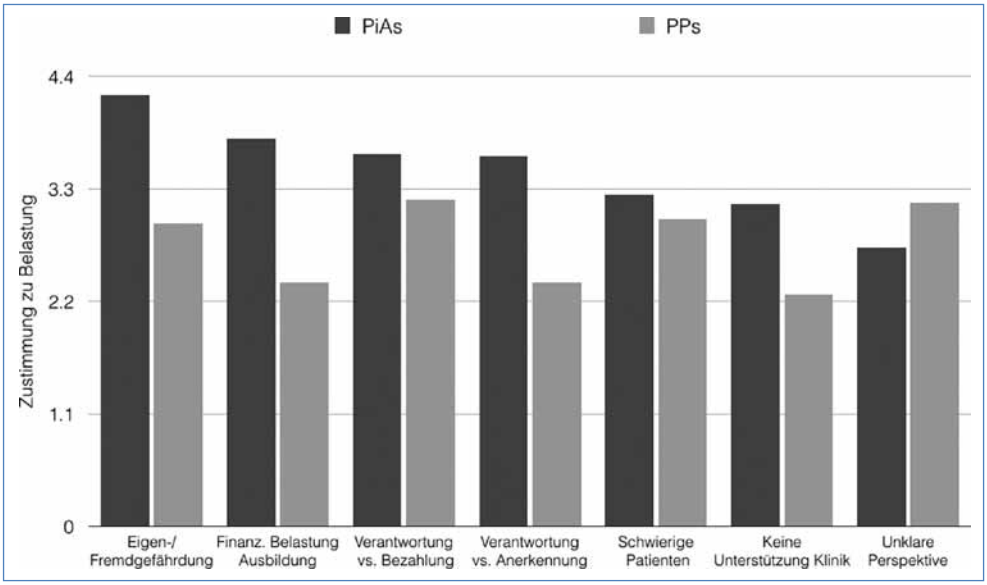


Abbildung 1: Subjektiv wahrgenommene Belastungen der psychotherapeutischen Tätigkeit (Skala von 0 = überhaupt keine Belastung bis 5 = sehr hohe Belastung)

genommenen Ressourcen (t = – .46, p > .05) noch hinsichtlich des generellen Wohlbefindens (t = – .75, p > .05) Unterschiede. Allerdings berichten – wie angenommen – selbstständig arbeitende Psychotherapeuten über weniger Belastungen (t = 3.56, p < .01), mehr selbsteingeschätzten Therapieerfolg (t = – 2.86, p < .01), und niedrigere emotionale Erschöpfung (t = 2.12, p < .05).

Zwischen den weiblichen und männlichen Psychotherapeuten zeigten sich bezüglich des Wohlbefindens, der emotionalen Erschöpfung und der therapeutischen Effektivität keinerlei

Unterschiede. Lediglich hinsichtlich der wahrgenommenen Belastungen und Ressourcen zeigte sich, dass Frauen sowohl über mehr Belastungen ($t = 2.75$, $p < .01$) als auch über mehr Ressourcen ($t = 3.75$, $p < .001$) berichten.

Zusammenhang von Alter, Geschlecht sowie Berufserfahrung und der erlebten beruflichen Belastungen

Die Zusammenhänge in den relevanten Variablen wurden in einem zweiten Schritt nach Gruppen getrennt (PiA versus Psychotherapeuten) analysiert. Es zeigte sich, dass in der Gruppe der PiA die Ausprägungen in den Belastungen, Ressourcen, Wohlbefinden, emotionaler Erschöpfung und Therapieerfolg unabhängig vom Geschlecht der PiA waren. Ältere PiA berichteten über mehr wahrgenommene Ressourcen ($r = .22$, $p < .05$), umgekehrt gab es aber zwischen Alter und Belastung keinen Zusammenhang. Je höher die von den PiA wahrgenommenen Belastungen waren, umso niedriger war erwartungsgemäß ihr Wohlbefinden ($r = -.22$, $p < .01$) und umso höher war ihre emotionale Erschöpfung ($r = .38$, $p < .01$). Selbsteingeschätzter Therapieerfolg hing weder mit Belastungen noch mit Ressourcen zusammen. Allerdings, je höher das Wohlbefinden der PiA, umso höher war auch der selbsteingeschätzte Therapieerfolg ($r = .26$, $p < .01$). Im Gegensatz dazu zeigte sich: Je höher die emotionale Erschöpfung war, desto niedriger war auch der selbsteingeschätzte Therapieerfolg ($r = -.19$, $p < .05$). Erwartungsgemäß waren emotionale Erschöpfung und Wohlbefinden negativ miteinander assoziiert ($r = -.51$, $p < .01$).

Im Unterschied zu den PiA berichteten weibliche Psychotherapeuten über mehr Belastungen ($r = -.11$, $p < .01$), aber auch über mehr Ressourcen ($r = -.15$, $p < .01$). Ältere Psychotherapeuten berichteten ein höheres Wohlbefinden ($r = .15$, $p < .01$), weniger emotionale Erschöpfung ($r = -.11$, $p < .01$), mehr selbsteingeschätzten Therapieerfolg ($r = .13$, $p < .01$) und weniger Belastungen ($r = -.26$, $p < .01$). Das Wohlbefinden der Psychotherapeuten ging mit höheren Ressourcen ($r = .13$, $p < .01$) und niedrigeren Belastungen ($r = -.38$, $p < .01$), höherem selbsteingeschätztem Therapieerfolg ($r = .18$, $p < .01$) und niedrigerer emotionaler Erschöpfung ($r = -.53$, $p < .01$) einher. Auch in der Gruppe der Psychotherapeuten war die emotionale Erschöpfung negativ mit selbsteingeschätztem Therapieerfolg ($r = -.24$, $p < .01$) und positiv mit Belastungen ($r = .40$, $p < .01$) assoziiert (siehe Tabelle 3).

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)
1) Wohlbefinden	1						
2) Erschöpfung	-.51**	1					
3) Therapieerfolg	.26**	-.19*	1				
4) Belastungen	-.22**	.38**	-.06	1			
5) Ressourcen	.14	-.01	.13	.14	1		
6) Alter	-.04	-.04	.11	-.08	.22**	1	
7) Geschlecht	-.01	-.14	.60	-.15	-.02	.14	1

Tabelle 3a: Korrelationen für PiA
*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.*
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant.*

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)
1) Wohlbefinden	1						
2) Erschöpfung	-.58**	1					
3) Therapieerfolg	.18**	-.24**	1				
4) Belastungen	-.38**	.40**	-.13**	1			
5) Ressourcen	.13**	-.01	.04	.12**	1		
6) Alter	.15**	-.11**	.13**	-.26**	.-.06	1	
7) Geschlecht	-.00	-.30	-.03	-.11**	-.15**	.14**	1

Tabelle 3b: Zusammenhänge der Variablen in der Stichprobe der Psychotherapeuten
*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.*

Diskussion

Primäres Ziel der vorliegenden Studie war es, die subjektiv wahrgenommenen Belastungen, die mit psychotherapeutischer Arbeit verbunden sind, zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen, dass PiA gegenüber bereits länger berufstätigen Psychotherapeuten höhere Belastungen wahrnehmen. Außerdem berichten selbstständig tätige Psychotherapeuten weniger Belastungen durch den Beruf als angestellte Psychotherapeuten. Auch kann festgehalten werden, dass ältere Psychotherapeuten oder PiA, also unabhängig davon, ob sie noch in Ausbildung oder bereits länger berufstätig sind, weniger Belastungen durch den Beruf berichten als junge Kollegen. Insofern bestätigen diese Resultate die Befunde aus bereits vorliegenden Untersuchungen (Ackerley et al., 1988; Rupert & Morgan, 2005).

Gleichwohl sind diese Ergebnisse weniger eindeutig, als sie auf den ersten Blick erscheinen. Zieht man nämlich hinzu, ob auch Ressourcen wahrgenommen werden, die helfen können, die Belastungen zu reduzieren, findet sich weder zwischen PiA vs. länger psychotherapeutisch Tätigen noch zwischen angestellt vs. selbstständig arbeitenden Psychotherapeuten ein signifikanter Unterschied. Dies spricht dafür, dass es für die jeweilige Untergruppe von Psychotherapeuten auch jeweils unterschiedliche berufliche Belastungen gibt. Wie unsere Studie zeigen kann, stellt zwar die Eigen- und Fremdgefährdungsthematik im Rahmen von Psychotherapien sowohl für PiA als auch für berufserfahrene Psychotherapeuten einen hohen Belastungswert dar. PiA sind darüber hinaus aber auch durch die finanziell nicht zufriedenstellende Honorierung ihrer Tätigkeit angespannt, während bereits länger tätige

Psychotherapeuten zum einen eher die erlebte Diskrepanz zwischen der beruflichen Verantwortung und der Bezahlung sowie zum anderen schwierige Patienten als belastend erleben. Dies deckt sich zum Teil mit Ergebnissen aus der Angestelltenbefragung, die die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) im Jahr 2013 durchgeführt hat. Danach sind Psychotherapeuten nach den Fachärzten zwar die zweitgrößte Heilberufsgruppe, die in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen tätig ist und auch faktisch zu knapp der Hälfte der befragten Psychotherapeuten Leitungs- und Führungsaufgaben übernimmt. Dies geschieht aber laut den Ergebnissen der Umfrage nur bei 25,1% der Befragten in einer „offiziellen" Leitungsfunktion. In der Konsequenz werden daher weder ihre Kompetenzen im angemessenen Umfang berücksichtigt, noch schlägt sich diese Qualifikation auf die tarifliche Eingruppierung und damit das Einkommen nieder (vgl. BPtK, 2014). Insofern ist gut nachvollziehbar, dass bei den von uns befragten angestellten Psychotherapeuten die höchste Belastung im Spannungsfeld zwischen Verantwortung und Bezahlung gesehen wird und hier ein dringender politischer Handlungsbedarf zu sehen ist.

Beim Blick auf wahrgenommene subjektive Belastungen sollten auch die wahrgenommenen Ressourcen nicht außer Acht gelassen werden. In der vorliegenden Studie fanden sich zwischen den bereits länger Berufstätigen und den PiA keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Ressourcen. Allerdings zeigte sich hier ein deutlicher Geschlechtseffekt: So berichteten Psychotherapeutinnen mehr subjektiv wahrgenommene Belastungen, aber zugleich auch mehr subjektiv wahrgenommene Ressourcen als ihre männlichen Kollegen. Möglicherweise gelingt es ihnen besser als ihren Kollegen, Ressourcen wie etwa soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, gerade in Situationen, in denen ihnen die psychotherapeutische Arbeit sehr, vielleicht zu nahe geht. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch, dass andere Variablen wie allgemeines Wohlbefinden, emotionale Erschöpfung und der selbst eingeschätzte Therapieerfolg bei weiblichen Psychotherapeuten von dieser Belastungs-Ressourcen-Balance unbeeinflusst erscheint. Wie zudem an anderer Stelle bereits von uns berichtet wurde (vgl. Reis et al., 2014), scheint unter den arbeitsbezogenen Ressourcen insbesondere die Möglichkeit, in der Arbeit Neues zu lernen und ausreichend Potenzial für die persönliche Weiterentwicklung zu haben, für das generelle Wohlbefinden als Psychotherapeut besonders bedeutsam zu sein. Personenbezogene Ressourcen, die berufliche Belastungen abfedern, sind darüber hinaus insbesondere Optimismus, Resilienz und Hoffnung (Reis et al., 2014).

Insgesamt besteht die Stärke der vorliegenden Studie darin, dass mit N = 765 eine vergleichsweise große Stichprobe untersucht werden konnte, in der auch Vergleiche zwischen PiA und bereits länger Berufstätigen gezogen werden konnten. Zudem liegen für den deutschsprachigen Raum bis dato nur vereinzelt Erkenntnisse vor (siehe z. B. Sievers, 2011), wie belastend psychotherapeutisches Arbeiten erlebt wird.

Einschränkend ist festzuhalten, dass es sich wegen des Querschnittdesigns verbietet, kausale Schlussfolgerungen zu ziehen. Kritisch ist auch zu bewerten, dass sich die Ergebnisse nur auf Selbstauskünfte im Rahmen einer anonymisierten Fragebogenerhebung beziehen. Daher sind bewusste Verfälschungsabsichten nicht gänzlich auszuschließen. Es scheint für zukünftige Studien sinnvoll, auch längere und standardisierte Verfahren einzusetzen. Insbesondere bezogen auf den selbsteingeschätzten Therapieerfolg durch die Psychotherapeuten erscheint es uns für zukünftige Studien angezeigt, auch externe Erfolgskriterien heranzuziehen. Des Weiteren ist eine Schwäche der Studie, dass sich eine vergleichende Auswertung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten wegen erlaubter Doppelnennungen als nicht machbar erwies. Auch ist einschränkend zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung bereits im Jahr 2011 erfolgte, sodass nicht abschätzbar ist, ob die hier gefundenen Ergebnisse noch die aktuelle Belastungssituation widerspiegeln.

Neben den eher methodischen Anregungen für zukünftige Studien zum vorliegenden Thema verdient aus unserer Sicht insbesondere das Ergebnis, wonach höheres Wohlbefinden der Psychotherapeuten mit niedrigerer emotionaler Erschöpfung und höherem selbsteingeschätzten Therapieerfolg zusammenhängt, eine weitergehende Beschäftigung. Aus theoretischer Perspektive erscheint uns zudem eine stärkere Nutzung des Job-Demands-Resources-Modells (JD-R, Arbeitsanforderungs-Ressourcen-Modell) von Demerouti et al. (2001) auch für klinisch-psychologische Kontexte vielversprechend. In der vorliegenden Studie betrachten wir es insbesondere bei Psychotherapeutinnen als ein besseres Erklärungsmodell als das Stressmodell von Lazarus (1991), da es davon ausgeht, dass berufliche Situationen sowohl Anforderungen als auch Ressourcen bieten. Während im Stressmodell von Lazarus die beruflichen Anforderungen durch getrennt vom Beruf vorhandene Ressourcen bewältigt werden können, gewinnt eine Person im JD-R-Modell *durch* die berufliche Tätigkeit Ressourcen. Dies könnte auch eine Erklärung für die gefundenen Geschlechtsunterschiede sein: Psychotherapeutinnen nehmen zwar eine höhere subjektive Belastung wahr, zugleich ziehen sie aber für sich aus ihrer therapeutischen Arbeit mehr Ressourcen als männliche Kollegen.

Darüber hinaus liefern unsere Ergebnisse aber auch Argumente für praktische Schlussfolgerungen. Diese sehen wir zum einen im Bereich der Umsetzung von angemessenen – und der faktischen Tätigkeit entsprechenden – Rahmenbedingungen für angestellte Psychotherapeuten in den Kliniken. Für PiA sollten Workshops – wie auch vielerorts schon angeboten – zum Thema Burnout-Prävention im Rahmen ihrer Theorieausbildung obligatorisch sein. Darüber hinaus erscheint es aber notwendig, auch nach Abschluss der Ausbildung eine gute fachliche Weiterbildung vorzuhalten, die neue Lernmöglichkeiten eröffnet und die Anforderungsvielfalt unseres Berufs aufgreift.

Literatur

Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 19 (6), 624.

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. In P. Y. Chen & C. L. Cooper (Eds.), Work and Wellbeing: Wellbeing: A complete reference guide (Vol. III; pp. 37-64). Chichester.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2014). Psychotherapeuten im Krankenhaus – Zentrale Ergebnisse der Angestelltenbefragung der BPtK. Psychotherapeutenjournal, 13 (2), 192-193.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology, 86 (3), 499-512.

Dlugos, R. F. & Friedlander, M. L. (2001). Passionately committed psychotherapists: A qualitative study of their experiences. Professional Psychology: Research and Practice, 32 (3), 298.

Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types and trends. Psychotherapy in Private Practice, 8 (1), 35-44.

Freud, S. (1937/1999). Die endliche und unendliche Analyse (in deutscher Sprache erschienen in „Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Bd. 23). In S. Freud, Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1932-1939 (Bd. XVI). Frankfurt a.M.: Fischer.

Glaesmer, H., Sonntag, A., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., ... & Strauß, B. (2009). Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Absolventen. Psychotherapeut, 54 (6), 437-444.

Halbesleben J. R. B. (2010). A meta-analysis of work engagement: relationships with burnout, demands, resources, and consequences. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), Work engagement. A handbook of essential theory and research (pp.102-117). Hove: Psychology Press.

Hessel, A., Geyer, M., Brähler, E. & Eichenberg, C. (2009). Zur bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 7 (3), 77-89.

Hölzel, H. H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. Psychotherapeutenjournal, 5 (3), 232-237.

Hölzel, H. H. (2008). Beurteilung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Sicht von Ausbildungsabsolventen – Ergebnisse einer Internetumfrage. Unveröff. Diss., Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm.

Kottler, J. A. (1993). On being a therapist. San Francisco: Jossey-Bass.

Kramen-Kahn, B. & Hansen, N. D. (1998). Rafting the rapids: Occupational hazards, rewards, and coping strategies of psychotherapists. Professional Psychology: Research and Practice, 29 (2), 130.

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. London: Oxford University Press.

Lee, J., Lim, N., Yang, E. & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. Professional Psychology: Research and Practice, 42 (3), 252.

Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. Professional Psychology: Research and Practice, 28, 14-16.

Maslach C, Jackson S. E. & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Orlinsky, D. E. & Roennestad, H. (2005). How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth. Washington: American Psychological Association.

Radeke, J. T. & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 31 (1), 82.

Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – eine Vergleichsuntersuchung. Psychotherapeut, 2, 107-114.

Reis, D., Schröder, A. & Schlarb, A. (2014). Wohlbefinden, Burnout und Ressourcen bei Psychotherapeuten. Psychotherapeut, 59, 46-51.

Rupert, P. A. & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 36, 544-550.

Sievers, K. (2011). Belastungserleben bei Psychotherapeuten. Unterschiede zwischen Therapieverfahren und Berufsgruppen. Unveröff. Dissertation, Universität Bremen. Verfügbar unter: http://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102476-1.pdf [22.07.2015].

Sonntag, A., Glaesmer, H., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., ... & Strauß, B. (2009). Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. Psychotherapeut, 54 (6), 427-43.

Willutzki, U., Orlinsky, D., Cierpka, M., Ambühl, H., Laireiter, A.-R., Meyerberg, J. und das SPR Collaborative Research Network (2006). WIR – Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen" Beruf (S. 26-38). Stuttgart/New York: Schattauer.

WHO (1998). Well-being measures in primary healthcare: The Depcare Project. Copenhagen: World Health Organization.

Prof. Dr. Annette Schröder

Universität Koblenz-Landau
Fachbereich Psychologie/Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters
Ostbahnstr. 12
76829 Landau
schroede@uni-landau.de

Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Koblenz-Landau und Leiterin des universitären Studiengangs Weiterbildung in Psychologischer Psychotherapie (WiPP) in Landau.

Dr. Dorota Reis

Universität Koblenz-Landau
Fachbereich Psychologie
Fortstr. 7
76829 Landau
reis@uni-landau.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Methoden und Evaluation der Universität Koblenz-Landau; sie beschäftigt sich mit dem Einfluss von Ressourcen und Belastungen auf die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden in verschiedenen Berufsfeldern.

Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung?

Peter Tossmann, Anna Eiling & Michelle Brehm[1]

Zusammenfassung: Um die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern schlägt der GKV-Spitzenverband vor, in stärkerem Umfang als bisher Kurzzeitpsychotherapien durchzuführen. Was aber ist über die Wirksamkeit von Kurzzeittherapien bekannt? Worin liegen die Stärken und Schwächen psychotherapeutischer Kurzzeitbehandlungen? Nach einer Diskussion dieser Fragen kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass es gute Gründe dafür gibt, die Entscheidung über die individuelle Behandlungsdauer den Professionellen vor Ort zu überlassen.

Ausgangslage

In einem Positionspapier zur „Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie" hat der GKV-Spitzenverband Ende 2013 Vorschläge zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung formuliert. Als zentrale Probleme der aktuellen Versorgungssituation werden darin u. a. lange Wartezeiten und eine lange Behandlungsdauer ausgemacht. Eine Idee zur Verbesserung der Situation sieht der GKV-Spitzenverband darin, Anreize zur Erbringung von Kurzzeittherapien zu schaffen. Die Autorinnen und Autoren[2] des Positionspapiers argumentieren dabei mit Ergebnissen aus Analysen von Krankenkassendaten, wonach derzeit die Mehrzahl aller psychotherapeutischer Behandlungen Kurzzeittherapien sind: „Über zwei Drittel der Patienten in Psychotherapie beenden schon in der zur Zeit bestehenden Struktur ihre Therapie vor der 25. Therapiestunde. Die Kontingentierung ist zukünftig deshalb so zu bemessen, dass dauerhaft Anreize für eine Absenkung der Therapiedauer entstehen." (GKV-Spitzenverband, 2013, S. 7)

Ob diese Maßnahme zu einer Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung führt, muss aus der Sicht der Profession stark bezweifelt werden. Vielmehr scheinen Befürchtungen gerechtfertigt, dass (noch) kürzere Behandlungskontingente eine unzureichende Versorgung von zumindest einigen Patientengruppen nach sich ziehen werden. Im Zusammenhang mit dieser möglichen Ausrichtung auf Kurzzeittherapien stellen sich einige drängende Fragen: Was weiß man überhaupt über die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Kurzinterventionen? Kann die Kurzzeittherapie bzw. die Absenkung der Therapiedauer wirklich ein Instrument zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sein?

Hilft Kurzzeittherapie?

Die mittlerweile sehr umfassende Psychotherapieforschung lässt zweifellos die Annahme zu, dass verschiedene Formen der Psychotherapie bei unterschiedlichen psychischen Störungen hilfreich sind. Zahlreiche klinische Studien und Metaanalysen belegen die Wirksamkeit von verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren (vgl. bspw. Margraf, 2009; Lambert, 2013). Dabei sind Kurzzeittherapien besonders intensiv beforscht worden.

> Die Psychotherapieforschung lässt zweifellos die Annahme zu, dass verschiedene Formen der Psychotherapie bei unterschiedlichen psychischen Störungen hilfreich sind.

Seit den 1970er-Jahren werden insbesondere die Methode der randomisiert-kontrollierten Ergebnisforschung (*randomized controlled trial*, RCT) in Anlehnung an die Paradigmen der medizinischen Wirksamkeitsforschung sowie Metaanalysen, die deren Forschungsergebnisse in Form von Effektstärken aggregieren, als Goldstandard der Forschung angesehen. Eine Fülle dieser Studien lieferte eine große Menge an Befunden, die für die Wirksamkeit von Psychotherapie und ihre Überlegenheit gegenüber anderen Behandlungsansätzen bei psychischen Störungen sprechen. Viele dieser Studien finden positive Befunde für kurze Psychotherapien. Beispielsweise fanden Cuijpers et al. (2014) in einer aktuellen Metaanalyse über 92 Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depression mit 6.937 Patienten, dass 62% der Patienten bei Therapiedosen bis 20 Sitzungen

1 in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für Berufsordnung, Wissenschaft und Qualität der Psychotherapeutenkammer Berlin

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

die Kriterien einer Depression am Ende der Psychotherapie nicht mehr erfüllten. Barth et al. (2013) fanden in einer „Netzwerkmetaanalyse" von 198 Studien zur Wirksamkeit von sieben verschiedenen psychotherapeutischen Interventionen bei Depression mit 15.118 Patienten eine Überlegenheit von Psychotherapie gegenüber Warteliste und Kontrollgruppe mit mittleren bis großen Effektstärken, sowohl für kurze als auch für lange Psychotherapien. Die SOPHO-NET-Studie (Leichsenring et al., 2013) untersuchte in einer multizentrischen RCT-Studie an 495 Patienten die Wirksamkeit von Psychodynamischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie im Umfang von 25 Sitzungen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Beide Psychotherapiegruppen erreichten Verbesserungen mit 60% beziehungsweise 52% der Patienten gegenüber der Warteliste mit 15%. 36% beziehungsweise 26% wiesen überhaupt keine klinischen Symptome der sozialen Phobie mehr auf, die Depressivität ging ebenfalls in beiden Gruppen zurück. Diese und viele weitere Befunde sprechen dafür, dass bereits mit wenigen Sitzungen Psychotherapie beachtliche Erfolge erzielt werden können. Ob es noch höhere Erfolgsquoten gegeben hätte, wenn die Psychotherapien länger angedauert hätten, lässt sich aus diesen Studien nicht schließen. In der Metaanalyse von Cuijpers et al. (2014) zeigt sich in der Subgruppenanalyse zur Therapielänge die größte Reduktion der Depressionswerte im „Becks Depression Inventar (BDI)" in der Gruppe mit 20 Sitzungen Psychotherapie (im Vergleich zu vier bis neun, zehn bis zwölf und 16 bis 18 Sitzungen), jedoch mit hoher Varianz. Es bleibt also unklar, ob sich das Befinden der Patienten bei größerer Sitzungsanzahl weiter verbessert hätte und wenn ja, bei welchen von ihnen. Barth et al. (2013) fanden in einer stratifizierten Analyse eine Überlegenheit der Kurzzeittherapien – diese ließ sich durch die Berechnung einer linearen Regression jedoch nicht bestätigen. Haskayne et al. (2014) stellten in einem systematischen Review über 19 randomisierte und nicht randomisierte Studien zur Wirksamkeit Psychodynamischer Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen fest, dass Psychodynamische Kurzzeittherapie eher wirksam ist bei Patienten mit weniger schwerer Symptomatik und weniger Risikoverhalten. Bezüglich Frequenz und Intensität (ambulant vs. stationär) bei verschiedenen Störungen berichten sie inkonsistente Befunde. Welche Patienten- oder auch Therapeutencharakteristika die Ergebnisse moderieren, lässt sich aus den Untersuchungsdesigns nicht ableiten. Knekt et al. (2013) liefern Hinweise darauf, dass in Kurzzeittherapien schneller Verbesserungen in Bezug auf Arbeitsfähigkeit und psychiatrische Symptome erreicht werden und längere Behandlungen in ihrer Wirkung länger anhalten. Katamnese-Zeiträume von fünf Jahren oder länger, wie in dieser Studie, können wertvolle Informationen über die Nachhaltigkeit von Interventionen liefern. Die überwiegende Mehrzahl der Studien zur Kurzzeittherapie hat aber vergleichsweise kurze Nachbefragungsintervalle (max. zwölf Monate) und kann eine nachhaltige Wirksamkeit dieser Behandlungen nicht belegen.

Das RCT-Forschungsparadigma evaluiert den Therapieerfolg als Ergebnismessung, meist in Form von psychometrischen Tests auf Symptomebene. Durch die zufällige Zuweisung zu den Therapie- bzw. Kontrollbedingungen lassen sich therapieunspezifische Einflüsse auf die Veränderung besser kontrollieren und somit der Varianzanteil besser isolieren, der auf die tatsächliche Wirkung der Psychotherapie zurückgeht. Allerdings ist zuweilen fraglich, inwiefern Effektstärken der verwendeten Maße tatsächlich Aussagen über die klinische Relevanz der Veränderungen treffen können. Zudem haben RCT-Studien meist relativ strenge Ein- und Ausschlusskriterien, da die festgestellten Verbesserungen der Symptome zu einer klaren Indikation für ein bestimmtes (manualisiertes) Therapieprogramm bei einem eng umschriebenen Syndrom führen soll. Dazu wird häufig kritisiert, dass diese Ein- und Ausschlusskriterien nicht der Versorgungsrealität entsprechen, da die meisten Patienten unter sehr vielschichtigen Problemen und Symptomen leiden.

Wie „kurz" sind derzeit ambulante Psychotherapien?

Eine im vergangenen Jahr veröffentlichte Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kommt zu dem Ergebnis, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung primär auf Kurzzeittherapien basiert (Multmeier & Tenckhoff, 2014). Grundlage der Studie waren pseudonymisierte Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Aus diesen Datensätzen wurden jene Patienten ausgewählt, die im Jahr 2009 eine ambulante Psychotherapie begonnen haben und deren Daten bis ins Jahr 2012 analysiert werden konnten. Dabei handelte es sich um knapp 400.000 Personen, von denen 50% eine Verhaltenstherapie (VT) und 45% eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) erhielten. Als Kurzzeittherapien wurden Behandlungen klassifiziert, für die das Behandlungskontingent von 25 Sitzungen nicht überschritten wurde. Die Autoren kommen vor dem Hintergrund dieser KV-Daten zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Patienten „eine reine Kurzzeittherapie (VT 71%; TP 70%) bekamen" und dass „für die meisten Betroffenen eine solche Kurzzeitintervention ausreichend ist" (Multmeier & Teckhoff, 2014, S. 111).

Die überwiegende Mehrzahl der Studien zur Kurzzeittherapie hat vergleichsweise kurze Nachbefragungsintervalle (max. zwölf Monate) und kann eine nachhaltige Wirksamkeit dieser Behandlungen nicht belegen.

Ob diese Einschätzung jedoch mit der Realität der psychotherapeutischen Versorgung übereinstimmt, muss bezweifelt

werden. Ein Problem der Daten der KBV liegt darin, dass Personen, die eine psychotherapeutische Behandlung abgebrochen (und im Normalfall nur wenige Sitzungen in Anspruch genommen) haben, in die Analyse einbezogen wurden. In einer Forschungsarbeit von Jacobi, Uhmann und Hoyer (2011), in die 1.776 Psychotherapien einer Hochschulambulanz einbezogen wurden, wurde eine Abbruchquote von 19,2% (n = 196) ermittelt (vgl. auch Altmann, Wittmann, Steffanowski et al., 2014). Vor diesem Hintergrund dürfte der tatsächliche Anteil von Kurzzeittherapien in der psychotherapeutischen Versorgung wohl deutlich kleiner sein, als von Multmeier und Tenckhoff (2014) dargestellt. Plausibler erscheint hier das Ergebnis des Gutachtens von Kruse und Herzog (2012), wonach die Anzahl der durchgeführten Sitzungen in einer ambulanten Psychotherapie bei 40 Sitzungen (Median) lag.

Warum (mehr) Kurzeittherapien keine Lösung sind

Die „Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie" (GKV-Spitzenverband, 2013) hat die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zum Ziel und sieht u. a. vor, Anreize zur Durchführung von Kurzzeittherapie zu schaffen und die Behandlungskontingente zu verkürzen. Die damit verknüpfte Logik scheint auf den ersten Blick plausibel: Durch eine systematische Absenkung der Psychotherapiedauer könnten mehr Patienten ambulant psychotherapeutisch versorgt werden. Eine generelle Absenkung der Behandlungskontingente geht allerdings von der Prämisse aus, dass Patienten derzeit zu lange behandelt werden bzw. dass mit kürzeren Psychotherapien ebenso gute Behandlungsergebnisse zu erzielen sind, wie dies derzeit der Fall ist. Warum Kurzeittherapien aber keine Lösung des Versorgungsproblems darstellen, soll hier nun kurz skizziert werden:

- **Patientenmerkmale**: Kurzzeitbehandlungen sind für einen Teil von Patienten nicht ausreichend. Dies betrifft Patienten mit chronisch depressiven oder somatischen Störungen, mit Persönlichkeitsstörungen oder mit Mehrfachdiagnosen (Gabbard, Gunerson & Fongy, 2002; Markgraf, 2009; Gunderson & Gabbard, 1999; Rabung & Leichsenring, 2012). In der neuen Version des „Diagnostic and Statistical Manual for mental Disorders" (DSM 5) finden sich sowohl im Einleitungsteil als auch in den störungsspezifischen Kapiteln Hinweise zur Indikation. Als Ausschlusskriterien für Kurzzeittherapien werden dort genannt: Major Depression, Schizophrenien, Paranoia und einige schwere Persönlichkeitsstörungen. Eine schwere Symptomatik, Suizidalität, vorausgegangene Suizidversuche, Alkohol und Drogen in der Vorgeschichte, mangelhafte Impulskontrolle oder chronische Zwanghaftigkeit gelten als Kontraindikatoren für die Durchführung einer Kurzzeittherapie.
- **Nachhaltigkeit:** Internationale Studien belegen, dass Patienten mit Achse-II-Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen) von Langzeitbehandlungen profitieren (z. B. Kopta, Howard, Lowry & Beutler, 1994). Naturalistische Langzeittherapiestudien liefern Anhaltspunkte, wonach der Therapieerfolg von Langzeitbehandlungen in Bezug auf Symptomatik, Funktionsniveau und Arbeitsfähigkeit dauerhaft ist (Strauß, Lutz, Steffanowski et al., 2013; Steffanowski, Kramer, Fembacher et al., 2014).
- **Versorgungsrealität:** In der ambulanten Psychotherapie in Deutschland werden überwiegend Patienten mit chronifizierten und komplexen Störungen behandelt (Jakobsen, Rudolf, Brockmann et al., 2007; Steffanowski, Kramer, Fembacher et al., 2014).
- **Gesundheitskosten**: Kosten-Nutzen-Analysen in der Psychotherapie sind sehr aufwändig und die Interpretation der Ergebnisse schwierig, da sie von zahlreichen Einflussfaktoren im Untersuchungsdesign, aber auch strukturellen Gegebenheiten im Gesundheitssystem abhängen (vgl. Jacobi, 2001). Zum Beispiel können längere Psychotherapien oder bestimmte Formen von dauerhaften Erhaltungstherapien das Rückfallrisiko senken und langfristig das Inanspruchnahmeverhalten in anderen Gesundheitsbereichen verringern. Es kann jedoch auch sein, dass die Inanspruchnahme steigt, da nötige medizinische Behandlungen vorher unterlassen wurden. Dafür könnten Gesellschaftskosten in anderen Bereichen (z. B. Betreuung und Justiz) sinken. Alle relevanten Faktoren in ein Berechnungssystem zu integrieren, die dann die Kosten für einen Patienten vor dem Hintergrund einer bestimmten Prognose vorhersagen, ist möglicherweise ein unrealistischer Anspruch. Es erscheint daher unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten am sinnvollsten, ausreichend finanzielle Ressourcen für eine gute Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten sowie für Psychotherapieforschung bereitzustellen, die Psychotherapeuten befähigen, im Einzelfall richtig zu entscheiden, ob eine verlängerte Psychotherapie die gesundheitliche Prognose verbessert oder nicht.

Es gibt gute Gründe, über Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nachzudenken. Und natürlich ist die Kurzzeittherapie ein wichtiger Baustein in einem differenziellen Behandlungssystem.

Die Frage aber, wie lange welche Patienten behandelt werden müssen, sollte den Professionellen vor Ort überlassen sein und nicht durch zu knapp bemessene Kontingente reglementiert werden. Die Datenanalyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung scheint diese Einschätzung zu untermauern: „Die Therapiedauer scheint sich insgesamt eher an dem individuell indizierten Behandlungsbedarf des Patienten zu orientieren als an der Anzahl der bewilligten Therapiestunden" (Multmeier & Tenckhoff, 2014, S. 11).

Literatur

Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Prädiktoren, Outcome. Psychiatrische Praxis, 41 (6), 305-312.

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle,S., Znoj, H.,Jüni, P. & Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Therapeutic Interventions for Patients with depression: ANetwork Meta-Analysis. PLOS Media, 10 (5). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001454.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D. & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta- analysis. Journal of Affective Disorders, 159, 118-126.

Gabbard, G. O., Gunderson, J. G. & Fonagy, P. (2002). The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. Archives of General Psychiatry, 59, 505-510.

GKV-Spitzenverband (2013). Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie. Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. Berlin.

Gunderson, J. & Gabbard, G. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. Journal of the American Psychoanalytic Association, 47, 679-704.

Haskayne, D., Hirschfeld, R. & Larkin, M. (2014). The outcome of psychodynamic psychotherapies with individuals diagnosed with personality disorders: a systematic review. Psychoanalytic Psychotherapy, 28 (2), 115-138.

Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40, 246-256.

Jacobi, F. (2001). Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse der Psychotherapie bei Angststörungen. Dissertationsschrift: TU Dresden.

Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H. & Leichsenring, F. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 53, 87-110.

Knekt,P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L. et al. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-termpsychotherapy on psychiatric symptoms and working ability in a 5-year follow up. Nordic Journal of Psychiatry, 67, 59-68.

Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L.E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1009-1016.

Kruse, J. & Herzog, W. (2012). Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz".

Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6. Aufl., S. 169-218). New York: Wiley.

Leichsenring, F. et al. (2013). Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. American Journal of Psychiatry, 170, 759-767.

Margraf, J. (2009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Berlin: Springer.

Multmeier, J. & Tenckhoff, B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Deutsches Ärzteblatt, 111 (11), 438.

Rabung, S. & Leichsenring, F. (2012) Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: First Meta-analytic Evidence and its Discussion. In R. Levy, S. J. Ablon & H. Kächele (Eds.). Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence (S. 27-49). New York: Humana Press.

Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A. et al. (2014). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40 (4), 267-282.

Strauß, B., Lutz, W., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., Böhnke, J. R., Rubel, J., Scheidt, C. E., Caspar, F., Vogel, H., Altmann, U., Steyer, R., Zimmermann, A., Bruckmayer, E., von Heymann, F., Kramer, D. & Kirchmann, H. (2013, e-first). Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK- and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. Psychotherapy Research, doi:10.1080/10503307.2013.856046.

Dr. Peter Tossmann

Korrespondenzadresse:
Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung
und Projektentwicklung mbH
Kaiserdamm 8
14057 Berlin
tossmann@delphi-gesellschaft.de

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Geschäftsführer der Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Entwicklung internetbasierter Interventionsprogramme, Durchführung von Modellprojekten, wissenschaftlichen Studien und Evaluationsarbeiten.

Dipl.-Psych. Anna Eiling

Anna Eiling ist seit 2012 in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT) im Masterstudium „Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie" an der PHB. Sie ist PiA-Sprecherin in der Psychotherapeutenkammer Berlin und Sprecherin der Bundeskonferenz PiA.

PD Dr. rer. nat. Michelle Brehm

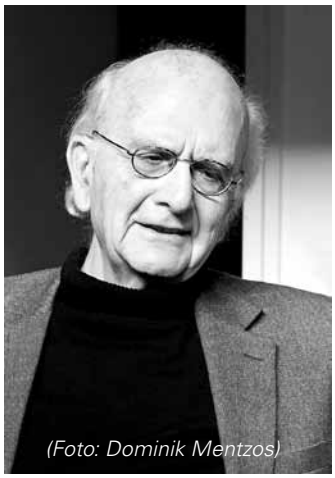
Michelle Brehm ist als Verhaltenstherapeutin und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin in eigener Kassenpraxis tätig. Sie forscht an der Freien Universität Berlin zu Themen der Prozessforschung, Schematherapie und Kurzzeitpsychodynamischen Verfahren und arbeitet als Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin.

Psychosen als Psychosomatosen des Gehirns

Nachruf auf Prof. Dr. Stavros Mentzos, Frankfurt

Am 16. Mai 2015 starb Prof. Dr. med Mentzos im Alter von 85 Jahren. Stavros Mentzos wurde 1930 in Athen geboren. Nach dem Medizinstudium und dem Militärdienst ging er 1957 an das Universitätsklinikum Hamburg, wo er bei Prof. Bürger-Prinz die Facharztweiterbildung zum Nervenarzt und einen Großteil der psychoanalytischen Ausbildung absolvierte. Die Promotion 1960 behandelte ein neurologisches und die Habilitation 1967 ein psychiatrisches Thema. Im gleichen Jahr ging Mentzos mit Prof. Bochnik an die Uniklinik Frankfurt, schloss dort am Sigmund-Freud-Institut seine psychoanalytische Ausbildung ab.
1971 wurde er Professor und baute die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik im Zentrum der Psychiatrie des Klinikums auf. 1976 übernahm Prof. Overbeck den Funktionsbereich Psychosomatik, Mentzos den der Psychotherapie. Zu Hochzeiten bestand die Abteilung aus 26 Stellen an drei Standorten der Universität. 1995 wurde er emeritiert.
Mentzos war Lehranalytiker und Supervisor. 1982 bis 1997 war er Mitglied des Sponsoring Committee der IPA-Study-Group für den Aufbau der Hellenic Psycho-Analytical Society. Sein Schwerpunkt lag auf der Forschung und Lehre, aber auch auf der klinischen Arbeit mit neurotischen und psychotischen Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung.
Nahezu alle seine Fachbücher wurden zu Bestsellern: „Interpersonale und institutionalisierte Abwehr" (1976), „Neurotische Konfliktverarbeitung" (1982), „Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie" (1991), „Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen" (1995), „Der Krieg und seine psychosozialen Funktionen" (2002), „Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen" (2009).
Mentzos publizierte auch zusammen mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern viel beachtete Arbeiten wie: „Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen" (1980), „Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte" (1984) und „Psychose und Konflikt" (1992).

Sein Arbeits- und Forschungsschwerpunkt wurde zunehmend die psychoanalytische Psychosentherapie im Rahmen des legendären „Frankfurter Psychose-Projekts", das 1995 nach seiner Emeritierung außeruniversitär und bundesweit weiterarbeitete und durch die Schriftenreihe „Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie" bekannt wurde. Hier wird in diesem Jahr im Band (31) „Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen" noch eine Arbeit von ihm erscheinen. Seine immense klinische Erfahrung und vielfältigen theoretischen Konzeptualisierungen machten Stavros Mentzos zu einem führenden Experten auf diesem Feld. Als Autor und Herausgeber trug er maßgeblich dazu bei, die Psychodynamik psychotischer Symptombildungen und Syndrome verstehbarer zu machen. Damit gilt er auch als Wegbereiter dafür, dass psychotische Erkrankungen seit jüngster Zeit zum Bestandteil der ambulanten psychotherapeutischen Kassenärztlichen Versorgung wurden.


(Foto: Dominik Mentzos)

Stavros Mentzos,
** 23.03.1930 † 16.05.2015*

Kolleginnen und Kollegen – und zweifellos auch viele seiner Patientinnen und Patienten – werden Mentzos' ganz eigene „Kompromisslosigkeit" in Erinnerung behalten: zurückhaltend, aber gleichwohl zugewandt, neugierig ohne je zudringlich zu werden, behielt er stets ein „faszioniertes Staunen" vor dieser uns oft so fremdartig erscheinenden „conditio humana". Er wies immer wieder Wege, wie dem Erleben und Verhalten psychotischer Patientinnen und Patienten stets auch als einer kreativen Verarbeitungs- und Bewältigungsbemühung zu begegnen sei.

Mentzos war auf Weiterbildungen und wissenschaftlichen Tagungen ein sehr gefragter Redner, denn er verstand es, komplizierte psychodynamische Zusammenhänge der Psychosentherapie theoretisch und klinisch brillant zu vermitteln. Zahlreiche Kolleginnen und Kollegen suchten ihn als Supervisor auf, um die Psychodynamik ihrer Patientinnen und Patienten besser zu verstehen. Seinen zahlreichen Assistentinnen und Assistenten (aus Medizin und Psychologie) ermöglichte er, sich in ihrer klinischen und wissenschaftlichen Arbeit in einer kreativen und von einem humanistischen Geist getragenen Atmosphäre frei zu entwickeln. Sie sind ihm für diese beruflichen Erfahrungen und seine immer freundliche, aber auch distanzierte Grundhaltung als Chef sehr dankbar.
Stavros Mentzos war Psychiater und Psychoanalytiker. Er hatte eine eigene, kreative und klinisch-wissenschaftlich wohlbegründete Sicht auf die menschliche Psyche. Damit war er bei den Psychiatern als auch bei den Psychoanalytikern nicht immer im Mainstream und zuhause. Das wollte er auch nicht – Dilemma und Bipolarität haben ihn eben immer schon fasziniert.

Prof. Dr. med. Matthias Elzer, Frankfurt
Dr. Norbert Matejek, Bensheim

* Dieser Nachruf ist in modifizierter Fassung im Hessischen Ärzteblatt 7/8 2015 S. 449 erschienen.

Recht: aktuell

BKA-Gesetz vor dem Bundesverfassungsgericht – Abhörschutz für Psychotherapeutinnen und -therapeuten?

Johann Rautschka-Rücker

Am 31. Dezember 2008 beschloss der Deutsche Bundestag eine Novelle des Bundeskriminalamtgesetzes, die die Fundamente der sogenannten „Sicherheitsarchitektur" der Bundesrepublik Deutschland grundlegend veränderte. Ziel ist die Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus. Hierzu erhielt das Bundeskriminalamt (BKA) zusätzliche Befugnisse, wie z. B. Wohnraumüberwachung, Telekommunikationsüberwachung und Online-Durchsuchung. Erheblich eingeschränkt oder gar aufgehoben wird der Schutz einiger Berufsgruppen, die aufgrund ihres Berufes gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und denen deshalb ein Zeugnisverweigerungsrecht zusteht. Dazu gehören auch Psychotherapeuten.[1]

Die Ausforschungsmaßnahmen erfassen nicht nur die unmittelbar Betroffenen als Zielobjekt einer Maßnahme oder als Kontakt- und Begleitperson, sondern auch zufällige Drittbetroffene. Dies erhöht die Gefahr, dass auch Berufsgeheimnisträger mit Zeugnisverweigerungsrecht (53 Abs. 1 Strafprozessordnung) von Überwachungsmaßnahmen betroffen werden. Zusätzlich wurden Zeugnisverweigerungsrechte, darunter auch für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten, eingeschränkt und Angehörige dieser Berufsgruppen in bestimmten Fällen zur Erteilung von Auskünften verpflichtet.

Gegen zahlreiche der Regelungen haben zwei Journalisten, zwei Rechtsanwälte, der inzwischen verstorbene ehemalige Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe und der Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, Jürgen Hardt, im April 2009 Verfassungsbeschwerde eingelegt. Bei allen Beschwerdeführern handelt es sich um Angehörige freier Berufe, die der Schweigepflicht unterliegen und zu den Berufsgeheimnisträgern gehören, denen nach § 53 Abs. 1 Strafprozessordnung ein Zeugnisverweigerungsrecht zusteht. Die von der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Neuregelungen schaffen bei den Berufsgeheimnisträgern eine Zweiklassenteilung. Seelsorger, Abgeordnete und Strafverteidiger behalten einen etwas besseren – wenn auch löchrigen – Status als der Rest der Rechtsanwälte, Journalisten, Ärzte und Psychotherapeuten.

Absolute Vertraulichkeit ist unabdingbare Voraussetzung

Am 7. Juli fand beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe die mündliche Verhandlung statt. Der Senat stellte u. a. die Fragen, ob die unterschiedliche Regelung des Schutzes zeugnisverweigerungsberechtigter Personen den verfassungsrechtlichen Anforderungen genüge und welches die verfassungsrechtlichen Anforderungen an den Schutz des Kernbereiches privater Lebensgestaltung – und damit der Menschenwürde – seien und ob sie eingehalten sind.

Das Bundesverfassungsgericht in einer früheren Entscheidung zum Kernbereich privater Lebensgestaltung: „Zur Entfaltung der Persönlichkeit im Kernbereich privater Lebensgestaltung gehört die Möglichkeit, innere Vorgänge wie Empfindungen und Gefühle sowie Überlegungen, Ansichten und Erlebnisse höchstpersönlicher Art zum Ausdruck zu bringen, und zwar ohne Angst, dass staatliche Stellen dies überwachen. Vom Schutz umfasst sind auch Gefühlsäußerungen, Äußerungen des unbewussten Erlebens sowie Ausdrucksformen der Sexualität."

Jürgen Hardt wies in seiner kurzen Stellungnahme auf die Folgen der gesetzlichen Abhörmöglichkeiten auf Kontakte und Gespräche von Psychotherapeut und Patient hin. Die absolute Vertraulichkeit bilde eine unabdingbare Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlungen. Darüber hinaus stellte er eine Verbindung von Psychotherapie und dem Schutz des Kernbereichs privater Lebensgestaltung her.

Bei den Prozessbeteiligten herrschte Unkenntnis über den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten, was zur wechselweisen Benutzung der Bezeichnungen Arzt, Psychologe oder Psychiater führte und sich auch in der Presseberichterstattung fortsetzte. Jürgen Hardt nahm deshalb eine Klarstellung vor. Weil ein Arzt nicht mehr am Verfahren beteiligt war, verwies er aber auch auf den ärztlichen Heilberuf.

Beobachter der Verhandlung gelangten zu der Einschätzung, dass das Bundesverfassungsgericht Teile des Gesetzes nicht passieren lassen wird und eine Nachbesserung notwendig sei. Aufgrund der Fragen des Gerichtes und Äußerungen von Prozessbevollmächtigten besteht die Hoffnung, dass Psychotherapeuten den im Gesetz besser geschützten Seelsorgern (wieder) gleichgestellt werden.

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

Stellungnahme von Jürgen Hardt im Wortlaut:

Herr Vorsitzender, hoher Senat!

Ich möchte mit einer kurzen Bemerkung auf den Zusammenhang zwischen dem „Kernbereichsschutz" und dem „Schutz von Berufsgeheimnisträgern" aus meiner fachlichen Sicht eingehen. Meine Bemerkungen mögen Ihnen juristisch naiv erscheinen, fachlich sind sie zwingend. Sie sollen zeigen, dass der „verschieden ausgestaltete Schutz zeugnisverweigerungsberechtigter Personen" bei der Ausübung von Psychotherapie keine Anwendung finden darf. Ich bin Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker, das heißt Vertreter eines alten, juristisch noch jungen Berufes. (Das Psychotherapeutengesetz ist am 1.1.1999 in Kraft getreten!)

Psychologische Psychotherapeuten unterliegen als Berufsgeheimnisträger ebenso wie Ärzte der absoluten Verschwiegenheitsverpflichtung, gerade deswegen, weil sie sich mit ihren Patienten im geschützten Kernbereich des Privaten bewegen. Die verbindlichen Regelungen der verschiedenen Berufsordnungen schreiben deswegen Maßnahmen zum Vertrauensschutz vor, die den Zugang von Dritten zu Aufzeichnungen von Behandlungsinhalten und -verläufen, auch über den Tod hinaus, verwehren. Auch dürfen Computer mit Internetzugang nicht zur Aufzeichnung von Inhalten der Behandlungen benutzt werden.

Für die psychotherapeutische Heilkunde ist der absolute Vertrauensschutz von essenzieller Bedeutung:

- Psychotherapeuten halten die Patienten zu völliger Aufrichtigkeit an und dulden aus therapeutischen Gründen keine Geheimnisse. Im Gegenzug sichern sie absolute Diskretion zu.
- Nur so ist es möglich, ein umfassendes Bild der inneren Situation eines Menschen zu gewinnen, was notwendig ist, um die seelische Gesundheit der Patienten zu befördern, das heißt auch Seele, Leib und Leben zu schützen.
- Dabei geht es aber nicht nur um Geheimnisse, die wir vor anderen bewahren! In der Psychotherapie geht es um das, was wir uns selbst nicht zugestehen wollen/können, also vor uns selbst geheim halten.
- So wird in der Psychotherapie der permanente innere Dialog der Menschen, wie ihn zum Beispiel Nietzsche beschrieben hat, zu einem zwischenmenschlichen Ereignis. Das ist nur in absoluter Diskretion zu verantworten; ebenso wie im Beichtstuhl.

Hohes Gericht, ich danke für die Möglichkeit, diese Gedanken vorzubringen!

Jürgen Hardt, Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker; Wetzlar

Johann Rautschka-Rücker

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
JRautschka-Ruecker@ptk-hessen.de

Jurist, seit 2003 Geschäftsführer und Justitiar der Psychotherapeutenkammer Hessen.

Interview

„Psychotherapieschulen und -verfahren: Strukturhilfe oder Entwicklungshindernis der Psychotherapie in Deutschland?“

Das PTJ im Gespräch mit Prof. Matthias Berking, Erlangen, und Prof. Jürgen Kriz, Osnabrück

Heiner Vogel & Mareke Santos-Dodt

Die Bereitschaft der Krankenkassen in den 1960er-Jahren ambulante Psychotherapie zu finanzieren war ein wichtiger Durchbruch für die Etablierung der Psychotherapie in Deutschland. Sie führte aber unvermeidbar dazu, dass Regeln darüber formuliert werden mussten, welche Psychotherapie in welcher Form und unter welchen Bedingungen bei welchem/welcher Psychotherapeuten/Psychotherapeutin[1] finanziert wird. Die Psychotherapierichtlinien ließen in den ersten Jahren als einzige Verfahren die psychoanalytisch begründeten Verfahren, also die analytische und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, zur Behandlung zu. In den 1980er-Jahren wurde auch das Verfahren Verhaltenstherapie aufgenommen. Bis zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 waren allerdings auch weitere Ansätze an den Universitäten, in der Ausbildung wie auch in der Versorgung verbreitet – in der ambulanten Versorgung in der Kostenerstattung, in Beratungsstellen wie auch in stationären Einrichtungen. Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde sowohl die Ausbildung als auch die Ausübung von Psychotherapie zunächst begrenzt auf die damals bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren, also auf den historischen Bestand der beiden Verfahren der Richtlinienpsychotherapie. Zur Beratung der Landesbehörden in Fragen der Anerkennung neuer Verfahren für die vertiefte Ausbildung wurde der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP, nach § 11 PsychThG) geschaffen; damit gibt es seit nunmehr ca. 15 Jahren für die Psychotherapie ein Regelungssystem mit zwei Hürden, nämlich die wissenschaftliche Anerkennung einerseits und die Zulassung zur ambulanten Krankenbehandlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung andererseits.

PTJ, Mareke Santos-Dodt (SD): **Herr Prof. Kriz, hat uns das Psychotherapeutengesetz mit all seinen Errungenschaften auch Regelungen beschert, die einer Weiterentwicklung der Psychotherapie im Wege stehen?**

Jürgen Kriz (K): Das Gesetz müssen wir jetzt im Detail nicht aufdröseln. Kritisiert wurde insbesondere die Interpretation dessen, was „wissenschaftlich anerkannt“ heißt. Oder sagen wir es andersherum, dass der WBP sich im Laufe seiner Geschichte von einem Gutachtergremium, das ja nur den Ländern zuarbeiten sollte, zu einer Anerkennungsinstanz entwickelt hat. Kritisiert wurde und wird, dass im WBP die vier wissenschaftlichen Grundorientierungen nicht angemessen vertreten sind. Kritisiert wird auch das Methodenpapier des WBP, an dem ich ja selbst mitgewirkt habe (siehe Kasten S. 261). Darin geht es neben der Definition von Verfahren, Methoden und Techniken der Psychotherapie um die Forschungsmethoden, mit denen deren „Wissenschaftlichkeit“ zu belegen ist. Methoden und Wissenschaftlichkeit kann man weiter oder auch enger fassen, und dazu ist m. E. ein breiter Diskurs in der Psychotherapeutenschaft überfällig.

Matthias Berking (B): Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass es für neue Ansätze zunehmend schwerer wird, zur Versorgung zugelassen zu werden, u. a. weil befürchtet wird, dass damit Mehrkosten verbunden sind. Leider kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese oder andere Interessen dazu führen, dass wissenschaftliche Befunde auf ganz unterschiedliche Weise ausgelegt werden. Eine solch zunehmende Erschwerung ist natürlich nicht fair, ganz zu schweigen davon, dass einige Verfahren aus rein historisch-versorgungstechnischen Gründen zugelassen wurden. Ein anderes Problem besteht darin, dass angenommen werden kann, dass immer mehr Verfahren das Kriterium der Evidenzbasierung erfüllen. Da nicht signifikante Befunde seltener pu-

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

bliziert werden, ergibt sich über die Zeit eher eine Zunahme der befürwortenden Befunde, was dann aber lediglich dem Publikationsbias geschuldet ist.

PTJ, Vogel (V): **Der Verfahrensbegriff ist ja wohl der Dreh- und Angelpunkt dieser ganzen Entwicklung und der damit verbundenen Probleme.**

K: Ja, dies zeigt sich auch im internationalen Vergleich: Diesen Verfahrensbegriff, wie wir ihn in Deutschland haben, gibt es woanders nicht. In der Forschung werden zunehmend kleinere störungsspezifische Zugänge gewählt. Ein umfassendes Verfahren wie die Verhaltenstherapie gibt es in den USA nicht, sondern Verhaltenstherapie und Kognitive Verhaltenstherapie sind getrennte *„approaches"*. Es gibt auch kein Cluster wie „psychodynamisch", dies taucht allenfalls in Diskussionen auf. Nirgendwo wird ein „Verfahren" im deutschen Sinne zur Grundlage oder zum Gegenstand einer Zulassung gemacht. Der Verfahrensbegriff ist also eine typisch deutsche Konstruktion, die 1967 vielleicht sinnvoll war. Inzwischen ist das Konzept aber wirklich veraltet. Und hinzukommt: In der Realität mischen sich die Vorgehensweisen ja zunehmend stärker – nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Konzeptentwicklung, insbesondere im internationalen Bereich. Schauen Sie sich die vielen neuen Ansätze an. Ich weiß auch nicht, mit welcher wissenschaftlichen Basis oder empirischen Datengrundlage man das Verbot begründen könnte, dass Psychodynamiker zum Beispiel Hausaufgaben geben oder dass Verhaltenstherapeuten auch teilweise psychodynamisch vorgehen.

> In der Realität mischen sich die psychotherapeutischen Vorgehensweisen ja zunehmend stärker – nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Konzeptentwicklung.

B: Letztlich glaube ich, werden wir effektiver, wenn wir Psychotherapieforschung auf einer ganz konkreten Handlungsebene betreiben und möglichst spezifische Handlungsregeln untersuchen. Eine solche Forschung existiert aber bislang kaum. In der Regel werden immer noch umfassende Verfahren, allenfalls Methoden, gegeneinander getestet. Dabei wird aber oft vernachlässigt, *wie* diese Verfahren im konkreten therapeutischen Handeln umgesetzt werden. Dieses „Wie" bezieht sich zum einen auf die Auswahl der spezifischen Interventionen und zum anderen auf die Art und Weise, wie der Psychotherapeut die Interventionen an den einzelnen Patienten heranträgt. Diese m. E. für den Erfolg ebenfalls wichtigen Faktoren liegen in der Regel unterhalb der Auflösungsebene der evaluierten Therapiemanuale.

K: Genau darauf hat Grawe schon vor zwanzig Jahren in vielen Publikationen hingewiesen. Und nach wie vor ist seine Kritik berechtigt, dass viele Befunde der psychotherapeutischen Forschung, wie z. B. die psychotherapeutischen Wirkfaktoren, überhaupt nicht zum Schulenkonzept deutscher Richtlinienverfahren passen. Wichtig wäre die Frage, welche Wirkungen beim Patienten beabsichtigt sind und durch welches therapeutische Handeln diese erreicht werden können. Wenn wir weiterhin sicherstellen wollen, dass Psychotherapeuten, die bei uns ausgebildet werden, auch eine breite Kompetenz haben und nicht nur die Störung X behandeln können, sondern sich mit allen Störungen auskennen und diese – im Prinzip – auch brauchbar behandeln können, dann macht es schon Sinn, nicht nur eine kleine Methode, die für irgendetwas evidenzbasiert ist, zu lehren, sondern zusammengehörige Ansätze für die Ausbildung pragmatisch in Cluster zusammenzufassen. Nur: Es sind dann eben gebildete Cluster, deren theoretischer Zusammenhang weder zwingend noch irgendwie empirisch beweisbar ist. Als solche Cluster finden wir in Lehrbüchern die vier Grundorientierungen: die psychodynamische, die verhaltenstherapeutische, die humanistische und die systemische. In jedem dieser Cluster gibt es jetzt wiederum einzelne Ansätze, die auf Grund vieler RCT-Studien[2] evidenzbasiert sind und andere, die dies nicht erfüllen. Dies muss ich für die beiden Richtlinienverfahren, glaube ich, nicht ausführen – aber es ist völlig klar, dass nicht alle zwanzig Ansätze der „Psychodynamischen Psychotherapie" eine hohe Evidenzbasierung haben.

Auch bei der Verhaltenstherapie findet sich nicht für jede einzelne Methode breite Evidenz über das Störungsspektrum. Das muss auch gar nicht sein. Was wir eben tun müssen ist, diese Fragen im Diskurs weiterzuentwickeln. Nicht akzeptabel ist, wenn diese nicht lösbaren Probleme bei der Clusterung unterschiedlicher Ansätze zu umfassenden „Verfahren" nicht grundsätzlich diskutiert, sondern nur bei neuen Anträgen aufgeworfen werden – sowohl vom WBP als auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Da könnte der falsche Eindruck entstehen, dass die grundsätzlichen Mängel in der Verfahrensdefinition nur Angelegenheit eines einzigen Therapieansatzes wären.

V: **Sie bringen nun einen neuen Player ins Gespräch. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist für die Zulassung von Verfahren für die Ausübung in der ambulanten Psychotherapie zuständig. Er hat übrigens in „seiner" oben erwähnten Psychotherapierichtlinie das ebenfalls bereits erwähnte „Reinheitsgebot" für die Anwendung der Verfahren festgelegt.[3] Auch Sie beschäftigen sich viel mit neuen Ansätzen in der**

2 RCT: Randomized Controlled Trial bzw. experimentelle Studie, oft als Goldstandard der Evidenbasierung bezeichnet.

3 „§ 16 Keine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie. Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann." (aus: Psychotherapierichtlinie des G-BA, Stand 3.1.2015)

Psychotherapie, Herr Berking. Wie erleben Sie diese Vorschrift der Richtlinie, dass eine Kombination von Verfahren ausgeschlossen ist?

B: Das ist sicherlich sehr kritisch zu sehen. Wenn man sich beispielsweise CBASP[4] anschaut, also ein neues Verfahren, bei dem verhaltenstherapeutische Ansätze, kognitive Methoden und dann auf eine strukturierte und transparente Art und Weise auch Ideen aus dem psychodynamischen Bereich integriert werden. Und es zeigt sich, dass CBASP bei chronischen Depressionen das effektivste aktuell verfügbare Verfahren ist. Damit wäre belegt, dass die Integration besser als das ist, was uns zuvor zur Verfügung stand. Mit Blick auf solche Befunde ist es geradezu grotesk, die Integration verschiedener Ansätze zu verbieten.

K: Oder die Schematherapie – wie wird die von ihren eigenen Vertretern beschrieben? Da finden wir psychodynamische Anteile, wir finden humanistische, wir finden natürlich verhaltenstherapeutische und andere. In der Praxis können wir damit gut leben, und warum sollten Psychotherapeuten nicht danach, also eigentlich verfahrensübergreifend, ausgebildet werden? Warum müssen die Psychotherapeuten, wenn sie in Deutschland im Rahmen der ambulanten GKV-Versorgung arbeiten wollen, in eine der Schubladen reingepresst werden, die sich der G-BA vor fünfzig Jahren ausgedacht hat.

> Die Psychotherapieforschung liefert keine überzeugenden Argumente dafür, dass wir an der Verfahrensorientierung in der Form festhalten.

SD: **Die besondere Konzeption der Psychotherapieverfahren, die in mancher Hinsicht veraltet erscheint, lässt sich also in erster Linie historisch erklären, nicht aber aufgrund vorliegender wissenschaftlicher Evidenz. Welche Chancen sehen Sie für eine Veränderung?**

B: Es gibt für den G-BA keine gesetzliche Vorgabe, Psychotherapieverfahren so zu definieren, wie er das in den vergangenen Jahrzehnten getan hat. Und die Psychotherapieforschung liefert keine überzeugenden Argumente dafür, dass wir an der Verfahrensorientierung in der Form festhalten, wie das gerade der Fall ist. In der Praxis zwingt uns diese Orientierung dazu, neue und effektive Verfahren einem bereits anerkannten Verfahren zuzuordnen, damit sie abgerechnet werden können. Inwieweit die Verfahren der „Dritten Welle der Verhaltenstherapie" noch der Definition entsprechen, die der WBP seinem Gutachten zur Verhaltenstherapie zu Grunde legte, lässt sich aber durchaus kritisch hinterfragen. Und inwieweit sich beispielsweise mentalisierungsbasierte Ansätze unter psychodynamischen Ansätzen subsumieren lassen, scheint mir auch unklar. Immerhin definiert sich dieses Verfahren darüber, dass Patienten lernen sollen, „sich selbst wie von außen und andere wie von innen" betrachten zu können. Damit integriert das Verfahren aber allgemeinpsychologische Konzepte von Perspektivenübernahme und Introspektionsfähigkeit, welche nicht unbedingt als konstituierendes Element psychodynamischer Ansätze gelten.

Um ein anderes Beispiel für die Vorteile einer integrativen Herangehensweise zu geben: Als Klaus Grawe seine vertikale Verhaltensanalyse einführte, führte er Konzepte wie Pläne und Wünsche und Bedürfnisse mit großem Erfolg in die Modellbildung der Verhaltenstherapeuten ein. Und wie kam Grawe dahin? Er hat sich vorurteilsfrei mit Psychoanalytikern zusammengesetzt und sie gefragt: „Wie macht ihr eigentlich Therapie? Ihr habt so eine Sprache, die ich nicht gut nachvollziehen kann, aber was ihr da ansprecht an motivationalen Faktoren, das scheint mir extrem wichtig …" Und dann hat er dieses Vorgehen in die Verhaltenstherapie eingebaut – obwohl es eigentlich mit Lerngesetzen herzlich wenig zu tun hatte. Das macht nun aber die moderne Verhaltenstherapie zuweilen viel mehr aus als die klassischen Konzepte wie die Lerngesetze etc. Und leitend für diesen Fortschritt war das Voneinanderlernen und das Integrieren von bislang vernachlässigten Aspekten, die aber in anderen Ansätzen eine wichtige Rolle spielten. Wenn wir heute versuchen, ein Verfahren so gut es geht vom anderen abzugrenzen – dann widerspricht das diesem Geist, dass wir durch Integration und durch Voneinanderlernen weiterkommen.

K: Klaus Grawe ist ja leider tot. Aber es gibt etliche Leute – und ich gehöre ja auch zu denen – die ebenso versuchen herauszukriegen, was ist denn wirklich wirksam? Wie kann man übergreifende Modelle schaffen? Und auf der anderen Seite kann man immer spezifischere therapeutische Handlungen untersuchen. Das ist ja gar kein Widerspruch, das sind verschiedene Perspektiven auf das Gleiche, nämlich den Therapieprozess zu verstehen.

V: **In der Forschung mag es Konsens geben, wie Sie ihn skizzieren. Dem steht die Versorgung gegenüber und die Notwendigkeit, dass hier Regeln darüber formuliert und fortgeschrieben werden, welche Psychotherapie ausgeübt werden darf bzw. wie Psychotherapie ausgeübt werden darf. Ist es denn vorstellbar, dass die Psychotherapierichtlinie so weiterentwickelt wird, dass die Verfahren zueinander kommen, dass aber auch niemand etwas verliert?**

K: Es gibt aus meiner Sicht keine wissenschaftlichen Gründe, die Verfahrenscluster in der Richtlinie so hermetisch gegeneinander abzugrenzen. Das Dilemma ist aber, dass der G-BA, und damit auch der WBP, zunächst seine Position nicht ändern wird. Und daher halte ich es zunächst für notwendig,

4 CBASP: Cognitive Behavior Analysis System of Psychotherapy

dass die beiden anderen Cluster – d. h. die systemischen und die humanistischen Ansätze – als „Verfahren" vom WBP und vom G-BA für die ambulante Versorgung zugelassen werden. Dann kann man auch auf gleichem Niveau miteinander sprechen. Langfristig oder mittelfristig würde aber gleichwohl ein Paradigmenwechsel, d. h. die erwähnte Loslösung vom Verfahrenskonzept sinnvoll sein. Davon würden die Patienten profitieren, auch die fachlichen Diskurse und die Forschung. Weil dann endlich das offiziell erlaubt wäre, was sowieso schon gemacht wird. Denn wenn wir nochmals die Schematherapie nehmen: Die dürfte man in Deutschland eigentlich gar nicht machen, weil sie zu integrativ ist. Doch natürlich wird sie gemacht und die Kassenvertreter im G-BA haben sicher nichts dagegen. Allerdings müssten wir Psychotherapeuten aufhören, primär die Unterschiede zu betonen und an den Abgrenzungen zu arbeiten. Es wäre wichtiger, Ausbildungskonzepte zu entwickeln, die auch integrative Vorgehensweisen zulassen.

Es wäre wichtiger, Ausbildungskonzepte zu entwickeln, die auch integrative Vorgehensweisen zulassen.

B: Ich hänge der Frage nach, wieso ein Wechsel des Denkmodells der Psychotherapierichtlinie so schwer ist. Ein Grund ist sicher, dass jedes Psychotherapieverfahren mit einem bestimmten Welt- und Menschenbild verbunden ist. Nun kann man ja im Sinne einer multiparadigmatischen Sichtweise verschiedene Perspektiven nebeneinander stehen lassen. Aber Menschen haben eben die Tendenz, sich für ein Welt- und Menschenbild zu entscheiden. Wir neigen dazu zu glauben, dass es nur eine Wahrheit geben kann. Und das zwingt uns dazu, uns für eine Wahrheit zu entscheiden. In der Folge stehen wir dann oft alternativen Ansätzen prinzipiell kritisch gegenüber. Dieser Tendenz des menschlichen Denkens gilt es in der Aus- und Weiterbildung entgegenzuwirken. Hier sollten wir die Grundlage dafür legen, dass Psychotherapeuten offen sind, nicht nur für einen Methodenpluralismus, sondern auch für einen Welt- und Menschenbildpluralismus.

K: Ich gebe Ihnen völlig Recht, dass Offenheit für die Vielfalt der Perspektiven ein zentraler Aspekt von Ausbildung sein sollte – auch wenn ich hoffe, dass wir uns auf sehr lange Sicht doch einer umfassenden Theorie menschlichen Verhaltens, Verstehens, Wahrnehmens und Fühlens nähern, in der alle Ansätze, die es derzeit gibt, irgendwie integriert sind. Auch Graves Bemühen war ja, zu verstehen, warum die einen und die anderen und die dritten und die vierten jeweils differenziell und unterschiedlich vorgehen, aber doch letztlich Erfolg haben.

Die psychotherapeutische Praxis wird sich allerdings weniger für eine solche Theorie interessieren sondern muss daraus pragmatisch therapeutisches Handeln ableiten. Daher wird es weiterhin unterschiedliche Perspektiven und Schwerpunkte geben. Denn es gibt nicht nur Biographien von Patienten, es gibt auch Biographien von Therapeuten und nicht jeder kann alles machen. In der Therapie geht es ja nicht darum, Lehrbücher umzusetzen, sondern gemeinsam mit dem Patienten zu „arbeiten", vor dem Hintergrund aller beteiligten Personen, der Kontexte, der Bedingungen und der Lehrbücher/Theorien. Also machen weiterhin verschiedene Grundorientierungen Sinn. Aber darin sehe ich kein Problem, wenn gewährleistet ist, dass die Leute akzeptieren, dass es auch andere Perspektiven gibt. Das müssen wir ihnen vermitteln, dass es nicht nur eine Wahrheit gibt. Unterschiedliche Zugänge sind dann kein Problem, wenn diese erklären können oder es nicht völlig aus den Augen verlieren, wie das mit den anderen Erklärungsmodellen zusammenpasst. Und deswegen, meine ich, muss es zwischen dieser allgemeinen Theorie, die es m. E. irgendwann geben wird, und den unterschiedlichen Vorgehensweisen oder Ansätzen nicht unbedingt einen Widerspruch geben. Das eine ist eher die Praxis, die auch die Psychotherapeutenpersönlichkeit berücksichtigt, und das andere ist ein allgemeines, integratives Modell von Psychotherapie, wo wir zu Recht sagen, manchen wird das vielleicht zu kompliziert sein.

SD: **Einerseits scheint es mir spannend, diese Ideen in der Wissenschaft bzw. fachlich weiterzuentwickeln. Andererseits kommen wir aber nicht umhin, Regelungen für die Kostenübernahme der Krankenkassen festzulegen. Und ich fürchte, die Weiterentwicklung der Psychotherapie ist eher in der Hochschule als in der realen Versorgung zu realisieren. Wäre es denn denkbar, dass derartige Diskurse, die es ja auch schon in den 1980er- und 1990er-Jahren gab, eine Chance haben, auch die Regelungen für die Versorgung weiterzubringen, wenn wir zukünftig die Psychotherapeutenausbildung in den Hochschulen haben?**

K: Ja, das wäre eine Chance des neuen Ausbildungsmodells, welches gerade diskutiert wird – dass es die ganze Breite der Psychotherapieorientierungen wieder ermöglicht. Man soll ja nie den Glauben daran verlieren, dass sich das so entwickeln kann. Im neuen Ausbildungsmodell ist von Vorteil, dass zumindest dem Namen nach endlich wieder alle vier Richtungen oder Grundorientierungen drin sind. Und das könnte zu einem neuen Diskurs führen. Ich würde mir wünschen, dass wir in Deutschland endlich Diskurse führen in der Art, wie wir das hier gerade tun. Es geht ja nicht darum, dass eine Seite Recht hat oder nicht Recht hat, sondern dass wir die unterschiedlichen Perspektiven wahrnehmen und sehen, was man damit machen kann.

V: **Wie soll das zusammenpassen, Hr. Kriz, wenn man in der von Ihnen skizzierten Aus- und Weiterbildung einerseits eine Art Gesamtmodell für die Psychotherapietheorie vermitteln bzw. lernen soll, in der Anwendung aber ein Schwerpunkt im Vordergrund stehen soll bzw. stehen kann? Das erinnert mich ein wenig**

an die österreichische Ausbildungskonzeption. Dort erhält ein Ausbildungsträger eine methodenbezogene/verfahrensbezogene Zulassung zu einer Ausbildung, die zur staatlichen Anerkennung führt, wenn sich diese Methode stringent aus einer jeweils näher dargelegten Theorie ableiten lässt. Derzeit gibt es dort also 22 verschiedene zugelassene Methodenausbildungen, von der Verhaltenstherapie über die Gestalttherapie und Autogenes Training bis zur Adlerianischen Psychoanalyse. Tendenz steigend. Halten Sie das für ein passendes Vorbild?

Das wäre eine Chance des neuen Ausbildungsmodells, welches gerade diskutiert wird – dass es die ganze Breite der Psychotherapieorientierungen wieder ermöglicht.

K: In Österreich werden keine Methoden anerkannt, auch keine Verfahren im Sinne der Definition des WBP bzw. des G-BA, sondern Ausbildungskonzepte und -gänge, wenn ich es richtig sehe. Beispielsweise gibt es dort Gesprächspsychotherapie in drei anerkannten Ausbildungsgängen, mit etwas unterschiedlichen Schwerpunkten. Ich meine nicht, dass wir solche Modelle hier 1:1 übernehmen sollten, aber dieses Vorgehen halte ich auf jeden Fall für klüger, als sich über abstrakte Verfahren und deren Abgrenzung zu streiten.

V: **Aber wenn Sie von den vier Grundorientierungen eben sprachen, da sagten Sie ja auch, dass es zu verschiedenen Schwerpunkten jeweils spezifische Kompetenzen gibt, die zum Beispiel störungsbezogen durchdekliniert werden müssten. Würde es Sinn machen oder sollte gefordert werden, dass jedes Institut oder jeder Ausbildungsgang tatsächlich auch alle Indikationsbereiche abdecken kann?**

Letztlich hat die Störungsperspektive ja schon einen Teil dazu beigetragen, dass die Schulen nicht mehr so dominant sind.

K: Ja! Ich finde auf jeden Fall unerlässlich, dass ein Therapeut relativ breit ausgebildet wird, und dann im Prinzip mit allen Störungen umgehen kann. Ich begrüße sogar, dass durch das aktuelle Antragsverfahren der Humanistischen Psychotherapie beim WBP die Vertreter sich zusammengerauft und überlegt haben, was ihre gemeinsamen Grundlagen und Vorgehensweisen sind und wie eine gemeinsame Ausbildung aussehen kann. Aber das heißt noch lange nicht, dass in allen Ausbildungen alles gemacht werden muss oder dass wir deswegen alle Spezialisierungen abwürgen sollten. Das sind jeweils unterschiedliche Fragen. Also ein klares Ja: Ein Ausbildungsinstitut muss dafür sorgen, dass ein kompetenter Therapeut entsteht – und ein kompetenter Therapeut ist nicht jemand, der nur Störung X behandeln kann und die anderen nicht.

B: Letztlich hat die Störungsperspektive ja schon einen Teil dazu beigetragen, dass die Schulen nicht mehr so dominant sind. Denn wenn ich von der Störung ausgehe und schaue, was da wirkt, und sich dann zeigt, dass die Verfahren Y und Z beide wirken, dann drängt sich der Schluss auf, dass beide Verfahren indiziert sein können, auch wenn die hinter den Verfahren stehenden Theorien einen Alleingültigkeitsanspruch suggerieren. In dem Maße, in dem es gelingt, die Klassifikationssysteme auf valide Weise nach ätiologischen Gesichtspunkten auszurichten, können zukünftig Methoden eher anhand der zu verändernden Faktoren und nicht auf der Grundlage ihrer Historie gruppiert werden. In diesem Sinn kann eine störungsbezogene Ätiologieforschung dabei helfen, das Schulendenken zu überwinden.

K: Richtig. Das Problem ist nur, dass die Ätiologie viel schwieriger solide zu untersuchen ist, als einfache Wirksamkeitsstudien oder Therapieprozessstudien zu machen. Wir haben daher wahrscheinlich früher ein umfassendes Therapiemodell als ein umfassendes Ätiologiemodell. Denn die Klassifikationen, die wir haben, sind zwar lausig, aber immerhin doch auch ganz brauchbare Deskriptionen, um zuverlässige Abgrenzungen von Störungen zu ermöglichen. Das forschungsmethodische Problem ist, dass reale Patienten häufig nicht eine Störung allein haben, sondern zwei, also z. B. Angst und Depression, oder mehr. Während man in etlichen Diskursen – und beispielsweise auch in den Anerkennungskriterien des WBP – unterstellt, dass Multimorbidität oder Komorbidität kein relevantes Thema ist.

B: Wir sollten sicherlich ätiologische und interventionsbezogene Forschung parallel betreiben. Letztere aber vielleicht vermehrt auf einer feineren Auflösungsebene als von der Verfahrensperspektive suggeriert. Lassen Sie mich den Punkt noch einmal an einem Beispiel illustrieren. Bei der Forschung im Bereich Emotionsregulation geht es oft darum zu klären, welche Strategien im Umgang mit Angst, Ärger, Traurigkeit oder depressiver Verstimmung besonders effektiv sind. Und darum zu klären, inwieweit die differentielle Effektivität dieser Strategien von den Besonderheiten des Patienten oder der Situation moderiert wird. Wenn ich in einer in diesem Sinne „experimentellen Psychotherapieforschung“ die Effektivität verschiedener

Emotionsregulationsstrategien miteinander vergleiche, dann untersuchen wir die Effekte von ganz spezifischen Handlungen. Ich versuche dabei die Frage zu beantworten, welche konkrete Emotionsregulationsstrategie bei der Emotion X, für den Patienten Y und unter den Bedingungen Z wahrscheinlich die effektivste ist. Aus den Gesetzmäßigkeiten, die ich auf einer solch feinkörnigen Ebene ableite, kann ich letztlich empirisch-validierte Handlungsregeln für Patienten und Therapeuten ableiten, die viel konkreter sind als die Vorgaben psychotherapeutischer Verfahren.

K: Genau, wir müssen also so feinkörnig sein, dass wir tatsächlich beim einzelnen Patienten landen und dem in seinen Bedürfnissen und vor dem Hintergrund seiner Biographie und dem, was seine Störung/Problematik sonst noch ausmacht, auch gerecht werden. Davon sind wir nur leider immer noch weit weg, glaube ich.

V: **Sie sagten eben, Hr. Kriz, dass es vermutlich eher zu einer gemeinsamen Therapietheorie käme als zu einer gemeinsamen Störungs-/Ätiologietheorie. Wenn ich das richtig sehe, haben wir in der Medizin sehr häufig Konstellationen, bei denen evidenzbasierte Behandlungsmethoden vorliegen und erfolgreich umgesetzt werden, auch wenn die Ätiologie noch im Unklaren ist. Es gibt auch manche prominente Beispiele zu wirksamen, bzw. evidenzgesicherten Medikamenten, bei denen die Wirkmechanismen gar nicht klar sind. Entscheidend ist dort – auch für die Zulassung zur Behandlung – nicht das Vorliegen einer Störungstheorie und auch nicht das Vorliegen einer Theorie über die Wirkmechanismen, sondern allein Evidenz für das Ergebnis der Behandlung. Aber im Psychotherapiebereich wird zwingend gefordert, dass der Antrag auf Zulassung zur Versorgung auf einer schlüssigen, umfassenden Theorie basiert.**

B: Oh, es gibt auch schöne Beispiele in der Psychotherapie, z. B. das EMDR, da wurde die Methode anerkannt, auch wenn die Wirkmechanismen unbekannt sind oder es widersprüchliche bzw. widersprechende Hypothesen dazu gibt.

V: **Wenn man die schlüssige Theorie wirklich zum Primat erhebt und für unverzichtbar hält für die Frage, ob eine Therapie zulassungsfähig ist, dann ist es natürlich schlüssig, dass verschiedene Verfahren nicht vermischt werden. Solange es keine Theorie für die Vermischung gibt, lässt man besser die Finger davon, denn das könnte ja gefährlich werden.**

K: Dass das Vermischungsverbot in die Psychotherapierichtlinien gekommen ist, hat natürlich historische Gründe. In den 1960er-Jahren konnte sich ein Psychoanalytiker nicht vorstellen, dass zum Beispiel Hausaufgaben oder andere Arten von aktivierenden Interventionen dem Patienten zu vertieften Einsichten verhelfen. Viel eher war es begründet anzunehmen, dass solche Interventionen die Übertragung unterminieren. Nur sind wir jetzt fünfzig Jahre weiter und auch Vertreter der psychodynamischen Verfahren akzeptieren ein Spektrum an Vorgehens- und Wirkungsweisen.

B: Es spricht sicherlich einiges dafür, das Theorieprimat mal ein bisschen niedriger zu hängen. Wenn man aus der Theorie ein Kombinationsverbot ableitet, kann man das ja tun, aber eine solche Ableitung sollte dann auch empirisch geprüft werden. Und in bestimmten Fällen wird die Ableitung dann sicher auch bestätigt werden. Wir haben ja beispielsweise Studien, die zeigen, dass die Kombination von Exposition und Entspannung langfristig zu schlechteren Ergebnissen führt als Exposition allein. Das heißt, ich müsste da also ein „Kombinationsverbot" aussprechen, aber eben sehr spezifisch bezogen auf zwei bestimmte Methoden der Verhaltenstherapie innerhalb eines umschriebenen Einsatzgebietes. Und auch nur, weil sich diese Kombination empirisch als ungünstig erwiesen hat.

Es spricht sicherlich einiges dafür, das Theorieprimat mal ein bisschen niedriger zu hängen.

SD: **Von besonderer Bedeutung für das Ergebnis der Psychotherapie ist ja nicht nur die Methode, die der Psychotherapeut anwendet, sondern seine eigene Person, seine Persönlichkeit und seine fachliche Kompetenz. Dazu gehört auch die zentrale Fähigkeit, seine Techniken etc. auf den Patienten abzustimmen und eine Passung hinzukriegen. Das ist ein ganz anderes Thema, jenseits der Psychotherapierichtlinie und jenseits der Frage einer wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren oder Ansätzen. Es ist vielleicht vorrangig im Kontext der Ausbildungsreform zu diskutieren. Was sollen, was müssen die Ausbildungsteilnehmer im Studium und in der weiteren Qualifizierung zukünftig lernen?**

B: Mit der aktuellen Diskussion zur Ausbildungsreform sind wir auf einem guten Weg, denke ich. Gerade wird ein Kompetenzkatalog finalisiert, der, wenn er feingliedrig genug ist, solche Fähigkeiten ausreichend konkret definiert. Was ich aber noch als größere Lücke erlebe, ist die Kluft zwischen den Lernzielen und dem, was wir wirklich am Ende einer Ausbildung an Kompetenzen überprüfen. Denn da gibt es bislang eine Abfrage von Wissen und nicht die Überprüfung, ob die angestrebten Kompetenzen wirklich realisiert werden können. Damit unterscheidet sich unsere Ausbildung von vielen anderen Ausbildungen, wo ich in der Ausbildung das mache, was ich später im Beruf mache, und in der Prüfung auch das geprüft werde, was ich später im Beruf machen werde. Ein Handwerker, der später Schränke baut, wird als Gesellenstück einen Schrank bauen und dafür eine Note bekommen.

In der Psychotherapie liefere ich dagegen einen Fallbericht ab. Das ist so, als müsste der Schreiner als Gesellenstück einen Aufsatz über die Herstellung eines Schranks schreiben. Dass die therapeutische Kompetenz nicht direkt geprüft wird, halte ich für ein großes Problem.

K: Das sehe ich ähnlich. In der Ausbildung zur Gesprächspsychotherapie wurde beispielsweise für den Abschluss verlangt, für fünf Fälle anhand von Fallberichten den Behandlungsverlauf und -erfolg darzustellen – und dies nicht nur mit geschriebenen Berichten und psychodiagnostischen Messwerten, sondern auch anhand von jeweils mindestens drei Bändern über den Verlauf. Das war durchaus eine ganz brauchbare Prüfungsstruktur, die man hätte übernehmen und verbessern können. Es ist schade, dass die derzeitige Psychotherapeutenausbildung die Prüfungen nicht mehr so kriteriums- und praxisorientiert gestaltet. Dabei wäre das leicht einzuführen.

> Fallberichte schreiben können ist natürlich auch eine therapeutische Kompetenz, aber es ist nicht unbedingt die Kernkompetenz.

B: Hier passiert trotzdem erstaunlich wenig. Aber das wäre auch mein Ziel, dass man an den Universitäten den Fokus noch mehr als bisher auf die Vermittlung konkreter Handlungskompetenzen legt und diese Kompetenzen dann Gegenstand der Prüfungen sind. Fallberichte schreiben können ist natürlich auch eine therapeutische Kompetenz, aber es ist nicht unbedingt die Kernkompetenz. Die Kernkompetenz ist die optimale Auswahl und Ausführung der konkreten therapeutischen Motivations- und Veränderungstechniken unter expliziter Berücksichtigung der individuellen Merkmale des Patienten, der Behandlungsumstände sowie des aktuellen Standes im Therapieprozess.

> In der Forschung sollte man sich stärker mit den unteren Ebenen, d. h. Methoden und Techniken, beschäftigen, anstelle Unterschiede zwischen den Verfahren als den größten Integrationseinheiten zu untersuchen.

V: **Ich würde gerne noch einmal auf das sog. Methodenpapier zurückkommen (siehe Kasten S. 261). Da gibt es für Verfahren, Methoden und Techniken der Psychotherapie eine sehr schön strukturierte, ausgestanzte Definitionshierarchie. Verfahren hatten wir eben durchgesprochen. Was würden Sie denn zu den Stichworten Methoden und Techniken sagen? Ist das aus Ihrer Sicht eine sinnvollere Konzeption, die dort vom wissenschaftlichen Beirat entworfen wurde?**

K: Trotz der Definitionen bleibt der Begriff Verfahren unklar. Ich habe nochmal in der Psychotherapierichtlinie des G-BA nachgelesen: Da steht „Verhaltenstherapie umfasst folgende Verfahren…": Da merkt man schon, dass man selbst nicht die Logik der Begrifflichkeiten verstanden hat oder dass man sie nicht übernehmen mag – auch an anderen Stellen. Und das ist so, obwohl das Methodenpapier zwischen G-BA und WBP abgestimmt ist. Für mich bedeutet das, dass der Begriff „Verfahren" eher ein Alltagsbegriff ist und wenn man den so überscharf definiert, wie es der WBP versucht hat, dann kann man jetzt, nach fünfzehn Jahren Psychotherapeutengesetz, sagen: Das lässt sich nicht wirklich halten und hat mehr Nachteile als Vorteile gebracht. Wenn wir das aber akzeptieren, ist natürlich auch unterhalb dessen das Verständnis von Methoden und Techniken problematisch. Ich würde daher den amerikanischen Begriff *„approach"* oder so etwas bevorzugen, und dann würde ich „Verfahren" im deutschen Richtliniensystem immer in Anführungszeichen setzen, um klar zu machen, dass das Cluster sind.

B: Mein Anliegen wäre, dass man den Umgang mit diesem im Prinzip gut konzipierten System verändert und sich in der Forschung stärker mit den unteren Ebenen, d. h. Methoden und Techniken, beschäftigt, anstelle Unterschiede zwischen den Verfahren als den größten Integrationseinheiten zu untersuchen. Wichtig wäre zu klären, welche „Interventionsmodule" bei welchen Problemstellungen besonders hilfreich sind und welche Kombinationen von Modulen bei komplexeren Problemkonstellationen sinnvoll sind. Da geht es dann nicht um ganze „Verfahren", aber vielleicht um Cluster, die irgendwo zwischen Modulen und „Verfahren" liegen.

K: Dem kann ich gut folgen. Vielleicht würde auch der Begriff Approach anstelle von Methoden gut passen, also auf jeden Fall eine Ebene unter den „Verfahren".

V: **Noch ein letzte Frage: Vorausgesetzt, es gäbe das Psychotherapiestudium entsprechend einer noch zu schreibenden neuen Approbationsordnung mit einem abschließenden Staatsexamen und einer anschließenden Weiterbildung: Welche Rolle kann und soll der Wissenschaftliche Beirat in diesem zukünftigen Qualifizierungsmodell spielen?**

B: Wenn es eine übergeordnete Instanz wie den Wissenschaftlichen Beirat nicht gäbe, würden Professorinnen und Professoren wahrscheinlich eher aufgrund ihrer eigenen Einschätzungen und Interessen über Inhalte des Studiums und Prüfungsthemen entscheiden. Ein Problem dabei ist die Flut der aktuellen klinischen Studien, die kaum ein Professor über alle Einsatzbereiche hinweg überschauen kann. Deswegen findet eine Spezialisierung statt, die wiederum dazu führen kann, dass Professoren den für sie interessanten Spezialbereich für besonders relevant erachten und diesem gegebenenfalls in der Ausbildung einen Stellenwert zuschreiben, der objektiv nur schwer zu begründen wäre. Vor diesem Hintergrund sehe ich durchaus einen Bedarf für eine Einrichtung, die die Befunde in einer möglichst großen Breite rezipiert und als Grundlage für Ausbildungs- und Indikationsempfehlungen heranzieht.

K: Wenn es einen Wissenschaftlichen Beirat gäbe, in dem die vier therapeutischen Grundorientierungen vertreten sind, der inhaltliche Diskurse führt und nicht nur unter dem Druck steht, Verfahren anzuerkennen oder nicht, und der dann richtungsübergreifend überlegt: Was ist wirksam und was ist nicht wirksam? Also wirklich mit wissenschaftlichen und rationalen Argumenten diskutiert und die grundlegenden Fragen der Psychotherapie allgemein zugänglich erörtert – so ein Gremium würde ich mir auch in einer neuen Approbationsordnung wünschen.

SD: **Meine Herren, wir danken Ihnen ganz herzlich im Namen des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals für dieses Gespräch!**

Auszug aus dem sog. „Methodenpapier" des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz, Version 2.8 vom 29.9.2010

(…)

I.1. Psychotherapeutische Verfahren und Methoden

In § 8 Absatz 3 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wird festgelegt, „dass die Ausbildung sich auf die Vermittlung eingehender Grundkenntnisse in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie auf eine vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren zu erstrecken haben". In § 11 PsychThG wird der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie als das Gremium benannt, welches in Zweifelsfällen die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren zu beurteilen hat.

In der erläuternden Textausgabe zum Psychotherapeutengesetz (Behnsen & Bernhardt, 1999) wird festgestellt, dass die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Psychotherapeutengesetzes sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren (so genannte „Richtlinienverfahren") Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie von den zuständigen Behörden der Länder bereits als wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren im Sinne des PsychThG angesehen wurden. Damit wird Bezug genommen auf die Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

In Abschnitt B.I der Richtlinien werden Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie bezeichnet als „Verfahren, denen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und deren spezifische Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind."

In der Forschung werden in zunehmendem Umfang neue Behandlungsmethoden entwickelt und überprüft, jedoch keine neuen umfassenden Psychotherapieverfahren. Entsprechend wurde der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in den letzten Jahren vermehrt gebeten, die wissenschaftliche Anerkennung von psychotherapeutischen Methoden festzustellen. Von daher ergibt sich die Notwendigkeit zu entscheiden, ob es sich bei einem psychotherapeutischen Ansatz um ein Psychotherapieverfahren oder um eine Psychotherapiemethode handelt. Dem entsprechend geht der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie von folgendem Verständnis von Psychotherapie-Verfahren, Psychotherapie-Methoden und Psychotherapie-Techniken aus:[1]

Psychotherapie-Verfahren

Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapie-Verfahren ist gekennzeichnet durch

- eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung beziehungsweise verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen, und
- eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen, und
- darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren muss die Voraussetzungen nach II.5 und III erfüllen.

Psychotherapie-Methode

Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch

- eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
- Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,
- die Beschreibung der Vorgehensweise und
- die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.

Eine wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethode muss die Voraussetzungen nach II.5 erfüllen.

Psychotherapie-Technik

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

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie überprüft die wissenschaftliche Anerkennung von Verfahren und eigenständigen psychotherapeutischen Methoden. Methoden, die einem Verfahren zuzuordnen sind, werden nicht gesondert auf ihre wissenschaftliche Anerkennung überprüft, sondern lediglich im Zusammenhang mit der Überprüfung des Verfahrens.

1 Die Definitionen von Verfahren, Methode und Technik erfolgen in Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Prof. Dr. Jürgen Kriz

Uni Osnabrück, FB 8
Seminarstraße 20
49074 Osnabrück
kriz@uos.de

Bis 2010 Professor für Psychotherapie und klinische Psychologie, zeitlich überlappend auch Professuren in Forschungsmethoden, Statistik und Wissenschaftstheorie; Mitglied der Kammerversammlung Niedersachsen (2000-2010) sowie des WBP (2004-2009), Begründer der „Personzentrierten Systemtheorie", einem integrativen Erklärungsmodell psychotherapeutischer Prozesse. Kriz ist Ehrenmitglied mehrerer psychotherapeutischer Fachgesellschaften und hat Gastprofessuren in Wien, Zürich, Berlin, Riga, Moskau und den USA inne.

Prof. Dr. Matthias Berking

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Nägelsbachstraße 25a,
91052 Erlangen
matthias.berking@fau.de

Seit 2014 Leiter des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen u. a. die Evaluation innovativer psychotherapeutischer Verfahren (besonderer Fokus: Methoden zur Verbesserung emotionaler Kompetenzen). Beschäftigt sich seit seiner Zeit als Post-Doc bei Klaus Grawe mit der Identifikation von schulenübergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie.

Kommentare

Redaktionelle Vorbemerkung:

Im Psychotherapeutenjournal 1/2015 (S. 30-33) wurde das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in der Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen wiedergegeben. In der Vorbemerkung wurde die Aufgabenstellung des Wissenschaftlichen Beirats nach § 11 PsychThG dargestellt und die Vorgeschichte des Prüfverfahrens wurde erläutert. Zwischenzeitlich erreichte das Psychotherapeutenjournal ein ausführlicher Leserbrief von Thomas Hensel, Offenburg, in dem verschiedene zentrale Punkte des Gutachtens angesprochen wurden. Wir freuen uns, dass der alternierende Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats, Prof. Günther Esser, Potsdam, die Gelegenheit genutzt hat, in einem anschließenden Statement aus Sicht des Beirates zu diesen Punkten Stellung zu nehmen.

Leserbrief zum Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP), EMDR mit Kindern und Jugendlichen nicht als wissenschaftliche Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung anzuerkennen.

Zu: Aktuelles Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu EMDR, Psychotherapeutenjournal 1/2015, S. 30-33.

Mit dem Beschluss des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, EMDR mit Kindern und Jugendlichen als wissenschaftliche Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht anzuerkennen, hat sich der WBP aus der Versorgungsrealität von belastungsreaktiven Störungen im Kindes- und Jugendalter und aus dem State-of-the-Art der aktuellen Forschung im Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung verabschiedet und sich gegen die Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestellt, die 2013 EMDR bei Kindern und Jugendlichen als eines von zwei evidenz-basierten Verfahren anerkannt hat (WHO, 2013).

Es wurden acht (!) RCT-Studien untersucht, von denen sieben substanzielle Verbesserungen der posttraumatischen Symptomatik mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 1.5 (Cohen`s d) aufwiesen. Mit der Aussage in der Bekanntmachung des WBP (Psychotherapeutenjournal, 1/2015, S. 33), dass *„keine Effekte nachweisbar waren"* widerspricht sich der WBP selbst, da er nur bei zwei (von acht) Studien (2 und 5) die Effekte überhaupt geprüft und für beide Studien die Wirksamkeit positiv bewertet hat.

Aus Platzgründen kann ich hier nur exemplarisch an einer Studie (6) aufzeigen, wie der WBP Forschungs- und Versorgungsrealität ausblendet.

Die RCT-Studie von Kemp et al. (2010) wurde mit der Begründung ausgeschlossen, es lägen keine Störungen mit Krankheitswert vor. In dieser Studie ist das A-Kriterium für alle Kinder (schwerer Autounfall) erfüllt. Das klinische Interview ergab durchschnittlich 2,46 PTBS-Symptome (*alle* Kinder hatten zwei und mehr Symptome). In der Forschung im Bereich PTBS bei Kindern ist seit Langem Konsens, dass die notwendigen sechs Kriterien für das Vollbild einer PTBS nach dem DSM-IV unangemessen sind und zu einer massiven Unterdiagnostizierung führen. Nach den aktuellen ICD-10-Kriterien hätten fast alle Kinder der Studie eine Diagnose PTBS erhalten. Zur Messung der Schwere der Symptomatik wurde der valide und lange eingeführte Child Post-Traumatic Stress-Reaction Index (CPTSD-RI) eingesetzt. Die Kinder hatten einen Durchschnittswert von 25.9 und in der Forschungsliteratur werden „Summenwerte über 24 als klinisch relevant betrachtet" (Landolt et al., 2003). Forschungsgestützt (Carrion et al., 2002) wird davon ausgegangen, dass Kinder mit einer subklinischen PTBS genauso betroffen sind wie Kinder mit einem Vollbild, weshalb die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACCAP, 1998) empfiehlt, „ein Kind oder einen Jugendlichen dann als behandlungswürdig anzusehen, wenn das Alltagsleben des Kindes oder Jugendlichen beeinträchtigt ist, auch wenn nur ein einziges Kriterium erfüllt ist." Zu behaupten, es lägen in dieser Studie deshalb keine Störungen mit Krankheitswert vor, weil bei den Kindern kein Vollbild einer PTBS vorliegt, ist hochgradig formalistisch und fern jeder Versorgungsrealität. Gleiches gilt für die Studie von de Roos et al. (2011).

Zu bemerken bleibt zudem, dass eine weitere existierende RCT-Studie (Diehle et al., 2014) nicht erfasst wurde und dass entgegen Punkt II.4.5. III.4 des Methodenpapiers des WBP zwei relevante Versorgungsstudien (Hensel, 2009; Ribchester et al., 2010), die alle Kriterien externer Validität (Methodenpapier Anhang C) erfüllten, ebenfalls nicht berücksichtigt wurden. Experimentelle Einzelfallstudien (Punkt II:5.1.1), durch die ebenfalls die Wirksamkeit nachgewiesen werden kann, fehlen vollständig, obwohl sie vorliegen.

Die sich auf hinterfragbare Kriterien stützende Einschätzung des WBP widerspricht zudem in eklatanter Weise den fünf Zielen der Rahmenempfehlungen (BPtK, KBV, GKV, Deutsche Krankenhausgesellschaft; Deutsches Ärzteblatt Heft 11, 2012), in denen es zur Weiterentwicklung der Therapieangebote heißt: „Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie wird aufgefordert, traumaspezifische Methoden und Tech-

niken zu identifizieren“ und nicht abzulehnen. EMDR bei Erwachsenen hat sich gerade in einer Meta-Analyse im Rahmen des Beratungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, nach SGB V) allen anderen Verfahren als signifikant überlegen erwiesen. „In der Metaanalyse ergab sich eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie.“ (G-BA; 2015; S. 67)

Nach meinen Erfahrungen, der ich seit fast 20 Jahren mit dieser Methode arbeite und seit 2008 ungefähr 500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen und Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten darin ausgebildet habe, liegt die reale Behandlungsdauer bei singulärem Belastungsereignis bei drei Sitzungen (siehe auch Hensel, 2009). Angesichts der derzeitigen prekären Versorgungslage halte ich es für verantwortungslos, diese hoch effektive Behandlungsmöglichkeit auszuschließen.

Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Text finden Sie auf der Homepage des Psychotherapeutenjournals unter Ausgabe 3/2015.

Thomas Hensel,
Kinder Trauma Institut, Offenburg

Anmerkungen zum Leserbrief von Thomas Hensel zum Beschluss des WBP zu EMDR als Methode bei Kindern und Jugendlichen

Die Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) besteht nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes in der gutachterlichen Beratung zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren. Grundlage der Begutachtung stellt ein Methodenpapier (Version 2.8) dar, in dem die Bewertungskriterien definiert werden.

Das konkrete Vorgehen bei der Beurteilung wurde im Gutachten erläutert (vgl. Punkt 7). Es wird zunächst geprüft, ob es sich um randomisiert-kontrollierte Studien handelt. In einem zweiten Schritt wird mittels eines Screeningbogens überprüft, ob Ausschlusskriterien (beispielsweise Hinweise auf Datenmanipulation, unzureichende oder nicht überprüfte Reliabilität und Validität der Verfahren zur Messung der primären Zielkriterien) erfüllt sind. Diese sind als Mindestkriterien an die Studienqualität zu verstehen. Ist mindestens ein Ausschlusskriterium erfüllt, kann die Studie nicht als Wirksamkeitsnachweis herangezogen werden.

Da die Wirksamkeit therapeutischer Verfahren und Methoden hinsichtlich der Behandlung diagnostizierter psychischer Störungen mit Krankheitswert beurteilt werden soll, ist das Vorliegen einer entsprechenden Stichprobe von besonderer Bedeutung. Die diesbezügliche Einschätzung stützt sich auf zwei Kriterien:

- A2: Objektive und reliable Diagnosestellung (mittels (teil-)standardisierter Interviews); Mindestanforderung: Diagnosechecklisten oder nachvollziehbares klinisches Urteil,
- C1: Stichprobe von Patienten mit Krankheitswert; Mindestanforderung: Stichprobe von Patienten mit wahrscheinlich klinischer Störung, max. 20% subklinisch.

In einem dritten Schritt folgt die weitergehende Beurteilung der vier Bereiche allgemeine methodische Qualität (A), interne Validität (B), externe Validität (C) und Ergebnisse/Wirksamkeitsnachweise (D) (vgl. Methodenpapier 2.8, Kriterienkatalog).

Der vom Autor genannte Punkt II.4.5. des Methodenpapiers 2.8 führt eindeutig die Kriterien auf, die erfüllt sein müssen, damit die Ergebnisse einer Studie als Wirksamkeitsnachweis gelten können:

1. Die allgemeine methodische Qualität muss als adäquat beurteilt worden sein (A).
2. Es muss eine ausreichende interne und/oder externe Validität festgestellt worden sein (B und C).
3. Die Ergebnisse der Studie müssen zeigen, dass (D):

- in der Interventionsgruppe die Verbesserung in den primären Zielkriterien zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt signifikant größer ist als bei einer unbehandelten Kontrollgruppe, einer Placebo-Kontrollgruppe oder einer Kontrollgruppe mit „treatment as usual“,

ODER

- in der Interventionsgruppe die Verbesserung in den primären Zielkriterien zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt mindestens gleich groß ist wie bei einer Vergleichsgruppe mit einer bereits als wirksam nachgewiesenen Behandlung, sofern die statistische Power der Vergleiche (Kriterium A17) als ausreichend (≥ .50) bewertet wurde,

ODER

- in der Interventionsgruppe das Behandlungsziel einer Heilung oder Besserung der vorliegenden Störung signifikant besser bzw. bei signifikant mehr Patienten erreicht wurde (klinische Signifikanz) als bei den genannten Kontrollgruppen bzw. mindestens gleich häufig wie bei einer Vergleichsgruppe mit einer bereits als wirksam nachgewiesenen Behandlung, sofern die statistische Power der Vergleiche als ausreichend (≥ .50) bewertet wurde.

Sofern keine Kontrollgruppen vorliegen (ggf. bei methodisch adäquaten Studien mit hoher externer Validität),

können die Ergebnisse als Wirksamkeitsnachweis gelten, wenn der Therapieeffekt sowohl durch eine signifikante Prä-Post-Veränderung als auch die klinische Bedeutsamkeit der erreichten Veränderung nachgewiesen ist.

Dem entsprechend ist es wenig aussagekräftig, durchschnittliche Effektstärken der begutachteten Studien zu zitieren, ohne die methodische Qualität der Studien zu berücksichtigen.

Der aus dem Kontext zitierte Satzbaustein, dass „keine Effekte nachweisbar waren" muss im gesamten Satz betrachtet werden. Er gehört zur Auflistung der Gründe für den Ausschluss von fünf Studien, bei denen „entweder keine Effekte nachweisbar waren *oder* andere Einschränkungen der methodischen Studienqualität festzustellen waren". Hiermit ist die Erfüllung von Ausschlusskriterien gemeint (s. o.). Im Fall des Antrags betrifft dies v. a. folgende Kriterien: Patienten ohne festgestellte Anpassungs-/Belastungsstörung mit Krankheitswert, keine adäquate Diagnosestellung sowie keine reliable und valide Messung zumindest der primären Zielkriterien (vgl. tabellarische Übersicht der Studien).

Aufgrund der hohen Variabilität des Konstrukts der PTBS im Kindes- und Jugendalter, insbesondere durch die verschiedenen Subtypen traumatischer Erlebnisse (innerhalb der Familie erlebte Traumata vs. Erleben von Traumata bei intakter Familiensituation), ist es nicht verwunderlich, dass die Kriterien für den Behandlungsbedarf in den Studien sehr unterschiedlich definiert wurden. Umso wichtiger ist die Beachtung von Mindeststandards bei der Diagnosestellung (s. o.) für die Beurteilung von Studienergebnissen. Allein vom Vorliegen eines traumatischen Erlebnisses auf die Diagnose PTBS bzw. auf eine Alltagsbeeinträchtigung zu schließen, entspricht weder den Klassifikationssystemen noch dem aktuellen Forschungsstand.

Bei der vom Autor aufgeführten Studie von Kemp et al. (2009) ist unklar, ob es sich um eine Stichprobe mit Krankheitswert handelt. Erstens wird nicht ausreichend beschrieben, wie die Erfüllung der DSM-IV-Kriterien überprüft wurde (Kriterium A2). Zweitens kann den deskriptiven Angaben zum eingesetzten Fragebogen zur Beurteilung der Symptomatik (CPTSD-RI) entnommen werden, dass die Werte zum Prä-Zeitpunkt teilweise deutlich unter dem empfohlenen Schwellenwert von 24 lagen (EMDR-Gruppe: M = 25.92, SD = 12.18; Kontrollgruppe: M = 27.29, SD = 12.58). Nähere Auskünfte über die Werteverteilung bzw. darüber, wie viele Kinder Werte unterhalb 24 aufwiesen, fehlen. Drittens weisen Kemp und Kollegen in ihrer Diskussion auf den subklinischen Charakter ihrer Stichprobe hin. Somit kann nicht beurteilt werden, ob die – auch vom Autor angesprochene – notwendige Beeinträchtigung im Alltag tatsächlich bei der Mehrheit der Kinder vorlag (Kriterium C1).

Ähnliches gilt für die Studie von de Roos et al. (2011). Einschlusskriterium war hier ein nicht näher beschriebenes Urteil eines „care teams" über das Vorliegen von Symptomen, die mit einem Explosionsunglück zusammenhingen („disaster related symptoms"). Somit kann das Kriterium A2 nicht als erfüllt angesehen werden. Darüber hinaus fiel der verwendete Fragebogen zur Beurteilung der PTBS-Symptomatik aus Elternsicht (UCLA) zum Prä-Zeitpunkt größtenteils subklinisch aus (EMDR-Gruppe: M = 31.3, SD = 10.5; CBT-Gruppe: M = 38.5, SD = 8.2; der empfohlene Cut-off liegt bei 38) – dies spricht gegen das Vorliegen einer Stichprobe mit Krankheitswert (Kriterium C1).

Die vom Autor angemerkte Studie von Diehle et al. (2014) konnte aufgrund des Erscheinungsdatums nicht im Gutachten berücksichtigt werden.

Als Wirksamkeitsnachweis einer Behandlungsmethode für ein Störungsbild sind mindestens zwei unabhängige, methodisch adäquate und valide Studien erforderlich, von denen mindestens eine Studie eine ausreichende interne Validität (entsprechend der Kriterien zu II.4.3) aufweisen muss (vgl. Punkt 2 des Gutachtens). Da keine methodisch adäquate Studie mit ausreichender interner Validität vorlag (vgl. Punkt 7 des Gutachtens und die tabellarische Übersicht der Studien), wurden die vom Autor aufgeführten Versorgungsstudien (als mögliche zweite Studie) nicht in die Beurteilung eingeschlossen.

Die vom Autor genannten experimentellen Einzelfallstudien können entsprechend Punkt II.4.6 des Methodenpapiers 2.8. als Wirksamkeitsnachweis herangezogen werden, wenn:

1. kontinuierliche Messungen des im Fokus stehenden Verhaltens/Erlebens über alle relevanten Untersuchungsabschnitte vorgenommen werden,
2. eine ausreichend lange Baseline des Zielverhaltens und -erlebens (analog zu einer Wartelistenkontrollbedingung in einer Gruppenstudie) erhoben wird,
3. die abhängige Variable eine ausreichende Stabilität innerhalb der jeweils definierten Untersuchungsabschnitte aufweist und
4. das therapeutische Vorgehen (die Intervention) detailliert beschrieben wird (z. B. anhand eines Therapiemanuals).

Dies trifft für die recherchierten Einzelfallstudien nicht zu.

Bei neuer Studienlage ist der Wissenschaftliche Beirat gerne bereit, die Wirksamkeit von EMDR als Methode zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter erneut zu überprüfen.

Prof. Dr. Günter Esser
Alternierender Vorsitzender des
Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Buchrezensionen

Gymnastische Einwirkung auf das Seelenleben

Reichmayr, Johannes (2015). Otto Fenichel: Psychoanalyse und Gymnastik. Gießen: Psychosozial Verlag, 209 Seiten, 24,90 €

Otto Fenichel ist einer der bekanntesten Psychoanalytiker des 20. Jahrhunderts. Und doch wirft dieses Buch noch einmal ein neues Licht auf seine Person und sein Werk. Aus seinen Schriften wissen wir, dass er sich in den 1920er-Jahren intensiv mit dem Zusammenhang zwischen Muskelspannungen, Motilität und Abwehr beschäftigt hat. Was wir aber bisher nicht wussten: Seinem 1928 erschienenen Aufsatz „Organlibidinöse Begleiterscheinungen der Triebabwehr" liegt ein Vortrag zugrunde, den Fenichel im Mai 1927 in der Berliner Psychoanalytischen Gesellschaft zum Thema „Psychoanalytische Untersuchungen über die Wirkungsweise der Gymnastik" gehalten hat. Das bisher unveröffentlichte handschriftliche Manuskript dieses Vortrags hat Elke Mühlleitner in den Fenichel Papers der University of California in Los Angeles gefunden. Johannes Reichmayr hat es transskribiert. Es bildet den Kern dieses Buches.

Der große Unterschied zwischen den beiden Texten besteht darin, dass Fenichel sich in dem Vortrag intensiv mit der Arbeit der Berliner Gymnastiklehrerin Elsa Gindler auseinandersetzt. In der späteren Veröffentlichung fehlen diese Bezüge. Doch sind sie in zweifacher Hinsicht interessant: zum einen in Bezug auf Fenichel selbst, zum anderen in Bezug auf die Geschichte der Begegnung von Psychoanalyse und Körperarbeit.

Fenichel ging 1922 von Wien nach Berlin und lernte dort seine Frau Cläre, eine Gymnastiklehrerin kennen. Sie gehörte zum Kreis um Elsa Gindler, die unweit des Psychoanalytischen Instituts ein Gymnastikstudio betrieb. Wie Reichmayr in Fenichels Akten herausfand, ging dieser fünf Jahre lang regelmäßig einmal in der Woche zu Gindlers Kursen. Dort lernte man nicht zu turnen, sondern eine bewusste und aufmerksame Wahrnehmung von „Muskelzustand und Bewegungsausführung" sowie „zweckmäßige" Bewegungen, wie Fenichel in seinem Vortrag festhielt. Er war beeindruckt. Denn nach wenigen Stunden bei Gindler war seine Migräne verschwunden, gegen die eine Psychoanalyse nicht geholfen hatte. So hatte er auch ein persönliches Motiv für die zentrale Frage des Textes: die „Wirkungsweise der Gymnastik" daraufhin zu untersuchen, wie sie „psychische Veränderungen" herbeiführen kann.

Zunächst beschreibt Fenichel, wie „gymnastische Beschäftigung mit dem Körper in das Seelenleben eingreift". Dabei greift er auf die Begriffe Autoerotik und Muskelerotik zurück. Im nächsten Abschnitt untersucht er den Zusammenhang zwischen muskulärem Dystonus und Triebabwehr. Verdrängung bestehe nämlich „in einer Abhaltung gewisser Regungen von der Motilität". Der Dystonus ist für ihn ein Äquivalent chronischer Angst und diese eine Folge der Triebabwehr. Im folgenden Kapitel erörtert er die These, dass Gymnastik mit der Lockerung der Muskulatur den Verdrängungsdruck lockere und so dazu führe, dass die Libido wieder beweglicher und den Organen zugeführt werde. Weiterhin zeigt er, dass dies den Machtbereich des Ich erweitere. In den letzten beiden Abschnitten erörtert er schließlich die „Wirkungsweise der Gymnastik" unter dem Aspekt der Übertragung. Fenichel denkt, dass die „Mutterliebe" der Gymnastiklehrerin bei den Schülern dazu führe, den Muskelkrampf ihr zuliebe zu lösen. Die Gymnastik wirkt damit gleichsam durch eine Übertragungsheilung in einer Reinszenierung einer infantilen Situation.

Aus der gleichen triebtheoretischen Sicht heraus ist Fenichel dagegen, Körperarbeit und Psychoanalyse miteinander zu verbinden. Wenn ein Psychoanalytiker mit dem Patienten Atemübungen mache, käme das einer „realen Sexualbefriedigung" gleich. Fenichel plädiert daher für das Modell einer konsekutiven Behandlung. Weil die Psychoanalyse „die körperliche Gehemmtheit nur bis zu einem gewissen Grade beseitigen" könne, könne „eine nachfolgende gymnastische Betätigung real machen, was die Analyse ermöglicht hat". Das komme Patienten „mit ganz besonderer Körperfremdheit" zugute. Bei verschüchterten Patienten mit Angst vor der Realität könne dagegen vielleicht eine vorgeschaltete Gymnastik dazu beitragen, „dass Reden überhaupt möglich" ist.

Fenichels triebtheoretische Interpretationen lesen sich heute ein wenig befremdlich, z. B. wenn er die Kastrationsangst für zentral hält oder den Krampfzustand der Muskulatur wie eine Erektion versteht oder wenn er die Freude der Gymnastiker an der Körperbeherrschung mit der infantilen Lust an der Kontrolle des Sphinkter vergleicht. Dass sein Text der frühen psychoanalytischen Ideologie verpflichtet ist, sollte aber nicht wundern. Denn Fenichel war noch vor Reich der erste, der „über die Relation von Körper, Triebtheorie und Psychoanalyse federführend publizierte", schreibt Günter Hebenstreit als einer von sechs Fachleuten, die der Herausgeber um kurze Kommentare gebeten hat und die den Text aus ihrer jeweiligen Erfahrung heraus bewerten.

Wer sich für die Geschichte der Psychoanalyse und ihres Verhältnisses zum Körper interessiert, wird sich über dieses Buch freuen, auch über die editorische Sorgfalt des Herausgebers. Reichmayr fügt dem Transskript einen Vergleich mit dem eingangs genannten Text von 1928 hinzu, aus dem die Übernahmen von Passagen genau zu erken-

nen sind. Mit Michael Giefer zusammen hat er das Buch schließlich um eine „Fenichel Gesamtbibliografie" ergänzt. Auch sind einige Fotos und ein Text der Tochter von Otto und Cläre Fenichel hinzugefügt. Sie schreibt darin, dass es dem psychoanalysierenden Vater und der zeitlebens Gindlersche Gymnastik lehrenden Mutter im Grunde um dasselbe ging: vom Bewusstsein bislang ausgeschlossene Gefühle und Handlungen bewusst zu machen.

Prof. Dr. Ulfried Geuter, Berlin

Auf Schatzsuche

Eberwein, Werner & Thielen, Manfred (Hrsg.) (2014). Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag. 337 Seiten. 29,90 €

Die Humanistische Psychotherapie (HPT) wird in dem Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Direktausbildung für Psychotherapie als eine von vier psychotherapeutischen Grundorientierungen bestätigt, die in der universitären Ausbildung gleichberechtigt gelehrt werden sollen. Werner Eberwein und Manfred Thielen legen als Herausgeber ein Buch vor, das den aktuellen Stand dieses Therapieansatzes darstellt.

Spezifisch für die Humanistische Psychotherapie ist, dass sie sich mehr über eine therapeutische Haltung und über die Art des Inbeziehungseins definiert als über spezifische Interventionen oder explizite störungsspezifische Vorgehensweisen.

Diese therapeutische Haltung und besondere Beziehungsgestaltung wird von den Autoren des Buches überzeugend dargestellt. Schon im Geleitwort weist Dirk Revenstorf auf Reichtum und Tiefe der humanistischen Ansätze hin, zu denen sich eine „Expedition" unbedingt lohne, denn sie bringe Schätze zu Tage wie die Betonung von Lebendigkeit, Verantwortung, Wahlfreiheit, Ganzheit, Körperlichkeit, Verwirklichung, Sinnerfüllung, Wachstum oder Entwicklung des Menschen.

Interessanterweise tauchen m. E. viele dieser Aspekte in wesentlichen Elementen in den neuen, integrativen Ansätzen der Richtlinienverfahren wieder auf (z. B. in der ACT, DBT, CBASP, Schematherapie, Mentalisierungsbasierten Therapie, Compassion Focused Therapy).

Die Humanistische Psychotherapie ist eine „existenzbasierte" Therapie, deren Anliegen die Subjekthaftigkeit des Menschen ist (Revenstorf). Überlegungen über das dem therapeutischen Handeln zugrunde liegende Menschenbild werden von Eberwein angestellt.

Im weiteren Verlauf des Buches werden von verschiedenen Autoren zentrale therapeutische Ansätze vorgestellt, die unter dem Dach der Humanistischen Therapie zusammengefasst werden: Die Personzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Existenzanalyse, Logotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Körperpsychotherapie. In jedem der Ansätze stecken für Therapie hochrelevante Aspekte. So findet man im Personzentrierten Ansatz die validierende Beziehungsgestaltung, in der Existenzanalyse die Arbeit mit Sinnfragen als zentrales Anliegen, in der Transaktionsanalyse die Idee der inneren Anteile, im Psychodrama eine exzellent ausgearbeitete Praxis szenisch-interaktionellen Arbeitens.

Die Anwendung von humanistischen Therapieansätzen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wird an einigen Stellen angesprochen, z. B. bei der Darstellung der klientenzentrierten Spieltherapie.

Schon in den 1970er-Jahren entwickelte sich in der Humanistischen Psychotherapie eine intensive Kultur der körperpsychotherapeutischen Ansätze, wie Manfred Thielen überzeugend aufzeigt. Die körperpsychotherapeutische Perspektive eines in seinen Körper und seine Um- und Mitwelt eingebetteten Menschen beinhaltet in besonderem Ausmaß viele Verbindungs- und Anschlussmöglichkeiten an die Modellentwicklung der heutigen klinischen Psychologie.

In einem weiteren Abschnitt des Buches werden von Bergmann und Elliott Studien vorgestellt, die die hohe empirische Wirksamkeit der HPT nachweisen. Danach diskutiert Jürgen Kriz kritisch die unreflektierte Anwendung der üblichen Standards der Evidenzbasierung auf die Psychotherapie. In einem früheren Kapitel beschreibt er die Geschichte und die Folgen einer solchen einseitigen Orientierung für die Ausgrenzung der humanistisch basierten Therapieansätze.

Das Buch schließt mit einer Darstellung integrativer Aspekte der HPT in Form einer Personzentrierten Systemtheorie (von Kriz als übergreifendes Modell und nicht als eigenständiger Therapieansatz konzipiert) und einer Darstellung der integrativen Therapie als methodenintegrativer Humantherapie (Petzold, Orth, Sieper).

Was hätte ich mir in so einem Buch evtl. noch gewünscht? Ein besonders wichtiger Aspekt für Psychotherapie liegt m. E. in der Fokussierung auf emotionale Prozesse, die z. B. im experienziellen Zweig des Personzentrierten Ansatzes (Gendlin, Greenberg) konsequent weiter entwickelt wird. Hier konvergieren viele interessante neue Therapieansätze. Dieser Aspekt ist in diesem Buch etwas unterrepräsentiert, ebenso wie eine kritische Reflexion der Heterogenität und Unterschiede innerhalb der Humanistischen Ansätze.

Aber das hätte vielleicht den Rahmen eines solchen Buches gesprengt, das v. a. die Grundsätze der HPT in Theorien, Methoden und Wirksamkeit darstellt. Das ist ihm nach meinem Eindruck überzeugend gelungen und ich bin sehr dankbar, auch selbst wieder einige alte Schätze neu gefunden zu haben. In meiner täglichen klinischen Arbeit stehen Fragen der Existenzbasierung oft im Mittelpunkt. Den Patienten dabei zu helfen, sich selbst vertrauter zu werden, mehr Bezug und Selbstfürsorge zu sich zu bekommen, mehr Wahlfreiheit zu bekommen und den Mut, das eigene Leben wieder in die Hand zu nehmen, das alles stellen für mich zentrale Therapieziele dar. Bei dieser täglichen Arbeit durch ein Buch so dabei unterstützt und bestätigt zu werden, empfinde ich als großen Gewinn.

Dr. Ernst Kern,
Saarbrücken

Homo-/Bisexualität in der therapeutischen Arbeit

Göth, Margret & Kohn, Ralph (2014). Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung. Heidelberg: Springer, 185 Seiten, 34,99 €

Von dem Buch „Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung" von Göth und Kohn habe ich mir Anregungen erhofft, wie man in Psychotherapie und Beratung lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen (LSB) besser gerecht werden kann. Erhalten habe ich eine Fülle von Denkanstößen, Arbeitshilfen und Modellvorschlägen für einen wertschätzenden und kompetenten Umgang mit dem facettenreichen Thema „sexuelle Orientierung" in Therapie und Beratung.

Göth und Kohn geben zunächst einen Überblick über die vielfältigen Lebensentwürfe von LSB, indem sie Begriffe klären, bspw. zu verschiedenen Selbstbeschreibungen („lesbisch", „schwul", „pansexuell") und zu verschiedenen Dimensionen von Geschlechtlichkeit. Sie stellen dann die Herausforderungen vor, die sich LSB stellen: beispielsweise während des Coming-outs oder im Umgang mit Minderheitenstress. Dabei wird deutlich, dass LSB andere Erfahrungen von Diskriminierung und Privilegierung machen als Heterosexuelle, sie aber trotzdem keine einheitliche Gruppe sind, sondern je nach Geschlecht, Alter, gesellschaftlichem Umfeld und anderen Merkmalen unterschiedliche Bedürfnisse haben. Was das für Therapie- und Beratungssituationen bedeutet, zeigen Göth und Kohn im Buch auf. Behandelt werden beispielsweise die Implikationen für das Erstgespräch, für die biografische Anamnese, für die Beziehungsgestaltung, bei psychischen Störungen, für Auftrag, Störungsmodell, Intervention und die Paarberatung.

Dabei gehen Göth und Kohn sehr systematisch vor: Sie beziehen sich auf die Aufgaben, die sich LSB in verschiedenen Phasen des Coming-out stellen. Diese reichen von ersten Verunsicherungen, nicht der Heteronorm zu entsprechen, bis zur Integration der homo- bzw. bisexuellen Orientierung als einen Aspekt der Identität. Im Kapitel zur Anamnese wird deutlich, wie erfragt werden kann, welche Herausforderungen des Coming-outs bewältigt wurden und welche Aufgaben sich noch stellen. Diese können unterschiedliche Lebensbereiche betreffen (z. B. die Arbeit, die LSB-Community, die Liebe) – auch dafür schärft das Buch den Blick. Besonders hilfreich fand ich das Kapitel Beziehungsgestaltung, in dem systematisch aufgezeigt wird, welche Besonderheiten sich für die Therapeut-Klient-Konstellationen ergeben, je nachdem, welche sexuelle Orientierung Klient_in und Psychotherapeut_in haben. Göth und Kohn geben z. B. Anregungen dazu, wie Psychotherapeut_innen ihre sexuelle Orientierung ansprechen können, um den Klient_innen einen offenen Umgang mit ihrer eigenen sexuellen Orientierung zu erleichtern.

Ein weiteres Kapitel widmet sich der Bearbeitung verinnerlichter Vorurteile zu LSB, die sich auch nach erfolgreichen Coming-out-Erfahrungen immer wieder melden. Ihre Kernbotschaft ist „Homosexualität ist nicht normal". Aufgezeigt werden kognitive, psychoedukative, verhaltens- und erlebensorientierte Methoden, mit denen diese Vorurteile bearbeitet werden können.

Didaktisch wechseln sich theoretische Informationen, Fallbeispiele und Arbeitsmaterialen ab. Die theoretischen Begründungen für die vorgeschlagenen Interventionen werden kurz gehalten. Wer einen umfassenden theoretischen Einblick und Überblick über den Forschungsstand erhalten möchte, dem sei weitere Literatur (z. B. Wolf, Fünfgeld, Oehler & Andrae, 2015)[1] empfohlen.

Beim Lesen des Buches wurde mir sehr deutlich, wie notwendig spezifisches Wissen und die Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen zu Homo-/Bisexualität für die therapeutische Arbeit sind. Die Grundlagen für LSB wertschätzende *affirmative Therapie und Beratung* sind in diesem Buch übersichtlich zusammengetragen und sehr anschaulich beschrieben. Das Buch ist ein Gewinn für Psychotherapeut_innen und Berater_innen unabhängig davon, welche Psychotherapiemethoden sie anwenden und unabhängig von ihrer eigenen sexuellen Orientierung. Es eignet sich hervorragend, um in den Curricula von Therapie- und Beratungsausbildungen berücksichtigt zu werden. Ich wünsche dem Buch viele Leser_innen und bin überzeugt: Die Gesundheitsversorgung von LSB-Klient_innen würde davon profitieren.

Dr. Jochen Kramer,
Böblingen

1 Wolf, G., Fünfgeld, M., Oehler, R. & Andrae, S. (2015). Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 47, 21-48.

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – Konsequenzen für die Praxis

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) will der Gesetzgeber die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Seine Ziele sind die Erleichterung des Zugangs zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ein flexibleres und breiteres psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Durch die geplanten Veränderungen können sich auch die Praxisstrukturen ändern. Mit der Einführung von Sprechstunden, frühzeitiger diagnostischer Abklärung, Akutversorgung, Rezidivprophylaxe, erweiterten Befugnissen, einfacherer Delegation, ausgeweitetem Jobsharing sowie der Möglichkeit, dass Psychotherapeuten zukünftig Medizinische Versorgungszentren, die rein psychotherapeutisch sind, leiten können, wird der Praxisalltag voraussichtlich deutlich beeinflusst werden. Viele psychotherapeutische Praxen werden stärker als heute zu Versorgerpraxen – eine zentrale Anlaufstelle für Rat und Hilfe bei psychischen Erkrankungen. Praxen werden über die neuen Regelungen besser vernetzt sein als heute und mit Haus- und Fachärzten, Soziotherapeuten, Pflegediensten und den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern noch intensiver zusammenarbeiten.

Um all dies zu diskutieren, hat die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern und den Vertretern der Psychotherapeuten bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwei Kommissionen ins Leben gerufen. Die Kommissionen sollen Konzepte entwickeln, die in den Beratungsprozess beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingespeist werden können, damit die erforderlichen Richtlinienänderungen von den dort zuständigen Gremien möglichst praxisnah ausgestaltet werden. Aufgabe der Kommissionen soll es aber auch sein, Informationen und Materialien für Psychotherapeuten zu erarbeiten. Auch Fortbildungsangebote, die über die Landespsychotherapeutenkammern in Kooperation mit den Berufs- und Fachverbänden angeboten werden können, stehen auf der Agenda dieser Kommissionen.

Bei all dem drängt die Zeit. Wenn der G-BA den Zeitplan einhält, dann wird sich ab Mitte nächsten Jahres einiges in der psychotherapeutischen Versorgung verändern. „Der Erfolg der geplanten Veränderungen hängt aber entscheidend auch davon ab, dass angemessene Rahmenbedingungen geschaffen werden und GKV-Spitzenverband und KBV für die neuen Leistungen eine angemessene Vergütung vereinbaren", stellt BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz fest.

Ein großer Erfolg: die psychotherapeutische Sprechstunde

„Die ambulante Versorgung könnte sich durch die psychotherapeutische Sprechstunde deutlich verbessern", erklärt Dr. Munz. „Zukünftig können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schneller Termine für ein erstes Gespräch anbieten. Viele Ratsuchende erhalten dadurch viel früher als bisher eine fachliche Einschätzung darüber, ob sie psychisch krank sind oder nicht und welche Hilfe sie benötigen. Mehr akut Behandlungsbedürftige bekommen rascher professionelle Hilfe und erkrankte Patienten können gezielter auf die jeweils indizierten Versorgungsangebote vermittelt werden. Andere können an Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen weitergeleitet werden."

Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie

Durch das GKV-VSG ist der G-BA beauftragt, das Angebot psychotherapeutischer Praxen zu flexibilisieren und dazu die Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 anzupassen. Zu den Anpassungen gehören:

- die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde,
- die Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung und der Rezidivprophylaxe,
- die Förderung von Gruppentherapien sowie
- die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Laut der Gesetzesbegründung soll es durch die Sprechstunde und die frühzei-

Präventionsgesetz verabschiedet

Psychotherapeutischer Sachverstand ist künftig einzubeziehen, wenn Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur Primärprävention festgelegt werden. Dennoch greift das Präventionsgesetz bei psychischer Gesundheit zu kurz. Obwohl psychische Erkrankungen zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts gehören, sollen Psychotherapeuten im Rahmen der Prävention weder Gesundheitsuntersuchungen durchführen noch Präventionsempfehlungen ausstellen.

Die BPtK hatte wiederholt kritisiert, dass hier ein großes Potenzial verschenkt wird. Stellen Psychotherapeuten Symptome einer psychischen Überforderung fest, die zu einer psychischen Erkrankung führen können, sollten sie genauso wie Ärzte präventive Maßnahmen empfehlen können. Wenn Kinder und Jugendliche in Früherkennungsuntersuchungen psychische Auffälligkeiten zeigen, die von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgeklärt werden, sollte es bei negativem Befund möglich sein, eine Präventionsempfehlung auszustellen.

tige diagnostische Abklärung möglich werden, schneller als bisher einzuschätzen, ob ein Ratsuchender eine Behandlung benötigt und ihm zielgerichtet therapeutische Maßnahmen vorzuschlagen. Die Akuttherapie soll eine schnelle Behandlung fördern und die Rezidivprophylaxe eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten gewährleisten.

Terminservicestellen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sollen zukünftig sogenannte „Terminservicestellen" einrichten, in denen auch Termine in psychotherapeutischen Praxen vermittelt werden sollen. Dazu gehört sowohl ein Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde als auch für eine sich anschließende Behandlung. Wenn die Terminservicestellen keinen Behandlungstermin innerhalb von vier Wochen anbieten können, sind sie verpflichtet, einen Termin in einem zugelassenen Krankenhaus zu vermitteln.

Dies soll ab dem Zeitpunkt gelten, zu dem die Regelungen zur Sprechstunde in Kraft treten, die der G-BA bis zum 30. Juni 2016 beschließen muss. Laut Gesetzesbegründung erwartet der Gesetzgeber, dass die Vermittlung von entsprechenden Behandlungsterminen über die Terminservicestellen spätestens ab dem 1. Januar 2017 in Anspruch genommen werden kann. Diese zeitliche Vorgabe berücksichtigt allerdings nicht, dass nach Beschluss der Richtlinienänderung die KBV und der GKV-Spitzenverband noch Vergütungsregelungen zum erweiterten psychotherapeutischen Leistungsspektrum zu treffen haben. Erst dann können Psychotherapeuten beginnen, ihre Praxisstrukturen und ihr Leistungsspektrum anzupassen. Die Frist ist daher sehr eng gesetzt. Bisher ist noch nicht klar, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Arbeit der Terminservicestellen konkret gestalten werden.

Befugnisse für Psychotherapeuten erweitert

Die Befugnisse für Psychotherapeuten werden – endlich – erweitert. Zukünftig können Psychotherapeuten folgende Leistungen verordnen:

- Krankenhausbehandlung,
- Krankentransport,
- Soziotherapie und
- medizinische Rehabilitation, soweit es sich um Leistungen zur „psychotherapeutischen Rehabilitation" handelt.

Näheres regelt der G-BA in seinen Richtlinien. Mit den entsprechenden Anpassungen der Richtlinien ist bis Anfang 2016 zu rechnen. Die BPtK plant gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern und den Berufs- und Fachverbänden hierzu eigene Informations- und Fortbildungsangebote zu entwickeln und anzubieten.

Delegation psychotherapeutischer Leistungen

Das Gesetz regelt ausdrücklich die Möglichkeit, dass Psychotherapeuten administrative Tätigkeiten sowie behandlungsergänzende Maßnahmen de-

Reform des Psychotherapeutengesetzes

Anfang des Jahres startete die BPtK das Projekt Transition zur Umsetzung des Beschlusses des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) zur Reform des Psychotherapeutengesetzes. Der 25. DPT hatte von der Politik gefordert, die für die Weiterentwicklung von zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen notwendige umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes in dieser Legislaturperiode in Angriff zu nehmen. Der Vorstand der BPtK wurde beauftragt, die Rahmenbedingungen für die Möglichkeiten der Realisierung eines Approbationsstudiums mit anschließender Weiterbildung zu klären. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Initiative des 25. DPT aufgegriffen und die Vorarbeiten zu einem Gesetzgebungsverfahren intensiviert.

Der Vorstand der BPtK hat vor diesem Hintergrund in Abstimmung mit den Landespsychotherapeutenkammern den weiteren Fahrplan im Projekt Transition bis zum Jahr 2017 präzisiert. Ziel ist ein geordnetes und darlegungsfähiges Vorgehen der Psychotherapeutenschaft, mit dem die anstehenden Klärungen und die Begleitung eines Gesetzgebungsverfahrens ermöglicht werden. Das Projekt setzt auf die aktive Mitarbeit der Profession in verschiedenen Arbeitsformen. Zu rechtlichen Fragestellungen und zur Klärung der Details einer künftigen Weiterbildung wurden Arbeitsgruppen mit Experten eingerichtet. Darüber hinaus sichern schriftliche und mündliche Anhörungen eine breite Beteiligung der Profession. Um eine gute Abstimmung bei der Gestaltung von Approbationsstudium und anschließender Weiterbildung zu ermöglichen, hat die BPtK auch die Fakultäten- bzw. Fachbereichstage Erziehungswissenschaften, Psychologie und Soziale Arbeit in eine gemeinsame Koordinierungsgruppe eingeladen. Beim 27. DPT im November 2015 wird über den Stand der Arbeiten berichtet werden.

Das BMG beabsichtigt, die Ausbildungsziele eines Approbationsstudiums zum Ausgangspunkt des Reformgesetzes zu machen. Es sollen – wie heute üblich – kompetenzbasierte Ausbildungsziele bestimmt werden, die festlegen, was Psychotherapeuten zum Zeitpunkt der Approbation können und welche Tätigkeiten sie damit ausüben können. Im Projekt Transition soll im intensiven Diskurs mit der Profession dazu ein eigener Vorschlag zu kompetenzbasierten Ausbildungszielen entwickelt werden, weil aus den Zielen die konkreten Eckpunkte eines Approbationsstudiums und der anschließenden Weiterbildung abzuleiten sind.

Parallel prüft das BMG die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen einer reformierten Aus- und Weiterbildung. Für eine vorläufige Abschätzung hat das BMG nach den Einschätzungen der BPtK zur künftigen Weiterbildung gefragt. Die BPtK hat mit den Landespsychotherapeutenkammern abgestimmte vorläufige Eckdaten genannt und klargestellt, dass die Bestimmung der konkreten Details von den konkreten Regelungen für den Kompetenzerwerb im Approbationsstudium und von den weiteren Abstimmungen dazu in der Profession abhängig sein werden.

legieren können. Damit wird der sozialrechtliche Rahmen dafür geschaffen, dass in einer psychotherapeutischen Praxis verstärkt auf qualifiziertes Praxispersonal zurückgegriffen werden kann. Psychotherapeuten können sich so künftig von diagnostischen und therapeutischen Teilaufgaben sowie bei der Organisation der Praxis entlasten.

MVZ – Struktur und Leitung

Zukünftig sind fachgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und damit auch psychotherapeutische Versorgungszentren möglich. Dies impliziert, dass Psychotherapeuten die Leitungsfunktion in einem solchen MVZ übernehmen können. Neben der kooperativen Leitung ist dadurch auch die alleinige Leitung eines rein psychotherapeutischen MVZ möglich. In der Gesetzesbegründung steht, dass ein Psychologischer Psychotherapeut der Leiter eines „rein psychotherapeutischen" Versorgungszentrums sein kann, soweit kein psychotherapeutisch tätiger Arzt beschäftigt wird. Dies gilt analog für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Jobsharing weniger begrenzt

Für die Begrenzung bei Jobsharing und Anstellung gelten zukünftig Ausnahmen speziell für die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Jobsharing und Anstellung werden erleichtert – und zwar dann, wenn der Leistungsumfang einer Praxis unterhalb des Fachgruppendurchschnitts liegt. Solche psychotherapeutischen Praxen mit unterdurchschnittlichem Leistungsumfang sollen ihr Versorgungsangebot künftig durch Jobsharing oder Anstellung deutlich vergrößern können. Im Gegensatz zu den anderen Arztgruppen soll dabei die Obergrenze für psychotherapeutische Praxen jenseits des Fachgruppendurchschnitts liegen. Um wie viel sie ihre Tätigkeit ausweiten können, legt der G-BA noch fest. Bis wann er dies tut, ist derzeit noch offen.

Privilegierte Praxisnachfolge

Die neuen Jobsharing-Reglungen verbessern auch die Möglichkeiten, in als überversorgt geltenden Gebieten die Praxis an einen privilegierten Nachfolger abzugeben. Eine privilegierte Praxisnachfolge ist unter anderem dadurch möglich, dass der Praxisinhaber im Vorfeld der Praxisabgabe einen Psychotherapeuten anstellt. Um diese Möglichkeit nutzen zu können, ist es jedoch zukünftig notwendig, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre gedauert hat.

Kombination von Einzel- und Gruppentherapie künftig auch in den psychoanalytisch begründeten Verfahren generell möglich

Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist künftig in allen drei Psychotherapieverfahren zulässig. Eine entsprechende Änderung der Psychotherapie-Richtlinie hat der G-BA am 16. Juli 2015 beschlossen. Damit kann die Gruppenpsychotherapie auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie flexibler eingesetzt werden. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der BPtK.

Für die psychoanalytisch begründeten Verfahren war die Kombinationsbehandlung bisher grundsätzlich unzulässig. Nur in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie war für die Methode der „niederfrequente[n] Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung" eine Ausnahme vorgesehen.

Darüber hinaus wird in der Richtlinie explizit der Fall geregelt, dass Einzel- und Gruppentherapie bei verschiedenen Psychotherapeuten durchgeführt werden können. Die behandelnden Psychotherapeuten sind dann gehalten, den Behandlungsplan miteinander abzustimmen und sich im Verlauf der Behandlung auszutauschen. Der Patient muss dieser Zusammenarbeit natürlich zustimmen und die Psychotherapeuten von der Schweigepflicht entbinden.

Die Stellungnahme der BPtK zum Beschlussentwurf der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie kann auf der Homepage der BPtK heruntergeladen werden: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/g-ba-flexibi.html.

Der Beschlusstext des G-BA zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie kann hier eingesehen werden: www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/583/.

Versorgungsaufträge: KVen müssen prüfen

Die KVen müssen zukünftig prüfen, ob Ärzte und Psychotherapeuten ihre Versorgungsaufträge erfüllen. Dafür müssen die KBV und der GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag den Umfang der Versorgungsaufträge definieren. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die KVen künftig anhand der Leistungsdaten prüfen, ob Vertragsärzte ihre Versorgungsaufträge erfüllen, die sich aus ihrer Zulassung zur gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Der Gesetzgeber fordert die KVen auf, bei Verstößen gegen diese Pflichten Sanktionen zu verhängen. Die KVen sind auch verpflichtet, über die Ergebnisse dieser Prüfungen einmal jährlich die Landes- und Zulassungsausschüsse zu informieren.

Praxisübergabe erschwert

Die Übergabe einer Praxis an einen Nachfolger wird erschwert. Zukünftig prüft der Zulassungsausschuss ab einen Versorgungsgrad von 140 Prozent, ob die Nachbesetzung des Praxissitzes notwendig ist, um die Versorgung sicherzustellen. Falls der Zulassungsausschuss zu dem Schluss kommt, dass der Sitz für die Versorgung nicht notwendig ist, soll der Praxissitz durch die KV aufgekauft und nicht mehr weitervergeben werden. Damit sind bundesweit rund 4.300 psychotherapeutische Praxen vom Abbau bedroht.

Der Versorgungsgrad, ab dem die Zulassungsausschüsse über die Praxisübergabe entscheiden und die KVen eine Praxis aufkaufen sollen, wurde im Gesetzgebungsverfahren von 110 auf 140 Prozent erhöht. Bei 110 Prozent waren über 7.400 psychotherapeutische Praxen bedroht. Grundsätzlich lassen die Versorgungsgrade der Bedarfspla-

nung allerdings keinen Rückschluss darauf zu, ob eine psychotherapeutische Praxis für die Versorgung notwendig ist oder nicht.

Es wird zukünftig noch wichtiger sein als bisher, dass sich Psychotherapeuten frühzeitig vor einer Praxisaufgabe von den Landespsychotherapeutenkammern oder den Berufs- und Fachverbänden beraten lassen, was sie tun können, damit ihre Praxis weitervergeben werden kann. Angesichts der Fristen sollte man mit der Planung einer privilegierten Praxisnachfolge wegen vorheriger Anstellung circa vier Jahre zuvor beginnen.

Bedarfsplanung reformieren

Außerdem erhält der G-BA im GKV-VSG den Auftrag, die Bedarfsplanungs-Richtlinie so zu überarbeiten, dass eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung sichergestellt wird. Die Verhältniszahlen sollen angepasst und das Versorgungsangebot kleinräumiger geplant werden. Dabei soll neben der demografischen Entwicklung zukünftig auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigt werden. Die Bedarfsplanung soll insbesondere mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung überarbeitet werden. Die neue Richtlinie soll ab dem 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Die BPtK fordert für die anstehende Reform der Bedarfsplanung, dass die historischen Fehler bei der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten korrigiert werden, indem die Allgemeinen Verhältniszahlen auf der Grundlage der Anzahl der psychotherapeutischen Praxen am 31. Dezember 2014 neu berechnet werden. Erst zu diesem Zeitpunkt waren alle Psychotherapeuten, die bereits vor dem Psychotherapeutengesetz im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren tätig waren, nach den neuen Regelungen zugelassen. Außerdem fordert die BPtK, als Berechnungsgrundlage für die Allgemeinen Verhältniszahlen – wie seinerzeit bei allen anderen Arztgruppen auch – nur die Psychotherapeutensitze in den alten Bundesländern zugrunde zu legen. Erst auf dieser Basis kann über eine kleinräumigere Planung und den Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur nachgedacht werden.

Frauen mit Behinderungen stärken: Online-Plattform sucht Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind überdurchschnittlich häufig von Gewalt betroffen. Das Projekt „Suse – sicher und selbstbestimmt. Frauen und Mädchen mit Behinderungen stärken" zeigt Möglichkeiten, sich Hilfe zu holen. Auf der Online-Plattform www.suse-hilft.de können Betroffene und ihre Unterstützer kostenlos und barrierefrei Adressen, Anlaufstellen und Hintergrundinformationen recherchieren.

Für die Datenbank werden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gesucht, die in ihrer Arbeit derzeit schon einen besonderen Fokus auf das Thema Behinderung und/oder Gewalterfahrungen legen oder künftig stärker in diesem Bereich tätig werden möchten. Interessierte Psychotherapeuten werden gebeten, eine kurze E-Mail mit ihren Kontaktdaten und Angaben zum Leistungsspektrum (Psychotherapieverfahren, Leistungen für Kinder/Jugendliche und/oder Erwachsene, Kassenzulassung oder Privatpraxis) an suse@bv-bff.de zu schicken.

Mehr Informationen zum Projekt Suse unter www.frauen-gegen-gewalt.de und www.frauen-gegen-gewalt.de/projekt-suse.html.

Geschäftsstelle

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

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Versorgungsstärkungsgesetz wurde vor der Sommerpause vom Bundestag verabschiedet und ist zum 23. Juli 2015 in Kraft getreten. Für uns Psychotherapeuten bringt es einige Neuerungen. Wie die BPtK in dieser Ausgabe berichtet, können Psychotherapeuten künftig eine Sprechstunde anbieten, Krankentransport und Einweisung in ein Krankenhaus sowie psychotherapeutische Rehabilitationsleistungen und Soziotherapie veranlassen. Der G-BA hat den Auftrag, die hierzu bestehenden Richtlinien zu präzisieren und die Psychotherapie-Richtlinie und dort insbesondere das Gutachterverfahren zu überarbeiten. Da Sie nach Inkrafttreten der Richtlinien gehalten sind, diese zu beachten, werden wir rechtzeitig sowohl ausführliche schriftliche Informationsmaterialien veröffentlichen als auch Informationsveranstaltungen zu diesen Neuerungen durchführen.

Speziell für das Fachgebiet Psychotherapie ermöglicht der Gesetzgeber, dass Praxisinhaber, deren Leistungsumfang aktuell unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt, bei Jobsharing den Umfang der Praxis deutlich erhöhen können. Hierzu soll der G-BA eine neue Obergrenze für den Leistungsumfang festlegen. Wir werden Sie auch über diese Entwicklung und die daraus entstehende Möglichkeiten, die eigene Praxistätigkeit zu reduzieren und gleichzeitig jungen KollegInnen den Einstieg in die Praxis zu ermöglichen, ausführlich informieren.

Wir bitten Sie, diese wichtigen Änderungen aufmerksam zu verfolgen und sie auch mit Kolleginnen und Kollegen zu diskutieren.

Ihr Kammervorstand,

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

Landespsychotherapeutentag am 27. Juni 2015: „Ambulante psychotherapeutische Versorgung – aktueller Stand und Perspektiven“

Dr. Dietrich Munz, Kammerpräsident und seit Mai auch gewählter BPtK-Präsident, konnte zahlreiche Mitglieder und Gäste zum Landespsychotherapeutentag begrüßen. Wie er eingangs feststellte, habe Baden-Württemberg eine im bundesweiten Vergleich über dem Durchschnitt liegende Versorgung. Eine Besonderheit bestehe in dem 2012 abgeschlossenen PNP-Vertrag zur selektivvertraglichen Versorgung in Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie. Dies bedeute eine gewollte Konkurrenz zwischen dem System der Kollektivversorgung über die KV und dem Selektivvertragssystem, die zu diskutieren sei.

Des Weiteren ging Dr. Munz auf die Konsequenzen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ein. Chancen für Verbesserungen der Versorgung lägen u. a. in der vorgesehenen Sprechstunde für Psychotherapeuten, die ermögliche, Patienten ggf. in weitere Hilfsangebote weiterzuleiten. Außerdem werde künftig in psychotherapeutischen Praxen das Jobsharing erleichtert. Ein deutlicher Nachteil für die Versorgung sei allerdings die neue Regelung zur Nachbesetzung bei der Praxisübergabe, wovon ca. 20% der Praxissitze betroffen wären. „Dies würde zu einer drastischen Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung im Land führen, die verhindert werden muss“ mahnte Dr. Munz. Der G-BA sei durch das Gesetz zur grundlegenden Überarbeitung der Bedarfsplanung beauftragt. Die BPtK fordere deshalb, den Abbau von psychotherapeutischen Praxen so lange auszusetzen, bis eine neue Bedarfsplanung vorliegt.

Podium v. l. n. r. Jürgen Graf, Rainer Richter, Dietrich Munz, Andreas Vogt, Thomas Schlegel

Ministerialrat Ansgar Lottermann als Vertreter des Sozialministeriums ging auf die Psychotherapie-Ausbil-

dungsreform ein und vertrat die Auffassung, dass eine Approbation am Ende des Studiums unabdingbar sei und dass man deshalb einen Studiengang mit Staatsexamen brauche. Er sehe eine Bachelor-Master-Systematik kritisch, da es bei allen anderen Heilberufen ausschließlich einen Staatsexamen-Studiengang gebe. Des Weiteren sei es ihm nicht verständlich, weshalb keine vorgezogene Reform der Zugangsvoraussetzungen für die Psychotherapieausbildung stattfinde. Die Länder hätten einen entsprechenden Entwurf ausgearbeitet.

LPT-Plenum in der Stuttgarter „Alten Reithalle"

Im ersten Fachvortrag stellte **Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der LPK Hamburg und bis Mai BPtK-Präsident**, Fakten zum gegenwärtigen Stand der Versorgung vor. Er wies anhand empirischer Daten darauf hin, dass psychische Erkrankungen häufig und ernsthaft seien. Ein Vergleich zwischen den Versorgungssektoren zeige, dass die in der ambulanten Psychotherapie behandelten Patienten durchschnittlich ähnlich schwer erkrankt seien, wie die in verschiedenen stationären Settings. Prof. Richter ging auch auf die Änderungen durch das GKV-VSG ein, die positive Ansätze enthalten würden. Allerdings könnten die vorgesehenen Sprechstunden nur innerhalb regionaler Vernetzungen funktionieren und wenn diese Kooperationen vergütet würden. Auch die Befugniserweiterung sei sinnvoll, um zu einem entsprechenden bedarfsgerechten Angebot zu überweisen.

Andreas Vogt, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse, bezifferte den gesamtwirtschaftlichen Verlust aufgrund psychischer Erkrankungen mit 14 Milliarden Euro. Die aktuelle Bedarfsplanung sehe er ebenfalls kritisch, er frage sich aber auch, wie sich jene ganzen Psychotherapeutensitze, die eher „Teilzeit" geführt würden, in der Bedarfsplanung abbilden ließen. Darüber hinaus ergäben Analysen der TK-Daten, dass 25% der Psychotherapien für Patienten mit „eher leichter Erkrankung" abgerechnet worden seien. Insgesamt stelle sich die Frage, bei welchen psychischen Diagnosen eine Behandlung solidarisch finanziert werden müsste. In diesem Zusammenhang könnten künftig auch internetbasierte Hilfsangebote eine wichtige Rolle spielen.

Jürgen Graf, der für den verhinderten AOK-Vorstandschef Herrmann auftrat, fokussierte die Selektivverträge. Mit ihnen gebe es ein strukturiertes Aufeinanderbeziehen der Bereiche sowie eine klare Steuerung nach Diagnose mit dem Hausarzt als Basis. Inzwischen seien landesweit über 500 Ärzte und Psychotherapeuten in das PNP-Modul eingeschrieben. Die AOK BW sehe die Selektivverträge als eine Alternative zur Regelversorgung. Der entstehende Wettbewerb würde die Entwicklung schnell und innovativ machen.

Im letzten Vortrag sprach der **Frankfurter Medizinrechtler Prof. Thomas Schlegel** über die Zukunft einer sektorenübergreifenden Versorgung. Das aktuelle Regelsystem würde keine wirklichen Verzahnungen vorsehen und kein Geld für Kooperationen. Sehr kritisch sei, dass sich das Denken in Sektorengrenzen über Jahre festgesetzt habe und nicht so schnell aufzulösen sei. Absolut notwendig sei neben einem guten medizinischen bzw. therapeutischen Konzept u. a. die fundierte Evaluation des Modells unter betriebswirtschaftlicher Betrachtung sowie die Entwicklung einer Fehlerkultur. Die Chancen eines solchen Vorgehens lägen u. a. in der Verbesserung der Versorgungsqualität und dem Erhalt der Therapiehoheit.

In der von **Cornelia Warnke**, Berlin, moderierten Podiumsdiskussion, in die sich auch die Zuhörer einbrachten, wurden Vor- und Nachteile der kollektiv- und selektivvertraglichen Regelungen zum Teil sehr kontrovers diskutiert. Daneben wurden von den Kammermitgliedern auch eine Vielzahl weiterer kritischer Punkte der psychotherapeutischen Versorgung aufgegriffen. Ein sehr wichtiger künftiger Schritt liege, wie Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz abschließend hervorhob, vor allem auch in einer vernünftigen, d. h. sich am tatsächlichen Bedarf orientierenden Bedarfsplanung. Einen ausführlicheren Bericht sowie die Vortragsfolien finden Sie unter www.lpk-bw.de.

Berufsrecht – eine Herausforderung von Fällen und Fallen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, LPK-Fachtag am 25. Juli 2015

Der LPK-Fachtag zu berufsrechtlichen Themen in der Kinder und Jugendlichenpsychotherapie war mit ca. 150 Teilnehmern sehr gut besucht. U. a. standen folgende Themen im Fokus: Aufklärung und Einsichtsrecht des Patienten, Anforderungen aus dem Patientenrechtegesetz (Dokumentationspflicht, Umgang mit Sorgerechtskonstellationen), Schweigepflicht (u. a. Auskunftsverlangen von Dritten), Krisensituationen (Suizidalität, Kindeswohlgefährdung und versicherungsrechtliche Fragen).

Podium LPK-Fachtag Berufsrecht: v. l. n. r. Kristiane Göpel, Stephanie Tessmer, Brigitte Thüringer-Dülsen, Trudi Raymann, Dorothea Groschwitz

Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen steht in einem besonderen rechtlichen Spannungsfeld zwischen der Beziehung von Therapeut/Kind sowie Therapeut/Beziehungspersonen bzw. Eltern. Diese Problematik hatten LPK-Vorstandsmitglied Kristiane Göpel und der Ausschuss für KJP-Versorgung während dieses Fachtages sowohl theoretisch in Vorträgen von Prof. Dr. Stellpflug, Justitiar der BPtK, und Kammeranwalt Seeburger, als auch praktisch in der Vorstellung von Fällen aus der Behandlungspraxis geschickt miteinander verzahnt. In den beiden Vorträgen wurde die Vielfältigkeit der Rechtsprechung sichtbar. Es wurden Vergleiche der unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen herangezogen, Entscheidungen und Gerichtsurteile erläutert und das Patientenrechtegesetz in seinen relevanten Passagen erklärt. Die von den Ausschussmitgliedern vorgetragenen Fallbeispiele wurden in ausführlicher berufsrechtlicher Erläuterung von LPK-Rechtsreferentin Stephanie Tessmer beantwortet. Die Vorträge und Fallbeispiele sollen den Anfang einer fortlaufenden Diskussion über Rechtsfragen eröffnen, die künftig auf www.lpk-bw.de zu finden sein werden, ebenso ab sofort die Vortragsfolien.

Landesarbeitsgemeinschaft für Kinder psychisch kranker Eltern

Am 30. Juli 2015 hat sich auf Initiative des Diakonischen Werkes BW eine Landesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch kranker Eltern" gegründet. Die LAG setzt sich vornehmlich aus Institutionen und Verbänden zusammen. Sie möchte durch Vernetzung der Akteure im Gesundheits- und Jugendhilfewesen sowie von Projekten politisch in Gremien der Ministerien Einfluss nehmen; Ziel ist, die Teilhabechancen von Kindern psychisch belasteter Eltern und Familien zu verbessern und präventiv psychischen Erkrankungen der Kinder vorzubeugen.

Die Kammer sieht hier großen Handlungsbedarf, da wir wissen, wie belastend Kinder die Erkrankung ihrer Eltern erleben können und dass sie aktiver Unterstützung bedürfen, um hiermit so umgehen zu können, dass sie möglichst nicht selbst erkranken. Erfreulich, dass die TK einen Vertrag mit der KVBW abgeschlossen hat, nachdem die Familie eines bei der TK versicherten chronisch kranken Elternteils psychotherapeutische Beratung in Anspruch nehmen kann. Info: www.tk.de/tk/baden-wuerttemberg/versorgung-u nd-innovation/kinder-kranker-eltern/65 6384

Angestellte Psychologische Psychotherapeuten in (Universitäts-)Kliniken – Informationsveranstaltung am Universitätsklinikum Tübingen

Am 22. Juli fand auf Einladung des Personalrates des Universitätsklinikums Tübingen (UKT) in Zusammenarbeit mit dem Kammervorstand eine Veranstaltung zu berufspolitischen Themen angestellter Psychotherapeuten statt.

Nach Begrüßung durch UKT-Personalratsvorsitzende Angela Hauser und Dr. Harry de Maddalena (PP, Personalrat und Mitinitiator der Veranstaltung) informierte zunächst Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz die rund 50 erschienenen KollegInnen zum Thema „Angestellte Psychologen im Krankenhaus: Anspruch und Realität". Er führte aus, dass es problematisch sei, dass nach wie vor in vielen Kliniken bei Approbierten keine Anpassung an die Höherqualifikation erfolge, sondern viele weiterhin als Diplom-Psychologen eingestellt blieben. Hinzu komme, dass manchen Arbeitgebern trotz mehr als 15 Jahren

Psychotherapeutengesetz die neue Berufsgruppe immer noch nicht bekannt sei, weshalb sie dann auch bei der Eingruppierung nicht berücksichtigt werde. Auch in Bezug auf den großen (Fach-) Ärztemangel in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ist darauf hinzuweisen, dass PPs entsprechend hoch qualifiziert sind und im Unterschied zu den Ärzten den Bedarf abdecken könnten.

Yvonne Baumann (ver.di) informierte zum Thema „Befristete Arbeitsverträge aus Sicht von ver.di". An den Universitätskliniken seien von Befristung über zunächst sechs Jahre und dann weiteren sechs Jahren (sog. „Zwölf-Jahres-Regel") ca. 80% der KollegInnen betroffen. Es sei eine Novellierung des Gesetzes über befristete Arbeitsverträge in der Wissenschaft (WissZeitVG) vorgesehen, ver.di engagiere sich dabei mit einer Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Dieter Schmucker vom Verband der Klinikpsychotherapeuten Baden-Württemberg thematisierte die Interessensvertretung angestellter Psychotherapeuten. Vielen KollegInnen in Kliniken sei nicht wirklich klar, dass es gerade für sie als Angestellte wichtig sei, sich auch in einem Berufsverband zu organisieren. Zu empfehlen sei eine Dreierkombination aus Verband – Kammer – Gewerkschaft. Wenig bekannt sei auch, dass Berufsverbände von der Politik bei relevanten Themen einbezogen werden müssten, dies zusätzlich zur Kammer. Diese Beteiligung an gesundheitspolitischen Gremien und bei Stellungnahmen dupliziere die Einflussnahme auf berufspolitische und gesundheitspolitische Themen. Es gelte, sich also mehr in Verbänden zu engagieren.

Sommerfest der Heilberufekammern am 8. Juli 2015

Das Sommerfest der Heilberufekammern war wieder sehr gut besucht. Zu den Gästen gehörten neben Sozialministerin Katrin Altpeter Vertreter der Gesundheits- und Sozialpolitik, der Krankenkassen und anderer Bereiche der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens. Die seit 2009 stattfindende Veranstaltung stellt auch für die LPK ein wichtiges Forum für eine gute Vernetzung im Gesundheitswesen dar. Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz bzw. der LPK-Vorstand sowie auch mehrere VV-Mitglieder nutzten die Möglichkeiten zum Austausch und zur Beziehungspflege.

Dr. Dietrich Munz im Gespräch mit Sozialministerin Katrin Altpeter

Bekanntmachung über die Auslage des Prüfberichtes 2014 sowie des Haushaltsplanes 2016 der LPK BW zur kammeröffentlichen Einsichtnahme

Gemäß §§ 27 Abs. 4, 28 Abs. 3 der Hauptsatzung werden der Prüfbericht über den Jahresabschluss 2014 und der prospektive Haushaltsplan 2016 in der Zeit vom 30. November bis zum 27. Dezember 2015 für alle Kammermitglieder in der Geschäftsstelle, Jägerstrasse 40, 70174 Stuttgart zur kammeröffentlichen Einsichtnahme ausgelegt. Falls Sie diese Dokumente einsehen möchten, bitten wir Sie um vorherige Terminabstimmung per Telefon (0711-674470-0) oder per E-Mail (info@lpk-bw.de).

Veranstaltungen

Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen – Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen. Geplant sind vier Veranstaltungen in den vier Bezirksdirektionen der KVBW, beginnend am 9.12.2015 in Stuttgart, jeweils mittwochs von 15.30 Uhr bis 19.00 Uhr.

Kinder und Jugendliche zwischen Unterricht und ambulanter Psychotherapie – Wie kann die Kooperation zwischen BeratungslehrerInnen und ambulanten PsychotherapeutInnen gestaltet werden? Zwei Regionale Veranstaltungen: 16.11.2015, 9.30-13.00 Uhr in Aalen sowie 16.12.2015 in Reutlingen.

Weitere Infos 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.

PTK | Bayern

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

26. Delegiertenversammlung: Versorgungsstärkungsgesetz und die Folgen, psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen

Kammerpräsident Nikolaus Melcop ging im Rahmen des Vorstandsberichtes der 26. Delegiertenversammlung am 18.06.2015 zunächst auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ein, das am 11.06.2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Er begrüßte, dass das GKV-VSG diverse neue Regelungen enthält, die das Leistungsspektrum von niedergelassenen Psychotherapeut/innen erweitern werden und damit eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bewirken sollen. Zu nennen sind hier u. a. die geplante Einführung von Sprechstunden und weiteren zusätzlichen psychotherapeutischen Maßnahmen, von Befugnissen zur Verordnung von Krankenhausbehandlung, von Krankentransporten, psychotherapeutischer Rehabilitation und von Soziotherapie. Das neue Gesetz ermöglicht Psychotherapeut/innen darüber hinaus, bei Jobsharing zukünftig Behandlungsstunden auch über dem Fachgruppendurchschnitt anbieten zu können. Wichtig ist, dass jetzt die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen zeitnah, sachgerecht und praxistauglich erfolgt. Zu kritisieren ist die im Gesetz vorgesehene Regelung, dass die Zulassungsausschüsse in überversorgten Planungsbereichen ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent Praxissitze abbauen sollen. In Bayern sollen demnach in 30 von insgesamt 79 Planungsbereichen rund 800 Praxissitze für Psychotherapeut/innen abgebaut werden, wenn nicht von Seiten der Zulassungsausschüsse der Versorgungsbedarf festgestellt wird. Vom möglichen Abbau der Sitze ist Bayern von allen Bundesländern am stärksten betroffen. Deutschlandweit sind es rund 4.300 psychotherapeutische Niederlassungen. Auf die Zulassungsausschüsse kommt hier eine besondere Verantwortung zu. Da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem Gesetz den Auftrag erhalten hat, bis zum 31.12.2016 die Bedarfsplanung neu zu regeln, forderte Kammerpräsident Melcop eine Neuausrichtung, mit der der tatsächliche Bedarf besser abgebildet werden könne als bisher.

Kammerpräsident Nikolaus Melcop erläuterte und kommentierte im Bericht des Vorstands das GKV-VSG. Foto: Johannes Schuster

Der Kampf für gerechte Honorare im KV-System wird verstärkt fortgesetzt. Im anstehenden Beschluss des Bewertungsausschusses wollen die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen der Nachvergütung die Honorarhöhe niedrig halten. Bemerkenswert ist ein Schreiben von Gesundheitsministerin Melanie Huml an die Kammer, in dem sie zum Ausdruck bringt, dass der Bayerischen Staatsregierung bewusst ist, dass die durchschnittliche Vergütung der Psychotherapeut/innen signifikant hinter der anderer Facharztgruppen zurückbleibt. Die Ministerin sagte zu, dass sie prüfen lassen werde, ob ein Einschreiten des Gesetzgebers geboten erscheine bzw. ein entsprechender bayerischer Vorstoß beim Bundesgesetzgeber Erfolgschancen hätte.

Hinsichtlich der stationären Versorgung berichtete Melcop, dass die Kontakte und Gespräche mit den Direktoren von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie der kinder- und jugendlichenpsychiatrischen und psychosomatischen Kliniken weitergeführt werden. Bei diesen Gesprächen geht es derzeit um Fragen der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, Planungen zur Qualitätssicherung und Finanzierung von Kliniken, Stellung von Psychotherapeut/innen und Ausbildungsteilnehmer/innen in Kliniken und um die geplante Reform von Aus- und Weiterbildung. In Bezug auf die Verbesserung der Krisenversorgung in Bayern hat die Kammer in Gesprächen mit dem Gesundheitsministerium und der KVB vorgeschlagen, mit bestehenden Krisendiensten zu kooperieren sowie die Bedürfnisse chronisch psychisch kranker Menschen zu berücksichtigen, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Ebenso soll der stationäre und ambulante Sektor besser vernetzt werden. Auch in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) hat die Kammer die Notwendigkeit einer flächendeckenden

Krisenversorgung gefordert. Melcop berichtete zudem über den Stand der Reform der Ausbildung und ging hier auf die Aktivitäten der Bund-Länder-AG-Transition ein. Das Thema „Reform der Ausbildung" ist auch ein Schwerpunktthema der Treffen mit den leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken, der Ausbildungsinstitute und mit Hochschullehrer/innen in Bayern gewesen.

Vorstandsmitglied Anke Pielsticker berichtete über den Stand der Umsetzung der Weiterbildungsordnung (WBO) in Bayern. Der Vorstand hat unter Beteiligung betroffener Verbände 18 Kammermitglieder für drei Prüfungsausschüsse nominiert. Am 28.09.2015 wird **für diese eine allgemeine Informationsveranstaltung stattfinden. Anfang September w**ird die WBO zur Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger eingereicht, so dass sie bis Ende September 2015 in Kraft treten kann. Im Oktober 2015 wird der Vorstand die Ausschussmitglieder des Prüfungsausschusses benennen. Ab Mitte Oktober sind die ersten Sitzungen der neu zu gründenden Prüfungsausschüsse für die jeweiligen Weiterbildungsbereiche geplant.

Weitere Berichte

Nach dem Vorstandsbericht 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), **Berufsordnung** (Dr. Jürgen Thorwart) sowie für **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Silke von der Heyde) berichtet. Danach informierten die **satzungsgemäßen Vertreter der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Ausbildungsinstitute** (Dr. Christoph Kröger) sowie der **Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie** (Dominik Schoeller) über ihre Tätigkeit.

Jahresabschluss 2014 einstimmig angenommen, Vorstand entlastet

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte detailliert den Jahresabschluss für

Vizepräsident Peter Lehndorfer präsentierte die wesentlichen Kernzahlen des Jahresabschlusses 2014. Foto: Johannes Schuster

das Jahr 2014. Nach der Stellungnahme von Rudolf Bittner für den Finanzausschuss wurde der Jahresabschluss 2014 durch die Delegiertenversammlung einstimmig angenommen und der Vorstand ebenso entlastet.

Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen verbessern!

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte zunächst die Aktivitäten und Forderungen der BPtK seit dem Jahr 2010. Am 24.09.2015 plant die BPtK eine Veranstaltung zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen parallel zum dann wahrscheinlich anlaufenden

Maria Gavranidou behandelt seit Jahren Asylbewerber/innen und Flüchtlinge. Foto: Johannes Schuster

Gesetzgebungsverfahren für eine verbesserte Versorgung dieser Patientengruppe im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Kammerdelegierte Maria Gavranidou erläuterte in einem Vortrag die Gesundheitsversorgung von Asylbewerber/innen und Flüchtlingen in München. Um deren psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, forderte Maria Gavranidou u. a. die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften. Nach einer lebhaften und engagierten Diskussion verabschiedeten die Delegierten eine Resolution „Angemessene psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen sicherstellen!".

Nachwahl eines Bundesdelegierten und von zwei Stellvertretern

Aufgrund der weiter angestiegenen Zahl der Kammermitglieder stehen der PTK Bayern für die Deutschen Psychotherapeutentage 17 (statt bisher 16) Bundesdelegierte zu. Als 17. Bundesdelegierter wurde Markos Maragkos gewählt. Sein erster Stellvertreter ist Willi Strobl, zweiter Stellvertreter ist Frank Mutert.

Meinungsbild zur Anzahl der Delegierten der deutschen Psychotherapeutentage (DPT)

Vizepräsident Bruno Waldvogel informierte über zwei Anträge zu Satzungs**änderungen der BPtK, die auf dem letzten DPT mit dem Ziel vorgestellt worden s**ind, die Delegiertenzahl des DPT zu begrenzen. Die Delegierten äußerten sich zu den Planungen in Form eines ersten Meinungsbilds zu Kriterien, die bei einer Satzungsänderung der BPtK zur Begrenzung der Delegiertenzahl in entsprechenden Berechnungsmodellen berücksichtigt werden sollen. Auf dem 27. DPT (14.11.2015) sollen nach Abwägung der unterschiedlichen Interessenlagen die Satzungsänderungen diskutiert und ggf. verabschiedet werden. Weitere Informationen zur 26. DV, den Fachvortrag von Maria Gavranidou und die Resolution der Kammer finden Sie in unserer Homepagemeldung vom 24.06.2015.

Ermächtigung von Psychosozialen Zentren zur Versorgung von Flüchtlingen?

Die Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes, nach der Asylsuchende nun bereits nach 15 Monaten ein Anrecht auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben, hat die Versorgung von psychisch kranken Flüchtlingen kaum verbessert. Der größte Teil der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen wurde bisher durch die Psychosozialen Zentren (PSZ) für Flüchtlinge und Folteropfer erbracht. Da die in den Flüchtlingszentren tätigen Psychotherapeut/innen meist keine Vertragspsychotherapeut/innen sind, können die PSZ in der Regel jedoch keine Psychotherapien im Rahmen der Regelversorgung anbieten. Die Ermächtigung der in den Flüchtlingszentren tätigen Psychotherapeut/innen wäre ein wichtiger Schritt, um die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge zu verbessern. Auf Initiative der BPtK hat die Kammer Anfang Juli die Landesverbände der bayerischen Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die bayerische Sozialministerin Emilia Müller sowie die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml gebeten, sich gegenüber den Zulassungsausschüssen dafür einzusetzen, es den in den PSZ tätigen Psychotherapeut/innen zu ermöglichen, Psychotherapie im Rahmen der GKV zu erbringen. Die Regelungen in der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) sehen vor, dass die Zulassungsausschüsse über den Kreis der zugelassenen Vertragspsychotherapeut/innen hinaus (temporär) weitere in Einrichtungen tätige Psychotherapeut/innen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen können, sofern es notwendig ist, einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Asylsuchende sind ein begrenzter Personenkreis, deren psychotherapeutische Versorgung aktuell durch niedergelassene Psychotherapeut/innen nicht sichergestellt werden kann.

Nach Verabschiedung des Bayerischen Maßregelvollzugsgesetzes (BayMRVG): Leitungsfunktionen für Psychologische Psychotherapeut/innen sind verankert

Der Bayerische Landtag hat am 08.07. 2015 das Bayerische Maßregelvollzugsgesetz verabschiedet. Es trat am 01.08.2015 in Kraft. Positiv für unsere Berufsgruppe ist, dass – im Gegensatz zum ursprünglichen Gesetzentwurf insbesondere in Folge der Bemühungen des Kammervorstands und von aktiven Kammerdelegierten – die Kompetenzen der Psychologischen Psychotherapeut/innen im BayMRVG berücksichtigt und verankert wurden.

So heißt es im Art. 48 Abs. 1 Satz 2 wörtlich: „In besonderen Fällen kann die Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung auch einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Psychologischen Psychotherapeutin möglichst mit forensischer Zusatzqualifikation übertragen werden." Außerdem wurde geregelt, dass bei nicht rechtzeitiger Erreichbarkeit der Leitung die grundsätzlich der Einrichtungsleitung zustehenden Entscheidungen auch von hiermit beauftragten Ärzt/innen der Maßregelvollzugseinrichtung oder hiermit beauftragten Psychologischen Psychotherapeut/innen der Maßregelvollzugseinrichtung getroffen werden dürfen. Die Anordnung von konkreten Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen untergebrachter Personen hat nach dem Gesetz allerdings immer durch eine Ärztin oder einen Arzt zu erfolgen, auch wenn die Einrichtung durch eine/n Psychotherapeut/in/en geleitet wird. Die Anordnung ist mit der Einrichtungsleitung abzustimmen.

Was die Behandlung psychischer Erkrankungen angeht (Art. 6), so erhält die untergebrachte Person nach dem Gesetz „die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst zur Erreichung der Ziele der Unterbringung gebotene Behandlung ihrer psychischen Erkrankung." Die Formulierung „(…) nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst (…)" war einer der Kritikpunkte der Kammer – ist aber leider dennoch im Gesetz geblieben.

Ein psychiatrischer Krisendienst für Oberbayern

Eine schnelle und aufsuchende Versorgung in somatischen Akutsituationen ist für die meisten von uns selbstverständlich. Anders sieht dies für psychische Krisen aus. Das soll sich für Oberbayern nun ändern. Der Bezirkstag Oberbayern hat am 17.06.2015 einen Beschluss für einen Psychiatrischen Krisendienst Oberbayern (PKO) gefasst, der flächendeckend möglichst rund um die Uhr erreichbar und bei Bedarf aufsuchend tätig werden wird. Mitarbeiter/innen in der Leitstelle des Krisendienstes vermitteln nach einem telefonischen Clearing je nach Dringlichkeit sofort oder in den nächsten Tagen ein Angebot in der ambulanten, komplementären oder stationären Versorgung. Bei sehr akuten Krisen kann ein Team vor Ort entsandt werden, um eine Krisenintervention durchzuführen und eine Weiterbehandlung einzuleiten.

Kooperationspartner in diesem Projekt sind die Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) mit ihren Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), die freie Wohlfahrtspflege als Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste, die weitere komplementäre Versorgung sowie jene niedergelassenen Behandler/innen, die Krisen-Angebote vorhalten können und wollen. Pro Planungsregion Oberbayerns ist eine Koordinationsstelle für die Abstimmung der Kooperationen, der konkreten Einsatzarbeit sowie der Arbeit der Leitstelle vorgesehen.

Verhandlungen mit den Krankenkassen, um diese am Krisendienst zu beteiligen, sind bisher an rechtlichen Fragen gescheitert. Hier sind weitere politische Gespräche erforderlich. Inwieweit sich die niedergelassenen Fachärzt/innen und Psychologischen Psychotherapeut/innen in die Krisenversorgung einbringen werden, bleibt abzuwarten. Darüber hinaus ist es wünschenswert, dass psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz sowohl in der Leitstelle als auch in den PIA und den komplementären Angeboten zur Verfügung steht.

Der Aufbau dieses Krisendienstes soll bis Herbst 2019 abgeschlossen sein. Der Bezirk Oberbayern geht damit in der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen den anderen sechs Bezirken weit voraus, die – abgesehen von Nürnberg und Mittelfranken – noch kaum aufsuchende Krisenangebote haben. Landesweit ist die Krisenversorgung derzeit auch ein zentrales Thema in den Beratungen für den Entwurf eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes, das das bisherige Unterbringungsgesetz ablösen wird. Insofern kommt den oberbayerischen Plänen eine besondere Aufmerksamkeit und Bedeutung zu.

Kindergesundheitsforum: Lehndorfer fordert Verbesserung von Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen

Am 17.06.2015 fand in München ein vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) veranstaltetes Kindergesundheitsforum statt, an dem rund 200 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen, Kinderpsychiater/innen, Kinderärzt/innen und weitere am Thema Kindergesundheit Interessierte teilnahmen. In einer moderierten Gesprächsrunde zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, an der u. a. auch Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml teilnahm, forderte Vizepräsident Peter Lehndorfer, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und die Prävention psychischer Störungen durch universelle Maßnahmen zu verbessern, um auch Risikofamilien erreichen zu können. Ferner regte er an, evidenzbasierte Informationsplattformen zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Internet zu veröffentlichen, um Eltern, Kindern und Jugendlichen qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung stellen zu können.

Zu Beginn des Kindergesundheitsforums stellte Gesundheitsministerin Melanie Huml den ersten Bayerischen Kindergesundheitsbericht vor. Der 90-seitige Bericht enthält u. a. Daten zu den Krankheiten und Unfallverletzungen sowie psychischen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern in Bayern. 385.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren litten im Jahr 2013 an psychischen Störungen, davon rund 70.000 Kinder und Jugendliche an ADHS.

Gesprächsrunde zur psychischen Gesundheit im Rahmen des Kindergesundheitsforums (v. l.): Eva Straub, Kammervizepräsident Peter Lehndorfer, Staatsministerin Melanie Huml und Prof. Dr. Gerd Schulte Körne. Foto: Johannes Schuster

Eva Straub, zweite Vorsitzende des Landesverbands Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V., forderte in der Podiumsdiskussion eine bessere Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen mit der Jugendhilfe. Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München, fokussierte auf die Frage, wie alle Beteiligten ihr Bewusstsein im Bereich psychisch kranker Kinder schärfen könnten. Melanie Huml betonte in der Podiumsdiskussion u. a., wie wichtig es sei, dass über psychische Erkrankungen in den Familien geredet werde.

Die Fachtagung war zugleich Auftakt für den diesjährigen Jahresschwerpunkt des StMGP zur „Kindergesundheit" unter dem Motto „ICH. MACH. MIT. Alles, was gesund ist." Im Rahmen dieser Schwerpunktkampagne wird sich die PTK Bayern am 27. November in München auch mit einer Veranstaltung zum Thema „Cybermobbing" beteiligen. Mehr Informationen zum Kindergesundheitsforum und den Bayerischen Kindergesundheitsbericht finden Sie in unserer Homepagemeldung vom 19.06.2015.

Diskussionen zur Reform von Aus- und Weiterbildung: Treffen der leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken, Ausbildungsinstitute und Hochschullehrer/innen

Schwerpunktthema der Treffen der leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken und der Ausbildungsinstitute (20. 05.2015) sowie der Hochschullehrer/innen (09.06.2015) war die Reform der Aus- und Weiterbildung. Nikolaus Melcop, Heiner Vogel und Bruno Waldvogel informierten die Teilnehmer/innen jeweils über den aktuellen Stand.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will im ersten Halbjahr 2016 einen Referentenentwurf zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vorlegen. Von Seiten der BPtK und der Bund-Länder-AG „Transition" wird derzeit an einem Vorschlag zu kompetenzbasierten Ausbildungszielen gearbeitet. Das BMG beabsichtigt, die Ausbildungsziele im Sinne von zu erwerbende Kompetenzen zum Zeitpunkt der Approbation, zu definieren. Aktuelle Planungen des BMG sehen vor, dass das Hochschulstudium nach dem Bachelor mit einem Master abschließt und danach ein Staatsexamen und eine mehrjährige Weiterbildung erfolgen. Im Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentags vom 15.11.2014 wurden dieser Reformweg unterstützt und dazu wichtige Forderungen formuliert. So sollten u. a. die derzeitigen Ausbildungsinstitute hierbei eine tragende Funktion im Rahmen des zweiten Qualifizierungsabschnittes (Weiterbildung nach dem Staatsexamen) erhalten. Im praktischen Teil der Weiterbildung sollen die Weiterbildungsteilnehmer/innen in Anstellungsverhältnissen psychotherapeutische Leistungen erbringen. Hierfür müssen die Psychotherapeut/innen entlohnt werden. Insgesamt ist mit einem Übergangszeitraum von mindestens zehn Jahren zu rechnen.

Kurznachrichten

Änderung des Heilberufekammergesetzes (HKaG)

Am 01.06.2015 sind Änderungen des HKaG in Kraft getreten. Wesentliche Änderungen: Eine freiwillige Mitgliedschaft in der Kammer (z. B. bei Wegzug aus Bayern) ist nicht mehr möglich. Eingeführt wurde eine Regelung zur Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung. Ferner wurden die Vorgaben einer europäischen Richtlinie zu Informationspflichten bei Anfragen von Patient/innen umgesetzt. Darüber hinaus wurden Änderungen im Weiterbildungsrecht integriert – soweit diese für die PTK Bayern relevant sind, sind sie bereits in die verabschiedete Weiterbildungsordnung eingearbeitet.

Runder Tisch Patientenangelegenheiten

Am 19.06.2015 hat im Bayerischen Landtag der Runde Tisch Patientenangelegenheiten stattgefunden. Eingeladen hatte Hermann Imhof, Patientenbeauftragter der Bayerischen Staatsregierung. 40.000 gedruckte Exemplare der überarbeiteten Broschüre „Patientenberatung" werden durch die Patientenberatungen und Apotheken verteilt. Die Broschüre ist auch **über das Internet abrufbar.** Danach wurde ein Positionspapier zum Entlassmanagement diskutiert, das durch eine kleinere Arbeitsgruppe erarbeitet worden war. Abschließend wurde ein neues Schlichtungsverfahren der Bayerischen Landeszahnärztekammer vorgestellt.

Heilberufekammertreffen

Die Schwerpunktthemen des Heilberufekammertreffens (13.07.2015) waren u. a.: Bestrebungen zur Verkammerung weiterer Gesundheitsberufe, das neu eingerichtete gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V, Entwicklungen auf europäischer und internationaler Ebene sowie Beratung von Patient/innen durch die Kammern.

Abschlussveranstaltung Regionale Gesundheitskonferenzen

Das Bayerische Gesundheitsministerium (StMGP) hat seit 2013 die Wirkung regionaler Netzwerke im Rahmen der Modellprojekte „Regionale Gesundheitskonferenzen" in den Pilotregionen Regionaler Planungsverband Südostoberbayern, Stadt und Landkreis Bamberg und Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen erprobt. Teilweise waren dort auch regional tätige Psychotherapeut/innen beteiligt. Mehrere Kammermitglieder haben sich insbesondere in Arbeitsgruppen der fünf Landkreise der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern (RGK; Berchtesgadener Land, Traunstein, Altötting, Mühldorf und Rosenheim) für eine bessere psychotherapeutische Versorgung eingesetzt. In einer Abschlussveranstaltung, die am 14.07.2015 in München stattfand, wurden die Erfahrungen und Ergebnisse der „Regionalen Gesundheitskonferenzen" vorgestellt und bewertet. Auf der Basis der RGK hat das StMGP das Konzept „Gesundheitsregionen^{plus}" entwickelt. Das StMGP fördert Landkreise und kreisfreie Städte, die „Gesundheitsregionen^{plus}" bilden, bis Ende 2019 mit jeweils bis zu 250.000 €. Derzeit gibt es bereits 24 „Gesundheitsregionen^{plus}", weitere sollen folgen.

„Warum ist Papa so komisch?"

Mit diesem Titel fand am 15.07.2015 eine interdisziplinäre Veranstaltung der PTK Bayern, der Psycho-Onkologie an der Medizinischen Klinik der Universität in München-Großhadern sowie des Fördervereins für Psychoonkologie, lebensmut, statt. Im Fokus der Veranstaltung standen Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen eines Elternteils aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns. In den Fachvorträgen ging es um Möglichkei-

ten kindzentrierter Familienberatungen bei onkologischen und neurologischen Erkrankungen und um Pharmakologie der Persönlichkeitsveränderung. Ein Erfahrungsbericht aus der Spezialsprechstunde „Hirntumor, Hirnmetastasen" der Familiensprechstunde der Psycho-Onkologie an der Medizinischen Klinik III rundete die Veranstaltung ab.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: Weitere Sitzungen Runder Tisch Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) und dazu auch Teilnahme an AGen zur Verbesserung der Versorgung und Prävention; 1. Sitzung der AG „Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor" der Landesarbeitsgemeinschaft Versorgungsforschung (LAGeV) am **19.05.2015** und am **27.07.2015**; „Politisch nachhaltige Diabetesstrategien – ein dänisch-bayerischer Dialog" am **20.05.2015**; Gespräch mit Dr. Georg Nüsslein, MdB (CSU) am **11.06.2015**; Jahrestreffen der Präsidenten und Vorsitzenden der Mitgliederorganisationen des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) am **16.06.2015**; Treffen mit Sprechern der Direktoren von psychiatrischen Kliniken am **22.06.2015**; Treffen mit Sprechern der Direktoren der psychosomatischen Kliniken am **22.06.15**; Fachtagung der LAG Selbsthilfe Bayern e. V. „Junge Selbsthilfe. Nachwuchsarbeit. Generationswechsel" am **23.06.2015**; 3. Weiterbildungskonferenz der Landeskammern und der BPtK am **23.06.2015**; Parlamentarischer Abend des VFB am **03.07.2015**; 7. Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates am **06.07.2015**; Sommerempfang der TK-Landesvertretung am **09.07.2015**; Sommerempfang des Bayerischen Landtags am **21.07.2015**; Sommergespräch 2015 der BLÄK am **24.07.2015**.

Bevorstehende Veranstaltungen

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließlich „Istanbul Protokoll": Eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Termin: **15. bis 17.10.2015** (Module I und II); **18.10.2015** (Ergänzungsmodul „Traumatisierte Kinder und Jugendliche"); alle Module in Feldkirchen bei München.

„Europa, Ort der Freiheit, Sicherheit und Gerechtigkeit: Ist die Rehabilitation in Gefahr?" Europäische Fachtagung zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen: Kooperationsveranstaltung von REFUGIO München, der PTK Bayern und der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). In Zusammenarbeit mit dem European Network of Rehabilitation Centres for Survivors of Torture. Termin: **18. bis 20.10.2015** in München.

Kompetent, gesund und selbstwirksam als Beratungsfachkraft – Effektive und praxisorientierte Hilfen: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der Akademie des Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverbandes (BLLV-Akademie e. V.). Termin: 20.10.2015 in München.

Cybermobbing – jeder kann etwas dagegen tun! Vortrag von Marcella Ammerschläger, Psychologische Psychotherapeutin aus Landshut, im Rahmen des Jahresschwerpunktthemas des Bayerischen Gesundheitsministeriums zur Kindergesundheit. Es wird ein Überblick über die Fakten von Cybermobbing vorgestellt. Wir wollen gemeinsam mit allen Teilnehmer/innen alltagspraktische Lösungen gegen Cybermobbing diskutieren. Zielgruppe: Eltern und Pädagog/innen. Termin: **27.11.2015** in München.

14. Suchtforum mit dem Titel „Zwischen Genuss, Frust und Kontrollverlust – Essstörungen als 'gewichtige' Herausforderung einer Konsumgesellschaft?!" in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 2. Termin: **04.12.2015** in Nürnberg.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen I – Psychokardiologie und Diabetologie: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **19.12.2015** in München.

Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie 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

Position der Psychotherapeutenkammer Berlin zum Einsatz elektronischer Kommunikationsmedien in der Psychotherapie

Der Gebrauch elektronischer Medien nimmt stetig zu und macht auch vor der Psychotherapie nicht Halt. Es gibt bereits zahlreiche Projekte, deren Betreiber den Anspruch erheben, mittels elektronischer Medien Hilfesuchende psychotherapeutisch zu behandeln. Darum hält der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin es für nötig, Sorgfalts- und Qualitätskriterien für den Einsatz elektronischer Kommunikationsmedien in der Psychotherapie zu definieren.

Dabei gehen wir von den berufsethischen Prinzipien aus, die in unserer Berufsordnung formuliert sind:

1. Die Autonomie der PatientInnen ist zu respektieren.
2. Schaden für die PatientInnen ist unbedingt zu vermeiden.
3. Das Patientenwohl hat höchste Priorität.
4. Bei der Behandlung gilt es, Gerechtigkeit anzustreben.

Unsere Überlegungen sind prospektiv. Derzeit schränken die geltenden Psychotherapierichtlinien und die Berufsordnung die Anwendung elektronisch gestützter Verfahren noch auf genehmigte Ausnahmefälle ein. Die Kriterien für diese Fälle müssen genauer definiert und vermutlich erweitert werden.

Dabei gilt es selbstverständlich, die Vorschriften des Patientenrechtegesetzes einzuhalten, vor allem die Pflicht zur Aufklärung.

Außerdem muss klar sein, dass der Psychotherapeut voll verantwortlich ist und dem Patienten jederzeit die notwendige Behandlung nach Facharztstandard schuldet.

Das führt zu folgenden Überlegungen:

Psychotherapie mittels elektronischer Kommunikationsmedien („Internettherapie") kann niemals die persönliche Behandlung ohne zwischengeschaltete Medien ersetzen. Sie kann allerdings ergänzend, nachsorgend oder vorsorgend eingesetzt werden oder auch, um bestimmte PatientInnengruppen zu erreichen, die sonst nicht in eine psychotherapeutische Praxis kämen.

„Internettherapie" kann ein Einstieg oder eine Brücke in die Psychotherapie sein. Aber sie darf nicht als Alternative propagiert werden, mittels derer Wartezeiten abgebaut oder Unterversorgung behoben werden kann!

Eine umfassende psychotherapeutische Behandlung der PatientInnen kann nach allen fachlichen Erfahrungen nur im persönlichen Kontakt und unter räumlicher Präsenz des Therapeuten erfolgreich sein. Sie erfordert eine vollständige Diagnostik auf Basis der Wahrnehmung mit allen Sinnen, z. B. der haptischen oder olfaktorischen. Genau das ist mittels elektronischer Kommunikationsmedien nicht möglich. Erst recht sind konflikthafte Situationen in psychotherapeutischen Behandlungen aus der Distanz kaum zu bewältigen.

Dagegen ist es durchaus möglich, begrenzte und in der Regel störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen über das Internet durchzuführen.

Diese können dann stattfinden, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Es muss eine ausreichend sichere Datenverbindung geben sowie eine Software, welche die Kommunikation nach anerkannten Standards verschlüsselt.
- Identifikationscodes müssen es dem Psychotherapeuten ermöglichen, die PatientInnen jederzeit eindeutig zu identifizieren. Alle Daten werden nach Abschluss der Behandlung von den PCs gelöscht. Die Therapeuten sind gleichwohl verpflichtet, alle Vorgänge an anderem Ort zu dokumentieren und die Dokumentation aufzubewahren. Auch mit den PatientInnen sollte vereinbart werden, dass auf dem PC die Daten der psychotherapeutischen Kommunikation getilgt werden. Über die mögliche Weitergabe von Daten des Psychotherapeuten (z. B. E-Mails oder Chatinhalte) durch die PatientInnen sollten klare Vereinbarungen getroffen werden.
- Es muss gewährleistet sein, dass ein/e Psychotherapeut/in die Behandlung durchführt (Strukturqualität). Psychotherapie ist eine höchstpersönlich zu erbringende Leistung (Facharztstandard). Rein algorithmusgesteuerte Programme sind keine Psychotherapie.
- Die PatientInnen müssen fachgerecht aufgeklärt werden. Dabei ist es vorzuziehen, dies im direkten Kontakt zu tun, weil der Behandler sich davon überzeugen muss, dass der/die PatientIn die Aufklärung richtig verstanden hat. Das muss nicht zwingend der die Behandlung durchführende Therapeut selbst sein, sondern kann auch durch einen anderen qualifizierten Behandler geleistet werden. Die Grenzen und Risiken der „Internettherapie" müssen klar benannt werden, damit der/die Pati-

entIn eine informierte Entscheidung treffen kann. Auch über die Grenzen der Datensicherheit ist zu informieren.

- Die Rahmenbedingungen, Verträge und Kosten müssen transparent sein und den PatientInnen erläutert werden. Bei minderjährigen und nicht einsichtsfähigen PatientInnen ist die Einwilligung der Erziehungsberechtigten einzuholen.
- Für Notfälle und Krisen müssen Absprachen getroffen werden, zum Beispiel, dass ein Behandler vor Ort (evtl. Hausarzt) im Notfall beigezogen werden kann. Zudem müssen Kontaktmöglichkeiten bestehen für den Fall, dass der Zugang zum Internet nicht möglich ist.
- Das Setting der Behandlung muss verbindlich abgesprochen werden. Dazu zählt, wann genau man verabredet ist, in welchem Zeitraum eine Reaktion des Psychotherapeuten erfolgt etc. Beginn und Ende der Teilnahme (z. B. bei Chat-Programmen) müssen klar definiert sein.
- Wenn eine fachgerechte Diagnosestellung nicht im persönlichen Kontakt erfolgen kann oder soll (um z. B. bestimmte PatientInnengruppen nicht zu verlieren, die eine Praxis nicht aufsuchen möchten), muss den PatientInnen erklärt werden, dass die Diagnose unter Umständen unvollständig ist. Das ist akzeptabel, wenn es bei störungsspezifischen Programmen wie „quit the shit" oder den Programmen für traumatisierte Menschen in Kriegs- und Krisengebieten gar nicht anders geht.
- Der/Die Psychotherapeut(in) muss beurteilen, ob das Störungsbild der PatientInnen zum jeweiligen Programm passt und ob Fremd- oder Selbstgefährdung ausgeschlossen werden können (Suizidalität und wahnhaftes Erleben).

Berlin, 30.06.2015

„Kommission Online-Therapie"
der PTK Berlin:
Michael Krenz (Präsident PTK Berlin),
Dipl.-Psych. Eva Schweitzer-Köhn
(Vorstand PTK Berlin),
Dr. Peter Tossmann,
Pilar Isaac-Candeias, Benjamin Lemke

Arbeitskreis „Psychotherapie mit Älteren" der Psychotherapeutenkammer Berlin

Am 03.06.2015 fand ein erstes Orientierungstreffen des Arbeitskreises „Psychotherapie mit Älteren" in der Psychotherapeutenkammer Berlin statt. Diskutiert wurden die aktuelle Versorgungslage älterer Menschen sowie die Besonderheiten der Zugangswege zu den psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für diese Klientel. Auch die Frage, wie niedergelassene Kollegen aufsuchend (z. B. im Pflegeheim oder zu Hause) ältere Menschen psychotherapeutisch versorgen können wurde aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Ziel ist hier die Erarbeitung eines Pfades, der alle juristischen und abrechnungstechnischen Informationen für ein regelmäßiges zugehendes Behandlungssetting enthält. Damit möchte der Arbeitskreis die ambulant tätigen Kollegen bei der Bewältigung dieser Aufgaben unterstützen und zu einer besseren Versorgung älterer Menschen beitragen, vor allem der hochaltrigen Menschen.

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung dieser Generation steht auch im Mittelpunkt der „Initiative 80+ der Senatsverwaltung für Gesundheit & Soziales". In den sieben vom Senat definierten und zur Auftaktveranstaltung am 20.05.2015 vorgestellten Handlungsfeldern

- Prävention und Gesundheitsförderung
- ambulante geriatrische Versorgung
- stationäre Versorgung
- Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung
- Versorgung am Lebensende
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Selbstbestimmung und Teilhabe

fanden sich kaum Verknüpfungen zur psychotherapeutischen Versorgung. Daher positionierte sich die Psychotherapeutenkammer Berlin unmittelbar nach der Auftaktveranstaltung 80+ mit einem Schreiben an den Senat, in dem darauf hingewiesen wurde, dass sich in allen sieben definierten Handlungsfeldern Berührungspunkte und Aufgabenbereiche auch für unsere Profession finden:

- z. B. im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. Zusammenhang von Sturzprävention und Angst),
- der stationären Versorgung mit Psychotherapie und Neuropsychologie,
- im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung (z. B. wenn es um die psychologischen Veränderungen, den Umgang mit einer demenziellen Erkrankung, neuropsychologische Diagnostik unterschiedlicher demenzieller Erkrankungen geht).

Auch in Bezug auf die ambulante Versorgung vertraten wir die Position, dass es ermöglicht werden muss, den hochaltrigen Menschen ein adäquates (qualifiziert, zeitnah, unbürokratisch) psychotherapeutisches Angebot machen zu können. Erste Vorschläge wurden von uns an dieser Stelle eingebracht:

- Zugang zur Kurzzeittherapie unbürokratisch (antragsfrei) und ohne Wartezeit (ggf. auch über das KEV) für Personen ab dem 80. Lebensjahr und für pflegende Angehörige,
- Zugang zur Psychotherapie auch unabhängig vom Wohnort – also auch im Pflegeheim!

Der Arbeitskreis „Psychotherapie mit Älteren" der Psychotherapeutenkammer Berlin wird sich fortlaufend mit der Senatsinitiative auseinandersetzen und weitere Vorschläge in diesem Zusammenhang generieren.

Die PTK Berlin hat zum Thema „Psychotherapie mit älteren Menschen" in

den letzten Jahren verschiedene Projekte durchgeführt:

2010 erfolgte eine **Mitgliederbefragung**. Ergebnis der Selbstauskunft war, dass mit steigender Tendenz Psychotherapie von älteren Menschen – überwiegend älteren Frauen – wahrgenommen wird.

Als Konsequenz entwickelte die PTK Berlin eine **Curriculare Fortbildung**, die vom Institut für Altersforschung und Angewandte Gerontologie, von Prof. Dr. Meinolf Peters, angeboten wird. Die Fortbildung wird derzeit das dritte Mal in der PTK Berlin durchgeführt, ab Herbst 2015 in der PTK Hamburg und ab Herbst 2016 in Bregenz in Österreich.

Die PTK Berlin bezog 2010 Stellung zum Geriatriekonzept der Ärztekammer und wies darauf hin, dass das Konzept rein somatisch und kurativ ausgerichtet ist und keine Mitarbeit von PsychotherapeutInnen vorsieht.

2012 nahm die PTK Berlin an der Landesgesundheitskonferenz in Berlin teil und referierte zum Thema „Gesundheitsförderung trotz Pflegebedürftigkeit" und betrachtete die Situation in Heimen. Die Herausforderung besteht darin, auch in Heimen eine Versorgung für psychisch kranke Bewohner sicherzustellen, angemessene Versorgungsformen für psychische Störungen und Förderangebote für psychische Gesundheit zu entwickeln.

In der PTK Berlin wurde ein **innovativer Versorgungsansatz** entwickelt mit der Zielsetzung, diesen in einem Seniorenheim umzusetzen.

Das Projekt beinhaltet:

- den Einbezug von zwei Psychologischen PsychotherapeutInnen,
- die Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit,
- die Verbesserung der Lebensqualität der BewohnerInnen als auch
- die Reduktion der Belastung und die Steigerung der Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen,
- die fachliche Weiterentwicklung,
- den Einbezug von Angehörigen,
- die Öffnung des Heimes in die Gemeinde und
- die Vermittlung dieses innovativen Ansatzes in der Fachöffentlichkeit.

Das Projekt konnte bisher nicht umgesetzt werden, da hierfür keine Mittel zur Verfügung standen und keine Lottomittel bewilligt wurden.

Das **Forschungsprojekt „Psychotherapie im Alter: Barrieren und Möglichkeiten des Zugangs (PSYTIA)** läuft von Oktober 2013 bis September 2016 **in Zusammenarbeit mit der PTK Berlin und dem Institut für Gerontologische Forschung Berlin** und wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert. Die Studie zielt darauf ab, hemmende und fördernde Faktoren für einen gelingenden Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie zu identifizieren. Die unterschiedlichen Ebenen des ambulanten Versorgungssystems sollen beleuchtet werden wie z. B. die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, die potenziell Zuweisenden (niedergelassene Haus- und Fachärzte), die PsychotherapeutInnen sowie ältere Menschen mit und ohne Therapieerfahrungen. Ziel des Projektes ist die Erarbeitung von Handlungsvorschlägen für eine Verbesserung des Zugangs zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung für ältere Menschen.

Der Arbeitskreis steht allen Kammermitgliedern zur Verfügung. Wir laden alle Interessierten herzlich zu den Folgetreffen ein. Eine Zertifizierung als Qualitätszirkel ist beantragt.

Dipl.-Psych. Sonja Winklmann und
Dipl.-Psych. Doreen Röseler
(Vorstand der
Psychotherapeutenkammer Berlin)

Qualitätssicherung (QS) psychotherapeutischer Leistungen in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

Überblick über das QS-Programm der DRV

Um die Durchführung qualitativ hochwertiger Leistungen zur Rehabilitation sicherzustellen, begann die DRV bereits 1993 mit der Entwicklung eines Systems zur QS für die medizinische Rehabilitation, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt. Heute werden routinemäßig Qualitätsdaten der Einrichtungen erhoben und im Vergleich mit indikationsgleichen Fachabteilungen dargestellt, um den Status quo und Handlungsbedarfe zu verdeutlichen. Außerdem zeigen Anforderungen an die Qualität den Reha-Einrichtungen auf, welche Erwartungen bestehen. Entsprechend der Indikation werden spezifische Instrumente angewandt: Es werden die Strukturqualität erhoben und der Behandlungsprozess über die durchgeführten Leistungen erfasst und im Peer-Review-Verfahren bewertet. Mittels einer Befragung wird die Beurteilung der psychotherapeutischen Behandlung und die Verbesserung ihrer psychosomatischen Beschwerden aus Sicht der Rehabilitanden dargestellt. Aus den Versichertendaten wird der weitere Erwerbsverlauf aufgezeigt (Klosterhuis et al.; 2010[1]; www.reha-qs-drv.de).

Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sind vorwiegend in psychosomatischen Reha-Einrichtungen beschäftigt. Im Jahr 2014 wurden rund 150.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Störungen bewilligt (zumeist depressive Episoden, rezidiv. depressive Störungen oder Anpassungsstörungen). Mit knapp 14% aller bewilligten medizinischen Reha-Leistungen stellen die psychosomatischen Rehabilitationen die drittgrößte Indikationsgruppe dar (DRV Bund; 2014).

1 Die Literaturangaben zu den in diesem Artikel genannten Quellen sind über die Autorinnen erhältlich.

Im Folgenden werden zwei Instrumente der Prozess- bzw. Behandlungsqualität genauer dargestellt, die in den letzten Jahren grundlegend überarbeitet wurden.

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

In der KTL werden alle therapeutischen Leistungen der Rehabilitation mit Indikationsstellung und Therapiezielen beschrieben. Außerdem werden die Mindestdauer der Leistungseinheit sowie die Anforderungen an die Qualifikation des Personals festgelegt. Die von der Reha-Einrichtung durchgeführten KTL-Leistungen werden rehabilitandenbezogen im Entlassungsbericht dokumentiert und im Rahmen der Reha-QS ausgewertet. Grundsätzlich sind die psychologischen Leistungen im Kapitel F „Klinische Psychologie, Neuropsychologie" und die psychotherapeutischen Leistungen in Kapitel G „Psychotherapie" der KTL beschrieben. Insgesamt lag der zeitliche Anteil der psychotherapeutischen Leistungen im Durchschnitt bei 24% aller durchgeführten Leistungen in der psychosomatischen Reha. Es zeigt sich, dass verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenleistungen etwas häufiger durchgeführt werden als psychodynamische. Andere Therapieschwerpunkte sind Bewegungstherapie, klinische Psychologie sowie Ergo- und Arbeitstherapie.

Die KTL ist im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts umfassend überarbeitet worden (Schmid et al.; 2014). Wesentliche Änderungen der neuen KTL-Auflage sind die Aufnahme neuer fachlicher Schwerpunkte (z. B. der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation) und neuer Reha-Konzepte (z. B. medizinisch-beruflich orientierte Reha) sowie die Integration der neuen Studienabschlüsse nach der Bologna-Reform. Im Kapitel G „Psychotherapie" werden zukünftig suchttherapeutische Leistungen auf der Grundlage einer tätigkeitsfeldspezifischen Qualifikation gesondert von der Psychotherapie verschlüsselt. Damit besteht nun die Möglichkeit, Leistungen mit einem tätigkeitsfeldspezifischen Therapieansatz zu dokumentieren. Die neue KTL 2015 ist auf der Webseite der DRV als Download verfügbar (www.ktl-drv.de). Im Laufe des Jahres 2015 werden alle Reha-Einrichtungen ihre Codierungen auf die neue KTL umstellen.

Die Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards enthalten Anforderungen an die Rehabilitation einzelner häufig vorkommender Krankheitsbilder (Klosterhuis, 2011). In den Reha-Therapiestandards Depressive Störungen sind zwölf evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) beschrieben u. a. zur Psychotherapie, zur Psychoedukation, aber auch zur Bewegungstherapie und zur Unterstützung der beruflichen Integration. Die Umsetzung dieser Anforderungen wird bei einem definierten Mindestanteil an Rehabilitanden mit dieser Erstdiagnose erwartet. Die letzten Auswertungen über die psychosomatische Rehabilitation im Jahr 2013 zeigten z. B., dass die Anforderungen des ETM 1: Psychotherapie insgesamt nur zu 60% erfüllt werden, obwohl 90% gefordert werden. Die Ursachen hierfür können in einer unrealistischen Höhe der Anforderungen, in einer Fokussierung der Reha-Einrichtungen auf indikative Gruppenleistungen oder auch in unzureichender Qualität einiger Rehabilitationen liegen. Prinzipiell zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen recht hoch sind und Optimierungspotenzial besteht. Derzeit werden die Reha-Therapiestandards auf der Grundlage der KTL 2015 überarbeitet. Neue Forschungsergebnisse und bisherige Erfahrungen im Umgang mit der derzeitigen Fassung der Reha-Therapiestandards werden bei der Überarbeitung berücksichtigt. Ende 2015 werden die Ergebnisse veröffentlicht.

Ausblick

Die Reha-QS der DRV hat wesentlich zur Professionalisierung der Rehabilitation beigetragen. Durch die transparente Darstellung der Qualitätsaspekte wurde Forschung und inhaltlich-konzeptionelle Weiterentwicklung innerhalb der Einrichtungen angeregt. Den Instrumenten der Reha-QS lag bereits von Anbeginn das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit zugrunde und entsprechend wurde die Bedeutung der Psychologie in der Rehabilitation immer betrachtet und ernst genommen. Die Leistungen, u. a. der PsychotherapeutInnen, werden ab 2015 nicht nur mit einer neuen KTL, sondern auch in einem neu gestalteten Entlassungsbericht dokumentiert. Die Leistungsbeschreibung in der KTL berücksichtigt auch qualitative Aspekte bei der Leistungserbringung. Zusätzlich wird die Qualität der therapeutischen Beziehung z. B. über die Beurteilung des Rehabilitanden erfasst.

Die Daten der im Jahr 2015 auszuwertenden Strukturerhebung werden einen Überblick geben, wie viele Psychotherapeuten derzeit in den von der DRV belegten Reha-Einrichtungen beschäftigt sind und welche Fachrichtungen vorliegen. Eine Verknüpfung dieser Angaben mit weiteren Daten der Rentenversicherung kann auch zukünftig zu Fortentwicklungen und neuen Schwerpunktsetzungen führen.

Dipl.-Psych. Verena Bonn und
Dipl.-Doz. Anke Mitschele

Kontakt:
verena.bonn@drv-bund.de
anke.mitschele@drv-bund.de

Geschäftsstelle

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

PK BREMEN
PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BREMEN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Psychotherapeutische Versorgung bleibt Arbeitsschwerpunkt

Am 16. Juni hat im Bürgerhaus Weserterrassen die erste Kammerversammlung dieses Jahres stattgefunden. Auf der Tagesordnung standen neben Neuwahlen zum Kammervorstand Einschätzungen zur Situation der Psychotherapie in Bremen.

In einem umfangreichen Vortrag erläuterte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens die Schwerpunkte der Kammerarbeit in der zurückliegenden Amtsperiode 2011 bis 2015. Neben der Lobbyarbeit zu den verschiedenen Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitsbereich waren Fragen um die Reform der Psychotherapieausbildung und die Bemühungen gegen die Schließung des Studiengangs Psychologie der Bremer Universität wichtige Schwerpunkte der Arbeit. Dass dieser Studiengang erhalten bleibt, ist ein wichtiger Erfolg für alle, die sich hierfür engagiert haben. Er sichert die zukünftige Versorgung der Region mit qualifiziertem Nachwuchs.

Des Weiteren erörterte Schrömgens kritisch das Modell der sogenannten Anlaufpraxen, über das eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und einigen Kassen abgeschlossen worden ist. Danach berichtete er von den Ergebnissen der von der Kammer durchgeführten Befragung zur Kostenerstattung (siehe Bremer Länderseiten PTJ 2/2015). Es wurde eingeschätzt, dass die Psychotherapie über Kostenerstattung einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Bremen leistet. (Die Vortragspräsentation kann von der Internetseite der PK Bremen heruntergeladen werden.)

Das Thema Anlaufpraxen nahm in der anschließenden Diskussion einen breiten Raum ein. In zahlreichen Wortmeldungen wurde das Für und Wider von Anlaufpraxen besprochen. Positiv wird mit dem Konzept die Hoffnung verbunden, dass so schwer vermittelbaren Patientinnen geholfen werden kann. Befürchtet wurde jedoch, dass hier nur eine doppelte Diagnostik stattfindet, die Patienten im Kreis herumgeschickt werden und die Anlaufpraxen letztlich nur dem Zweck dienen, Kostenerstattungstherapie zu vermeiden. Problematisiert wurde darüber hinaus, dass keine Evaluation der Vermittlungserfolge stattfindet.

In der nach den Wahlen einstimmig verabschiedeten Resolution wurden die Kassen aufgefordert, zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen in Bremen die Kostenerstattung unbürokratisch zu genehmigen. In den Anlaufpraxen wird kein geeignetes Mittel gesehen, die Situation der Hilfesuchenden zu verbessern. Außerdem werden Kassen und KV aufgefordert, die restriktive Zulassungspraxis bei der Weitergabe von Praxissitzen zu beenden.

Die Kammerversammlung begrüßte, dass durch das Versorgungsstärkungsgesetz Verbesserungen entstehen werden. Das Gesetz eröffnet die Möglichkeit zur Einrichtung von Psychotherapeutischen Sprechstunden, außerdem sollen Gruppentherapie gefördert, das Gutachterverfahren vereinfacht sowie frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe ermöglicht werden. Begrüßt wurde auch die Befugniserweiterung für Psychotherapeuten, die zukünftig Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen und Soziotherapie, Krankenhausbehandlungen und Krankentransporte verordnen können.

Hilfe für Flüchtlinge

Die angemessene psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen war ein weiteres wichtiges Thema auf der Kammerversammlung. Gesetzlich ist zwar im Asylbewerberleistungsgesetz festgelegt, dass Flüchtlinge einen Anspruch auf die Behandlung akuter Krankheiten oder Schmerzen haben. Das „Bremer Modell" mit der von der AOK herausgegebenen Gesundheitskarte verfolgt das Ziel, für diese Personengruppe einen unkomplizierten Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem sicherzustellen. Fachlich nicht begründbar ist in diesem Zusammenhang, dass bei Beantragung einer Psychotherapie eine Begutachtung durch das Klinikum Bremen-Ost in Bremen bzw. durch das Gesundheitsamt in Bremerhaven vorgeschaltet wird. Dies führt zu einer unnötigen zusätzlichen psychischen Belastung von in der Regel schwer traumatisierten Menschen. Ebenfalls entspricht es nicht den Behandlungserfordernissen, die psychotherapeutische Behandlung auf Kurzzeittherapie zu beschränken.

Diese Faktoren tragen mit dazu bei, dass die psychotherapeutische Versorgung selbst für schwer psychisch erkrankte Flüchtlinge und Asylsuchende in Bremen nicht sichergestellt ist. Die Hauptgründe liegen jedoch in den langen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung in der Regelversorgung, den interkulturellen Unterschieden, der Schwere der psychischen Störung und den Sprachschwierigkeiten.

Das Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer „Refugio" in Bremen leistet mit hoher Kompetenz einen wichtigen Beitrag zur

schnellen psychosozialen Betreuung und psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen. Erforderlich ist, die finanzielle und personelle Ausstattung des Zentrums so auszubauen, dass es den gewachsenen Anforderungen entsprechen kann.

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen fordert deshalb eine Verdoppelung der Grundfinanzierung von „Refugio" durch das Land Bremen auf den Betrag von 100.000 Euro, die Aufnahme des Zentrums und des dort tätigen qualifizierten psychotherapeutischen Personals in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen den GKV-Verbänden und „Refugio" sowie eine rasche und unbürokratische Gewährung von Psychotherapien für Flüchtlinge durch außervertraglich tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13, Abs. 3, SGB V seitens der in Bremen ansässigen gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus müssen die Kosten für Dolmetscher finanziert und das Bremer Modell in zwei Punkten geändert werden: Die Begutachtungsnotwendigkeit durch das Klinikum Bremen-Ost bzw. das Gesundheitsamt Bremerhaven bei Beantragung einer Psychotherapie muss beendet und die Begrenzung der Psychotherapie auf Kurzzeittherapie aufgehoben werden. Auch diese Resolution wurde einstimmig verabschiedet.

Vorstand neu gewählt

Karl Heinz Schrömgens, der dienstälteste Landeskammerpräsident, ist mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt worden. Auch der stellvertretende Präsident Hans Schindler und die Beisitzerin Dr. Sylvia Helbig-Lang erzielten gute Wiederwahlergebnisse. Neu in den Vorstand wurden Amelie Thobaben und Wiebke Rappen gewählt. Die Wahlen fanden im Unterschied zu den letzten beiden Kammerwahlen in einer relativ entspannten Stimmung statt. Der neue Vorstand hat schon vor den Sommerferien seine Arbeit aufgenommen.

Die neuen Mitglieder im Kammervorstand

Amelie Thobaben ist in der neuen Wahlperiode Mitglied im Kammervorstand. Sie stellte sich auf der Kammerversammlung den Kammermitgliedern vor: „Ich bin Jahrgang 1975, Dipl.-Psychologin, approbiert seit 2011, Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie für Erwachsene; derzeit niedergelassen im Jobsharing und mit einer Privatpraxis. Seit 2012 bin ich Mitglied im Vorstand der DPtV-Landesgruppe Bremen und im Sprecherteam Junge Psychotherapeuten. Das bot mir Einblick in und Wissen über die aktuellen bundesweiten Themen: Honorarpolitik, Reform der Psychotherapierichtlinien und Modellen der gestuften Versorgung, die Ausbildungsreform etc.

Mein Schwerpunktengagement in Bremen galt der Aufklärung der Kolleginnen und Kollegen über kreative Möglichkeiten zum Umgang mit den Regeln unseres Zulassungsausschusses. Die Ausschreibungsfähigkeit eines Kassensitzes kann erhalten oder wieder hergestellt werden. Das hilft den Praxisinhabern, die ihren Sitz abgeben möchten, dem Nachwuchs, der einen Kassensitz übernehmen möchte und den zukünftigen Patienten. Der Abbau von Versorgung kann verhindert werden!

Ich sehe weiterhin viel Bedarf, die Versorgung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten zu verbessern und zu flexibilisieren. Dazu müssen Strukturen

und rechtliche Vorgaben angepasst und PP und KJP gesundheitspolitisch eingebunden werden. Die Anerkennung unserer Kompetenz sollte sich zukünftig im Honorar und in den Gehältern, aber auch in versorgungsrelevanten Befugnissen widerspiegeln. Ich gehe davon aus, dass das Psychotherapeutengesetz erst der Anfang war und es nun an den jüngeren Generationen ist, mit ebenso viel Durchhaltevermögen das Erreichte zu sichern und auszubauen.

Die Kammervorstandsarbeit ist für mich aus zweierlei Gründen interessant: Wir brauchen für das Erreichen der skizzierten langfristigen Ziele eine gute Verzahnung zwischen der Kammer und den Berufsverbänden. Und was in allgemeinen Diskussionen beispielsweise über Versorgungs- und Ausbildungsreformmodelle abstrakt bleibt, kann und muss regional umgesetzt werden. Hier können wir uns als Kammer einbringen, mit diskutieren, Stellungnahmen verfassen und Kooperationen aufbauen, pflegen und nutzen."

Wiebke Rappen ist neues Mitglied im Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer. Auf der Kammerversammlung stellte sie sich den Kammermitgliedern vor: „Ich bin 1984 in Hamburg geboren und habe in Trier und Münster studiert. Seit 2010 bin ich in der Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) Bremen tätig und seit 2012 als PPT in der Fachrichtung Verhaltenstherapie approbiert. Seither bin ich Leitende Psychologin am Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung (IPP Bremen GmbH) und arbeite weiterhin therapeutisch in der CDS mit ambulanten Patienten. Seit 2014 lasse ich mich zur Schematherapeutin fortbilden.

Schon während meiner Ausbildung hatte ich Gelegenheit, mein berufspolitisches Interesse als PiA-Sprecherin der Bremer Psychotherapeutenkammer zu verwirklichen. Von 2011 bis 2012 durfte ich zusätzlich als stellvertretende PiA-Sprecherin der Bundeskonferenz agieren. Hier hatte ich die Chance, die Diskussion um die Reform der Psychotherapieausbildung zu begleiten und mit voranzutreiben. Den länderübergreifenden Austausch empfand ich als großen Gewinn hinsichtlich des breiten Feldes bundesweit relevanter Themen der Psychotherapeuten. Dieses möchte ich nun auch in meiner Funktion als Beisitzerin im Kammervorstand der PTKHB einbringen und ausbauen. Dabei liegt der Fokus für mich neben der Reform der Psychotherapieausbildung auf der Umsetzung der Regelung des Versorgungsstrukturgesetzes und den Arbeitsfeldern für Jungapprobierte (Kostenerstattung, Jobsharing etc.). Auf Landesebene möchte ich zum einen die Kammer im anstehenden Generationswechsel unterstützen und junge Aktive für die Kammerarbeit begeistern. Weiter liegt mir die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen in Bremen und Bremerhaven am Herzen."

Gesundheitsressort im Senat neu verortet

Die Bremische Bürgerschaft, der Landtag des Zwei-Städte-Staates, ist am 10. Mai neu gewählt worden. Im Rahmen der folgenden Koalitionsverhandlungen zwischen SPD und Grünen wurde der Zuschnitt der Ressorts verändert. Der Bereich Gesundheit war vor vier Jahren von den Ressorts Arbeit und Soziales losgelöst und dem Ressort Bildung und Wissenschaft zugeschlagen worden. Als später die zuständige Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Renate Jürgens- Pieper, zurücktrat, entstand ein eigenständiges Senatsressort mit Senator Hermann Schulte-Sasse an der Spitze. Nach der Wahl des Senats, der Bremer Landesregierung, im Juli kam es wiederum zu einer Neuverortung.

Die bisherige Senatorin für Bildung und Wissenschaft, Eva Quante-Brandt, gab den Bereich Bildung ab und erhielt die Ressorts Gesundheit und Verbraucherschutz dazu. Damit ist Frau Quante-Brandt als Senatorin für jene beiden Bereiche politisch verantwortlich, die für die Psychotherapeutenschaft von besonderer Bedeutung sind. Inwieweit sich dies im Hinblick auf den Reformprozess zur psychotherapeutischen Ausbildung positiv auswirkt, bleibt abzuwarten. Frau Quante-Brandt hatte sich als Wissenschaftssenatorin im zurückliegenden Jahr zunächst für die Schließung des Studienganges Psychologie an der Bremer Universität ausgesprochen und erst infolge einer Protestwelle, die diese Absicht ausgelöst hatte, ihre Position relativiert und revidiert.

In einem Glückwunschschreiben an die neue Gesundheitssenatorin hat Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens die Hoffnung ausgedrückt, dass die Zusammenlegung der Ressorts Gesundheit und Wissenschaft die Bedingungen dafür verbessert, auch in Bremen einen grundständigen Studiengang Psychotherapie an der Universität einrichten zu können. In dem Schreiben bot er die Kooperation der Kammer an, auch im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen im Land Bremen.

Zwischenzeitlich hat auch die Wahl der Mitglieder der Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz stattgefunden. Eine Bremer Besonderheit ist, dass es neben Parlamentsausschüssen auch Deputationen gibt, in denen außer Parlamentariern auch Verwaltungsvertreter eingebunden sind. So übernimmt den Vorsitz von Deputationen das jeweilig zuständige Senatsmitglied, also

bei Gesundheit Frau Senatorin Quante-Brandt. Die Fraktionen in der Bürgerschaft benannten inzwischen die verantwortlichen Sprecherinnen und Sprecher für den Bereich der Gesundheit: In den Fraktionen von CDU (Rainer Bensch), Grüne (Dr. Kirsten Kappert-Gonther) und Linke (Peter Erlanson) gibt es Kontinuitäten. In der SPD übernimmt Stephanie Dehne die Aufgabe, den Gesundheitsbereich zu bearbeiten. Frau Dehne ist erstmals in die Bürgerschaft eingezogen. Sie hatte zuletzt als persönliche Referentin des Senators für Gesundheit gearbeitet. Für die wieder in der Bürgerschaft vertretene FDP fungiert Dr. Magnus Buhlert in dieser Verantwortung.

Nachruf: Helmut Hendrys verstorben

Unser Kollege Helmut Hendrys ist in der Nacht vom 25. auf den 26. Juli 2015 nach langer schwerer Krankheit gestorben. Wir sind tief erschüttert über seinen frühen Tod. Er ist nur 63 Jahre alt geworden. Mit Helmut Hendrys verlieren wir einen engagierten Kollegen, der sich über viele Jahre aktiv für die Belange der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in unserem Land eingesetzt hat.

Seit Gründung der Kammer arbeitete er bis 2009 sachkundig im Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung mit, zeitweise als dessen Vorsitzender. Aufgrund seiner besonderen Kenntnisse entwickelte er den ersten Internet-Auftritt der PK Bremen, war darüber hinaus am Aufbau des Psychotherapeutensuchdienstes „Psych-Info“ beteiligt. Über viele Jahre bis zum Jahr 2012 war Vorstandsbeauftragter für Internetfragen. Engagement bewies er darüber hinaus über viele Jahre durch seine Mitarbeit im Landesvorstand der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, dem er über mehrere Jahre als Vorsitzender vorstand. Im Zulassungsausschuss als Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung hatte er sich als dessen alternierender Vorsitzender mit klarer Haltung gegen das restriktive Vorgehen der KV und der Kassen bei der Weitergabe von Praxissitzen eingesetzt. Diese berufspolitische Funktion musste er im vergangenen Jahr aufgeben, als sich seine Erkrankung unerbittlich zeigte. Wir sind traurig über seinen Tod. Unser Mitgefühl gilt seiner Tochter, den übrigen Angehörigen und engen Freundinnen und Freunden.

Psychotherapeutenkammer Bremen
Kammervorstand
Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

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

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

„Schatzsuche“ und „Landungsbrücke – Übergänge meistern!“

Die Psychotherapeutenkammer ist maßgeblich beteiligt an diesen zwei Programmen der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG). Wir haben bereits früher im PTJ über diese Projekte der HAG und die Beteiligung der PtK Hamburg an deren Entstehung und Umsetzung berichtet. Beide Projekte entwickeln sich weiter und finden über die Grenzen von Hamburg hinweg Beachtung.

Das Projekt Schatzsuche dient dem „Seelischen Wohlbefinden von Kindern“. Wichtig dabei sind insbesondere die Förderung der Stärken und Schutzfaktoren von Kindern (Resilienz) durch Prävention und die Verankerung des Themas im Setting Kindergarten. Gestartet ist das Projekt in 28 Kindertagesstätten und einer Elternschule. Es wurde von sechs Trägern/Verbänden der Kindertagesstätten unterstützt.

Schatzsuche umfasst zum einen eine sechsteilige Weiterbildung für Erzieher*) und eine Inhouse-Fortbildung in jeder Kita. Dabei geht es um die Vermittlung von praxisnahen Methoden, Techniken und Arbeitshilfen und die Reflexion der eigenen Haltung. Den anderen wichtigen Teil von Schatzsuche bildet das Elternprogramm. Hier geht es um die Sensibilisierung für die altersspezifischen Bedürfnisse von Kindern, die Stärkung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung (emotionale Bindung, Dialog- und Interaktionsfähigkeit mit dem Kind) und die (Re-)Aktivierung persönlicher Ressourcen in der Elternrolle.

Schatzsuche ist inzwischen der Projektphase entwachsen und entpuppt sich als erfolgreiches Eltern-Programm in Hamburg und bundesweit.

Hier einige Meilensteine:

- In Hamburg gibt es inzwischen über 40 Schatzsuche-Kitas in denen bisher etwa 100 qualifizierte Fachkräfte das Eltern-Programm umsetzen. Durch eine Förderung der Techniker-Krankenkasse können zweimal jährlich neue Weiterbildungen angeboten werden. Dafür gibt es weiterhin großes Interesse seitens der Kitas. Die Materialien sind inzwischen durch das Deutsche Patentamt geschützt.
- Aus den guten Erfahrungen heraus hat die HAG einen Baustein zum seelischen Wohlbefinden für das bundesweite AOK Programm Jolinchen-Kids entwickelt.
- In Kooperation mit den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und finanzieller Unterstützung verschiedener Krankenkassen wird Schatzsuche in mehrere Bundesländer übertragen. Partnerländer sind bisher das Saarland, Berlin, Brandenburg und Sachsen. Weitere Länder haben bereits ihr Interesse signalisiert.
- Die Kooperation mit den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung in den anderen Bundesländern bündelt noch einmal die bundesweite Expertise zum Thema seelisches Wohlbefinden in der Lebenswelt Kita – Eine gute Voraussetzung für die künftige Qualitätssicherung und Entwicklung.

Landungsbrücke – Übergänge meistern!

Dieses zweite Projekt, an dem die PtK Hamburg beteiligt ist, will das seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen fördern und persönliche Ressourcen und Schutzfaktoren stärken.

Ausgehend davon, dass „Jugend“ als die Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter von sozialen und gesellschaftlichen Herausforderungen für Jugendliche geprägt ist und sie in dieser Phase häufig mit psychischen Belastungen wie Depression, Mobbing und Cybermobbing, geringem Selbstwert, auffälligem Essverhalten etc. zu kämpfen haben, werden bedarfsgerechte Angebote zur Förderung des seelischen Wohlbefindens zusammen mit den Jugendlichen entwickelt.

Das Projekt hat zwei Zielgruppen:

- Jugendliche im Alter von 16-20 Jahren. Hier wird mit zwei Jugendgruppen gearbeitet, zum einen mit einer Gruppe von Schulabgängern in Berufsvorbereitungsmaßnahmen/ohne Schulabschluss, zum anderen mit Studienanfängern,
- Multiplikatoren, die mit Jugendlichen arbeiten: Lehrer und Mitarbeiter aus z. B. Jugendbildung, Studienberatung.

Beteiligt sind momentan:

- Vier berufsvorbereitende Maßnahmen für die Jugendlichen ohne Schulabschluss: Produktionsschule, Ausbildungsvorbereitung, Berufsvorbereitung, Förderzentrum,
- Studierende aus drei Studiengängen der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW): Pflege dual, Gesundheit, Ökotrophologie.

Inhaltlich geht es um:

- Workshops zur Stärkung von Selbstwirksamkeit,
- Konzeption und Entwicklung von Informationsmaterial, Flyern etc.,
- Filme zu den Themen, die mit den psychischen Belastungen von Ju-

gendlichen verbunden sind – gedreht von den Jugendlichen,

- (Wander-)Ausstellungen,
- Weiterentwicklung neuer Medien (Podcasts/App),
- Veranstaltungen.

Die PtK Hamburg wird beide Projekte auch weiterhin fachlich begleiten und unterstützen.

Gabriela Küll

Austausch mit den Ausbildungsinstituten am 03.06.2015

Im Juni 2015 traf sich der Kammervorstand zu einem Austausch mit Vertretern*) der Hamburger Ausbildungsinstitute. Hauptthema des Abends war die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Prof. Richter gab zunächst einen Überblick über die Aufgaben, die in den kommenden 1,5 Jahren von der Profession zu bearbeiten sind, um das vom Bundesministerium für Gesundheit geplante Gesetzesvorhaben fachlich zu flankieren. Insbesondere wurden die Anforderungen an eine Approbationsordnung diskutiert, durch die implizit die Inhalte des Studiums bestimmt werden und die Qualifikationsvoraussetzungen für die anschließende Weiterbildung definiert werden. Die Anwesenden waren sich einig, dass die strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung der Weiterbildung sowohl eine Herausforderung für die Kammern wie auch für die Institute, die idealerweise als Weiterbildungsstätten fortgeführt werden sollten, sein wird. So ist z. B. noch ungeklärt, wie die stationäre Weiterbildung finanziert werden soll, aber auch hinsichtlich der ambulanten Weiterbildung und der Ausgestaltung der Stellen der zukünftigen „Weiterbildungsassistenten" gibt es noch viel Klärungsbedarf. Von den Vertretern der Institute wurde außerdem die Sorge geäußert, dass es abweichende Weiterbildungsordnungen in den verschiedenen Landeskammern geben könne und ggfs. dadurch ein „Weiterbildungstourismus" in Richtung der Landeskammern, die geringere Anforderungen stellen, befördert würde. Vom Kammervorstand wurde deutlich gemacht, dass man sich dieser Gefahr bewusst sei und dass die Landeskammern deshalb von Beginn an in den Reformprozess einbezogen worden seien.

Es wurde vereinbart, in einem regelmäßigen Austausch zur Ausbildungsreform zu bleiben. Eine Diskussionsveranstaltung unter Beteiligung der Delegierten der Delegiertenversammlung, Vertretern der Ausbildungsinstitute sowie PiA-Vertretern ist für den 22.09.2015 geplant.

Ein weiteres Thema des Treffens war die Reduzierung der PiA-Plätze für die praktische Tätigkeit in den Hamburger Kliniken. Vermutlich als Reaktion auf verschiedene Gerichtsverfahren, in denen PiA auf eine tarifliche Vergütung geklagt hatten, haben viele Kliniken ihre PiA-Plätze verringert, bzw. stellen aktuell keine PiA mehr ein. Dies hat massive Auswirkungen auf die Ausbildung, da hier ein Engpass entsteht und die Fortführung bzw. Beendigung der Ausbildung verzögert wird. Die Vertreter der Institute berichteten, dass außerhalb Hamburgs noch PiA-Stellen in Kliniken zu finden seien, viele Ausbildungskandidaten aber nicht bereit oder in der Lage seien, entsprechend lange Anfahrtswege oder einen Umzug in Kauf zu nehmen.

In der Ständigen Konferenz der Hamburger Ausbildungsinstitute (STÄKO) sei eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die sich mit diesem Problem befasse und nach Wegen suche, ob und wie mit den Kliniken eine Lösung gefunden werden kann. Der Kammervorstand bot an, eine Unterstützung dieser Initiative im Rahmen seiner Möglichkeiten zu prüfen, falls dies sinnvoll und gewünscht sei.

Dipl.-Psych. Heike Peper

Der Arbeitskreis Psychotherapie und Migration der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Der Arbeitskreis Psychotherapie und Migration der Psychotherapeutenkammer Hamburg wurde am 24. April 2013 gegründet, um die Vernetzung der in diesem Versorgungsbereich arbeitenden Kollegen zu fördern, sich thematisch mit den Besonderheiten der interkulturellen Arbeit zu beschäftigen und ein Forum zum kollegialen Austausch zu schaffen. Der AK trifft sich vierteljährlich und ist offen für alle Interessierte.

Ein Vorstandsmitglied der PTK Hamburg ist für die Organisation und Koordination des Arbeitskreises verantwortlich. Nach dem Ausscheiden von Frau Bettina Nock hat Frau Ursula Meier-Kolcu Ende Januar 2015 gemeinsam mit Herrn Dr. Mike Mösko die Leitung des Arbeitskreises übernommen.

In den letzten Sitzungen im Februar und im Mai 2015 wurden anhand eines Konzeptentwurfes die weitere Funktion des Arbeitskreises und mögliche Realisierungsschritte diskutiert.

Behandler, die mit Migranten arbeiten, stoßen in ihrem Arbeitsalltag auf vielfache Hürden, die Hilflosigkeit und das Gefühl, „Alleinkämpfer" zu sein, hervorrufen. Eine bessere Vernetzung über die vierteljährlichen AK-Treffen hinaus wird als sinnvolle Maßnahme gegen die Vereinzelung betrachtet. Dazu wird eine Mailingliste als geschlossene Benutzer-

gruppe über die Psychotherapeutenkammer eingerichtet.

Dem Bedürfnis nach Fallarbeit und kritischer Reflektion der eigenen Arbeit soll in Form von Intervisionsgruppen und einem Supervisionsangebot Rechnung getragen werden, für der der AK Hilfestellung bei der Gruppenbildung und organisatorischer Fragen geben kann. Eine Interessentenliste für Intervision wurde unter den AK-Teilnehmern verschickt, für ein Supervisionsangebot ist die Zahl der Interessierten aktuell noch zu klein.

Versorgungsfragen werden bei steigenden Flüchtlingszahlen besonders dringend, da diese häufig traumatisiert in den Erstaufnahmeeinrichtungen in Hamburg ankommen. Dolmetscher werden bisher schlecht bezahlt und arbeiten teilweise ehrenamtlich. Auch die Wege der Antragstellung auf Übernahme von Dolmetscherkosten bei Patienten im Asylverfahren sind in der praktischen Arbeit uneinheitlich und unübersichtlich. Hierbei will sich der AK für mehr Klarheit einsetzen. Geplant ist, zuständige Vertreter aus der Sozialbehörde in den AK einzuladen, um die Informationsbasis für die Kollegen in der Praxis zum konkreten Vorgehen zu verbessern.

Die Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit steht ebenfalls auf der Agenda des AK Migration und Psychotherapie. Dafür sollen öffentliche Veranstaltungen geplant werden. Zunächst soll das Thema der Versorgung von Flüchtlingen in den Mittelpunkt einer Veranstaltung gestellt werden, da hier der Versorgungsdruck besonders hoch ist. Dabei soll es neben Informationsvermittlung um die Bündelung der Bereitschaft von Kollegen gehen, sich in diesem Praxisfeld zu engagieren. Andererseits sollen verantwortliche Akteure im Gesundheitswesen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kammern und Behörden als auch Politiker eingeladen werden, um über das bislang Erreichte und das zukünftige Notwendige ins Gespräch zu kommen. Im AK hat sich eine Kleingruppe gebildet, die einen konzeptionellen Entwurf einer solchen Veranstaltung vorlegen will.

Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu

Kammerwahl 2015

Bereits in der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals berichteten wir über den Abbruch der Hamburger Psychotherapeutenkammerwahl 2015: Nachdem ein Kammermitglied im Namen einer Wahlliste Einspruch gegen den Abbruch der Wahl einlegte, wurde vom Vorstand gemäß § 17 (1) der Wahlordnung ein Wahlprüfungsausschuss eingerichtet, der am 13. Mai 2015 in kammeröffentlicher Sitzung tagte.

Nach der Anhörung, in der der Einspruch ausführlich mündlich erörtert wurde, beschloss der Wahlprüfungsausschuss in geschlossener Sitzung, den Einspruch aus formalen Gründen zurückzuweisen. Der Ausschussvorsitzende erläuterte in seiner Begründung, dass der Wahlprüfungsausschuss nur befugt sei, ein festgestelltes Wahlergebnis bzw. dessen Zustandekommen zu prüfen. Die Prüfung des Abbruchs der Wahl könne durch den Wahlprüfungsausschuss nicht erfolgen. Der Ausschussvorsitzende führte weiterhin aus, dass nach seiner Auffassung der Wahlausschuss durchaus befugt war, die Entscheidung zum Abbruch der Wahl zu treffen. Dies war u. a. in der Begründung des Einspruchs in Zweifel gezogen worden.

Der Beschluss des Wahlprüfungsausschusses wurde dem Beschwerdeführer am 27. Mai 2015 schriftlich zugestellt. Nachdem dieser am 06. Juni mitteilte, auf Rechtsmittel zu verzichten, konnte der Vorstand der PtK Hamburg in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle einen neuen Zeitplan für die Kammerwahl entwickeln und am 10. Juni beschließen. Nach weiteren Absprachen mit der Aufsichtsbehörde der PtK Hamburg wurde der Termin der konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung anschließend vorverlegt, sodass der endgültige Zeitplan in der Vorstandssitzung am 01. Juli verabschiedet und auf der 58. DV am 01. Juli vorgestellt werden konnte. Für die konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung ist nun der 18. November 2015 vorgesehen.

Der Vorstand und die Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle freuen sich, dass nach den doch kräftezehrenden vergangenen Monaten nun ein neuer Zeitplan feststeht und die Kammerwahl somit wiederholt werden kann. Bei dieser Gelegenheit möchten wir alle Hamburger Psychotherapeutenkammermitglieder dazu aufrufen, sich an der Wahl der Delegiertenversammlung zu beteiligen: Die Wahlunterlagen müssten zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser PTJ-Ausgabe bereits bei allen stimmberechtigten Kammermitgliedern der PtK Hamburg eingegangen sein. Bis zum **25. September 2015** um **18:00 Uhr** haben Sie Zeit, Ihre Wahlunterlagen bei der Geschäftsstelle der PtK Hamburg einzureichen.

Auf unserer Homepage unter www.ptk-hh.de/kammerwahl_2015 können Sie alle relevanten Informationen zur Kammerwahl 2015 einsehen.

Birte Westermann

Geschäftsstelle

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

*) *Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde in den mit *) gekennzeichneten Artikeln darauf verzichtet, die männliche und die weibliche Schriftform anzuführen, obwohl die Aussagen selbstverständlich für beide Geschlechter gelten.*

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Alfred Krieger

dieses Bild hat mich beeindruckt: Vorne, erhöht die Verfassungsrichter in roten Roben unter Vorsitz von Ferdinand Kirchhof und unten im Saal Beschwerdeführer, Regierungsvertreter, Anzuhörende und Zuschauer. In der ersten Reihe Lothar de Maizière, Bundesinnenminister, und Jörg Ziercke, Präsident des Bundeskriminalamts. Claudia Roth, Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages als Vertreterin der einen Beschwerde, und Gerhart Baum, früherer Bundesinnenminister und Jürgen Hardt, Gründungspräsident der Hessischen Psychotherapeutenkammer als Vertreter der anderen Beschwerde.

Der Streitpunkt: Das BKA-Gesetz, 2008 zur Abwehr von Terrorgefahren verabschiedet und in der Kritik wegen der Aufweichung des Schutzes der Privatsphäre. Eine der Folgen für hessische Bürger: Sie können einen Anwalt, Geistlichen oder Journalisten aufsuchen, ohne Gefahr zu laufen, polizeilich abgehört zu werden. Gehen sie als Patienten zu einem Arzt oder Psychotherapeuten, gibt es diese Sicherheit nicht.

Diese Zweiklasseneinteilung von Berufsgeheimnisträgern und die Notwendigkeit absoluter Vertraulichkeit für ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen sind zentrale Punkte der noch nicht entschiedenen Verfassungsbeschwerde, der sich Jürgen Hardt angeschlossen hatte. Näheres können Sie im allgemeinen Teil dieses PTJ erfahren. Auch wenn an höchster Stelle die Begriffe Psychotherapeut, Psychologe und Psychiater noch mächtig durcheinander gingen, ist die Beteiligung eines Psychotherapeuten als Klageführer gegen ein Bundesgesetz mit dem Ziel, Vertraulichkeit als Grundbedingung für Psychotherapie vollumfänglich zu erhalten, ein Meilenstein in der Geschichte der Psychotherapeutenschaft.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger,
Kammerpräsident

HE

Wohin entwickelt sich die Psychotherapie für Kinder und Jugendliche?

Am 15. November 2014 hat der 25. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) mit großer Mehrheit eine Entscheidung für eine Reform der Psychotherapieausbildung getroffen, die einschneidende Veränderungen für die Ausbildungslandschaft nach sich ziehen wird, falls diese Reformvorschläge vom Bundesministerium für Gesundheit bei einer gesetzlichen Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes umgesetzt werden sollten. Der Beschluss für eine „zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung" geht von einer ersten Qualifikationsphase aus, in der im Rahmen eines wissenschaftlichen Studiums eine allgemeine Psychotherapie gelehrt werden soll. In der zweiten anschließenden Qualifikationsphase soll eine vertiefende Weiterbildung in einem Verfahren sowie eine Schwerpunktsetzung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder von Erwachsenen ermöglicht werden.

Entsprechend früherer Beschlüsse soll es nur noch im Rahmen der Weiterbildung zu einer Qualifizierung für eine Altersgruppe kommen. Die bislang praktizierte eigenständige Ausbildung zum approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten soll ersetzt werden durch eine Weiterbildung, die sich durch „Schwerpunktsetzungen mit vertiefter Qualifizierung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen" auszeichnet.

Im Anschluss an den Beschluss des 25. DPT hat die Diskussion unter den KJP dahingehend Fahrt aufgenommen, insofern man sich mit der Frage zu befassen begann, in welcher Weise die Spezifika für eine Weiterbildung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer entsprechenden Weiterbildungsordnung zukünftig berücksichtigt werden könnten.

Nicht nur die bereits seit längerem kontrovers geführte Finanzierungsfrage erweist sich für die geplante Weiterbildung als schwierig, es zeigt sich, dass auch die besondere Berücksichtigung der altersgruppenorientierten Weiterbildung mit erheblichen Komplikationen verbunden sein könnte.

Das eilige Versprechen an die Institute, die bisherige Arbeit als Weiterbildungsinstitute für Kandidaten, die das Studium erfolgreich abgeschlossen und damit auch bereits die Approbation erworben haben, fortführen zu können, hat die kollateralen Entwicklungsbedingungen verschwiegen, wonach sich die Rahmenbedingungen für die Institute im Kontext der reformierten Ausbildungsstrukturen erheblich verändern werden. Auch dies ist dem Umstand geschuldet, dass die gesamte Aus- und Weiterbildungsstruktur an den strukturellen Vorgaben der ärztlichen Ausbildung ausgerichtet werden soll.

Während die Inhalte für die Qualifizierungsphase I (Studium) durch das

Bundesministerium (Bundeshoheit) einheitlich auf Bundesebene geregelt werden, fällt die Organisation der Qualifizierungsphase II (Weiterbildung) in die Hoheit der Landeskammern und der Landesgesetze. Grundlage für die Neuorganisation in dieser Phase bildet das jeweilige Heilberufsgesetz im Bundesland sowie eine Musterweiterbildungsordnung, die in den Ländern angepasst werden muss. Die Heilberufsgesetze der Bundesländer unterscheiden sich hierbei nur unwesentlich voneinander, im Kern zeigen sie eine vergleichbare Struktur.

Diese Struktur unterscheidet bei den Vorschriften für die Weiterbildung zwischen Gebieten, Teilgebieten oder Schwerpunkten sowie weiteren Zusatzbezeichnungen.

Auch wenn die Strukturen vergleichbar sind, so zeigen doch die aktuell gültigen Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landeskammern für Psychotherapeuten, dass die gegenwärtige Praxis der Weiterbildungsordnungen im Rahmen von Zusatzbezeichnungen sehr unterschiedlich und damit uneinheitlich gehandhabt wird.

Man kennt gegenwärtig in einzelnen Ländern Weiterbildungsordnungen für bestimmte Verfahren (VT, PA, GT, Systemische Pt) oder für Methoden (EMDR u. a.), sowie für bestimmte Störungsbilder (Trauma, Psychose u. a.).

Nach einer Reform wird sich für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen daher auch die spezifische Frage stellen, wie eine Weiterbildungsordnung strukturiert sein müsste, in der die fachkundenspezifische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der psychotherapeutischen Landschaft weiterhin Bestand hat. Eine Weiterbildung in einem „Schwerpunkt" Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird nicht ausreichen, um zukünftig das Niveau und den Versorgungsgrad halten zu können. Dies wird die zukünftige Diskussion entscheidend bestimmen, wenn die bisherige Qualität der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen auch nach der Reform gewährleistet bleiben soll.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie kann dies nur gewährleistet werden, wenn die Fachgebietsweiterbildung altersspezifisch und gleichzeitig in einem wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren erworben werden kann. Dies politisch durchzusetzen wird die Aufgabe der kommenden Monate sein. Damit würde im gleichen Zug ein Verfahren erworben, dessen Erwerb jedoch mit einer Selbstbeschränkung bei der zu behandelnden Altersgruppe einhergehen würde. Nur eine solche Option würde die spezifische Bedeutung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weiterhin anerkennen. Eine bloße Schwerpunktsetzung würde zu einer unvertretbaren Abwertung führen.

Ulrich Müller

Diese Überlegungen könnten sich hinsichtlich der Besonderheiten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen noch weiter zuspitzen, da in den Kammern keine Vertreter des eigenständigen Heilberufs mehr sitzen und deren Interessen vertreten werden. Es wird sich die Frage stellen, wer die besonderen Interessen und wer den Versorgungsbedarf für diese Altersgruppe in den Landeskammern und anderen berufspolitischen Gremien zukünftig noch vertreten wird. Hier müssen Lösungen gefunden werden, die der spezifischen Bedeutung der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen auch zukünftig gerecht werden.

Ulrich A. Müller,
Vorstandsmitglied

Veranstaltungsbericht Datensicherheit 12.6.15

Auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Hessen fand in den Räumen der KVH in Frankfurt am 12.6.2015 eine zweite, gut besuchte Veranstaltung zum Themenbereich „Datensicherheit" statt. Der Fokus lag dieses Mal auf dem technischen Datenschutz und auf dem aktuell im Gesetzgebungsverfahren befindlichen E-Health-Gesetz. Vorstandsmitglied **Yvonne Winter** eröffnete den Abend. Datenschutz in der Psychotherapie ist ein wichtiger und hochsensibler Bereich. Datenschutz und Datensicherheit sind das Fundament einer Vertrauensbeziehung zwischen Psychotherapeut und Patient. Die absolute Ver-

Kammerpräsident Alfred Krieger, Dr. Rainer Doubrawa

traulichkeit (Diskretion) ist die Vorbedingung dafür, dass Menschen sich öffnen und mitteilen können, sie begeben sich in eine geschützte und vom Psychotherapeuten zu schützende Vertrauensbeziehung. Es geht also nicht nur um ein Betätigungsfeld für einige wenige Technikfreaks, für Psychotherapeuten geht es bei Datensicherheit und Datenschutz um den Schutz einer Vertrauensbeziehung.

In seinem Grußwort erinnerte Kammerpräsident **Alfred Krieger** daran, dass der Deutsche Bundestag gerade erst Ziel eines Hacker-Angriffs geworden ist. Der viel größere Schaden jedoch besteht im Verlust von Vertrauen. Wer könne trotz vollmundiger Versprechen „Ihre Daten sind sicher" den Bürgern garantieren, dass mit hochsensiblen Gesundheitsdaten nicht Vergleichbares passiert? Gesundheitsdaten sind gerade für Wirtschaftsunternehmen hochattraktiv: nicht nur für Krankenkassen und Arbeitgeber, sondern auch für Pharmaindustrie, Medizintechnikfirmen, Versicherungen und Banken. Krieger verwies auf eine Stellungnahme der BPtK zum E-Health-Gesetz wonach die Möglichkeit der offenen und vertrauensvollen Äußerung „nicht erst in Frage gestellt wird, wenn tatsächlich Dritte von der Therapie erfahren, sondern bereits dann, wenn der Patient sich subjektiv nicht mehr auf die Vertraulichkeit verlässt". Eine Resolution der hessischen Kammerdelegierten fordert: „Die sensiblen Daten von Patientinnen und Patienten müssen geschützt werden. Sie dürfen auch nicht aufgrund technischer Innovationen, die eine forcierte Datenübermittlung möglich machen, gefährdet werden. Der Schutz der Patientinnen und Patienten und deren Daten muss auch hier Vorrang haben."

Wieweit gibt es Datensicherheit fragte **Dr. Rainer Doubrawa**, Datenschutzbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Hessen, wenn in nur fünf Minuten ein im WLAN angemeldetes Smartphone entsperrt, Zugriffsrechte geändert, gespeicherte Passwörter und Adressverzeichnisse kopiert werden können? In dieser zunehmend digitalisierten Welt einen verlässlichen Schutz unserer sensiblen Patienten-/Praxisdaten zu errichten ist die zentrale Herausforderung für alle Psychotherapeuten. Er hob hervor, dass es in keinem Bereich absolute Sicherheit geben könne, doch „um die Aufrechterhaltung dieser relativen Sicherheit sensibler Patientendaten werden wir Psychotherapeuten uns ständig sorgen müssen!".

Carolin Böhmig

Im ersten Vortrag stellte Frau **Carolin Böhmig**, Rechtsanwältin und Referentin der Bundespsychotherapeutenkammer, den Anwesenden das E-Health-Gesetz vor. Mithilfe des Gesetzes sollen der Aufbau einer Telematikinfrastruktur gefördert und moderne Informations- und Kommunikationsverfahren in die medizinische Versorgung integriert werden.

Folgende Anwendungen werden ab 2016 eingeführt: Der Versichertenstammdatendienst (VSDD) soll bis Juni 2016 technisch umsetzbar sein, Ärzte müssen ab 2018 eine Stammdatenprüfung der Versicherten in der Praxis durchführen, wenn sie Honorarabzüge vermeiden wollen. Für zwei Jahre wird beim Einlesen eines elektronischen Entlassbriefes sowie bei der sicheren Übermittlung eines elektronischen Arztbriefes eine „Anschubfinanzierung" gewährleistet. Für das Erstellen und Pflegen eines Notfalldatensatzes, welcher unter anderem Befunde und Medikation beinhaltet, erhalten Ärzte ab 2018 eine Vergütung. Ab Oktober 2016 haben Versicherte, die mindestens drei verordnete Medikamente anwenden, Anspruch auf die Erstellung eines Medikationsplans durch den Hausarzt.

Psychotherapeuten haben auf alle Anwendungen der Telematikinfrastruktur Zugriff, sofern dies der Patient gestattet. Dazu erforderlich ist ein elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePtA). Von der Industrie werden diese sogenannten G2-Karten ab Herbst 2015 bereitgestellt. Sie sollen die volle Funktionalität nach den Anforderungen der Telematikinfrastruktur enthalten. Die Psychotherapeutenkammern werden allerdings zunächst die Evaluation des Probebetriebes abwarten und dann mit der Ausgabe beginnen.

Ralf Rückert

Über grundlegende technische Voraussetzungen für einen IT-Basisschutz in der Praxis informierte **Frank Micus**, IT Sicherheitsexperte von der SIZ GmbH in Bonn. In seinem anschaulichen Vortrag erläuterte er die technischen Möglichkeiten und Risiken beim Einsatz von Computern, Tablets und Mobiltelefonen in der Praxis von Psychotherapeuten. Dabei verwies er insbesondere auf die

Relevanz aktueller Betriebssysteme, Virensoftware sowie einer sicheren WLAN-Verbindung. Für alle Geräte empfiehlt sich darüber hinaus dringend, eine Verschlüsselungstechnik zu installieren, mit der vertrauliche Daten verschlüsselt werden können.

Zum Ende der Veranstaltung stellte sich Herr **Rückert**, Abteilungsleiter Informationstechnologie der KV Hessen, den Fragen der Anwesenden zum KV-SafeNet. Es entwickelte sich eine lebhafte, differenzierte und zu großen Teilen kritische Diskussion zu der beschlossenen Einführung des KV-SafeNet. Insbesondere wurde kritisiert, dass die gewählte Router-Lösung deutlich kostspieliger sei als der e-Token und gerade für den kleinen Anwendungsbereich in der psychotherapeutischen Praxis überdimensioniert. Herr Rückert verwies darauf, dass nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nur das KV-SafeNet und das KV-FlexNet künftig zur Übertragung von Abrechnungsdaten zugelassen sind, was die Fortführung des hessischen e-Token ausschließt. Die Vertreterversammlung habe sich u. a. aus Kostengründen gegen das KV-FlexNet entschieden.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Homepage: www.LPPKJP.de, die Präsentationen sind im Mitgliederbereich hinterlegt.

Yvonne Winter,
Vorstandsmitglied

Nachruf Dipl.-Psych. Dirk Fiedler

Am 14. Mai 2015 ist Dirk Fiedler nach langer Krankheit in Frankfurt im Kreise seiner Familie verstorben.

Dirk Fiedler wurde 1952 in Frankfurt geboren. Nach Abschluss seines Psychologiestudiums arbeitete er als Diplom-Psychologe in verschiedenen Kliniken und qualifizierte sich in Gesprächspsychotherapie und in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Mit seiner Niederlassung als Psychologischer Psychotherapeut im damals noch stark unterversorgten Offenbach am Main erfolgte der Schritt in die Selbstständigkeit. Als Supervisor und als Ausbilder in Personzentrierter Beratung hat er über viele Jahre Berufskolleginnen und -kollegen in ihrer Arbeit und persönlichen Entwicklung unterstützt und begleitet. An der Fachhochschule Frankfurt lehrte er die Grundlagen der Personzentrierten Gesprächsführung.

Fachlich und berufspolitisch setzte er sich stark für die Belange der Gesprächspsychotherapie ein. Seit 1980 gehörte er der GwG (Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung) an und war als Mitglied in verschiedenen Gremien tätig. In den 90er Jahren gehörte er zu den Gestaltern des Regionenmodells der GwG. Von 2000 bis 2006 vertrat er die Region Hessen in der Delegiertenversammlung der GwG. Darüber hinaus vermittelte er lange Zeit als Ausbilder vielen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern den Personzentrierten Ansatz.

Ein Schwerpunkt seiner fachlichen Arbeit war die Behandlung von Menschen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Innerhalb der GwG setzte er sich für den Aufbau und die Weiterentwicklung eines personzentrierten Konzeptes in diesem Tätigkeitsfeld ein. Bereits 1998 war er am ersten GwG-Weiterbildungsgang „Sozialtherapie“ als Dozent beteiligt. 2005 übernahm er gemeinsam mit einem Kollegen die Leitung dieses Bildungsganges. In zahlreichen Fachbeiträgen und als Mitherausgeber eines Fachbuches zur Personzentrierten Beratung und Behandlung von Suchtstörungen hat er seine Erfahrungen und Gedanken zugänglich gemacht.

Als Mitglied der Hessischen Akademie für Personzentrierte Psychotherapie, Beratung und Supervision hat er u. a. jahrelang daran mitgearbeitet, in Hessen eine Approbationsausbildung für Gesprächspsychotherapie aufzubauen.

In vielen Gesprächen brachte er seine Überzeugung zum Ausdruck, dass ein politisches Engagement Voraussetzung für die Gestaltung und Verwirklichung von guten Ideen sei. Er war an der Errichtung der Psychotherapeutenkammer Hessen beteiligt und von Beginn an Delegierter dieser Kammer, in der er sich auch als Vorsitzender des Ausschusses für ethische Fragen und Berufsordnung, als Mitglied des Ausschusses Wissenschaft und Forschung und als Mitglied des Prüfungsausschusses Gesprächspsychotherapie engagierte. Auf Bundeskammerebene

gehörte er der Lenkungsgruppe Berufsordnung an.

Dirk Fiedler hat mit seiner ruhigen Art der Begegnung, seiner Offenheit und Freundlichkeit, seinem scharfen Verstand und seinem profunden Wissen die Menschen erreicht. Er hatte immer Freude an der Begegnung von Person zu Person, und er war neugierig auf das, was andere Menschen mitzuteilen wussten. Wer Dirk Fiedler kannte, behält ihn als einen Menschen in Erinnerung, der seine Werte und Überzeugungen engagiert und authentisch lebte und vermittelte – als Freund, als Kollege, als Dozent und Ausbilder – und der sehr stark seiner Frau, die ihn bis zuletzt liebevoll versorgte, und seinen Kindern und Enkelkindern verbunden war.

Birgit Wiesemüller, Vorsitzende der GwG, Delegierte der PTK Hessen und des DPT

Veranstaltungen der Kammer

Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Die psychotherapeutische Versorgung von Migranten in Deutschland soll beleuchtet und kritisch hinterfragt werden. Dabei werden gemeinsam mit Politik und den an der Versorgung Beteiligten konkrete Verbesserungen für Hessen erarbeitet.

Samstag, 07. November 2015, 9:30 Uhr – 16:00 Uhr; Veranstaltungsort: Römer, Frankfurt; Kostenbeitrag: kostenfrei

Datensicherheit

Aufgrund des großen Interesses an der Veranstaltung „Datensicherheit" vom 12. Juni wird die Veranstaltung im November in Kassel wiederholt. Dabei werden aktuelle Themen und Probleme des Datenschutzes in der psychotherapeutischen Praxis diskutiert.

Samstag, 20. November 2015, 17:30 Uhr – 21:15 Uhr; Veranstaltungsort: Kulturbahnhof, Kassel; Kostenbeitrag: 20,- €, PiA/Studierende kostenfrei

KJP – quo vadis?

Im Fokus der Veranstaltung steht die sektorenübergreifende psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dabei werden sowohl Schnittstellen zur Jugendhilfe und zu Kinder- und Jugendpsychiatern als auch zwischen ambulanter und stationärer Therapie berücksichtigt.

Samstag, 05. Dezember 2015, 9:30 Uhr – 17:00 Uhr; Veranstaltungsort: Haus am Dom, Frankfurt; Kostenbeitrag: 70,-€ Tageskarte, PiA/Studierende kostenfrei

Suizidalität

Aktuelle Erkenntnisse und praktische Erfahrungen zur Thematik Suizidalität werden dargestellt und diskutiert.

Samstag, 23.Januar 2016, 09:30 Uhr – 17:30 Uhr; Veranstaltungsort: Haus am Dom, Frankfurt; Kostenbeitrag: 80,- € PiA/Studierende kostenfrei

Anmeldung: Bitte melden Sie sich online an: www.ptk-veranstaltung.de

Redaktion

Alfred Krieger, Dr. Heike Winter, Yvonne Winter, Judith Naujoks

Geschäftsstelle

Bitte beachten Sie unsere neue Adresse!
Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Im Gespräch: Gertrud Corman-Bergau – Als wäre man einen Berg hochgestiegen und fährt nun mit der Seilbahn hinunter

Gertrud Corman-Bergau, Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin, hat von 2010 bis 2015 das Präsidentinnenamt der PKN inne gehabt. Sie hat seit Bestehen der Kammer dem Vorstand angehört und damit den Aufbau, die Entwicklung und die Ausrichtung der PKN wesentlich mitgeprägt. Bei der diesjährigen Wahl ist sie mit dem besten Ergebnis aller Kandidatinnen und Kandidaten wieder in die Kammerversammlung gewählt worden, hat aber nicht wieder für ein Vorstandsamt kandidiert.

Liebe Gertrud, wie ist es denn so, nicht mehr Präsidentin zu sein?

Ich stelle fest, dass mein E-Mail Eingang um ca. 80% geschrumpft ist. Dies gibt mir mehr Zeit zum Nachdenken und anstehende Aufgaben kann ich mit mehr Konzentration angehen. Gleichzeitig ist es auch ein Verlust an Informationen, um die ich mich nun selber aktiv kümmern muss, wenn ich was erfahren will. Und natürlich ist auch ein Verlust an Bedeutung damit verbunden, auch Erleichterung, vor allem weil ich die Arbeit in guten Händen weiß. Ich träume mehr und spüre die Nachbereitung der Tätigkeit und Erlebnisse, in gewisser Weise ist es ein Verdauungsprozess. Wobei ich das nicht nur auf die Präsidentschaft, sondern auf die ganze Zeit in der Kammer beziehe: angefangen mit dem Aufbau der Kammer, ihrer Konstituierung und der weiteren Entwicklung. Es ist, als wäre man einen Berg hochgestiegen und fährt nun mit der Seilbahn hinunter und schaut sich die Landschaft noch einmal Stück für Stück an. Ich bin sehr dankbar, dass mir im Amt so viel Vertrauen entgegengebracht wurde. Das war für mich beruflich und persönlich ein Geschenk.

Gertrud Corman-Bergau

Du hast Dich ja entschieden, weiterhin in der Kammerversammlung mitzuarbeiten. Musst Du da nicht eine ganz neue Rolle für Dich finden?

Ja, sicher. Aber das ist noch zu frisch, um es bewerten zu können. Ich muss wieder neu lernen, z. B. abzuwarten oder zu entscheiden, wann ich mich aktiv einbringe. Vorher war ich „automatisch" in meiner Funktion gefragt. Ich glaube, dass ich mich auf diese Veränderung gut vorbereitet habe. Es ist wichtig, aushalten zu können, dass sich etwas verändert. Auch in unserem Beruf geht es ja oft darum, Perspektiven zu wechseln, immer wieder verschiedene Blickrichtungen einnehmen zu können. Ich hoffe, dass ich in der neuen Rolle, in der ich weniger die ganze Breite der Aufgaben vor Augen habe, für die PKN sinnvoll arbeiten kann.

Wenn ich Dir zuhöre kommt es mir so vor, als hättest Du nicht einfach ein Amt bekleidet, sondern Dich mit der PKN und ihren Aufgaben in hohem Maße identifiziert.

Ja. Ich habe es als Aufgabe und Herausforderung wahrgenommen, unsere Berufe und die Kammern weiterzuentwickeln. Wichtig war mir dabei auch immer, die gemeinsamen Belange der Psychotherapie voranzubringen. Das sind für mich neben den PP/KJP auch ärztliche Psychotherapeuten, mit denen es in der Berufsausübung viel Gemeinsames gibt.

Im Gespräch mit Jörg Hermann

Die Psychotherapeutenkammer als Institution zu vermitteln war weder nach außen noch nach innen leicht. Gerade auch die Pflichtmitgliedschaft führte anfangs zu großem Widerstand. Das hat mich herausgefordert. Ich denke auch an die Entwicklung der diversen Ordnungen, insbesondere die Berufsordnung. Sie ist verbunden mit der Gestaltung psychotherapeutischen Handelns und bietet damit auch die Möglichkeit, den Patienten genauer zu beschreiben, was Psychotherapie eigentlich ist und wie ihr Rahmen aussieht. Wichtig ist

mir immer gewesen, dass Psychotherapeuten verständlich über das sprechen, was sie tun. In der Vorstandsarbeit und vor allem in der Präsidentschaft gab es die Möglichkeit interdisziplinärer Arbeit, nicht zuletzt auch in der Auseinandersetzung mit den politischen Ebenen und der Aufgabe, unsere Anliegen in den politischen Raum hinein zu vermitteln.

Du sprichst den Reiz der Aufgaben an. Wie bist Du denn mit dem bisher Erreichten zufrieden?

Mir war es wichtig, dass die verschiedenen Perspektiven der Verfahren und die Menschen, die unsere Berufe vertreten, sich artikulieren und ohne Angst äußern können. Ich denke, dass uns das in Niedersachsen gut gelungen ist. Wenn ich mir die aktuelle Besetzung der Kammerversammlung anschaue, bin ich froh, dass wir engagierte und auch viele jüngere KollegInnen haben, die sich intensiv mit der Arbeit beschäftigen und ihre Ideen einbringen.

Gertrud Corman-Bergau

Im Diskurs über Abstimmungen und politische Zielsetzungen, auch auf der Bundesebene, entstehen mehr Polarisierungen, als ich es mir gewünscht hätte: Es kommt immer wieder und neu verschärfend zur Erörterung der Frage „Wem gehört die Psychotherapie?" zwischen Ärzten und Psychologen. Auch sehe ich die schwierige Rolle der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Rahmen der Ausbildungsdiskussion. Das bedauere ich sehr, doch ich selbst habe keine passende Antwort darauf, wie es besser hätte gelingen können. Persönlich hätte ich mir generell ein langsameres Tempo gewünscht. Ich habe manchmal den Eindruck, dass wir uns zu sehr auf das noch nicht Erreichte fixieren und uns zu wenig Zeit nehmen, Prozesse zu reflektieren und auch mal zur Ruhe zu kommen und Erreichtes wahrzunehmen, zu verdauen und Zeit für Zufriedenheit damit zu finden.

Welche Themen neben der schwergewichtigen Ausbildungsdebatte siehst Du aktuell für die Arbeit der Kammern?

Zwei Schwerpunkte sind mir für Niedersachsen als zweitgrößtem Flächenland besonders wichtig: Zum einen die bessere Versorgung der Menschen, die wohnortnahe Psychotherapie im Kontext auch mit Familie und Angehörigen benötigen. Dies gilt grundsätzlich vor allem für Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus sind die Gedanken der sozialpsychiatrischen Ansätze wichtig. Dazu gehört, dass wir auch in der Niederlassung im Rahmen der Richtlinie mit Patienten mit psychotischen Erkrankungen nun arbeiten können. Zum Zweiten liegt mir die Stärkung des Präventionsanteils unserer Arbeit am Herzen. Ich stelle mir oft vor, wie es wäre, wenn wir mehr Möglichkeiten hätten, wichtige Themen zu vermitteln: Aufklärung über Folgen und Risiken durch längeres Getrenntsein von Eltern und Kindern, Untersuchungen zur Entstehung von Gewalt oder allgemeiner, was psychisch stärkend und schwächend wirkt, also, dass diese Kenntnisse stärker in gesellschaftliches Wissen eingehen und Berücksichtigung finden.

... also auch, stärker politisch und gesellschaftlich wirksam zu werden?

Auf jeden Fall. Wir haben eine gesellschaftliche und damit politische Aufgabe, psychische Prozesse und ihre Behandlungen zu vermitteln. In der Psychotherapie ist ja nicht allein die Diagnostik das Schwierige, sondern vielmehr der Prozess, dass Patienten sich selbst verstehen. Sie dabei zu begleiten und durch eine fachlich fundierte Arbeit zu ermöglichen, dass sie mehr Freiheitsgrade gewinnen, ist wesentlich. Das Aufklären über Grundlagen kann meines Erachtens auch präventiv wirken. Wir können daraus erkennen, dass nicht alles immer schnell zu verändern oder zu fördern ist, sondern auch Zeit zum Sich-setzen-lassen und zur Reflexion benötigt.

Gibt es Bereiche, die Du in Deiner Amtszeit nicht abschließend bearbeiten konntest, die Du eher als wichtige weiter zu behandelnde Themen ausgemacht hast?

Abgeschlossenes sehe ich weniger, da das Meiste in sich weiterentwickelnden Prozessen lebt. Zum Teil sind es auch immer wieder aktuell auftauchende Anliegen und Probleme. Beispielhaft würde ich nennen das Thema der Flüchtlinge, die längerfristige Planung der psychiatrischen Versorgung, Gesundheitsplenen oder wohnortnahe Vernetzungs- und Versorgungsstrukturen. Da gibt es zukünftig noch viel Handlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten.

Liebe Gertrud, vielen Dank für das Gespräch und alles Gute für Dich und die Zeit in einer neuen Rolle mit einer veränderten Perspektive.

Jörg Hermann, Vorstandsmitglied

Gute Praxis Psychotherapie – Teil 3

In Fortsetzung des Beitrages in den Ausgaben 01/2015 und 02/2015, werden praktische Fälle aus der Berufspraxis von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, hier zur Einsichtnahme in die Patientenakte und zu Auskünften an Dritte dargestellt. ***Aber auch hier gilt:*** *bei jeder Anfrage muss sorgfältig im Einzelfall geprüft werden, ob und in welchem Umfang die Auskunft erteilt werden kann.*

Bescheinigungen und Berichte für Anwälte und Gerichte (§§ 8, 27 Berufsordnung-BO)

Eine Mutter beschwert sich, weil die Psychotherapeutin ihr keine Bescheinigung zur Vorlage beim Gericht wegen der anstehenden Scheidung schreibt und ihr auch keine Einsicht in die Patientenakte geben will. Die Patientin ist jetzt 17 Jahre alt, die Psychotherapie wurde bereits vor 2 Jahren beendet. In diesem Fall wollte die Tochter nicht, dass der Psychotherapeut von der Schweigepflicht entbunden wird, somit war die Beschwerde der Mutter gegenstandslos.

Einsichtsfähige Jugendliche müssen selber entscheiden, ob die Eltern Einsicht in die Akte bekommen. Dabei muss der Psychotherapeut darauf achten, dass die Rechte Dritter geschützt werden. So sind Informationen über das andere Elternteil ohne dessen ausdrücklich auf diesen Fall bezogene Schweigepflichtentbindung nicht zu offenbaren. In der Praxis ist es nachträglich oft schwierig, die Dokumentation über die Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen für die drei Parteien, Vater, Mutter und Patient, zu trennen. Hier ist also im KJP-Bereich ganz besonders auf eine geeignete und entsprechend getrennte Dokumentation zu achten, damit nicht so viel geschwärzt werden muss. Häufig werden Psychotherapeuten in Scheidungs- und Trennungsfällen um eine Bescheinigung oder einen Bericht gebeten. In der Regel verbietet die berufsrechtliche **Neutralitätsverpflichtung** das. Machen Sie in solchen Fällen die Anfragenden darauf aufmerksam, dass Sie bei einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung vor Gericht aussagen **müssen**, und zwar die volle **Wahrheit**. Oft ist diese ja gar nicht so vorteilhaft, wie anfangs von dem streitenden Elternteil bzw. von seinem Anwalt vermutet wird, so dass es sich schon deshalb nicht lohnt, Sie einzubeziehen. Machen Sie auch deutlich, dass ein Auftritt vor Gericht womöglich zu einem erheblichen Vertrauensverlust führen könnte, so dass dann die gesamte weitere Psychotherapie des Kindes auf dem Spiel steht.

Bescheinigungen und Berichte für Versicherungen, Medizinischen Dienst und Kollegen (§ 8 BO)

Nur wenn eine **gültige** Schweigepflichtentbindung vorliegt oder eine gesetzliche Auskunftspflicht oder -erlaubnis besteht, dürfen Sie Auskunft erteilen. Es gibt bei den Versicherungen meistens entsprechende Vordrucke für die Berichte. Wenn Sie, wie es bei Kindern häufig vorkommt, Informationen über mehrere Personen haben, dürfen Sie nur berichten, wenn **alle** Beteiligten eine Schweigepflichtentbindung für diesen konkreten Fall gegeben haben, sonst müssen Sie die nicht freigegebenen Teile auf geeigneter Weise entfernen oder unkenntlich machen.

Auskunft an die Polizei, das Gericht usw. (§ 8 BO)

So kam, nach einem kleinen Rempler mit dem Auto der Großmutter, die Polizei in die Praxis gestürzt und wollte wissen, welcher Patient gerade die Kinderpsychotherapeutische Praxis verlassen hatte, damit die Fahrerin, die den Unfallort verlassen hatte, dingfest gemacht werden könnte.

Auch wenn Sie Zeuge geworden sind von einem Schadensereignis und auch etwas aussagen könnten über die mögliche Schuld des Verursachers, sogar auch wenn es dabei nur um den Fahrer ihres Patienten geht: Sie dürfen nichts aussagen, solange Sie nicht wirksam von der Schweigepflicht entbunden sind, auch nicht nur den Namen des Patienten. Denn die Tatsache, dass ein Patient bei Ihnen in Behandlung ist, unterliegt der Schweigepflicht und damit auch, wer ihn begleitet hat. Die Polizei hat in diesem Fall keinen Anspruch auf die gewünschte Auskunft. Dabei ist es unerheblich, wenn vom Polizisten betont wird, dass er wiederum selber ja auch an die Schweigepflicht gebunden ist. Nur beim rechtfertigenden Notstand wären eine Auskunft und damit ein Bruch der Verpflichtung zur Verschwiegenheit erlaubt.

Finanzamt, Steuerberater, eigener Anwalt, Mitarbeiter in der Praxis (§ 8 BO)

In der Regel rechnet der Psychotherapeut mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder dem privat versicherten Patienten selber ab. Sollte er von einer externen Abrechnungsstelle Gebrauch machen, muss vorher vom Patienten dazu eine Einwilligung eingeholt werden. Zur Durchsetzung von Forderungen gegen die Patienten muss der Psychotherapeut die Möglichkeit haben, die erforderlichen Daten preiszugeben. Dafür muss er sich aber auf das notwendige Maß beschränken und darf dem Patienten nicht mutwillig Schaden zufügen. In diesem Fall wäre also ein **normales Mahnverfahren** angebracht gewesen. Nach zweimaliger Mahnung durch den Therapeuten selber ist es möglich, ein Mahnverfahren durch einen Rechtsbeistand durchführen zu lassen. Da ist es natürlich erforderlich, dass gewisse Daten herausgegeben werden. Das ist als ein höherwertiger Tatbestand anzusehen, und diese Herausgabe stellt damit im Prinzip keinen Verstoß gegen die Verschwiegenheitsverpflichtung im Sinne der Berufsordnung dar. Eine Schweigepflichtentbindung des Patienten ist in diesem Fall also nicht erforderlich. Nur wenn ein Mahnverfahren bis zur Pfändung der Bezüge beim Arbeitgeber gehen muss, darf ein Arbeitgeber überhaupt erfahren, dass gegenüber dem Patienten eine offene Forderung besteht, aber nicht von wem und warum.

Der Steuerberater und das Finanzamt können bei einer Betriebsprüfung ggf. die Patientennamen insbesondere von Privatpatienten identifizieren. Auch das stellt kein Verstoß gegen die Berufsordnung dar, weil der Therapeut ein berechtigtes, insofern höheres Interesse hat. Die Psychotherapeuten müssen z. B. die Namen der Patienten in den Überweisungen nicht vorher schwärzen. Dennoch sollten die Akten so geführt werden, dass weder der Steuerberater noch das Finanzamt auf die Akten zugreifen bzw. Einsicht in die Akten nehmen müssen.

Die Mitarbeiter der Praxis (ob Sekretärin, Putzfrau, Buchführer oder EDV-Fachmann) müssen zur Verschwiegenheit verpflichtet werden. Auch das sollte in schriftlicher Form dokumentiert werden.

Krankenkasse, private Krankenversicherung, Beihilfe (§ 7 BO)

Gegenüber der KV, der privaten Versicherung und der Beihilfe gibt der Patient mit seiner Unterschrift auf dem Antrag auf Kostenübernahme der Psychotherapie seine Einwilligung darin, dass der Psychotherapeut seinen Antrag weiterleiten darf und entbindet den Psychotherapeuten damit insofern von der Schweigepflicht. Die von den Krankenkassen, Versicherungen und der Beihilfe hinzugezogenen **Gutachter** sollen nur unter der Chiffre des Patienten (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und des 6-stelligen Geburtsdatums) angeschrieben werden. In den Berichten an den Gutachter sollten auch keine Vornamen verwendet werden. Ggf. sind ganz spezielle Berufsbezeichnungen oder Wohnorte der Patienten oder der Eltern von Kindern und Jugendlichen zu umschreiben, damit sie vom Gutachter nicht identifiziert werden können. Dieser Bericht ist immer in einem **separaten, gut erkennbaren Umschlag** an die Krankenkasse, Krankenversicherung oder Beihilfestelle zu senden. Leider lässt es sich noch immer nicht ganz verhindern, dass Beihilfestellen die Informationen über die Aufnahme einer Psychotherapie und die Diagnose erhalten. Deshalb ist es vor allem bei Anwärtern für den Beamtendienst unbedingt erforderlich, dies mit dem Patienten zu besprechen. Auch kann die Tatsache, dass eine Psychotherapie in Anspruch genommen wurde, dazu führen, dass noch Jahre später ein Wechsel in die private Krankenversicherung erschwert ist. Außerdem könnte ein späterer Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung erschwert sein. Über diese Risiken muss der Patient vor Beginn der Behandlung aufgeklärt werden.

Bertke Reiffen-Züger

Umzug der Geschäftsstelle erfolgreich abgeschlossen!

Der Umzug der Geschäftsstelle der PKN in die neuen Räumlichkeiten hat reibungslos funktioniert. Plangemäß öffnete die Geschäftsstelle am 6. Juli 2015 die Türen am neuen Standort in der Leisewitzstaße 47, 30175 Hannover. Mit rund 590 qm bietet die neue Geschäftsstelle nun den dringend benötigten Raum für die Verwaltungs- und Gremienarbeit. Mit einem großen Tagungsraum, der durch vorausgehende Umbauarbeiten geschaffen werden konnte, ist es nun auch möglich, die Sitzungen der Kammerversammlung und Fortbildungsveranstaltungen im eigenen Hause zu realisieren.

Ansicht der Leisewitzstraße 47

Geschäftsstelle

Leisewitzstr. 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
Internet: www.pknds.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Tag der Neuapprobierten in Dortmund

Mehr als 100 neuapprobierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kamen am 4. Juli 2015 zum „Tag der Neuapprobierten" der Psychotherapeutenkammer NRW in die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe in Dortmund. Kammerpräsident Gerd Höhner begrüßte sie einleitend mit den Worten: „Wir möchten Sie heute über die Aufgaben und Möglichkeiten der beruflichen Selbstverwaltung und über Ihre Möglichkeiten im Arbeitsfeld Psychotherapie informieren. Gleichzeitig möchten wir aber auch mit Ihnen als neue ‚Mitglieder der Familie' ins Gespräch kommen und Ihnen aufzeigen: Es gibt viele Möglichkeiten, wie Sie sich in unserem spannenden und lebendigen Beruf engagieren und aktiv am gesundheitspolitischen Geschehen mitarbeiten können, ob in Ihren Regionen oder in der Psychotherapeutenkammer NRW."

Zunächst nahm Gerd Höhner die neuen Kammermitglieder mit auf eine Reise durch die Geschichte und schilderte markante Stationen auf dem „langen Weg der Psychotherapie" in Deutschland. Als Meilenstein in der Entwicklung, hin zu einer anerkannten und im gesundheitspolitischen System verankerten Profession, hob er das 1998 auf Bundesebene verabschiedete Psychotherapeutengesetz hervor. „Damit wurden zwei neue Heilberufe geschaffen, die bislang kaum eine andere Lobby als die eigenen Vertreter hatten. Da verschiedene Bundesländer nicht bereit waren, die Berufe im Rahmen von Weiterbildungsordnungen zu regeln, schuf der Bundesgesetzgeber ein Ausbildungsnetz, in dem es zwar zu großen Überschneidungen mit Inhalten der Grundberufe kam, was dennoch einen immensen Fortschritt darstellte. Es wurde ein Kompetenzprofil für die beiden Heilberufe definiert und es wurde eine geregelte, fachlich anspruchsvolle Ausbildung begründet."

Fortführend präsentierte Gerd Höhner die Aufgaben der Psychotherapeutenkammer NRW als berufliche Selbstverwaltung aller approbierten

Mehr als 100 Neuapprobierte kamen nach Dortmund

Gerd Höhner

Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Von den aktuellen politischen Aktivitäten hob er als eines der zentralen Themen die Erneuerung der Bedarfsplanung hervor und wies darauf hin, dass die Kammer einen Vorschlag insbesondere für eine Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet an den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtet habe. Er stellte die bundes- wie landespolitischen Aktivitäten im Rahmen der jetzt in Angriff genommenen Reform der Psychotherapeutenausbildung dar.

Des Weiteren erläuterte der Kammerpräsident das Mitwirken der Psychotherapeutenkammer NRW in Initiativen wie dem Landespsychiatrieplan NRW. „Mit dieser Initiative, die bedarfsgerechte Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder in psychischen Krisen ermöglichen soll, schlägt die Landesregierung einen begrüßenswerten Kurs ein – und wir als Kammer freuen uns, dass wir diese Pro-

Marc Wittmann

zesse mitgestalten können." Wichtige Handlungsfelder seien unter anderem verstärkte Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Angeboten der Jugendhilfe sowie die Entwicklung von Angeboten für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen. „Grundsätzlich halte ich es hierbei für eine wesentliche Aufgabe unserer Profession, eine psychotherapeutische Grundhaltung in die versorgenden Einrichtungen zu tragen und ein menschliches Miteinander zu fördern", betonte Gerd Höhner.

Abschließend beschrieb er das Engagement der Psychotherapeutenkammer NRW im Bereich der Gesundheitsförderung und als Mitglied der Landesgesundheitskonferenz, in der alle an der Versorgung beteiligten Akteure die Gesundheitspolitik gemeinsam mitgestalten. „An dieser Stelle möchte ich Sie auch auf die kommunalen Gesundheitskonferenzen der Städte und Kreise aufmerksam machen", so Gerd Höhner. „Hier findet lokale Gesundheitsplanung statt, hier wird überlegt, welche Modelle sinnvoll sein könnten und welche Ideen in die regionale Landschaft passen. Und wer sich hier engagiert, spricht mit!"

Marc Wittmann, Justiziar beim Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW, informierte die Neuapprobierten über das Versorgungswerk und ihre soziale Absicherung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut. Er sprach über die Begründung der Mitgliedschaft im Versorgungswerk, damit verbundene Pflichten und Ansprüche sowie verschiedene Beitragsformen. Großes Interesse fanden auch sein Überblick über die Leistungsarten und Beispielrechnungen zur Rentenhöhe.

Daniela Krajka

Dr. Horst Bartels

Barbara Lubisch

Erläuterungen zu dem für die Berufsanfänger spannendem Thema „Voraussetzungen und Bedingungen der Zulassung als Vertragspsychotherapeutin/als Vertragspsychotherapeut" erhielten die Neuapprobierten aus erster Hand von Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen. Daniela Krajka von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe beschrieb das System und die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung in Westfalen und die Bedarfsplanung in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Dr. Horst Bartels von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein stellte verschiedene Möglichkeiten der Berufsausübung vor und gab einen Überblick über Zulassungsvoraussetzungen, rechtliche Rahmenbedingungen und Themenfelder wie Nebentätigkeit.

Anschließend zeichnete Barbara Lubisch, Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, ein Bild über die Bedingungen und Perspektiven der Berufstätigkeit in Anstellung und Niederlassung. Sie beschrieb die Möglichkeiten freiberuflicher Tätigkeit in Kassen- und Privatpraxis bis hin zu erweiternden Feldern wie Coaching oder Supervision. Sie verdeutlichte, welche Schritte Praxisinhaber als freie Unternehmer zu erledigen haben, lieferte Beispiele für eine funktionieren-

de Wirtschaftlichkeitsrechnung und gab Einblick in die Verdienstmöglichkeiten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auch Hinweise zum ‚Kostenerstattungsverfahren' und praktische Tipps für ein erfolgreiches Praxismarketing wurden mit Interesse aufgenommen.

Aufkommende Fragen rund um das Thema Praxisnachfolge nahm Barbara Lubisch am Tag der Neuapprobierten zum Anlass, um die Bedeutung von Netzwerken herauszustellen: „Wer eine Praxis sucht, sollte die Gelegenheit nutzen, sich über regionale Arbeitskreise, Berufsverbände oder die Praxisbörse der Psychotherapeutenkammer NRW zu informieren. Über diese Kanäle kommen immer wieder wichtige Kontakte zustande." Grundsätzlich warb sie dafür, sich zu vernetzen und mit Vertretern anderer Heilberufe zusammenzuarbeiten. „Wir hören durchaus Klagen von Ärzten, dass von uns Psychotherapeuten ‚wenig Information kommt'", so Barbara Lubisch. „Gründe hierfür finden sich sicherlich nicht zuletzt im historisch nicht immer einfachen Verhältnis beider Berufsgruppen zueinander, das oft durch wenig Anerkennung für Psychotherapeuten gekennzeichnet war, doch es wäre ein Fehler, wenn wir diese Geschichte fortschreiben. Vielmehr möchte ich Ihnen ans Herz legen: Nehmen Sie Kontakt auf, suchen Sie den Austausch. Auf diese Weise können viele positive Entwicklungen in Gang kommen."

Angereichert wurden die Vorträge der Referenten durch interessierte Fragen und Erfahrungsberichte von Teilnehmerinnen und Teilnehmern. In den Pausen nutzten viele der neuapprobierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit, sich an den Beratungsständen im Foyer zu Themen wie Mitgliederverwaltung oder Fortbildung zu erkundigen und sich näher über das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW und zu den Kassenärztlichen Vereinigungen zu informieren.

Zum Abschluss eines rundum informativen Tages kam Kammerpräsident Gerd Höhner nochmals auf seine eingangs formulierte Einladung zurück: „Ich denke, es ist deutlich geworden: Sie haben sich für einen spannenden, abwechslungsreichen und lebendigen Beruf entschieden. Ich freue mich, wenn Sie die heute zur Sprache gekommenen Möglichkeiten der Mitarbeit nutzen und unseren Berufsstand offensiv vertreten. Ich freue mich darauf, Sie bald wiederzusehen!"

Großes Interesse im Plenum

Aktionsplan gegen Sucht NRW

Im Februar 2015 verabschiedete das Land Nordrhein-Westfalen den Aktionsplan gegen Sucht NRW. Die Zusammenarbeit der verantwortlichen Institutionen und Einrichtungen holt der Fachbeirat Sucht, als zentrales Gremium auf Landesebene, ein. Organisiert wird die Zusammenarbeit über die Landesstelle Sucht. Federführend verantwortlich zeichnet das nordrhein-westfälische Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA). Angelegt ist der Aktionsplan als Gemeinschaftsaktion: Neben den zuständigen Ressorts der Landesregierung beteiligen sich alle relevanten Akteurinnen und Akteure im Bereich der Suchtprävention und der Suchthilfe. Die Psychotherapeutenkammer NRW hat an der Festlegung der Handlungsfelder sowie der Erstellung von Kriterien für unterstützungswürdige Projekte mitgearbeitet und wird sich auch im Fortlauf

Gut besuchte Beratungsstände

an der Entwicklung und der Umsetzung des Aktionsplans aktiv beteiligen.

Konkrete Ansetzungspunkte

Der Entwurf des Aktionsplans baut auf dem Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen von 2012 auf und soll mit Blick auf die dort festgehaltenen längerfristigen Perspektiven in nächster Zeit schnell und konkret Aktionen und Projekte anstoßen. Er konkretisiert die im Landeskonzept festgeschriebenen fachlichen Grundsätze und Rahmenvorgaben und skizziert prioritäre Handlungsbedarfe in den Bereichen Prävention und Hilfe.

Sektorenübergreifend vernetzen

„Wichtigstes Ziel bleibt, die sektorenübergreifende Vernetzung der Hilfesysteme voranzubringen und die differenzierten Angebote fachlich-inhaltlich und strukturell weiterzuentwickeln, damit noch mehr Menschen die Hilfe erhalten, die sie benötigen", heißt es in der Vorbemerkung. Eine frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfen soll vor allem durch mehr Angebotstransparenz und einen niedrigschwelligen Hilfeansatz verbessert werden. Suchtprävention und Suchthilfe müssten zudem stärker zielgruppenorientiert ausgerichtet werden, um nachhaltig und langfristig

erfolgreich zu sein, konstatiert das Arbeitspapier. „Die Angebote müssen sich stärker an der Lebenswirklichkeit und den Lebenswelten der betroffenen Menschen orientieren und den geschlechterdifferenzierten, sozialen und kulturellen Anforderungen Rechnung tragen." Eine vordringliche Aufgabe sieht der Aktionsplan auch in der Förderung von Maßnahmen, die zu einer gleichberechtigten und selbstbestimmten Teilhabe suchtkranker Menschen am gesellschaftlichen Leben führen.

Sucht – ein dringliches Thema

Sich um das Thema Sucht zu kümmern, ist eine dringliche gesellschaftliche Aufgabe und eine wichtige Aufgabe der Psychotherapeuten. Suchterkrankungen sind weit verbreitete psychische Störungen mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Folgen. Allein in NRW leben etwa vier Millionen behandlungsbedürftige Suchtkranke; der Anteil abhängigkeitskranker Menschen liegt bei etwa 20-25 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Auf Grund der gesellschaftlichen Veränderungsprozesse ist damit zu rechnen, dass die Suchtproblematik weiter zunehmen wird: Immer mehr Menschen geraten an ihre psychischen Belastungsgrenzen. Das zeigt sich auch in der steigenden Zahl behandlungsbedürftiger psychischer Störungen. Entsprechend bedeutsam sind erfolgversprechende Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung einer Suchtentwicklung sowie zur adäquaten Behandlung und Betreuung von Suchtkranken.

Psychotherapie wirkt nachweislich

Die Psychotherapeutenkammer NRW macht sich vor diesem Hintergrund dafür stark, dass Psychotherapie zunehmend Eingang in die Suchtkrankenbehandlung findet und in präventive Maßnahmen eingebunden wird. Dieses Engagement schlägt sich in der Präsenz der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Aktionsplan gegen Sucht NRW sichtbar nieder. Das ist ein erfreuliches Ergebnis, denn Psychotherapie ist bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine effektive und häufig die einzige Behandlungsmethode. Eine begrüßenswerte Neuerung in diesem Zusammenhang war auch die Änderung der Psychotherapierichtlinie im April 2011. Seitdem sind der frühe Besuch beim Psychotherapeuten und eine ambulante Therapie für Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige bereits möglich, wenn noch keine Abstinenz vorliegt. Das ist ein wichtiger Schritt, denn Betroffene profitieren auch dann bereits von einer psychotherapeutischen Behandlung.

An der Entstehung und dem Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen sind viele unterschiedliche, insbesondere auch psychosoziale Faktoren beteiligt. Aus psychotherapeutischer Sicht ist daher generell ein ganzheitlicher und lebensweltorientierter Präventions- und Hilfeansatz unverzichtbar. Abhängigkeitskranke weisen zudem nicht selten weitere psychische Störungen auf. Gefragt sind daher multidisziplinäre Ansätze in den verschiedenen Behandlungsphasen. Auf Grund der Vielschichtigkeit der Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren bei einer Suchterkrankung bedeutet das auch ein enges sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Zusammenwirken der verschiedenen Hilfebereiche.

Komplementäre Schnittstellen

Die Psychotherapeutenkammer NRW bewertet es daher positiv, dass über den Aktionsplan gegen Sucht NRW Akteurinnen und Akteure im ambulanten und stationären Bereich stärker vernetzt werden sollen, Psychotherapie mit komplementären Angeboten der Suchthilfe verknüpft werden soll und Schnittstellen insbesondere zu Jugendhilfe und Schule, Altenhilfe, Pflege, Behindertenhilfe, Rehabilitation, Nachsorge und Vermittlung in den Arbeitsprozess gesucht werden. Mit dem Aktionsplan gegen Sucht NRW setzt das Land erkennbar auf eine breite Beteiligung und zeigt Interesse, die ganzheitliche Versorgung und Hilfen für psychisch kranke Menschen im Bereich Suchtprävention und Suchthilfe voranzutreiben.

Förderkriterien ausgeschrieben

Der mit Landesmitteln geförderte Aktionsplan ist prozesshaft angelegt und zunächst auf drei Jahre konzipiert. Seine Umsetzung wird kontinuierlich vom Fachbeirat Sucht begleitet. Vor Kurzem wurde das Förderverfahren mit den Kriterien für zu unterstützende Projekte bekannt gemacht. Interessierte finden die Ausschreibung und das Antragsformular zum Förderverfahren auf der Homepage der Landesstelle Sucht NRW (www.landesstellesucht-nrw.de). Auch die Website der Psychotherapeutenkammer NRW (www.ptk-nrw.de) bietet aktuelle Informationen zum Aktionsplan gegen Sucht NRW und wird über zukünftige Entwicklungen und Ergebnisse der Zusammenarbeit sowie die Beiträge der Psychotherapeuten berichten.

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

Psychoonkologie in der psychotherapeutischen Praxis

Auch wenn der medizinische Fortschritt zu deutlich besseren Überlebenschancen für an Krebs erkrankten Menschen geführt hat, so hat die Diagnose Krebs doch nach wie vor nichts von ihrem Schrecken verloren. Jeder von uns kennt Betroffene im Familien- und Freundeskreis. Denn immer mehr Krebskranke leben immer länger. Einige Krebsarten sind inzwischen heilbar, vor allem aber haben die therapeutischen Fortschritte dazu geführt, dass Patienten trotz, bzw. mit ihrer Tumorerkrankung heute deutlich länger leben als vor noch vor zehn, zwanzig Jahren. Bei Brust-, Prostata-, Lungen-, Magen- und Darmkrebs sowie bei chronisch lymphatischer Leukämie sind in dieser Hinsicht Fortschritte zu vermelden, wobei das zum Teil sogar für fortgeschrittene Stadien gilt. Angesichts dieser immer differenzierterer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nimmt nicht nur die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten, sondern auch die betroffener Angehöriger immer weiter zu. Krebserkrankungen werden somit zunehmend zu chronischen Erkrankungen.

Mit dieser Entwicklung gehen auch neue Herausforderungen in der Versorgung dieser Patientengruppe einher. Durch eine Krebserkrankung kommt es bei den Betroffenen selbst und in ihren Familien häufig zu erheblichen psychischen Belastungen und Herausforderungen. Neben der Behandlung der Grunderkrankung wird auch oft eine psychosoziale Versorgung notwendig. Dass solche psychoonkologischen Interventionen wirksam sind, wurde in den letzten 20 Jahren vermehrt mit empirischen Studien untermauert. Eine systematische Zusammenschau, Bewertung und Synthese dieser Studien liegt der im letzten Jahr in Deutschland erstmalig veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ zugrunde. Damit liegen nun evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen auf hohem methodischem Niveau vor.

Psychoonkologische Interventionen in allen Phasen der Behandlung

Groß angelegte epidemiologische Studien zeigen dabei, dass der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und psychische Komorbiditäten bei Menschen mit einer Krebserkrankung groß ist (z. B. Mehnert et al., 2014). Die Bedeutung zielgruppenorientierter Versorgung wird in diesen Studien herausgestrichen. Die Experten sind sich einig, dass den Patienten psychoonkologische Interventionen je nach ihrem individuellen Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung wohnortnah angeboten werden sollten. Dies setzt aber auch voraus, dass eine regelmäßige Abklärung eventuell vorhandener Belastungen im Erkrankungsverlauf erfolgt. Die häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen sind affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Suchterkrankungen. Hier ist eine Psychotherapie, wie bei allen anderen Patientinnen, ebenso indiziert. Ein Sonderfall bei Krebspatienten ist, dass die Leitlinie auch vorsieht, subsyndromale Belastungen psychotherapeutisch zu behandeln. Dabei handelt es sich um eine hohe und behandlungsbedürftige psychische Belastung, die aber (noch) nicht alle Kriterien für eine psychische Erkrankung gemäß ICD erfüllt. Dies sind vor allem Patienten mit einer starken Angst vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung (Progredienzangst) oder chronischer Erschöpfung (Fatigue). Man geht davon aus, dass etwa ein Drittel aller Krebspatienten psychotherapeutisch behandelt werden müssen. Die Wirksamkeit der Behandlung ist dabei vielfach nachgewiesen worden. Sie wirkt sich nicht nur positiv auf die psychische Symptomatik. So führt zum Beispiel eine nicht behandelte Depression zu einer höheren Mortalitätsrate bei Krebspatienten.

Anspruch an den Therapeuten: Grundkenntnisse in der Onkologie

Aufgabe von psychoonkologisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist es, die Belastungen zu reduzieren und mit Patienten und Familien Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, damit die neue Situation bestmöglich gestaltet werden kann. Die Unterstützung kann zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung, der Therapie und auch beim Wiedereinstieg in den Alltag und Beruf hilfreich und sinnvoll sein.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten gibt es dabei einige Besonderheiten. Zum einen erfordert sie die Bereitschaft sich intensiv mit medizinischem Wissen auseinanderzusetzen und entsprechend fortzubilden. Grundkenntnisse der Onkologie sind dabei unabdingbar, um die Sorgen der Patienten und den Inhalt der aktuellen Belastungen verstehen und darüber in einen Dialog treten zu können. Psychoonkologischen Interventionen liegt stets ein bio-psychosoziales Krankheitsmodell zugrunde. Die vorhandenen Konzepte sind schulenübergreifend gedacht. Im Mittelpunkt stehen dabei unter anderem Interventionen, die den Patienten helfen sollen, mit Ängsten umzugehen und Ressourcen – seien sie personaler, sozialer oder spiritueller Art – einzusetzen. Der Psychotherapeut kann bei der Neuorientierung und Suche nach Perspektiven und bei der Verbesserung der Kommunikation

mit Partnern und Angehörigen unterstützen. Die Bereitschaft, sich im Verlauf von fortschreitender Krebserkrankung auf eine Entwicklung der therapeutischen Beziehung einzulassen, die der existentiellen und menschlichen Situation gerecht wird, stellt dabei die größte Herausforderung dar. Unterschiedliche Krankheitsphasen – die kurative Situation, das Auftreten von Metastasen und Rezidiven, die palliative Situation sowie der Prozess des Sterbens – bringen unterschiedliche Themen in der psychotherapeutischen Arbeit und damit einhergehend unterschiedliche Anforderungen an die Psychotherapeutin mit sich.

Größtes Versorgungsdefizit im ambulanten Bereich

Es gibt also auf der einen Seite einen großen Bedarf an fachgerechter psychoonkologischer Versorgung und andererseits auch viele evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten. Derzeit kann in Deutschland jedoch eine gute Versorgung, wie in der Leitlinie beschrieben, nicht umfassend geleistet werden. Fachgesellschaften verweisen darauf, dass es bei der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten immer noch große Defizite gibt. Das betrifft insbesondere den ambulanten Bereich. Dabei findet ein Großteil der Versorgung ambulant statt, da sich die Liegezeiten bei Krebserkrankungen deutlich verkürzt haben. Oftmals bleiben die Patienten nur einige Tage im Krankenhaus. In den Krebsbehandlungszentren soll zunehmend mehr psychoonkologische Expertise integriert werden. Eine ambulante (Weiter)Behandlung gestaltet sich jedoch vielfach schwierig. Neben dem alle Patienten betreffenden Problem der langen Wartezeiten, setzt die Psychotherapie-Richtlinie derzeit noch einen zu engen Rahmen für die Erfordernisse der Behandlung von Krebspatienten. Denn hier müssten Stundenkontingente flexibler gestaltet werden können und auch aufsuchende Behandlungen wären nötig. Auch die Behandlung subsyndromaler Belastung sollte ermöglicht werden. Neben Hindernissen, die sich im Gesundheitssystem auftun, besteht auch Fortbildungsbedarf bei den Kolleginnen und Kollegen.

OPK setzt sich für curriculare Fortbildung ein

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer setzt sich deswegen dafür ein, eine curriculare Fortbildung zu entwickeln, die den besonderen Erfordernissen der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten Rechnung trägt. Einerseits soll das Curriculum auf den konkreten Fortbildungsbedarf approbierter PsychotherapeutInnen abgestimmt sein. Andererseits können so auch fachliche Standards gesetzt werden. Nach ersten Gesprächen mit VertreterInnen von Fachgesellschaften wird nun eine Expertenrunde einberufen, die über die Erfordernisse einer solchen Fortbildung unter Versorgungsgesichtspunkten berät und darauf aufbauend ein fundiertes Curriculum erarbeiten soll. In den Erarbeitungs- und Abstimmungsprozess soll dabei ein breites Spektrum an Expertise aus Settings, Verfahren und Berufsgruppen einbezogen werden. OPK-Mitglieder, die über Expertise in diesem Bereich verfügen, möchten wir hiermit ganz herzlich dazu einladen, sich bei uns zu melden.

Dr. Andrea Walter
Wissenschaftliche Referentin

Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ in 3. Auflage in Thüringen erschienen – OPK erstmals als Mitherausgeber

Es ist ein bisher einzigartiges Modellprojekt für die fünf neuen Bundesländer und Thüringen ist der Vorreiter: Die Neuüberarbeitung des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder“ unter maßgeblicher Beteiligung und Einbeziehung der Psychotherapeuten als Mitherausgeber. Entstanden ist ein multiprofessioneller Leitfaden, der Handlungsempfehlungen und -standards für Ärzte sowie Psychotherapeuten setzt.

Die Neuherausgabe des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder“ ist ein gemeinsames Projekt der Landesärztekammer Thüringen, der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit und dem Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport sowie der Techniker Krankenkasse. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine Hilfestellung in die Hand zu geben, wie sie Fälle von vermuteter Gewalt erkennen und sachgerecht handeln können.

Seelische Misshandlungen und Verletzungen ebenso verletzend

Bei der nun vorliegenden Publikation zeigt sich bereits im veränderten Titel „Leitfaden für Ärzte und Psychotherapeuten“ nach Ansicht des Präsidenten der Landesärztekammer Thüringen, Dr. Mathias Wesser, eine unverzichtbare Maßgabe im Umfeld von Kindesmiss-

handlung und Vernachlässigung. „Die Multiprofessionalität ist zwingende Voraussetzung für das sichere Erkennen von Gewaltanwendungen“, so der Präsident. Die Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer Andrea Mrazek hebt hervor, dass Gewalt gegen Kinder nicht nur körperlich stattfindet, „sondern seelische Misshandlung und Vernachlässigung mindestens ebenso verletzend sind“. Der neu strukturierte Leidfaden gibt Handlungsempfehlungen bei einem Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch. Er berücksichtigt ebenso die laut Bundeskinderschutzgesetz etablierten „Frühen Hilfen“ wie die Risiken der Mediennutzung beim Thema Kindeswohlgefährdung. Auch Neuerscheinungen relevanter Literatur sowie Dokumentationshilfen sind im Anhang zu finden. Damit kann der Leitfaden einen wichtigen Beitrag zur Gewaltprävention und zur notwendigen Sicherheit in der Gewalterkennung, z. B. durch ein Schema zur Einschätzung des Gefährdungspotentials, leisten.

Erfurter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut für Kammer dabei

Vor allem in der Verbesserung der Vernetzung aller am Problem beteiligten Institutionen und Personen sehen die Herausgeber einen Gewinn. So betont die Thüringer Gesundheitsministerin Heike Werner, dass der Leitfaden „einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Gewalt innerhalb des Gesundheitssystems einerseits und andererseits zur besseren Vernetzung unterschiedlicher Hilfesysteme leistet“. Bildungsministerin Dr. Birgit Klaubert sieht den Leitfaden als „wichtige Ergänzung zum Kinderschutz in Thüringen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen“.

Maßgebliche Beteiligung an der Entstehung des psychotherapeutischen Teils hat der Erfurter niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Dr. Rüdiger Bürgel.

Der Leitfaden ist im Onlinemagazin der OPK unter www.opk-magazin.de/kinder-und-jugendlichenpsychotherapie/leitfaden-gewalt-gegen-kinder/ herunterladbar.

1. KJP-Symposium der OPK im Juni in Potsdam – Und es wird mehr davon geben

Es war längst an der Zeit, ein Symposium für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der OPK zu initiieren. Am 12. und 13. Juni dieses Jahres fand ein solches zum ersten Mal statt. Wie alle circa 100 Teilnehmer bestätigen, ist Erfahrungs- und Vernetzungs-Austausch gerade hier sehr gewünscht. Und Erfolg macht Lust auf mehr. Geladen hatte die OPK nach Potsdam auf die Halbinsel Hermannswerder. Thematisch stand das Symposium unter der Überschrift „Kinder psychisch kranker Eltern“. Gleichwohl wurden Workshopangebote wie „Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, Eltern im Konflikt“, „Spielen in der Kindertherapie“, Arbeit mit geistig behinderten Kinder und Jugendlichen“ oder „Psychotherapeutische Arbeit mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen“ ebenfalls sehr gut angenommen.

Das Symposium ging unter anderem der Fragen nach, wie vernetzt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten heute bei ihrer Arbeit in den sozialen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, wie Schule oder Jugendhilfe, agieren müssen. In allen Themengebieten ergab sich das Bild, dass psychische Erkrankungen in ihrer Behandlung und Versorgung so komplex sind, dass dies nur in multiprofessionellen Teams zu lösen und zu stemmen sei.

Im Spannungsfeld „Kinder psychisch kranker Eltern“ erweist sich diese Erkenntnis als gegenwärtig größte Hürde, wie OPK-Präsidentin Andrea Mrazek klar formuliert: „Schwierig ist insbesondere die Zusammenarbeit der verschiedenen Hilfesysteme wie zum Beispiel der Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem, die ihre Handlungsgrundlage in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern haben. Wir brauchen verbindliche, sozialsystemisch übergreifende Netze und Regelungen. Die Kinder fallen heute auf verschieden Weise durch die Hilfsnetze, weil diese nicht ineinandergreifen.“

„Die wenigsten Modellprojekte sind in Regelversorgung angekommen.“

Zum Hintergrund: Rund drei Millionen Kinder leben in Deutschland mit psychisch kranken Eltern zusammen. Für die Kinder stellt es eine erhebliche Be-

lastung dar, wenn ein Elternteil von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Es kommt zu Schuldgefühlen und der Übernahme von nicht altersgemäßen Rollen und Verantwortlichkeiten. Die psychische Erkrankung der Eltern verhindern dabei oft gleichzeitig, dass diese in der Lage sind oder den Mut finden für ihre Kinder Hilfe zu suchen. Dabei gelten diese Kinder selbst als Hochrisikogruppen für die Ausbildung einer eigenen psychischen Erkrankung. Psychisch erkrankte Kinder haben in mehr als 50% der Fälle mindestens einen Elternteil, der selbst psychisch erkrankt ist.

Dabei gibt es wirksame präventive Angebote, die die ganze Familie in den Fokus nehmen und die das Erkrankungsrisiko für die Kinder senken können. Angemessene Hilfen scheitern jedoch vielmals daran, dass ein abgestimmtes und individuell angepasstes Hilfeangebot für die betroffenen Familien in Kooperation schwierig umzusetzen ist. Die beteiligten Helfersysteme arbeiten weitgehend unabhängig – und damit auch unkoordiniert – für sich alleine. Wer welche Hilfe erhält – oder ob überhaupt – hängt vielmehr als alles andere vom Zufall ab und nicht vom tatsächlichen Bedarf der einzelnen Familie.

Wie Prof. Dr. med. Michael Kölch vom Vivantes Klinikum Berlin Friedrichshain schildert, gibt es viele Modellprojekte für die Betreuung der ganzen Familie, also von Eltern wie Kindern, in Deutschland. „Aber nur die wenigsten sind in der Regelversorgung angekommen", konstatiert der Mediziner. In diese Regelversorgung müssten dringend aufsuchende Angebote gebracht werden.

„Die psychische Erkrankung mache viele Eltern zu schwach, um überhaupt noch Hilfe suchen zu können."

Angestellte Psychotherapeuten: „best practice"-Fortbildung am 21. Oktober 2015 im Mediencampus Leipzig

Das Krankenhausstrukturgesetz steht derzeit auf dem Prüfstand und in der Diskussion, die Verabschiedung ist bis Ende des Jahres 2015 geplant. „Qualität" ist das Schlüsselwort des vorliegenden Kabinettentwurfs, es sollen konkrete Vorgaben gesetzlich verankert werden (Struktur, Prozess, Ergebnis-Qualität). Dabei soll die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren weiter vorangetrieben werden.

Die Forderung von der Bundespsychotherapeutenkammer und den Landespsychotherapeutenkammern sieht vor, konkrete (Mindest-)Anforderungen an die Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern zu verankern, die eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung sicherstellen.

Der Zeitpunkt ist daher günstig, in eine Diskussion darüber einzutreten, was Qualität in der stationären psychotherapeutischen Versorgung bedeuten kann!

Die OPK lädt dazu am 21. Oktober 2015 vornehmlich leitende, angestellte Psychotherapeuten nach Leipzig ein, die in Häusern tätig sind, welche eine intensive psychotherapeutische Versorgung ihrer Patienten derzeit erfolgreich anbieten und durchführen oder sonst eine Expertise in dem Bereich verfügen. Sollte es die Position eines leitenden Psychotherapeuten in Ihrer Klinik, Ihrem Krankenhaus nicht geben, sind Sie dazu natürlich herzlich eingeladen.

Ziel der Veranstaltung ist es, einen Diskurs darüber zu führen, was Qualität in der stationären psychotherapeutischen Versorgung bedeutet und welche „psychotherapeutische Identität" in der stationären Versorgung herausgearbeitet werden muss. Konkret können folgende Fragen geklärt werden: Welchen Kernbeitrag liefern die Psychotherapeuten? Was wäre anders, wenn sie wegfielen? Welchen einzigartigen Beitrag liefern sie zur Versorgung der Patienten?

Weiterhin sollen eine konkrete Diskussion und ein Erfahrungsaustausch über Mindestanforderungen an die Personalausstattung stattfinden und in Arbeitsgruppen konkreten Forderungen erarbeitet sowie ein Input für die weitere politische Arbeit der OPK geliefert werden.

Ihre Anmeldung ist ab sofort unter angelika.wendt@opk-info.de möglich.

Alle Daten und der Ablauf zur Fortbildung für leitende Angestellte finden Sie im OPK Magazin unter www.opk-magazin.de/opk-fortbildungen/angestellte-psychotherapeuten/.

Die OPK kommt zu Ihnen in die Bundesländer

OPK vor Ort 2015: An fünf Terminen gibt die Kammer Informationen aus erster Hand, zum Beispiel zu den Befugniserweiterungen, wie den Verordnungen von Krankenhausbehandlungen, von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, an Sie weiter. Es wird außerdem um das Versorgungsstärkungsgesetz gehen, dessen Schwerpunkt die Einrichtung einer Sprechstunde für Psychotherapeuten ist. Hintergrund ist die frühzeitige diagnostische Abklärung in der Patientenbehandlung. Außerdem stehen das Krankenhausstrukturgesetz und die Versorgung von Flüchtlingen auf der OPK-Agenda. Wir werden Ihnen faktisch die neusten berufspolitischen Entwicklungen sowie die Konsequenzen für Ihre Arbeit daraus aufzeigen und mit Ihnen diskutieren.

OPK vor Ort steht zudem in diesem Jahr unter dem großen Thema „Schmerzpsychotherapie".

Start von „OPK vor Ort" ist am 7. September in Rostock, die letzte Veranstaltung dieser Art wird am 1. Oktober in Magdeburg sein. Hier alle Fakten und die genauen Daten kompakt: www.opk-info.de/fortbildungen/kalender/.

Fortbildung zur Therapie von psychisch kranken Soldaten

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat im September 2013 mit dem Bundesverteidigungsministerium einen Vertrag geschlossen, nach dem auch approbierte Psychotherapeut/innen in Privatpraxen psychisch kranke Soldaten behandeln können. Für niedergelassene Psychotherapeut/innen mit KV-Zulassung ist dagegen nach wie vor allein die Vereinbarung maßgeblich, die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesverteidigungsministerium geschlossen wurde.

Im Rahmen des neuen Vertrags haben die Bundeswehr und die BPtK u. a. vereinbart, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit den Landespsychotherapeutenkammern durchzuführen, in denen Psychotherapeut/innen Bundeswehrspezifika und das Verfahren der Behandlung und Abrechnung an dezentralen Örtlichkeiten vorgestellt werden sollen.

Ziel der OPK-Fortbildung mit der Bundeswehr am 04. November 2015 in Naumburg (Sachsen-Anhalt) ist es, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Einblick in den soldatischen Alltag zu geben, um für therapierelevante bundeswehrspezifische Themen und Sachverhalte zu sensibilisieren.

Alle Informationen kurz und knapp sowie Ihre Anmeldemöglichkeit finden Sie unter : www.opk-info.de/fortbildungen/kalender/gemeinsame-fortbildung-mit-der-bundeswehr/.

Geschäftsstelle

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

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

Was ändert sich mit der neuen Fortbildungsordnung?

Welche Auswirkungen hat die neue Fobi-O für Kammermitglieder?

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat auf ihrer Sitzung am 18.04.2015 eine neue Fortbildungsordnung beschlossen. Die Fortbildungsordnung ist zwischenzeitlich vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz genehmigt worden und wird mit dieser Veröffentlichung ab sofort gültig.

Der Vorstand und die Vertreterversammlung der LPK haben hier einige grundsätzliche Änderungen beschlossen, die auch Auswirkungen auf die Mitglieder haben:

1. Die regelhafte Nachweispflicht gegenüber der Kammer entfällt und wird ersetzt durch den Nachweis auf Verlangen gegenüber der Kammer

Im rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetz und deshalb selbstverständlich auch in der neuen Fortbildungsordnung der LPK RLP ist festgeschrieben, dass jedes Kammermitglied, das seinen Beruf ausübt, verpflichtet ist, sich fortwährend beruflich fortzubilden.

Neu ist: Vorstand und Vertreterversammlung legen diese Verpflichtung, sich fortzubilden, mehr als bisher in die Eigenverantwortung der Mitglieder. Die in der alten Fortbildungs- und Berufsordnung festgeschriebene regelhafte Nachweispflicht entfällt und wird ersetzt durch eine Nachweispflicht auf Verlangen der Kammer.

Das bedeutet: Die Kammer wird Nachweise einer fortwährenden beruflichen Fortbildung eines Mitglieds verlangen, wenn es Hinweise gibt, dass ein Mitglied diese im Heilberufsgesetz festgeschriebene Berufspflicht verletzt. Sie wird jedoch nicht mehr – wie bisher – automatisch tätig werden, wenn die Nachweise der beruflichen Fortbildung nicht vorliegen.

Die Kammer bietet ihren Mitgliedern nach wie vor selbstverständlich die behördliche Dokumentation der fortwährenden beruflichen Fortbildung im Rahmen der Führung und Verwaltung des Fortbildungskontos an. Damit besteht für alle Kammermitglieder auch weiterhin die Möglichkeit, die absolvierten Fortbildungen bei der Kammer einzureichen, damit die Punkte im Fortbildungspunktesystem der Kammer verbucht werden. Die LPK RLP empfiehlt ihren Mitgliedern dringend, diesen Service der Kammer zu nutzen, um die fortwährende Fortbildung ordentlich zu dokumentieren.

Das ändert sich nicht: Vertragspsychotherapeuten müssen alle 5 Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis erbringen, dass sie im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind (Nachweis von 250 Punkten im Fünfjahreszeitraum). Dieser Nachweis erfolgt durch die Übermittlung der entsprechenden Daten von der Kammer zur Kassenärztlichen Vereinigung. Vertragspsychotherapeuten müssen also nach wie vor die absolvierten Fortbildungen im Fortbildungspunktesystem der Kammer dokumentieren, wenn das Mitglied wünscht, dass die Kammer der KV die Erfüllung der Fortbildungspflicht bestätigen soll. Gleiches gilt für Psychotherapeuten, die laut Sozialgesetzbuch oder von ihrem Arbeitgeber dazu verpflichtet sind, die fortwährende Fortbildung im 5-Jahreszeitraum nachzuweisen.

2. Das Fortbildungszertifikat wird nicht mehr automatisch erstellt sondern nur noch auf Antrag

Alle Mitglieder, die ein Fortbildungszertifikat erhalten möchten (Nachweis von 250 Punkten im Zeitraum von 5 Jahren), müssen dies ab sofort bei der LPK RLP beantragen. Ein entsprechendes Antragsformular wird auf die Homepage der LPK RLP gestellt. Bisher wurde das Fortbildungszertifikat an alle Mitglieder automatisch verschickt.

Neu ist auch: Die Mitglieder definieren den 5-Jahreszeitraum selbst, für den sie das Fortbildungszertifikat erhalten möchten. In der Vergangenheit gab es bei KV-zugelassenen Psychotherapeuten immer wieder Probleme, wenn die Kammer einen anderen 5-Jahreszeitraum definiert hatte, als die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kammer führt ab sofort keine kammerinternen 5-Jahreszeiträume mehr.

3. Neue Kategorisierung von Fortbildungsveranstaltungen

Die alte Kategorisierung von Fortbildungsveranstaltungen ist überarbeitet worden. Nunmehr liegen 7 Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen vor:

1. Theoretische Fortbildung: z. B. Vortrag und Diskussion, Teilnahme an Kongressen, Tagungen, Symposien im In- und Ausland.
2. Anwendungsorientierte Fortbildung: Hospitationen, Fallkonferenzen oder (interdisziplinären) Kolloquien, Seminare, Klinikkonferenzen, Workshops.

3. Reflexion psychotherapeutischer Tätigkeit: z. B. Qualitätszirkel, Supervision, Intervision, Balintgruppe, Selbsterfahrung, Interaktionsbezogene Fallarbeit, Kasuistisch-technisches Seminar
4. Mediengestützte, strukturierte interaktive Fortbildung
5. Selbststudium durch Fachliteratur/ Lehrmittel
6. Autorenschaft
7. Referententätigkeit/ Qualitätszirkelmoderation

4. Neues Bepunktungssystem

Es ist ein neues Bepunktungssystem eingeführt worden. Grundsätzlich wird pro Fortbildungseinheit (45 Minuten) ein Fortbildungspunkt vergeben. In fast allen o. g. Kategorien entfällt die Begrenzung der Punktzahl. Weitere Änderungen entnehmen Sie der Anlage 1 der Fobi-O.

5. Die Anerkennung von Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern erfolgt unbefristet

Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter werden von der Kammer akkreditiert. Diese Personen können dann für Supervision oder Selbsterfahrung Fortbildungspunkte vergeben. Diese Akkreditierung war bisher auf 3 Jahre befristet und musste danach neu beantragt werden. Diese Befristung ist aufgehoben worden.

6. Anforderungskriterien für Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter ergänzt

Die Anforderungskriterien für die Akkreditierung von Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern sind ergänzt worden. Neu ist, dass eine Tätigkeit als Dozent im psychotherapeutischen Bereich als Voraussetzung nachgewiesen werden muss.

Fragen?

Sollten Sie Fragen zur neuen Fortbildungsordnung oder deren Auswirkungen auf Sie haben, bitte rufen Sie uns an. Frau Rosenbaum von der Geschäftsstelle der LPK RLP wird Ihre Fragen sehr gern beantworten. Sie erreichen Frau Rosenbaum Montag bis Freitag von 9 bis 15 Uhr unter der Telefonnummer 06131/93055-10.

Bekanntmachungen

Neufassung der Fortbildungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (FobiO LPK RLP)

vom 12. Mai 2015

Auf der Grundlage der §§ 3 Abs. 1 Nr. 7, 15 Abs. 4 Nr. 4 und 22 Nr. 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBG) Rheinland-Pfalz vom 19. Dezember 2014 (GVBl. 2014, 302) hat die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (Kammer) in ihrer Sitzung am 18.04.2015 die nachfolgende Neufassung der Fortbildungsordnung beschlossen:

Fortbildungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (FobiO LPK RLP)

Präambel

[1]Die Fortbildung der Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dient der Sicherung, Erweiterung und Aktualisierung des in Aus- und Weiterbildung erworbenen theoretischen und praktischen Grundlagenwissens durch Aneignung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auf dem neusten Stand der wissenschaftlichen Entwicklung. [2]Die Fortbildung liegt im eigenen Interesse der Kammermitglieder im Sinne von Kompetenzerweiterung, persönlicher Entwicklung und im Sinne von Rechtssicherheit in Bezug auf die Fortbildungsverpflichtung. [3]Jede Psychotherapeutin/jeder Psychotherapeut/jede Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/jeder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut soll in eigener Kompetenz und Selbstverantwortung ihre/seine Fortbildung selbst strukturieren. [4]Hierfür ist ein Rahmen bereit gestellt, der das gesamte Spektrum unterschiedlicher Formen von Fortbildung sowie die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken aufzunehmen vermag und darüber hinaus die Integration künftiger Entwicklungen zulässt.

[5]Die Fortbildung leistet so einen erheblichen Teil der Sicherung der Qualität psychotherapeutischer Tätigkeit in Struktur, Prozess und Ergebnis.

[6]Zu den Aufgaben der Kammer gehört es, die berufliche Fortbildung zu fördern und zu unterstützen. Um dies zu gewährleisten, hat die Kammer geeignete Standards zu entwickeln.

§ 1
Ziel und Zweck der Fortbildung

Jedes Kammermitglied, das seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich fortwährend beruflich fortzubilden und sich über die für seine Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten.

Fortbildungsmaßnahmen sollen dazu beitragen, die Fähigkeit zur selbständigen Beurteilung wissenschaftlicher Grundlagen und Perspektiven verschiedener theoretischer Positionen und klinischer Vorgehensweisen in der Psychotherapie zu fördern.

Besondere Bedeutung hat eine kontinuierliche, berufsbegleitende Reflexion der praktisch-klinischen Tätigkeit.

Selbstorganisation von Fortbildung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten wird unterstützt, besonders bei interdisziplinären und interprofessionellen Kooperationen.

Fortbildung unterstützt die Entwicklung von neuen Versorgungsformen, die in besonderer Weise interdisziplinäres und interprofessionelles Zusammenwirken erforderlich machen.

§ 2
Fortbildungsinhalte

(1) Um die inhaltliche Bandbreite der psychotherapeutischen Tätigkeit zu erfassen, lässt sich die psychotherapeutische Fortbildung in drei Bereiche einteilen, die sich in der Form des Wissenserwerbes und in den inhaltlichen Schwerpunkten unterscheiden:

Vertiefung und Erweiterung theoretischer Grundlagen

Umsetzung in therapeutisches Handeln

Reflexion und Ergebniskontrolle der psychotherapeutischen Tätigkeit.

(2) Fortbildungsveranstaltungen sind anerkennungsfähig, wenn sie sich mit mindestens einem der folgenden Inhaltsbereiche befassen:

1. wissenschaftlich anerkannte und wissenschaftlich begründete Psychotherapieverfahren, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
2. Forschungsergebnisse zur Epidemologie, Äthiologie, Prävention, Diagnostik und Behandlung bzw. Rehabilitation von seelischen Störungen,
3. Psychotherapierelevante Nachbarwissenschaften,
4. Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsökonomie und Vorsorgeforschung,
5. weitere nicht-psychotherapeutische, aber berufsrelevante Inhalte, z. B. berufsrechtliche, sozialrechtliche, juristische Fragestellungen, Qualitätssicherung und -management, Personalführung, EDV.

(3) Alle Kammermitglieder haben die Möglichkeit, sich entsprechend der eigenen Berufssituation Schwerpunkte zu setzen.

§ 3
Fortbildungsarten

(1) Die Fortbildung kann theoretisch erfolgen durch die Teilnahme an Kongressen, Tagungen, Symposien, und Vorträgen.

(2) Die Fortbildung kann anwendungsorientiert durch die Teilnahme an Workshops, Hospitationen, Fallkonferenzen, oder (interdisziplinären) Kolloquien und Seminaren erfolgen.

(3) Die Fortbildung kann erfolgen durch die Reflexion psychotherapeutischer Tätigkeit, z. B. durch Supervision, Intervision, Selbsterfahrung, kasuistisch-technische Veranstaltungen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Fallarbeit.

(4) Die Fortbildung kann erfolgen durch mediengestützte, strukturierte, interaktive Fortbildungsmethoden.

(5) Die Fortbildung kann erfolgen durch Selbststudium.

(6) Die Fortbildung kann erfolgen im Rahmen von Autorenschaft.

(7) Die Fortbildung kann erfolgen durch Lehr- und Referententätigkeit im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

§ 4
Kammeraufgaben

Die Kammer ermöglicht nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen, dass die Kammermitglieder ihrer Fortbildungsverpflichtung angemessen nachkommen können:

- Zertifizierung der zur Fortbildung geeigneten Veranstaltungen und Akkreditierung zuverlässiger Fortbildungsveranstalter,
- Ausstellen von Fortbildungszertifikaten als Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht,
- Führen eines Veranstaltungskalenders,
- fortlaufendes Erfassen von Daten über die Nachweise von Fortbildungen und Weiterleitung an die zuständigen Stellen.

§ 5
Fortbildungszertifikat, Fortbildungskonto und Fortbildungsnachweise

(1) Zum Nachweis ihrer beruflichen Fortbildung können die Mitglieder der Kammer ein Fortbildungszertifikat beantragen.

(2) Ein Fortbildungszertifikat wird auf Antrag eines Kammermitglieds ausgestellt, wenn das antragstellende Kammermitglied innerhalb eines in der Antragstellung definierten und vorausgehenden Zeitraums von 5 Jahren anerkannte Fortbildungsmaßnahmen wahrgenommen hat, die mit insgesamt mindestens 250 Punkten gemäß Anlage 1 der Fortbildungsordnung bewertet sind.

(3) Bei nachgewiesener Unterbrechung der Berufstätigkeit aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen einer länger als 3 Monate andauernden Erkrankung verlängert sich der 5-Jahres-Zeitraum entsprechend.

(4) [1]Die Fortbildung wird mit Punkten bewertet. [2]Eine Fortbildungseinheit dauert 45 Minuten. [3]In der Regel wird einer Fortbildungseinheit ein Fortbildungspunkt zugeordnet. Die Bewertung der Fortbildung ist im Einzelnen in Anlage 1 geregelt.

(5) [1]Die Kammer richtet als Serviceleistung für jedes Kammermitglied ein Fortbildungskonto ein, auf dem die Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen und die erreichten Fortbildungspunkte fortlaufend festgehalten werden. [2]Die Mitglieder können ihr persönliches Fortbildungskonto einsehen.

(6) Die Teilnahme an nicht zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen kann auf Antrag des Kammermitglieds anerkannt werden, sofern die Veranstaltung den Anerkennungskriterien dieser Fortbildungsordnung entspricht.

(7) Ein Mitglied kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung auf Antrag binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet.

(8) Die Kammer informiert gemäß § 95 d Abs. 6 Satz 1 SGB V die Kassenärztliche Vereinigung RLP auf deren Anfrage zum Nachweis der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung aus § 95 d Abs. 1 SGB V zugelassener Mitglieder über deren Erfüllung der Fortbildungspflicht nach Abs. 2, es sei denn ein Mitglied widerspricht dieser Vorgehensweise.

§ 6
Anerkennung/Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltern

(1) Für die Anerkennung/Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen und ihre Bewertung mit Punkten ist die Kammer zuständig.

(2) [1]Auf Antrag können auch Fortbildungsveranstalter für bis zu 5 Jahre zeitlich befristet akkreditiert werden, sofern sie die Gewähr dafür bieten, dass unter ihrer Trägerschaft Fortbildungsinhalte, Art der Durchführung und durchführende Personen den Anforderungen der Fortbildungsordnung entsprechen. [2]Als Fortbildungsveranstalter im Sinne dieser Vorschrift gelten auch Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter. [3]Diese können anerkannt und akkreditiert werden, wenn sie den in Anlage 2 festgelegten Kriterien entsprechen. [4]Die Befristung des Satzes 1 gilt nicht für Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter.

[5]Werden bei der Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen erhebliche Abweichungen von den Anforderungen der Fortbildungsordnung festgestellt, kann die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltern zurückgenommen werden.

(3) Akkreditierte Fortbildungsveranstalter sind berechtigt, auf die Akkreditierung öffentlich hinzuweisen und mit Fortbildungspunkten bewertete Teilnahmebescheinigungen auszustellen.

(4) [1]Fortbildungsmaßnahmen, die von Psychotherapeutenkammern anderer Bundesländer im Rahmen der dort geltenden Fortbildungsordnungen oder – Richtlinien zertifiziert wurden, werden grundsätzlich anerkannt. [2]Dies gilt gleichermaßen für von den Bezirks- und Landesärztekammern sowie Ärztlichen Akademien anerkannten Fortbildungsveranstaltungen.

(5) [1]Die Qualifikation der Supervisorinnen und Supervisoren, der Selbsterfahrungsleiterinnen und Selbsterfahrungsleiter und die Qualität der eingesetzten Fortbildungsmethoden gelten dann als gegeben, wenn die Anforderungskriterien entsprechend der Anlage 2 und Anlage 3 der Fortbildungsordnung erfüllt sind. [2]Die Qualifikation der Referentinnen und Referenten gilt dann als gegeben, wenn diese über eine nachweisbare fachliche Qualifikation in dem jeweiligen Bereich verfügen.

(6) Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass

1. sie den Zielen, Inhalten und Fortbildungsarten dieser Fortbildungsordnung (§§ 1, 2, 3 FobiO) entspricht,
2. die Vorgaben der Berufsordnung eingehalten werden,
3. die Inhalte frei von wirtschaftlichen und politischen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten offen gelegt werden.

(7) [1]Die Kammer behält sich eine Überprüfung der Fortbildungsmaßnahme vor. [2]Werden erhebliche Abweichungen von den zur Anerkennung eingereichten Unterlagen festgestellt, können Fortbildungsveranstaltungen auch nach ihrer Durchführung von der Anerkennung ausgeschlossen werden. [3]Der Veranstalter ist dazu vorher zu hören.

(8) [1]Die akkreditierten Fortbildungsveranstalter werden auf der Homepage der Kammer veröffentlicht. [2]Gleiches gilt für akkreditierte Supervisorinnen und Supervisoren und Selbsterfahrungsleiterinnen und Selbsterfahrungsleiter.

§ 7
In-Kraft-Treten

[1]Die Neufassung der Fortbildungsordnung tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft. [2]Zugleich tritt die Fortbildungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 14. November 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter Seite 20 – 23, ber. Psychotherapeutenjournal 1/2013, S. 105) außer Kraft.

Anlage 1 zur Fortbildungsordnung
Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung

Kategorie	Kategorie	Punktzahl	Bewertungsrahmen	Nachweis
1	Theoretische Fortbildung: z. B.: Vortrag und Diskussion/ Teilnahme an Kongressen/ Tagungen/ Symposien im In- und Ausland.	1 Punkt pro Fortbildungseinheit	Keine Begrenzung	Teilnahmebescheinigung
2	Anwendungsorientierte Fortbildung: z. B. Teilnahme an Hospitationen/ Fallkonferenzen oder (interdisziplinären) Kolloquien/ Seminare/ Klinikkonferenzen/Workshops	1 Punkt pro Fortbildungseinheit	Keine Begrenzung	Teilnahmebescheinigung
3	Reflexion psychotherapeutischer Tätigkeit: z. B.: Qualitätszirkel/ Supervision/ Intervision/ Balintgruppe/ Selbsterfahrung/ Interaktionsbezogene Fallarbeit/ Kasuistisch-technisches Seminar	1 Punkt pro Fortbildungseinheit plus 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung	Keine Begrenzung	Formales Sitzungsprotokoll (Teilnehmerliste, Ort, Zeit, Thema)
4	Mediengestützte, strukturierte interaktive Fortbildung, vgl. Anlage 3, mittels Internet/CD-ROM/Printmedien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform. Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen vorab von der LPK anerkannt werden.	1 Punkt pro Fortbildungseinheit	Keine Begrenzung	Teilnahmebescheinigung (vergl. Anlage 3)
5	Selbststudium durch Fachliteratur/ Lehrmittel		Max. 50 Punkte in 5 Jahren	
6	Autorenschaft	5 Punkte pro Beitrag	Keine Begrenzung	Literatur-, Programmnachweis
7	Referenten/ Qualitätszirkelmoderatoren	1 Punkt pro Fortbildungseinheit plus 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung	Keine Begrenzung	Referenten-Bescheinigung/ Programmnachweis/ Rechnung

Anlage 2 zur Fortbildungsordnung
Anforderungskriterien für Supervisorinnen/Supervisoren/Selbsterfahrungsleiterinnen/Selbsterfahrungsleiter

Folgende Kriterien gelten für Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter von Fortbildungsveranstaltungen:

1. [1]Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter müssen über eine Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verfügen oder psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt sein. [2]Ausnahmen können in begründeten Fällen beim Vorliegen äquivalenter Voraussetzungen geltend gemacht werden.
2. [1]Die von den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden und von staatlich anerkannten Ausbildungsstätten beauftragten/anerkannten Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter können im Rahmen der Kammerakkreditierung bzw. -zertifizierung tätig werden. [2]Über die hierfür zu berücksichtigenden Berufs- und Fachverbände entscheidet die Kammer.
3. Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter müssen über eine 5-jährige psychotherapeutische Berufstätigkeit nach Abschluss der psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung verfügen.
4. Die Anerkennung als Supervisor setzt eine Tätigkeit als Dozent im psychotherapeutischen Bereich voraus.
5. Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter müssen parallel zu ihrer Tätigkeit als Supervisor/Selbsterfahrungsleiter auch in relevantem Umfang psychotherapeutisch tätig sein. Über Ausnahmen entscheidet der Vorstand.

Anlage 3 zur Fortbildungsordnung:
Empfehlungen zur Zertifizierung von strukturierter interaktiver Fortbildung

A. Definition einer strukturierten interaktiven Fortbildung

[1]Grundlage einer strukturierten interaktiven Fortbildung können prinzipiell alle Medien sein. [2]Allen Anwendungsformen gemeinsam ist die Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform.

B. Inhaltliche und formale Anforderungen

(1) Für die der strukturierten interaktiven Fortbildung zugrunde gelegten Inhalte und Fragen muss der Nachweis einer wissenschaftlichen Begutachtung durch den Anbieter gegenüber der zertifizierenden Kammer erbracht werden.

(2) [1]Die Inhalte müssen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Auf § 2 der FobiO LPK RLP wird verwiesen.

[2]Die Ersteinstellung der Inhalte im Rahmen der strukturierten interaktiven Fortbildung und die letzte Aktualisierung muss kenntlich gemacht werden. Fachautoren, Herausgeber, Erscheinungsdatum und/oder Versionsnummer sowie die juristischen Verantwortlichkeiten sind zu benennen und eindeutig erkennbar zu machen.

(3) Zitierweise und Einbeziehung externer Quellen (z. B. für Abbildungen) entsprechen denen für wissenschaftliche Publikationen in Printmedien.

(4) Der Anbieter hat dem potenziellen Nutzer vor Inanspruchnahme des Angebots Informationen zum Ablauf, den zeitlichen Fristen, der Lernerfolgskontrolle und den Kosten der strukturierten, interaktiven Fortbildung mitzuteilen.

C. Anforderungen an die Lernerfolgskontrolle

(1) Die Inhalte der strukturierten interaktiven Fortbildung und die Methoden der Lernerfolgskontrolle müssen angemessen aufeinander bezogen sein.

(2) Eine qualifizierte inhaltliche Rückmeldung der Kontrollergebnisse an den Teilnehmer ist wünschenswert.

(3) Zum erfolgreichen Abschließen der strukturierten interaktiven Fortbildung sind mindestens 2/3 der Antworten richtig zu beantworten und vom Anbieter zu bescheiden.

D. Abgrenzung von strukturierter interaktiver Fortbildung und Selbststudium

[1]Publikationen, die nicht entsprechend dieser Anlage konzipiert wurden, fallen unter die **Kategorie E „Selbststudium durch Fachliteratur/Lehrmittel mit einer Begrenzung auf „höchstens 50 Punkte in fünf Jahren."** [2]Dies gilt auch für solche Fortbildungsangebote, bei denen eine personenbezogene Erfassung der Bearbeitung der Inhalte und der Überprüfung des Lernerfolges nicht vorgesehen oder nicht möglich ist bzw. vom Nutzer nicht in Anspruch genommen wird.

Die vorstehende Satzung wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 04.05.2015, Az. 652-01 723-7.5.1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Mainz, den 12.05.2015
Alfred Kappauf
Präsident

RLP

Anlage zur Beitragsordnung vom 14. November 2012
(Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter Seite 13-14)

Aufgrund von § 2 Abs. 4 Satz 1 der Beitragsordnung hat die Vertreterversammlung am 11. Oktober 2014 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrags für das Jahr 2015 auf 540,00 Euro festzusetzen.

Die Höhe des Regelbeitrags wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 20.10.2014 Az. 652-01 723-10.4 hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Mainz, den 22.10.2014
Alfred Kappauf
Präsident

pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in psychosozialen Zentren

Mit der am 01.03.2015 in Kraft getretenen Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes werden in Zukunft neue Gruppen von Flüchtlingen eine Gesundheitskarte erhalten. Diese Erneuerung betrifft:

- Asylsuchende, die sich 15 Monate ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten,
- Asylsuchende, die in Kommunen leben, welche die Gesundheitskarte allgemein für Flüchtlinge einführen,
- Flüchtlinge z. B. aus Syrien, die sehr schnell eine Anerkennung erhalten,
- Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Absatz 5 Aufenthaltsgesetz erhalten, wenn sie 18 Monate lang vollziehbar ausreisepflichtig sind, eine Ausreise allerdings nicht möglich ist.

Die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) begrüßt dies als ersten Schritt in Richtung Gleichstellung; die PKS schließt sich dieser positiven Bewertung an.

Neue Versorgungsprobleme durch Einschränkung des Psychotherapieangebotes und fehlender Übernahme der Dolmetscherkosten

Jedoch resultieren daraus leider in der Praxis folgenschwere Probleme, die gemeinsam mit den verantwortlichen Leistungs- und Entscheidungsträgern dringend gelöst werden müssen: Die psychosozialen Zentren können nun ihre Psychotherapien in der großen Mehrzahl nicht mehr über die zuständigen Sozialkassen abrechnen, sind aber gleichwohl keine Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen. Auch approbierte Psychotherapeut/Innen, die in den Beratungen und Behandlungen spezialisiert sind und in den Zentren arbeiten, dürfen nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen; nur ein Teil der Krankenkassen ermöglicht in solchen Fällen das sogenannte Kostenerstattungsverfahren.

Dies führt dazu, dass sogar bereits begonnene Psychotherapien gegebenenfalls abgebrochen werden müssen. Therapieerfolge werden so untergraben, die Symptomatik verschlechtert sich wieder und Krisensituationen werden wahrscheinlicher, einschließlich vermehrter akutpsychiatrischer Notaufnahmen. Die schon ohnehin schlechte Versorgungssituation in den psychosozialen Zentren wird sich weiter verschärfen, denn auch in diesen beträgt die Wartezeit je nach Landkreis mindestens ein Jahr, bis überhaupt eine Behandlung begonnen werden kann.

Auch die Dolmetscherkosten für Psychotherapien können dann gegebenenfalls nicht mehr abgerechnet werden, denn von den gesetzlichen Krankenkassen werden diese grundsätzlich nicht bezahlt. Kassenzugelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten mit einschlägigen Sprachkenntnissen gibt es kaum.

Formal besteht zwar die Möglichkeit, parallel zum Antrag auf Psychotherapie bei der GKV einen Antrag auf Übernahme der Dolmetscherkosten nach § 73 StG 12 vorzunehmen oder bei Leistungsbezug durch das Jobcenter durch Antrag auf Bedarf; jedoch sind diese Anträge sehr aufwändig und die Bearbeitungsdauer beträgt mehrere Monate.

Bremer Praxiserfahrungen

Grundsätzlich ist die Ausgabe von Gesundheitskarten ein wichtiger erster Schritt, der für alle Flüchtlinge gelten sollte. Praxiserfahrungen, insbesondere aus Bremen, wo seit 2005 an alle Berechtigten nach Asylbewerberleistungsgesetz Gesundheitskarten ausgegeben werden, zeigen, dass sich dieses Modell ökonomisch bewährt hat.

Für die Flüchtlinge wird der Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtert und der formale Aufwand für die BehandlerInnen deutlich reduziert. Durch Vorsorge und rechtzeitige Krankenbehandlung kommt es zu Kostenersparnissen. Die Ausgaben bei den Sozialämtern sinken, weil der Verwaltungsaufwand für das Ausstellen von Papieren, Krankenscheinen und die Abrechnung und Kontrolle entfällt. Es kommt auch zu Kosteneinsparung durch entfallende amtsärztliche Prüfungen. Es zeigen sich bis heute in Bremen keinerlei Auffälligkeiten in der von Asylbewerbern beanspruchten Leistungshöhe.

Insgesamt machen die spezialisierten Behandlungszentren bundesweit die Erfahrung, dass der Anteil der erfolg-

reichen Vermittlung in die psychotherapeutische Versorgung sich zurzeit auf etwa zwei Prozent aller Flüchtlinge, die in den spezialisierten Behandlungszentren betreut werden, beläuft.

Forderungen der BAfF

Das bedeutet in der Regel, dass eine Behandlung psychischer Erkrankungen für Flüchtlinge nur in Einzelfällen möglich ist. Deshalb schließt die PKS sich den Forderungen der BAfF an, dass approbierte Psychotherapeut/Innen bei Vorliegen entsprechender Indikation die Möglichkeit haben sollten, qualifizierte Psychotherapien durch formal verbindliche Regelungen abzurechnen, um der Unterversorgung, z. B. über Sonderbedarfsregelungen und Einrichtungsermächtigungen, entgegenwirken zu können. Sprachmittlerleistungen müssen in den Leistungskatalog der GKV integriert werden.

Notwendig ist weiterhin eine Pauschale für eine bedarfsorientierte Erstversorgung in den ersten 15 Monaten (Feststellung von Vulnerabilität, Beratung usw.) für die spezialisierten Zentren und andere Einrichtungen.

Auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes finden sich zwei Resolutionen der Vertreterversammlung zu dem Thema.

Literatur

Gesundheitsamt 2000 Bremen: Das Bremer Modell. Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Classen 2012. Versichertenkarten zur medizinischen Versorgung nach Asylbewerber-Leistungsgesetz in Berlin.

Stellungnahme Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter durch die Asylbewerber-Leistungsgesetznovelle. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) www.baff-zentren.org.

Stellungnahme Gefährdung der psychosozialen Versorgung Geflüchteter.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.

Gewaltbedrohung in der Berufsausübung

Im Nachgang zu einem gewalttätigen Übergriff mit Todesfolge auf eine fachärztliche Kollegin in Saarbrücken durch die Hand eines ihrer Patienten haben das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, die Ärztekammer des Saarlandes und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland einen Austausch über den angemessenen Umgang mit dem schlimmen Ereignis begonnen.

Im Mittelpunkt der geplanten Maßnahmen standen zunächst die Unterstützung der direkt und im engeren Umfeld betroffenen Kolleginnen und Kollegen.

In einem zweiten Schritt wurde unter Federführung des Landesinstituts für präventives Handeln (LPH) eine Veranstaltung geplant, in der Prävention und Umgang mit Gewaltbedrohung im Berufsalltag von Gesundheitsberufen im Mittelpunkt stehen. Neben einem Fachreferat zu „Bedrohungsmanagement im Kontext von Gesundheitsberufen“ (Dr. Jens Hoffmann, Institut Psychologie und Bedrohungsmanagement, Darmstadt) und einem Vortrag über „Möglichkeiten der technischen Prävention“ (Reiner Both, Landespolizeipräsidium) sollen in kleineren Gruppen konkrete Präventionsmaßnahmen erörtert sowie Maßnahmen der Reaktion und Deeskalation vorgestellt und eingeübt werden.

Die Veranstaltung findet am 26. September 2015 von 09.00 bis 17.00 Uhr in der Ärztekammer des Saarlandes statt; Anmeldungen sind möglich unter http://lph-login.de/veranstaltungen/aerztekammer/.

Als weiteren Schritt vereinbarten die Heilberufekammern die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema Gewalt und Gewaltbedrohung gegen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten beschäftigt.

Bei einem ersten Treffen am 17. Juni tauschte man sich über Aufgaben und Inhalte der Arbeitsgruppe aus. Die Beteiligten waren sich einig, dass die Sachstandserhebung über das Ausmaß an Gewaltbedrohung in Praxen unterschiedlichster Fachgebiete konkreten

Aktivitäten vorangestellt sein sollte. Einig war man sich auch darüber, dass es je nach Arbeitssituation (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Klinik) unterschiedliche Bedrohungsszenarien und -häufigkeiten geben wird.

Als erstes konkretes Ergebnis wurde beschlossen, dass jede der teilnehmenden Körperschaften zunächst Anlaufstellen für ihre Kammermitglieder einrichtet.

Veranstaltung der ÄKS und der PKS: „Vom Wonneproppen zum Prachtexemplar – unsere adipöse Gesellschaft"

So das Thema der zweiten gemeinsamen Fachtagung, die die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und die Ärztekammer des Saarlandes, diesmal in Zusammenarbeit mit dem Adipositasnetzwerk Saar, am 13.06.2015 ausgerichtet haben. In den neuen Veranstaltungsräumen der Ärztekammer konnten die Präsidenten der beiden Kammern, Dr. Josef Mischo und Bernhard Morsch, über 120 Teilnehmer mit ihrem gemeinsamen Grußwort willkommen heißen.

Prof. Dr.med. Stephan Herpertz, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, erläuterte in seinem Vortrag „Des einen Freud ist des anderen Leid – psychosoziale und psychosomatische Aspekte der Adipositas" psychische, soziale und genetische Bedingungsfaktoren für die Entstehung einer Adipositas, die auch maßgeblich für einen langfristigen Behandlungserfolg sind.

Prof. Herpertz informierte über Langzeitstudien, in denen die unterschiedlichen Behandlungsmethoden einschließlich operativer Maßnahmen auf ihre langfristigen Erfolge untersucht wurden. Des weiteren veranschaulichte Prof. Herpertz anhand von Beispielen unterschiedlicher Befragungen und Tests, mit welchen Vorurteilen adipöse Menschen in unserer Gesellschaft immer noch konfrontiert werden.

„Adipositas bei Kindern und Jugendlichen" – Prof. Dr. Petra Warschburger, Diplompsychologin und Leiterin der Abteilung Beratungspsychologie und des Patienten- Trainings- und Beratungszentrums der Universität Potsdam, beleuchtete in ihrem Vortrag die Problematik der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Auch hier greifen die von Prof. Herpartz bereits genannten Bedingungsfaktoren, wobei der Prävention und der frühzeitigen Behandlung hier eine wesentlich größere Bedeutung zukommt. Psychotherapeutische Maßnahmen sind allerdings erfolgreicher als in der Behandlung von Adipositas im Erwachsenenalter. Spezielle Eltern-Kind Programme zeigen gute Erfolge, wenn auch die Motivation, an solchen Programmen teilzunehmen, noch sehr gering und in hohem Maße vom sozialen Status und Bildungsstand der Betroffenen abhängig ist. Ein gesondertes Problem stellen hier Familien mit Migrationshintergrund dar, deren Behandlungsmotivation oft an Sprachbarrieren oder kulturellen Unvereinbarkeiten scheitert. In den letzten Jahren habe zudem erfreulicherweise die Anzahl adipöser Kinder nicht zugenommen, allerdings sei eine Zunahme bei der Höhe des Gewichtes zu verzeichnen.

10 Jahre Netzwerk Adipositas Saar – Dr. med. Angelika Thönnes, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Rehabilitationsmedizin, Vorsitzende des Adipositasnetzwerkes SAAR e. V., stellte die Konzeption des Netzwerkes, die bisher geleistete Arbeit und die weiteren geplanten Aktivitäten vor. Dr. Thönnes betonte die Notwendigkeit der Verstärkung in der präventiven Arbeit bei Kindern und Jugendlichen und die Intensivierung vernetzter Therapieangebote für Adipositaspatienten. Hier sind vor allem noch die Angebote an psychotherapeutischer Versorgung auszubauen.

In der anschließenden Diskussion wurde von den Teilnehmern mehrfach betont, dass insbesondere im Bereich der Prävention bei Kindern und Jugendlichen enormer Handlungsbedarf bestehe. So wurde das Kultusministerium angemahnt, Präventivmaßnahmen in Schulen verstärkt einzusetzen, z. B. mit der Einführung einer zweiten Sportstunde, Ernährungsberatung im Unterricht, mit Angeboten in Schulküchen, gesundem Frühstück, aktiven Pausen usw.

Prof. Dr. Volker Köllner, Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin der Medical Kliniken Blieskastel und Inge Neiser, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, die die Veranstaltung moderierten, bewerteten auch diese zweite gemeinsame Veranstaltung als gelungen; die im Anschluss an die Vorträge rege Diskussion und die hohe Anzahl der Teilnehmer haben gezeigt, dass dieses Thema in der Fachöffentlichkeit auf großes Interesse stößt und weiterhin großer Handlungsbedarf sowohl im präventiven als auch im kurativen Bereich besteht.

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Moment der Auslieferung dieser Ausgabe steht endlich das Wahlergebnis der Kammerwahl fest. Sie können es direkt unter www.pksh.de nachschauen. Wie es zu dieser Verzögerung im Wahlablauf kam, lesen Sie weiter unten.

Das Verständnis der Schweigepflicht und der Umgang mit den besonders sensiblen Daten beim psychotherapeutischen Handeln beschäftigten den Vorstand in Verhandlungen mit dem MDK schon länger. Jetzt wurde ein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt.

Ein weiteres Beispiel dafür, warum in der Politik dicke Bretter gebohrt werden müssen, ist das neue Maßregelvollzugsgesetz. Die Politik muss immer wieder daran erinnert werden, dass unser Berufsstand bei Gesetzes-Novellierungen adäquat unserer fachlichen Qualifikation entsprechend berücksichtigt wird. Das gelingt leider nicht immer beim ersten Mal.

Über all dieses und weitere wichtige Informationen lesen Sie gern ausführlich im Folgenden.

Mit kollegialen Grüßen

Juliane Dürkop
Präsidentin

Die Krankenkassen, der MDK und der Datenschutz

Der Kammervorstand beschäftigt sich seit Mitte 2011 intensiv mit dem Datenschutz und dem Schutz der Schweigepflicht in der Kommunikation von niedergelassenen Kammermitgliedern und den Krankenkassen bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK-Nord).

Im Jahr 2012 sah der MDK-Nord noch keinen Anlass, sich mit der Kritik der PKSH nach Art und Umfang von Sozialdatenabfragen bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen zu beschäftigen. Das änderte sich glücklicherweise 2013 mit einem personellen Wechsel. Die neue ärztliche Leiterin des Bereichs ambulante Versorgung sah die Problematik ähnlich wie wir. Ungenaue bzw. zu pauschale Anfragen des MDK könnten dazu führen, dass PsychotherapeutInnen in der Abwägung zwischen ihrer Schweigepflicht und ihrer gesetzlichen Auskunftspflicht unsicher bleiben und entweder zu viele Daten senden oder zu ungenaue Angaben machen. In einer konstruktiven Zusammenarbeit entstand jetzt eine geregelte Vorgehensweise bei der Formulierung von Anfragen, bei der die MDK-Mitarbeiter die Thematik und Fragestellung präzisieren und eine Begründung formulieren müssen. Eine letzte Prüfung der Datenschutzbeauftragten steht noch aus. Wir erhoffen uns einen deutlichen Zuwachs an Rechtssicherheit für unsere Mitglieder. Wir werden informieren.

Im Juli warnt die Bundesdatenschutzbeauftragte (BFDI), Andrea Voßhoff, in ihrem aktuellen Tätigkeitsbericht vor „schwerwiegenden Verstößen" gegen den Datenschutz beim Informationsaustausch zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und dem MDK. So stellte sie fest, dass die Krankenkassen bei Behandlern Informationen zur Weiterleitung an die Medizinischen Dienste abfragten. Diese vertraulichen Informationen, die explizit nicht den Krankenkassen zustünden, seien von diesen wiederholt gesichtet worden. KBV und KVSH haben sofort reagiert und darüber informiert, dass immer nur der MDK diese Anfragen direkt stellen dürfe und die Zusendung medizinischer und psychotherapeutischer Unterlagen nur direkt an den MDK zulässig sei.

Diesen Missstand haben Vorstandsmitglieder in Gesprächen mit Krankenkassenvertretern schon länger kritisiert. Als Antwort gab es immer Versicherungen, dass man nur für den MDK anfordere und die Unterlagen vertraulich und ungeöffnet weitergeleitet würden. Unser Misstrauen war leider berechtigt. Eine entsprechende Anzeige des Autors gegen eine Gesetzliche Krankenkasse wegen einer derartigen Sozialdatenabfrage im Jahr 2012 wurde nach zwei Monaten von der Flensburger Staatsanwaltschaft abgewiesen, da „der Versuch der Anstiftung zu einem Vergehen (…) nicht strafbar" sei (siehe PTJ 4/2012).

Als besonders problematisch muss nun die regelhafte Begutachtung der Anträge auf Kostenerstattung einer ambulanten Psychotherapie nach §13 Absatz 3 SGB V gesehen werden. Hier gehen die Gutachterberichte in der Regel über die zuständige Krankenkasse des Versicherten an den MDK. Es steht auch zu befürchten, dass diese Berichte im Anschluss nicht beim MDK verbleiben, sondern anschließend in den Akten der Versicherten bei ihrer Kasse verwahrt werden. Daher genießen die vielen PatientInnen, deren Psychotherapien wegen des Systemversagens über Kostenerstattung finanziert werden müssen, geringeren Schutz ihrer Daten als jene

von VertragsbehandlerInnen. Die PKSH hat hierzu wieder Kontakt zum MDK-Nord aufgenommen.

Des Weiteren muss geklärt werden, ob Berichte an die Gutachter von Kostenerstattern auch wirklich beim MDK in qualifizierte Hände geraten, wie bei dem Gutachterverfahren, welches in der G-BA-Psychotherapierichtlinie und den KBV-Psychotherapie-Vereinbarungen definiert ist. Nur dieses Verfahren bietet nach Ansicht der Kammer den notwendigen Schutz dieser hochsensiblen Daten unserer PatientInnen und die Gewähr für die Einhaltung der Schweigepflicht.

PrivatbehandlerInnen, die über Kostenerstattung abrechnen wollen, kann daher derzeit nur dringend empfohlen werden, ihre Gutachterberichte direkt an den MDK zu senden und bei den dazugehörigen Kostenerstattungsanträgen bei den Krankenkassen darauf zu verweisen.

Dr. Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied

Wenn Kammerwahl auf Poststreik trifft…

…kann es schon mal etwas länger dauern. Eigentlich hätten wir in dieser Ausgabe des PTJ über das Ergebnis der Kammerwahl 2015 berichtet, denn eigentlich sollte die Kammerwahl am 10. Juli 2015 beendet sein. Eigentlich sollte am 13. Juli 2015 das Ergebnis feststehen und eigentlich sollte am 04. September 2015 die konstituierende Sitzung der neuen Kammerversammlung stattgefunden haben.

Das wäre sicher auch alles genauso gekommen, wenn nicht just mit Beginn der Wahlzeit Mitte Juni die Angestellten der Post in einen unbefristeten Streik getreten wären. Das taten sie einfach, ohne die PKSH zu fragen. Es wurden Überlegungen angestellt, nicht die Deutsche Post, sondern ein anderes Unternehmen mit der Versendung der Wahlunterlagen zu beauftragen. Dieses Ansinnen wurde jedoch seitens der Aufsichtsbehörde abgelehnt. Warum? Nur die Deutsche Post habe weltweit eine Zustellungsverpflichtung, hieß es und es gibt doch tatsächlich Mitglieder der PKSH, die quasi am anderen Ende der Welt ihr aktuelles Dasein fristen. Es musste mit der Deutschen Post also das Unternehmen beauftragt werde, das unbefristet bestreikt wurde. Und so waren wir zunächst einmal gespannt, was passieren würde.

Entgegen unseren Hoffnungen dauerte der Streik an und viele Kammermitglieder erhielten keine Wahlunterlagen. Um eine Verlängerung der Wahlzeit kamen wir also nicht herum. Ins Auge gefasst wurde der 31. Juli als neues Wahlende. Der Streik ging zu Ende und wir waren zunächst guter Hoffnung, dass bis Ende Juli alle Kammermitglieder die Chance zur rechtzeitigen Wahl erhalten würden und die konstituierende Sitzung damit wie geplant auch am 04. September stattfinden könnte.

Aber gefehlt. Bis Ende Juli gingen immer noch neue Wahlbriefe ein und es gab Hinweise, dass die Aufarbeitung der liegengebliebenen Postberge bei der Post länger andauern würde, als mit dem neuen Wahlende vereinbar gewesen wäre. Von einem Kammermitglied war definitiv bekannt, dass es bis zum 31. Juli nicht hätte wählen können.

Not amused beantragten wir eine erneute Verlängerung der Wahlzeit nach dem Motto: Besser eine weitere Verlängerung als am Ende eine erfolgreiche Anfechtung der Wahl. Und um nun wirklich nichts mehr anbrennen zu lassen, wurde der 11. September zum neuen Wahlende. Die Sommerferien sollten auf jeden Fall abgewartet werden plus eine zweiwöchige Karenzzeit. Damit war dann auch die Konstituierung am 04. September vom Tisch. Diese wird nun am 20. November stattfinden.

Bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe gab es noch kein Wahlergebnis. Die Mitglieder der PKSH wissen mittlerweile, wie es ausgegangen ist. Wir wissen aber, dass Kammerwahlen in Schleswig-Holstein durchaus bundesweit eine gewisse Aufmerksamkeit genießen. Interessierte LeserInnen müssen nun entweder bis zur nächsten PTJ-Ausgabe warten oder die ganz Ungeduldigen können die Homepage der PKSH besuchen. Da steht's auch schon.

Bernhard Schäfer
Vizepräsident

Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes – Politik ignoriert Behandlungsstandards

Am 29. Mai 2015 wurde vom schleswig-holsteinischen Landtag ein novelliertes Maßregelvollzugsgesetz verabschiedet. Eine Novellierung wurde erforderlich, nachdem durch europäisches Recht Präzisierungen hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen vorgenommen werden mussten.

Nachdem ein erster Gesetzesentwurf vorlag, war die Psychotherapeutenkammer in einem schriftlichen Stellungnahmeverfahren an der Novellierung beteiligt, eine mündliche Anhörung fand nicht statt. Während die vorgeschlagenen Änderungen hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen die Zustimmung der PKSH fanden, nutzten wir die Möglichkeit um zahlreiche Änderungsvorschläge hinsichtlich der Behandlung der im Maßregelvollzug untergebrachten psychisch kranken Menschen einzubringen. Diese erfolgt im Maßregelvollzug durch ÄrztInnen oder durch PsychologInnen, sofern die

Behandlung von ÄrztInnen „zur selbständigen Durchführung“ an PsychologInnen delegiert wurde.

Im Maßregelvollzug sind Menschen untergebracht, die unter dem maßgeblichen Einfluss psychischer Störungen schwere Straftaten begangen haben, aufgrund der psychischen Störung jedoch als vermindert schuldfähig oder schuldunfähig angesehen wurden. Erfolgt die Unterbringung im Maßregelvollzug aufgrund einer Suchtmittelabhängigkeit, ist die Unterbringung zeitlich befristet. Sind verminderte Schuldfähigkeit oder Schuldunfähigkeit auf andere psychische Störungen zurückzuführen, erfolgt die Unterbringung unbefristet und es finden jährlich Überprüfungen statt, ob die Entlassung erfolgen kann oder die Unterbringung fortdauern muss. Nur bei hinreichender Besserung des untergebrachten Menschen kann davon ausgegangen werden, dass von ihm keine Gefahr mehr für die Gesellschaft ausgeht und eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug erfolgen.

Neben der Sicherung der psychisch kranken Straftäter, besteht also eine Kernaufgabe im Maßregelvollzug in deren Behandlung und deren Zukunft ist ebenso wie die Sicherheit der Gesellschaft entscheidend von der Qualität dieser Behandlung abhängig. Mit unseren Änderungsvorschlägen forderten wir eine konsequente Einführung und Umsetzung von Standards für die Behandlung psychisch kranker Menschen auch im Maßregelvollzug, wie sie seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 für andere psychisch kranke Menschen gelten. Wir legten Formulierungsvorschläge für alle relevanten §§ im Maßregelvollzugsgesetz vor.

Leider mussten wir nun feststellen, dass alle Fraktionen im schleswig-holsteinischen Landtag diese Änderungsvorschläge ignoriert haben. Auch im novellierten Maßregelvollzugsgesetz ist der rechtlich wie fachlich völlig antiquierte Standard (ÄrztInnen delegieren Behandlung an Psychologen) weiter fortgeschrieben und diesen psychisch kranken Menschen werden Psychologische PsychotherapeutInnen als hochqualifizierte BehandlerInnen schlicht vorenthalten.

Wir haben uns nunmehr erneut an alle Fraktionen im Landtag gewandt, da wir die Fortschreibung der aus der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz stammenden Behandlungsregelungen für nicht verantwortbar halten. Nicht verantwortbar aus Sicht der betroffenen psychisch kranken Menschen, deren Zukunft von der Qualität ihrer Behandlung entscheidend abhängig ist und auch nicht verantwortbar aus Sicht der Gesellschaft, deren Sicherheit nicht weniger mit der Qualität der Behandlung einhergeht. Wir werden an dieser Stelle über den weiteren Werdegang des Maßregelvollzugsgesetzes in Schleswig-Holstein berichten.

Bernhard Schäfer
Vizepräsident

BPtK-Kommission zur Berechnung der Delegiertensitze des DPT

Die PKSH hatte auf dem letzten DPT im April dieses Jahres einen Satzungsänderungsantrag eingebracht, der verhindern sollte, dass die Anzahl der Delegierten auf den Deutschen Psychotherapeutentagen stetig immer weiter wächst (s. PTJ 1/2015, Mitteilungen der PKSH). 2004 waren es noch 87 Delegierte, 2015 sind es schon 135, Tendenz weiter stetig steigend. Aus Zeitgründen war dieser Antrag leider vertagt worden. Er sah vor, durch eine Erhöhung der in der Satzung definierten Anzahl von Kammermitgliedern, ab der eine Landeskammer jeweils einen zusätzlichen Delegiertensitz erhält, wieder eine Reduktion der Delegiertenzahl über alle Landeskammern auf unter 100 zu erreichen. Diese Änderung würde die Kräfteverhältnisse zwischen größeren und kleineren Kammern, auf die man sich bei Gründung der BPtK mühsam geeinigt hatte, bewahren. Auch Bremen brachte einen ähnlichen, leicht modifizierten Antrag ein, dem sich die PKSH angeschlossen hätte. Deutlich wurde aber in Vorgesprächen am Rande des DPT, dass es große Widerstände gegen diese Vorstöße gibt. Diese scheinen uns weniger inhaltlich begründet, als vielmehr darin, dass mit diesen Satzungsänderungen einige Delegierte schlicht ihren Sitz verlieren würden. Zur Vorbereitung des kommenden DPT wurde deshalb von der BPtK eine „Kommission zur Berechnung der Delegiertensitze des DPT“ eingesetzt. Wir werden unsere Argumente für eine deutliche Reduktion der Delegiertensitze hier wie auch auf dem DPT aktiv einbringen.

Detlef Deutschmann
Vorstandsmitglied

Fortbildungspunkte für nicht akkreditierte Fortbildungen?

Fortbildungspunkte für nicht akkreditierte Fortbildungen sind im Einzelfall durchaus möglich, können aber nur anerkannt werden, wenn das Mitglied durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachweist, dass die Fortbildung sämtliche Standards der Fortbildungsordnung für eine Akkreditierung erfüllte. Die Überprüfung an Hand dieser Unterlagen ist für das Mitglied zudem gebührenpflichtig. Deshalb ist allen Mitgliedern insbesondere vor der Durchführung umfangreicher oder teurer bislang nicht akkreditierter Fortbildungen unbedingt anzuraten, zu prüfen, ob die Veranstaltung akkreditierungsfähig ist und den Veranstalter zu bitten, eine entsprechende Akkreditierung rechtzeitig durchführen zu lassen. Dann sind Unklarheiten und eventuelle „böse Überraschungen" hinterher ausgeschlossen.

Detlef Deutschmann
Vorstandsmitglied

Warum eigentlich Psychinfo?

Täglich suchen Menschen nach einem Psychotherapieplatz. Wo suchen sie? Besonders häufig wird das Suchsystem der sechs Landeskammern verwendet, das sich unter www.psych-info.de finden lässt. Zwar betreiben auch Berufs- und Fachverbände solche Suchdienste; diese sind für Laien aber schwerer zu finden und auch die Seriosität ist für die Ratsuchenden oft nicht unterscheidbar von Angeboten, die (auch) nicht Approbierte mit unklarer Qualifikation enthalten. Inzwischen stellen wir fest, dass manche Krankenkassen regelmäßig auf diesen unseren Suchdienst verweisen. Umso wichtiger ist es, dass möglichst alle unsere Mitglieder sich im Psychinfo vorstellen. Nicht nur KV-zugelassene KollegInnen sind hier angesprochen, sondern auch diejenigen Mitglieder, die in Privatpraxis tätig sind, sowie alle in Beratungsstellen und Kliniken tätigen. Ein erfreulicher und kammerpolitisch nicht uninteressanter Nebeneffekt ergibt sich außerdem: Auf diese Weise lässt sich die Bandbreite der beruflichen Tätigkeit unseres Berufsstandes darstellen.

Juliane Dürkop
Präsidentin

Konstituierende Kammerversammlung mit Wahl des Vorstandes

Freitag, 20. November 2015, 15 Uhr

Alle Mitglieder sind herzlich eingeladen teilzunehmen. Bitte melden Sie sich in der Geschäftsstelle an. Weitere Einzelheiten unter www.pksh.de.

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), Bernhard Schäfer (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 Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein- Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig- Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

14. Jahrgang, Ausgabe 3/2015

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

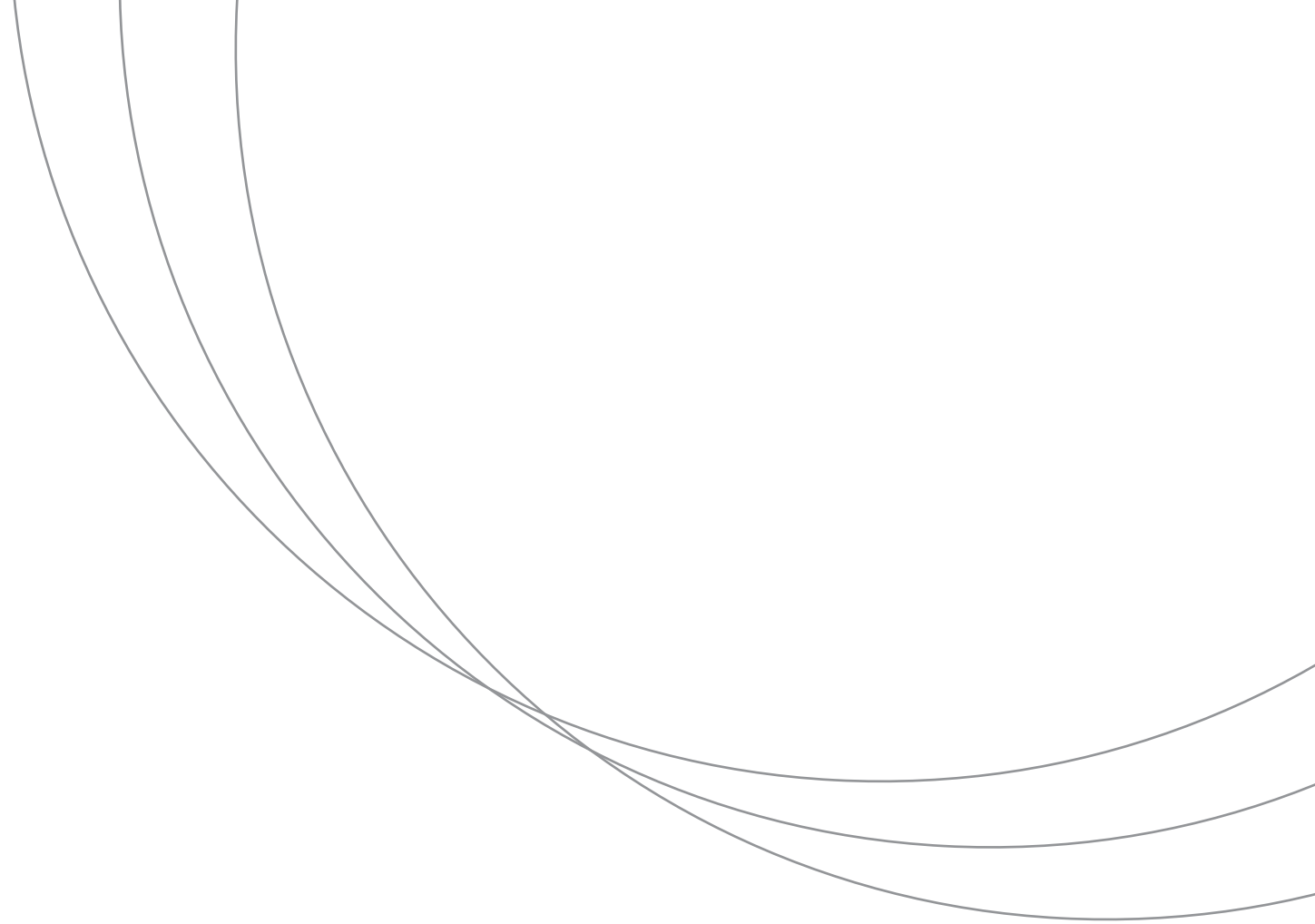
Redaktionsschluss für Ausgabe 4/2015 ist der 21. September 2015, für Ausgabe 1/2016 der 22. Dezember 2015. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf- Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen 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 insesondere für Vervielfältigungen, Übesetzungen, 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