

# *Psychotherapeuten- journal*

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

**1/2013**

20. März 2013 (S. 1-114)

- **Personalisierungsansatz in der Medizin:  
Nützlich auch für die Psychotherapie?**
- **Die Pflicht zur standardisierten Diagnostik:  
Droht die Diskussion zum Selbstgespräch zu werden?**
- **Internetsucht – Symptom, Impulskontrollstörung  
oder Suchterkrankung?**
- **Der Bericht an den Gutachter  
als Qualitätssicherungsinstrument**
- **Psychotherapie in der beruflichen Rehabilitation**



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die ersten Wochen im neuen Jahr 2013 haben Sie hoffentlich bereits mit herausfordernden Ideen, Elan und ersten stimulierenden Erfolgen in einer erfreulichen Weise gestalten können. Wir wünschen Ihnen weiterhin alles Gute, Gesundheit und die nötigen kleinen täglichen Lichtblicke, die Ihr Herz erfreuen.

Diese erste Ausgabe des Psychotherapeutenjournals 2013 beginnt mit einem Beitrag zur Psychotherapieforschung aus der Feder eines Praktikers. Michael Klucken überträgt das Konzept der personalisierten Medizin auf die Psychotherapie. Er skizziert die Idee und Methodik einer stratifizierenden Psychotherapieforschung als Ergänzung zur konventionellen Wirksamkeitsforschung mittels RCT-Studien. Durch Subgruppenbildung werden hier behandlungsrelevante Kontextfaktoren mitberücksichtigt, sodass künftig passgenauere Empfehlungen gegeben werden können. Differenzielle Psychotherapieforschung ist ein Anliegen, wie es von Klaus Grawe und seinen Mitarbeitern schon vor mehr als zwanzig Jahren aufgegriffen wurde. Dazu gehört auch die patientenorientierte Versorgungsforschung mit Studien zum Qualitätsmanagement und dem Ziel einer gezielten differenziellen und adaptiven Indikation. Da Psychotherapieforschung immer wieder lebhaft Debatten zum Wissenschafts-Praxis-Verhältnis entfacht, freuen wir uns auf Ihre Kommentierung dieses Beitrages.

Anlass für den folgenden Beitrag von Thorsten Padberg ist die von verschiedenen Seiten angeregte Diskussion, künftig eine standardisierte Testdiagnostik für die Beantragung einer Psychotherapie zu fordern. Padberg setzt sich damit auseinander und legt Wissenschaftsansprüche aus der Sicht eines Praktikers dar, bei denen er den Blick auf die Nützlichkeit von Diagnosen für die therapeutische Veränderungsarbeit richtet. Auch hier sind wir neugierig, wie dieser Beitrag aufgenommen wird.

Der Beitrag von Annette Teske, Philipp Theis und Kai W. Müller befasst sich mit dem Medium Internet. Sensibilisiert wird dafür, dass dieser Medienkonsum zu psychischen Störungen mit hohem Leidensdruck führen kann. Teske und Kollegen sprechen von einer Suchterkrankung, verweisen allerdings auch auf die hohen Komorbiditäten zu anderen psychischen Störungen. Sind wir auf „Internetsucht“ ausreichend vorbereitet? Die Autoren informieren über die Möglichkeiten einer störungsspezifischen Behandlung von Internetsucht und die bei den bestehenden Versorgungsstrukturen gegebenen Finanzierungsprobleme. Hier sind Lösungen gefragt.

Im Beitrag von Bernd Ubben geht es um etwas, das Sie alle, liebe niedergelassene Leserinnen und Leser, angeht. Immer wieder stehen Sie vor der Aufgabe, zur Beantragung Ihrer Psychotherapien einen Bericht an den Gutachter abfassen zu müssen. Eine Arbeit, der sie unmotiviert oder ablehnend begegnen? Ubben wirbt dafür, eine akzeptierende Haltung einzunehmen, und votiert dafür, das Schreiben von Berichten als sinnvolle Qualitätssicherung zu verstehen, die den Anfangsprozess einer Behandlung strukturiert und die Behandlungsplanung optimal unterstützt. Vor allem junge Kolleginnen und Kollegen werden sich gern von dem dargestellten Vorgehen leiten lassen. Ob dieser Zugang zum Berichteschreiben aber auch Kolleginnen und Kollegen mit Schreibschwierigkeiten hilft? Wenn Sie mögen, berichten Sie uns, ob und in welcher Weise Sie von diesem Beitrag profitiert haben.

Der anschließende Artikel von Volker Brattig befasst sich mit der beruflichen Rehabilitation und der dabei notwendigen psychotherapeutischen Fachkompetenz. Wie im Sozialgesetzbuch IX geregelt, verlangt die berufliche Rehabilitation eine individuelle Förderung mit dem Ziel, die Erwerbstätigkeit zu erhalten, zu verbessern und wiederherzustellen und gerade auch Men-

schen mit Behinderungen eine Integration ins Arbeitsleben zu ermöglichen. Dies wird durch die Berufsförderungswerke und die Psychologischen Dienste der Berufsbildungswerke geleistet. Brattig verdeutlicht, dass dabei die psychotherapeutische Bearbeitung psychischer Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen der Arbeitswelt und die Prävention ein Potenzial bieten, das noch intensiver genutzt werden könnte, wenn diese Fachkompetenz in der Sozialgesetzgebung so klar gefasst wäre wie in der medizinischen Rehabilitation.

In der Rubrik „Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln“ veröffentlichen wir wieder zahlreiche Zuschriften von Leserinnen und Lesern zu den in vergangenen Ausgaben angestoßenen Diskussionen. Für die rege Beteiligung möchten wir uns herzlich bedanken!

In der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ hat schließlich Gesine Wieder interessante Studien zur partnerschaftlichen Interaktion von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen zusammengestellt.

Wir hoffen, dass bei der Vielfalt der Beiträge etwas dabei ist, das Sie anspricht, und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.



*Renate Frank (Hessen),  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	1
----------------------------	---

## Originalia

*Michael Klucken*

<b>Personalisierungsansatz in der Medizin: Nützlich auch für die Psychotherapie?</b> . . . . .	4
--	---

Das Konzept der personalisierten Medizin wird vorgestellt und auf die Psychotherapie übertragen. Der Autor schildert Idee und Methodik einer stratifizierenden Psychotherapieforschung und skizziert einen Forschungsansatz zur Auffindung behandlungsrelevanter Kontextfaktoren, der – in Ergänzung zur konventionellen Wirksamkeitsforschung mittels RCT-Studien – zu passgenaue- ren Therapieangeboten führen kann.

*Thorsten Padberg*

<b>Denn sie wissen nicht, was wir tun – Die Diskussion über die Pflicht zur standardisierten Diagnostik droht zum Selbstgespräch zu werden.</b> . . . . .	12
---	----

Aktuelle Veröffentlichungen zur standardisierten Diagnostik in der Psychotherapie geben Anlass dazu, Fragen nach der Wissen- schaftlichkeit, Ethik und Nützlichkeit von Psychotherapie zu stellen. Um diese Fragen zu beantworten, kommen u. a. zu Wort: prominente Psychotherapieforscher, der Begründer der Kognitiven Therapie Aaron T. Beck und der Anwalt eines Massenmörders.

*Annette Teske, Philipp Theis & Kai W. Müller*

<b>Internetsucht – Symptom, Impulskontrollstörung oder Suchterkrankung? Eine Übersicht zum Forschungsstand und zu den Implikationen für die therapeutische Praxis.</b> . . . . .	19
--	----

Der Beitrag widmet sich dem neuartigen klinischen Phänomen der suchartigen Internetnutzung (Internetsucht). Es werden aktuelle wissenschaftliche Forschungsbeiträge dargestellt und deren Ergebnisse im Zusammenhang mit Befunden zu allgemei- nen Abhängigkeitserkrankungen diskutiert. Daneben werden aus diesen Darstellungen klinische Implikationen und Ableitungen für die praktische Arbeit im psychotherapeutischen Kontext getroffen.

*Bernd Ubben*

<b>Der Bericht an den Gutachter als sinnvolles Qualitätssicherungsinstrument</b> . . . . .	27
--	----

Die Berichtspflicht wird oft als unsinniger Zeitfresser kritisiert. Der Bericht an den Gutachter lässt sich jedoch durchaus als Quali- tätssicherungsinstrument einer Verhaltenstherapie nutzen. Entlang der acht Berichtspunkte wird ein Pfad hin zu einer diagnos- tisch unterlegten evidenzbasierten Behandlungskonzeption aufgezeigt, und durch die Beantwortung eines umgrenzten Fragen- katalogs lässt sich zeitökonomisch ein Berichtstext generieren.

*Volker Brattig*

<b>Psychotherapie in der beruflichen Rehabilitation – eine verkannte Anforderung.</b> . . . . .	34
---	----

Die wichtigsten gesetzlichen Vorgaben und der institutionelle Rahmen für die berufliche Rehabilitation werden aufgezeigt. Es wird beschrieben, wie innerhalb diese Rahmens psychotherapeutische Praxis in Hinblick auf das Ziel beruflicher Rehabilitation ausgeübt werden kann. Es werden die besonderen Inhalte dieser psychotherapeutischen Praxis benannt.

## Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln

*Zuschriften von Gisela A. Cöppicus Lichtsteiner, Heidemarie Eickmann und Meike Pudlatz*

Zu „Psychotherapie und Religion/Spiritualität – Eröffnung einer Diskussion“. Mit Beiträgen von B. Grom, M. Richard & H. Freund, J. Hardt & A. Springer, Psychotherapeutenjournal 3/2012 . . . . .	43
---	----

*Zuschriften von Martin Herbers und Thorsten Padberg*

Zu „Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft“ von Eva Jaeggi, Psychotherapeutenjournal 4/2012 . . . . .	46
--	----

*Zuschrift von Anja Funk-Klebe*

Zu „Coaching: Beratung oder Psychotherapie? Eröffnung einer Diskussion“. Mit Beiträgen von Jürgen Hargens und Tilman Moser, Psychotherapeutenjournal 2/2012 . . . . .	48
---	----

## Aktuelles aus der Forschung

*Gesine Wieder*

Aktuelle Studien zur Paarkommunikation von Patienten mit Angststörungen . . . . . 49

## Buchrezensionen

*Wiebke Hanke*

Ochs, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.) (2012). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. . . . . 54

*Klaus Schubert*

Hartmann-Kottek, L. (2012). Gestalttherapie. Lehrbuch. Mit aktualisiertem Beitrag zur Forschung von Dr. Uwe Strümpfel. 3., vollst. überarb. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer . . . . . 55

## Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer . . . . . 56

Baden-Württemberg . . . . . 62

Bayern . . . . . 66

Berlin . . . . . 71

Bremen . . . . . 74

Hamburg . . . . . 78

Hessen . . . . . 82

Niedersachsen . . . . . 86

Nordrhein-Westfalen . . . . . 90

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . . 96

Rheinland-Pfalz . . . . . 102

Saarland . . . . . 106

Schleswig-Holstein . . . . . 110

**Impressum Psychotherapeutenjournal.** . . . . 114

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

**Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages.** . . . . A17

### Hinweise:

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

# Personalisierungsansatz in der Medizin: Nützlich auch für die Psychotherapie?

Michael Klucken

**Zusammenfassung:** Das Prinzip der „personalisierten Medizin“, eine seit etwa zehn Jahren existierende Richtung der Medizin, wird in diesem Artikel vorgestellt und auf die Psychotherapie übertragen. Dies erfordert eine Ergänzung konventioneller Wirksamkeitsstudien, insbesondere randomisiert kontrollierter Studien, in denen solche Kontextfaktoren als Störvariablen eliminiert werden. Es wird ein neuer Forschungsansatz zur Auffindung behandlungsrelevanter Kontextfaktoren vorgestellt, der den konventionellen Wirksamkeitsstudien vorgeschaltet ist und diesen individuelle behandlungsrelevante Kontextfaktoren liefert. Insbesondere Erfahrungen psychotherapeutischer Praktikerinnen und Praktiker,<sup>1</sup> Einzelfallstudien und vergleichende Gruppenuntersuchungen mit „*enrichment design*“ sind geeignet, Hinweise für solche Kontextfaktoren zu liefern.

## Was ist „personalisierte“ Medizin?

Mit dem Begriff „personalisierte“ (auch „individualisierte“) Medizin, vor knapp zehn Jahren von dem amerikanischen Biochemiker und Mediziner Leroy Hood geprägt, wird eine Richtung der Medizin bezeichnet, die in einem weitaus stärkerem Maß als bisher neben der Krankheitsdiagnose auch behandlungsrelevante individuelle Merkmale eines Menschen berücksichtigt. Triebkraft war die 2001 gelungene komplette Genomsequenzierung des Menschen mit der Möglichkeit, genetische Ursachen für zahlreiche Erkrankungen, Krankheitsbereitschaften und individuelle, eine Krankheit beeinflussende Kontextfaktoren zu entdecken. Es ist heute möglich, sehr rasch und mit überschaubaren Kosten von ein paar Hundert Euro sein persönliches Genom sequenzieren zu lassen, um damit individuelle Krankheitsbereitschaften zu überprüfen. Auf dieser Grundlage hat sich auch ein neuer Zweig der Pharmakologie, die *Pharmakogenomik*, entwickelt, die Medikamente passgenau auf genetische Merkmale von Patientensubgruppen herzustellen versucht. So hat man herausgefunden, dass etwa ein Viertel aller Brustkrebspatientinnen einen bestimmten Wachstumsrezeptor (HER2Neu) im Über-

maß produziert. Die Konzentration dieses Rezeptors dient als messbare Größe (Biomarker), die es ermöglicht, Brustkrebspatientinnen in zwei Untergruppen zu teilen (HER2Neu-positive bzw. HER2Neu-negative). Gegen diesen Wachstumsfaktor wurde ein dazu passender blockierender Antikörper (Trastuzumab) entwickelt, der die Rezidivhäufigkeit bei der HER2Neu-positiven Untergruppe um etwa 50% reduziert. Für Brustkrebspatientinnen, die HER2Neu-negativ sind, ist dieses Medikament ohne Wirkung.

Inzwischen sind 18 solcher Medikamente für eine „personalisierte“ Medizin (p. M.) in Deutschland zugelassen.<sup>2</sup> Die Möglichkeiten der p. M. zur Personalisierung, Vorhersage und Vorbeugung von Krankheiten und zur aktiven Teilnahme von Patienten an der Vorbeugung, z. B. durch Anpassung ihrer Lebensführung an die genetische Krankheitsdisposition kennzeichnete Hood mit dem Begriff **P4 Medicine** (Personalized, Prediction, Preventive, Participatory) und beschreibt sie als Medizin der Zukunft in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren (Hood & Galas, 2008).

Obwohl es sich bei den Merkmalen, die eine p. M. erlauben, gegenwärtig meist um molekularbiologische Gegebenheiten (ge-

netische Merkmale, Biomarker) handelt, erlauben auch andere makroskopische (klinisch zu beobachtende) Merkmale eine „Personalisierung“. Dies zeigt eine Studie der American Society of Clinical Oncology (ASCO). Bei dieser Studie (Stupp et al., 2010) handelte es sich um eine offene randomisierte Studie, an der 237 Patienten mit rezidiviertem *Glioblastoma multiforme* (ein extrem bösartiger Hirntumor) teilnahmen. 120 Patienten wurden mit einem neuen Verfahren (Elektrostimulation des Gehirns zusätzlich zur Chemotherapie) behandelt, die übrigen mit der üblichen Chemotherapie. Ergebnis: Das Gesamtüberleben war mit der Elektrostimulation mit 7,8 vs. 6,1 Monaten bei Chemotherapie signifikant besser (der geringe klinische Nutzen bei statistischer Signifikanz sei hier einmal nicht beachtet). Nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin wäre damit mit einem hohen Evidenzgrad 2a die Wirksamkeit der zusätzlichen Elektrostimulation nachgewiesen worden. Eine nachträgliche Subgruppenanalyse dieses Durchschnittsergebnisses zeigte aber interessanterweise, dass nur bei 12% der Patienten ein objektives Ansprechen des Tumors auf Elektrostimulation nachweisbar war, während 88% aller Patienten keinen Einfluss der Elektrostimulation zeigten! Diese auf Elektrostimulation ansprechenden Patienten waren unter 60 Jahre alt, in guter körperlicher Verfassung (Karnofsky-Performance-Status), hatten nicht mehr als drei Rezidive und sprachen nicht auf eine Bevacizumab-Therapie an. Diese klinisch zu ermittelnden Merkmale erlaubten eine „Personalisierung“ der The-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Formen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

2 Plattform Personalisierte Medizin: [www.pmf-stiftung.eu/personalisierte-medizin.html](http://www.pmf-stiftung.eu/personalisierte-medizin.html), letzte Änderung 13.11.2012 [25.01.2013].

rapie auf Träger dieser Merkmalskombination. Nun wird in weiteren randomisiert kontrollierten Studien (*randomized controlled trial*, RCT) gezielt die Patientenpopulation mit diesem Merkmalsmuster untersucht, wobei hier eine Kombination von Elektrostimulation mit einem neuen Zytostatikum als Behandlung gewählt wird. Das Ergebnis steht bisher noch aus (Graetzel, 2011). Die p. M. berücksichtigt also behandlungsrelevante subgruppenspezifische Kontextfaktoren (im Sinne interner persönlicher Merkmale – neben dem Hauptkrankheitsmerkmal –, die die Wirksamkeit der Behandlung des Hauptmerkmals wesentlich beeinflussen), um eine individuellere Behandlung zu ermöglichen. An dieser Stelle soll noch eine terminologische Anmerkung gemacht werden. Die Adjektive „personalisierte“ und „individualisierte“ Medizin sind in mehrfacher Hinsicht irreführend. „Personale Eigenschaften manifestierten sich nicht auf molekularer (z. B. als Biomarker), sondern auf personaler Ebene“, so der Vorsitzende der Ethikkommission der Bundesärztekammer Urban Wiesing (zitiert nach Pytlik, 2011). Auch Assoziationen mit einer persönlicheren, menschlicheren Medizin sind bei dieser Hightechmedizin nicht angebracht. Außerdem suggeriert der Begriff „Personalisierung“ eine auf eine *einzelne Person* oder ein *einzelnes Individuum* bezogene Medizin, in Wirklichkeit ist die p. M. aber in der Regel, und dies sicherlich noch für lange Zeit, auf eine behandlungsrelevante *Subpopulation* einer Krankheitsdiagnose gerichtet (Hüsing, Hartig, Bührlen, Reiß & Gaisser, 2008). Die Unterteilung einer Gesamtstichprobe in unterschiedliche Subpopulationen wird als **Stratifizierung** bezeichnet. Bei der Übertragung dieses Ansatzes auf die Psychotherapie sollte man daher von „stratifizierender Psychotherapieforschung“ sprechen. Der Begriff Stratifizierung setzt sich auch international zunehmend durch.

## Was könnte am Stratifizierungsansatz in der Medizin nützlich für die Psychotherapieforschung sein?

Psychotherapie hat es im Allgemeinen nicht mit molekularbiologischen Gegeben-

heiten, sondern mit Faktoren auf einer ganz anderen Systemebene wie z. B. Persönlichkeitsmerkmalen, kognitiven Einstellungen, emotionalen Reaktionsbereitschaften oder Verhaltensgewohnheiten zu tun. Man darf aber in naher Zukunft mit verstärkter Erforschung stratifizierender *genetischer* Forschung in der Psychopharmakologie rechnen. Dies ist wegen der Überschneidung in der Behandlung einiger Störungsgebiete auch für die Psychotherapie von Interesse. So existieren seit etwa zehn Jahren Studien, die pharmakogenetische Zusammenhänge in der Behandlung von Major Depressionen erforschen. Beispielsweise hat man stratifizierende Kandidatengene gefunden, die in den Stoffwechsel von Antidepressiva einbezogen sind und Verbindungen zum 5-HTT-Serotonin-Transporter-Gen, zum Serotonin-Rezeptor-Gen sowie zur HPA-Achse („Stress-Achse“) aufweisen. Der klinische Nutzen ist gegenwärtig wegen widersprechender Ergebnisse noch gering (Gvodzic, 2012). Es ist aber in Zukunft zu erwarten, dass biomarkerbezogene subgruppenspezifische (und sehr teure) Antidepressiva auf den Markt kommen. Neuerdings werden auch Studien berichtet, in denen Zusammenhänge bestimmter genetischer Biomarker mit der Ansprechbarkeit auf Psychotherapieverfahren erforscht werden („Psychotherapygenetics“). So wurden in einer prospektiven Studie 110 Probanden mit Borderline-Störungen bezüglich ihrer Ansprechbarkeit auf die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) in Abhängigkeit von bestimmten Genvarianten untersucht. Die Gruppe mit einer bestimmten Genvariante wies eine höhere Ansprechbarkeit auf die Behandlung auf, während andere Genvarianten keinen Zusammenhang mit der Behandlungsansprechbarkeit aufwiesen (Perez et al., 2010). Auf der Ebene genetischer und molekularbiologischer Faktoren sind jedoch für die Psychotherapie auch auf lange Sicht nicht mehr als Wahrscheinlichkeitserhöhungen gewisser Störungsdispositionen zu erwarten. Solche Faktoren dürften als eher untergeordnete Bausteine eines umfassenderen psychosozialen Wirkungsgefüges anzusehen sein. Unter anderem ist dies dadurch begründet, dass die klinischen Effekte nicht einfach durch bestimmte Gene, sondern durch komplexe Gen-Gen- und vor allem Gen-Umwelt-

Interaktionen bestimmt werden. Die jeweiligen Bedingungen der Umwelt bestimmen darüber, welche Gene gerade abgelesen werden und welche nicht. Ein plastisches Beispiel liefern die Raupe und ein aus ihr entstehender Schmetterling: Beide besitzen das gleiche Genom, aber ein völlig verschiedenes Proteom (Gesamtheit aller Proteine in einem Lebewesen oder einer Zelle unter definierten Bedingungen zu einem bestimmten Zeitpunkt).

Im gegenwärtigen Verständnis der stratifizierenden Medizin stehen molekular-biologische Parameter im Vordergrund. Dies wird in kritischen Diskursen als ein eingengesengtes Verständnis von Stratifizierung angesehen und es wird die Berücksichtigung von **Sozio- und Psychomarkern** zur Stratifizierung gefordert, so der Sozialmediziner Heinz Raspe auf der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2012 (zitiert nach Müller-Lissner, 2012). Es ist auch nicht einsehbar, wieso es angebracht sein sollte, sich, wie der Onkologe Jürgen Wolf vom Zentrum für Integrierte Onkologie der Uniklinik Köln, für ein strikt biologisches Verständnis des Begriffs „personalisierte Medizin“ einzusetzen (zitiert nach Kuhlmann-Richter, 2012). Grundsätzlich sind alle Faktoren, die behandlungsrelevante Unterscheidungen zwischen Individuen mit gleicher Erkrankung ermöglichen, zur Stratifizierung geeignet, gleichgültig, ob diese Faktoren einfache biologische Basisstrukturen oder komplexe psychosoziale Gegebenheiten darstellen.

Auch in der Psychotherapieforschung gibt es Hinweise auf die Existenz solcher behandlungsrelevanter Unterschiede zwischen Menschen mit der gleichen Erkrankung. Dafür sprechen die zum Teil großen Streuungen in der Wirksamkeit störungsbezogener psychotherapeutischer Behandlungen. Ein wichtiger Grund dafür könnten individuell unterschiedliche Kontextfaktoren sein, die neben der Krankheit existieren und einen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit der Behandlung ausüben. So geht aus einer großen Metaanalyse kontrollierter Depressionsstudien zwischen 1980 und 2001 aus der Gruppe um Klaus Grawe (Gallati, 2003) Folgendes hervor: „Von 100 behandlungsbedürftigen Depressiven wird 13 bis 14 mit den heute

als besonders wirksam geltenden psychologischen Depressionstherapien dauerhaft geholfen.“ (Grawe, 2004, S. 229). Die ausschließlich pharmakologisch behandelten Patienten schneiden bezüglich des langfristigen Erfolges noch etwas schlechter ab. Der Grund für diese überraschend niedrigen Erfolgsraten liegt darin, dass in dieser Metaanalyse verzerrende Faktoren wie Placeboeffekte, Spontanremissionen und Beschränkung auf kurzfristige Besserungen sowie Abbrüche im Sinne eines Intention-to-Treat-Auswertungsansatzes einberechnet wurden, was in den Publikationen leider nicht immer geschieht. Dieses Ergebnis weist nachdrücklich auf die unterschiedliche Wirkung psychotherapeutischer Behandlungen bei unterschiedlichen Menschen mit gleicher Krankheitsdiagnose hin sowie auf einen erheblichen Bedarf, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen zu verbessern. Diese zum Teil deutlichen Streuungen finden sich nicht nur in Depressionsstudien, sondern auch bei anderen Störungsgruppen, ein weites Feld also für stratifizierende Psychotherapieforschung.

Der Stratifizierungsansatz in der Medizin ergänzt die Frage der klassischen Wirksamkeitsforschung („Welche Wirksamkeit hat eine bestimmte Behandlung bei welcher Störung?“) um folgende differenzierende Fragen „Warum reagieren Menschen mit der gleichen Störung auf die gleiche Behandlung unterschiedlich? Inwieweit sind behandlungsrelevante Kontextfaktoren dafür verantwortlich? Wie lassen sich unter Berücksichtigung solcher behandlungsrelevanter Kontextfaktoren passgenauere Behandlungen für diese unterschiedlichen Subgruppen entwickeln?“ Genau diese Fragen wären aber auch nützlich für eine stratifizierende Psychotherapieforschung.

## Konventionelle und stratifizierte Wirksamkeitsforschung

### Konventionelle Wirksamkeitsforschung

Als „konventionelle“ Wirksamkeitsforschung wird hier die gegenwärtig vorherrschende, den Vorgaben der evidenzbasierten Medi-

zin folgende Forschungsrichtung der Psychotherapie bezeichnet, so wie sie z. B. im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) beschrieben wurde (Version 2.8, WBP, 2010). Dabei geht es um die Frage: „Welche Wirkung hat eine spezifische Behandlung auf ein spezifisches Krankheitsbild?“ Die entscheidende Anforderung für einen Wirksamkeitsnachweis ist dabei der Nachweis *interner* Validität eines Verfahrens, das heißt, die Veränderung der zu untersuchenden psychischen Erkrankung (abhängige Variable) muss *eindeutig* auf die jeweilige Behandlung (unabhängige Variable) zurückzuführen sein. Der höchste Grad empirischer Evidenz für diese Kausalität wird RCTs zugeschrieben. Sie gelten als „Goldstandard“ bei Studien, die kausale Zusammenhänge zwischen einer Therapie und ihrer Wirksamkeit überprüfen (z. B. Kabisch, 2011; Windeler, 2007).

RCTs ermöglichen eine eindeutige Messung des Effektes einer ganz bestimmten Einflussgröße auf einen Untersuchungsgegenstand unter der erschwerenden Bedingung, dass der Untersuchungsgegenstand zugleich einer Vielfalt nicht interessierender, nicht bekannter oder unkontrollierbarer Einflussgrößen ausgesetzt ist. Das Design ermöglicht die Eliminierung dieser als „Störvariablen“ bezeichneten Einflussgrößen. Der große Vorteil dieses Studientyps besteht also darin, dass Unterschiede in der abhängigen Variablen (z. B. Patienten mit einer Krankheit) zwischen beiden Gruppen eindeutig auf die zu untersuchende Einflussgröße und nicht auf Störvariablen zurück geführt werden können (interne Validität). Die Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen erlaubt darüber hinaus Reproduzierbarkeit und empirische Falsifizierbarkeit einer Ursache-Wirkungs-Beziehung.

### Probleme von RCTs aus der Sicht einer stratifizierenden Wirksamkeitsforschung

RCTs als Goldstandard wurden von medizinischer (z. B. Willich, 2006; von Wichert, 2005) und psychotherapeutischer Seite vielfach kritisiert. Ein Kernpunkt ist der Vorwurf mangelnder *externer* Validität, das heißt mangelnder Gültigkeit der Ergebnisse unter den Bedingungen der Alltagsver-

sorgung, üblicher RCTs. Gegenüber RCTs wurde insbesondere von psychotherapeutischer Seite darüber hinaus die Unangemessenheit des naturwissenschaftlichen, medizinischen Modells für die Psychotherapie kritisiert (Revenstorf, 2005; Tschuschke, 2012; Zurhorst, 2003).

Die Kritik mangelnder externer Validität fand auch Aufnahme in das Methodenpapier des WBP (Version 2.8, WBP, 2010) insofern, als auch der Nachweis externer Validität als Kriterium zur wissenschaftlichen Anerkennung gefordert wurde. Ungelöst bleibt dort allerdings die teilweise Gegensätzlichkeit in den Anforderungen für interne und externe Validität. Dies wird besonders deutlich in der Gruppenzuweisung, bei der für die interne Validität eine Randomisierung, für die externe Validität dagegen die eigene Wahl der Patienten für eine Versuchs- bzw. Kontrollgruppe gefordert wird.

Zur Verbesserung der externen Validität wird zunehmend ein neuer Typ von Wirksamkeitsstudien diskutiert und vor allem in den USA mit hohem finanziellen Aufwand gefördert, der als *comparative effectiveness research* (CER) bezeichnet wird (Browman, 2012; Witt, Treszl & Wegscheider, 2011; Ginsberg & Kuderer, 2012). Er soll klassische RCTs nicht ersetzen, sondern ergänzen. Dieser Forschungstyp vergleicht Therapiealternativen direkt, verwendet patientenrelevante Parameter und lässt die Studien unter meist weniger standardisierten Alltagsbedingungen ablaufen. Dagegen werden zum Wirksamkeits- und Sicherheitsnachweis für die Erlangung der Zulassung eines Medikamentes oft optimierte klassische RCTs verwendet, das heißt, „man versucht den Effekt einer Therapie durch Endpunktwahl und Standardisierung unter Beachtung behördlicher Vorgaben zu maximieren. Multimorbide Patienten, Minoritäten und ältere Patienten werden aus diesen Studien oft ausgeschlossen. Zudem werden in der Regel hochgradig standardisierte Behandlungsprotokolle mit kurzen Nachbeobachtungszeiten verwendet, die im Praxisalltag oft nur mit fraglichen Compliance umgesetzt werden.“ (Witt, Treszl & Wegscheider, 2011). Klassische RCTs lassen sich von CER (auch als „pragmatische Studien“ be-



zeichnet) durch folgende Gegensatzpaare unterscheiden:

- Ein- und Ausschlusskriterien: eng – weit
- Behandlungsprotokolle: standardisiert – flexibel
- Ergebnisparameter: optimiert – patientenrelevant
- Kontext der Studie: experimentell – Routineversorgung (Witt, Treszl & Wegscheider, 2011).

CER werden auch zur Bewertung des klinischen Nutzens der personalisierten Medizin unter den Bedingungen der Alltagsversorgung gefordert (Browman, 2012). Wenn etwa ein neues genombasiertes Medikament unter standardisierten experimentellen Bedingungen eine starke Blockade der Krebszellteilung bei bestimmten genetischen Patientenuntergruppen zeigt, muss diese Wirkung unter vielen Kontextbedingungen der Alltagsversorgung bewertet werden. Dazu gehören die Nebenwirkungen, die relative Bedeutung der experimentell ermittelten Medikamentenwirkung mit alternativen Behandlungsmethoden, die Wirkung in verschiedenen Altersgruppen und auch die gesellschaftlich zu erbringenden Kosten, die vielleicht in sinnvollere Gesundheitsprojekte investiert werden sollten.

Im Folgenden geht es um einen anderen problematischen Aspekt von RCT, nämlich die **Homogenisierung der abhängigen Variablen** (Versuchspersonen) als Folge dieses Studiendesigns. Es besteht eine gewisse Überschneidung mit der Zielsetzung der oben genannten Kritik mangelnder externer Validität, da diese Homogenisierung der Versuchspersonen ebenfalls wenig der Realität von Patienten in der Routineversorgung entspricht.

Es werden jedoch, wie später im Einzelnen gezeigt werden wird, andere Konsequenzen gezogen als die Ergänzung von RCTs durch CER. Dies gilt insbesondere für die Ein- und Ausschlusskriterien, die bei CER entsprechend den Routinebedingungen weit gefasst sind und deren Wirksamkeitsergebnisse in Durchschnittswerten angegeben werden. In der stratifizierenden Psychotherapieforschung erfolgt die Wirksamkeitsstudie dagegen mit differenzierteren

Untergruppen, die aufgrund unterschiedlicher behandlungsrelevanter Kontextfaktoren untergliedert werden.

Bei einem RCT besteht die Gruppe der Versuchspersonen (Gesamtstichprobe) ursprünglich aus heterogenen Individuen, die ein Zielmerkmal – die zu untersuchende Krankheit – gemeinsam haben, während sie sich in zahlreichen anderen Merkmalen unterscheiden. RCTs verwandeln diese heterogene Gruppe durch zufällige Zuteilung auf Versuchs- und Kontrollgruppe und anschließende Mittelwertbildung sozusagen zu zwei strukturgleichen Versuchspersonen. Dadurch erfolgt eine Homogenisierung der ursprünglichen Heterogenität der Probanden.

RCTs bilden also nicht einfach Patienten- gruppen ab, sondern konstruieren durch ihr Design ein bestimmtes, homogenisiertes Modell von ihnen. Dieses homogenisierte Modell kann dabei wesentliche Differenzierungen so stark eliminieren, dass es nicht mehr valide ist im Sinne einer angemessenen Abbildung dessen, was das Modell zu messen vorgibt.

Dieser Grundgedanke soll an zwei stark vereinfachten Beispielen gezeigt werden:

**Beispiel 1:** Die Wirkung eines neuen psychotherapeutischen Verfahrens A auf Depressionen soll im RCT-Design geprüft werden. Die männlichen und weiblichen Versuchspersonen mit einem Mindestpunktwert in einem standardisierten Depressionsfragebogen und evtl. weiteren Indikatoren werden zufällig Versuchs- und Kontrollgruppen zugeteilt, um Strukturgleichheit zu erreichen. Die individuellen Kennwerte werden zu Gruppenschnittswerten zusammengefasst. Die Versuchsgruppe erhält das Verfahren A, die Kontrollgruppe ein Standardverfahren, die Kontrolle erfolgt nach drei Monaten. Das Ergebnis: signifikante Verringerung des durchschnittlichen Depressionspunktwertes in der Versuchs- gegenüber der Kontrollgruppe. Schlussfolgerung aus der RCT: Das neue Verfahren A ist mit Evidenzgrad 2 antidepressiv wirksam.

Die stratifizierende Analyse (das heißt die Untersuchung der einzelnen Probandener-

gebnisse sowie eine darauf beruhende Untergruppenbildung statt der Durchschnittswerte) zeigt allerdings: Nur die Hälfte der Probanden in der Versuchsgruppe, nämlich die weiblichen, profitieren von dem neuen Verfahren A, die männlichen nicht. Das durch das RCT-Design konstruierte strukturgleiche männlich-weiblich-homogenisierte Mischwesen ist – bezogen auf diese bestimmte Behandlung – kein valides Patientenmodell. Die aus dem RCT-Ergebnis gewonnene Aussage ist zu allgemein und verzerrend. Behandlungsrelevanter Kontextfaktor ist hier das Geschlecht, das fälschlicherweise durch das RCT-Design als Störvariable eliminiert wurde.

Um diese undifferenzierte Vermischung zu verhindern, müsste die Gesamtstichprobe in zwei Subgruppen – eine mit männlichen, eine mit weiblichen depressiven Versuchspersonen – stratifiziert werden. Das Geschlecht vertritt hier sozusagen die Rolle des Biomarkers in der stratifizierenden Medizin. Beide Gruppen werden dann bezüglich ihrer Ansprechbarkeit auf die Behandlung verglichen. Dieses Design wird in der personalisierten Medizinforschung als „*enrichment design*“ (Mandreka & Sargent, 2011) bezeichnet. In diesem „angereicherten Design“ befinden sich die Probanden mit den „personalisierten Merkmalen“ in der einen, die Probanden ohne diese „Marker“ in der anderen Vergleichsgruppe.

**Beispiel 2:** Gleiche RCT-Studie, ebenfalls signifikantes positives Ergebnis für das Behandlungsverfahren A. Wieder zeigen sich in einer stratifizierenden Analyse zwei Subgruppen in der Versuchsgruppe. Subgruppe 1 mit starker antidepressiver Wirkung, Subgruppe 2 ohne Effekt. Diesmal befinden sich in beiden Subgruppen etwa gleich viele Männer und Frauen. Damit gestaltet sich die weitere stratifizierende Analyse schwieriger. Schließlich wird deutlich: In Subgruppe 1 zeigen alle Probanden eine stark verselbstständigte Depression, das heißt eine Depression, die keinen Bezug auf aufrechterhaltende aktuelle depressogene Ereignisse oder Einstellungsmuster aufweist, sondern ohne erkennbaren äußeren Anlass auftritt. Eine solche Verselbstständigung könnte eventuell durch mehrfach wiederholte, längere depressive Episoden (Bahnungseffekte) oder

auch genetische Dispositionen des Hirnstoffwechsels bedingt sein. Auf Depressionen mit diesem Kontextfaktor (Subgruppe 1) wirkt das Verfahren A positiv, während es bei Depressionen wirkungslos ist, bei denen aktuelle Ereignisse oder depressogene kognitiv-emotionale Einstellungsmuster eine kausale und aufrechterhaltende Rolle spielen (Subgruppe 2). Behandlungsrelevanter Kontextfaktor hier: Verselbstständigungsgrad der Depression.

Diese grobschematischen Beispiele zeigen die mögliche Undifferenziertheit oder unzulässigen Verallgemeinerungen, die die Eliminierung behandlungsrelevanter Kontextfaktoren durch klassische RCTs nach sich ziehen kann. Praktisch kann dies bedeuten, dass eine ganze Reihe von Patienten mehr oder weniger unpassenden Therapieverfahren ausgesetzt ist, was sich in den Streumaßen der Wirksamkeit ausdrückt.

Umgekehrt besteht bei stratifizierenden Studien aber auch eine Gefahr: Es dürfte nur in den seltensten Fällen – wie in diesen schematischen Beispielen – vorkommen, dass ein stratifizierendes Merkmal sämtliche Mitglieder trennscharf in eine der Subgruppen einordnen lässt. Viel häufiger dürften lediglich bestimmte Wahrscheinlichkeitsunterschiede in der Ansprechbarkeit auf eine bestimmte Behandlung sein. Dies bedeutet, dass bestimmte einzelne Patienten in eine Subgruppe fallen können, deren Probanden die behandlungsrelevanten stratifizierenden Faktoren nicht aufweisen, sie aber dennoch von der Behandlung profitieren. Sie könnten dann, da sie die stratifizierenden Merkmale nicht aufweisen, von einer solchen Behandlung ausgeschlossen werden. Auf diese Gefahr des *enrichment designs* hat Jürgen Windeler vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auf der Tagung des Deutschen Ethikrates im Mai 2012 hingewiesen. Man sollte daher Ergebnisse stratifizierender Analysen nicht als absolute Festlegungen, sondern als Hinweise für Behandlungen erster bzw. zweiter Wahl auffassen.

Behandlungsrelevante Kontextfaktoren können einfache „Oberflächenmerkmale“ wie Geschlecht und Alter sein, die behandlungsrelevante Subgruppen definieren. Es

können aber auch tiefere, durch theoretische Analyse ermittelbare Kontextfaktoren wie der Verselbstständigungsgrad der Störung sein. Diese Unterscheidung von Oberflächen- und Tiefenmerkmalen entspricht formal dem Konzept der horizontalen und vertikalen Verhaltensanalyse (Caspar & Grawe, 1982). Die vertikale Verhaltensanalyse erschließt aus beobachtbarem Verhalten „tiefere“, zugrundeliegende Stereotypen, Pläne und Grundannahmen. In Analogie dazu könnte man die Stratifizierung anhand von Oberflächenmerkmalen als horizontale, die anhand von zugrundeliegenden Tiefenmerkmalen als vertikale Stratifizierung bezeichnen.

In psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien sind noch zahlreiche und subtilere andere, potenziell behandlungsrelevante Kontextmerkmale denkbar. Eine Angststörung eines Patienten mit einer Borderline-Störung ist etwas anderes als eine Angststörung ohne diesen Kontextfaktor. Sie benötigt andere therapeutische Vorgehensweisen (z. B. eine sehr viel vorsichtiger Konfrontation). Allgemein dürfte die Einbettung einer spezifischen Störung in den Kontext der jeweiligen Persönlichkeitsfaktoren als ein potenzieller stratifizierender Faktor zu betrachten sein. Zu solchen potenziell stratifizierenden Kontextfaktoren könnte gehören, ob Patienten – neben ihrer spezifischen Störungsdiagnose – einen sicheren oder unsicheren Bindungsstil haben (Grawe, 2004, S. 216-220), welche Stärke der Behandlungsmotivation oder welche Behandlungspräferenz vorliegt (z. B. für klärungs- oder bewältigungsorientierte Vorgehensweisen, für einen eher rationalen oder emotionalen therapeutischen Stil oder für einen eher aktiv-übenden oder eher passiv-erlebenden Therapiemodus). Beispiele möglicher behandlungsrelevanter Kontextfaktoren dürften auch unterschiedlich verteilte Resilienzfaktoren oder soziale Bedingungen sein (wirtschaftlich ungesichertes oder gesichertes Umfeld, in Partnerschaft oder allein lebend u. a.). Diese Kontextfaktoren und ihre Wirkungen würden jedoch durch eine RCT ohne stratifizierende Untersuchung, in der auf die Eindeutigkeit der kausalen Beziehung zwischen definierter Störung und Behandlung der entscheidende Wert gelegt wird, unsichtbar gemacht.

Diese Aufzählung weist allerdings schon auf ein Problem stratifizierender Psychotherapieforschung hin, nämlich die Ausuferung theoretisch möglicher Untergruppen. Es ist notwendig, diese sinnvoll zu begrenzen. Dazu sollten nur solche Kontextmerkmale berücksichtigt werden, die aufgrund empirischer Untersuchungen einen starken, wesentlichen Einfluss auf die Wirksamkeit einer Behandlung ausüben. Schwach wirksame Kontextmerkmale sollten daher nicht berücksichtigt werden. Auch übergreifende Merkmale, wie sie durch vertikale Stratifizierung ermittelt werden können, dürften eine sinnvolle Begrenzung behandlungsrelevanter Subgruppen erleichtern. Eine Möglichkeit einer vertikalen Stratifizierung von spezifischen Störungsdiagnosen wäre die Frage, inwieweit „psychische Grundbedürfnisse“, etwa im Sinne Grawes (Bedürfnis nach Bindung, Kontrolle, Selbstwerterhöhung, Lust), neben der spezifischen Störung erfüllt sind.

## Methoden stratifizierender Forschung

### Kombination von Relevanzstudien und RCTs

Grundsätzlich erfordert stratifizierende Wirksamkeitsforschung die Verbindung unterschiedlicher Forschungsziele:

**Erstens:** Studien, die der qualitativen Hypothesenbildung dienen, welche Merkmale – neben der Krankheitsdiagnose – innerhalb der abhängigen Variablen für die Wirksamkeit einer Behandlung relevant sind und welche nicht.

**Zweitens:** Studien, die die quantitativen Auswirkungen dieser Kontextfaktoren auf den Behandlungserfolg durch den Vergleich zwischen Gruppen mit und ohne diese Kontextfaktoren messen. Die Behandlung zwischen den Gruppen bleibt gleich. Dieser Studientyp könnte als (qualitative bzw. quantitative) *stratifizierende Relevanzstudie* bezeichnet werden.

**Drittens:** Studien, in denen die Wirksamkeit zweier Behandlungen bei strukturgleichen Versuchs- und Kontrollgruppen mit dem jeweiligen Kontextfaktor untersucht wird. Die

Versuchsgruppe erhält Behandlung A, die Kontrollgruppe eine Kontrollbehandlung. Dieser Studientyp könnte als *stratifizierte Wirksamkeitsstudie* bezeichnet werden.

### **Entwicklung und Absicherung von Hypothesen über relevante Kontextfaktoren**

Zum Auffinden unbekannter behandlungsrelevanter Kontextfaktoren sind in der ersten Stufe Studien geeignet, in denen mögliche Kontextfaktoren nicht – wie bei RCTs – eliminiert werden, sondern ganz im Gegenteil eine möglichst große Offenheit für potenzielle Faktoren vorliegt.

Für diesen Zweck eignen sich – neben theoriegeleiteten Ableitungen – insbesondere Erfahrungen und Beobachtungen, die von klinischen Praktikern in Einzeltherapien gemacht werden, etwa dann, wenn eine Sitzung oder eine Therapie besonders erfolgreich durchgeführt wurde und diese Erfahrungen mit der Frage analysiert werden, welche patientenrelevanten Faktoren für die Wirksamkeit der Behandlung wichtig gewesen sein könnten und welche nicht. Auf diese Weise reflektierte Einzeltherapien sind de facto kleine Relevanzstudien und liefern erste Hypothesen über relevante Kontextfaktoren.

Ihre Stärke gegenüber kontrollierten Studien liegt, wie oben genannt, in der Offenheit für potenzielle Kontextfaktoren (keine Selektion durch strukturgleich konstruierte Durchschnittspatienten, keine Einengung der Flexibilität durch Manuale oder Operationalisierungsvorgaben) und in der beständigen Anpassung der Behandlung an die Erfordernisse des individuellen Falls. In diesem Sinn realisieren Einzelfallanalysen personalisierte oder individualisierte Psychotherapieforschung. Dabei können durch tiefere Interpretation auch Hypothesen über umfassendere Tiefenmerkmale gewonnen werden, die auch für andere Patienten von Bedeutung sein könnten. Prototyp solcher Einzelfallstudien sind die Fallanalysen Sigmund Freuds, der auf der Grundlage sehr weniger Fälle ein umfassendes theoretisches Psychotherapiegebäude entwickelte.

Es würde die Aussagekraft solcher Hypothesen, wie sie in klinischen Einzelfallbehandlungen aufgestellt werden können,

natürlich sehr erhöhen, wenn sie unter Fragestellung behandlungsrelevanter Kontextfaktoren von den jeweiligen Therapeuten systematisch analysiert würden und ein Medium (z. B. eine entsprechende Zeitschrift) oder eine Einrichtung existieren würde, die diese Informationen veröffentlicht und zusammenfasst. Man könnte dies als Nutzung der Schwarmintelligenz zahlreicher klinischer Praktiker bezeichnen.

Eine andere Möglichkeit, behandlungsrelevante Kontextfaktoren zu ermitteln, sind nachträgliche Einzelfalluntersuchungen aus RCTs wie in dem auf Seite 4/5 beschriebenen Versuch der ASCO-Studie und den konstruierten Studien auf Seite 7, Beispiele 1 und 2.

Die großen wissenschaftlichen Schwächen von Einzelfallanalysen bestehen allerdings in der geringen Übertragbarkeit der Ergebnisse sowie der mangelnden Eindeutigkeit, Reproduzierbarkeit und Überprüfbarkeit. Die Hypothesen könnten Ergebnis einer Fehlinterpretation sein, Spontanremissionen, Placeboeffekte und andere unbekannte Einflüsse könnten für das Ergebnis verantwortlich sein.

Zur Absicherung der in Einzelfallanalysen gewonnenen Hypothesen ist daher ein weiterer Zwischenschritt erforderlich. Diese Stufe überschreitet allerdings die Möglichkeit einer Einzelpraxis und muss von Studienzentren durchgeführt werden, die aber mit den forschenden Einzelpraxen verbunden sein müssen, da diese ihnen die Hypothesen der ersten Stufe liefern.

Bei diesem nächsten Schritt würde gezielt eine Gruppe A solcher Probanden zusammengestellt, die aufgrund der in Einzelfallanalysen gewonnenen Hypothesen Merkmale oder Merkmalkombinationen aufweisen, welche sie wahrscheinlich besonders gut auf die Behandlung ansprechen lassen. Diese Gruppe würde dann mit einer Gruppe B verglichen, die diese potenziell wesentlichen Merkmale nicht enthält. Beide Gruppen erhielten dann die zu prüfende Behandlung (*enrichment design*). Zeigt dieser Gruppenvergleich eine statistisch signifikante bessere Wirksamkeit der Behandlung in Gruppe A, kann dies als weitere Bestätigung der Hypothese gewertet

werden, welche der Probandenmerkmale relevant sind und welche nicht. Zeigt der Gruppenvergleich keine Unterschiede, hätte dies folgende Konsequenz: Die anfängliche, aus Einzelfallanalysen gewonnene Hypothese über bestimmte wesentliche Kontextfaktoren muss verworfen werden. Die in den früheren Einzelfallstudien gefundenen Wirksamkeitsunterschiede sind wahrscheinlich auf andere Faktoren zurückzuführen. In diesem Fall beginnt eine neue Analyse, um solche anderen Faktoren herauszufinden.

Durch solche schrittweise aufeinander bezogenen Studien könnten zunehmend sicherer die Kontextfaktoren von Probanden mit gleicher Störungsdiagnose differenziert werden, die sie besonders gut oder schlecht auf die zu untersuchende Behandlung ansprechen lassen.

Als Ergebnis solcher Studienketten liegt schließlich ein durch systematische empirische Untersuchungen gefundenes Modell der für die Fragestellung *wesentlichen* Kontextmerkmale der Versuchsperson (die abhängige Variable) vor.

Mit diesem Ergebnis können Wirksamkeitsunterschiede ein und derselben Behandlung zwischen verschiedenen Subgruppen festgestellt werden, jedoch noch keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Behandlungsverfahren innerhalb einer stratifizierten Subgruppe.

### **Wirksamkeitsstudien: Stratifizierte RCTs**

Die Beantwortung dieser Frage geschieht nun durch eine Wirksamkeitsstudie, am besten durch ein RCT. Ein solcher RCT, dessen Gesamtstichprobe auf der Grundlage der genannten Relevanzstudien stratifiziert wurde, in der also alle Probanden die für die Fragestellung wesentlichen Merkmale aufwiesen, liefe nicht mehr Gefahr, diese Faktoren als „Störvariablen“ auszumerzen. Dies ermöglicht eine passgenauere Behandlung für die untersuchte Subgruppe von Patienten, das entsprechende Verfahren würde zur Behandlung erster Wahl für diese Subgruppe. Für die andere Subgruppe, bei der das untersuchte Verfahren wenig wirksam ist, begänne

die Suche nach einem für diese Subgruppe geeigneteren Behandlungsverfahren.

### Neues Klassifikationssystem für die Evidenz von Studien

Aus Sicht einer stratifizierten Psychotherapieforschung müssten die bisherigen Klassifikationssysteme zur Beurteilung des Evidenzgrades von Studien verändert werden. Eine aktuelle **Einteilung des Evidenzgrades** von Studien lautet:

- **Level 1a:** Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Übersichtsarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert kontrollierte Studien.
- **Level 1b:** Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus mindestens zwei randomisiert kontrollierten Studien.
- **Level 2a:** Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisiert kontrollierten Studie.
- **Level 2b:** Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (*Effectiveness*-Studien, prospektive Kohortenstudien, Fallkontrollstudien, experimentelle Einzelfallstudien).
- **Level 3:** Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien ohne randomisierte Gruppenzuweisung.
- **Level 4a:** Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.
- **Level 4b:** Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

(Leitlinien: Psychotherapie affektiver Störungen, 2004, zitiert in Anlehnung an Chambless & Hollon, 1998; Segal, Whitney & Lam, 2001)

Aus Sicht einer stratifizierten Psychotherapieforschung kann jedoch der höchste Grad empirische Begründetheit (Evidenzgrad) nicht aus der Verwendung von RCTs *als solcher* geschlossen werden, sondern aus der *Validität* der RCTs. Diese hängt in erster Linie davon ab, ob die zu untersuchende Stichprobe neben der Krankheitsdiagnose tatsächlich die für die Fragestellung wesentlichen Kontextfaktoren auf-

weist oder nicht. Diese Validität würde sich als Ergebnis eines breiter verteilten und mehrstufigen Prozesses, in dem Einzelfallstudien und vergleichende Gruppenuntersuchungen mit stratifizierten RCTs kombiniert werden, ergeben.

Nicht eine hierarchische Einordnung verschiedener Studientypen mit qualitativ unterschiedlichen Erkenntniszielen (Wichtigkeit vs. Wirksamkeit) in ein Klassifikationssystem, sondern deren *spezifische Kombination* ist der sinnvolle Weg guter empirischer Begründetheit. Ein hoher Evidenzgrad könnte aus der Sicht stratifizierender Psychotherapieforschung so definiert werden:

Das in der Studie gewählte Modell der abhängigen Variablen enthält die für die Fragestellung wesentlichen Kontextfaktoren. Diese wurden mit hoher Plausibilität aus der vorhandenen Theorie abgeleitet, durch einen mehrstufigen Prozess verschiedener Studien hypothetisch ermittelt und mit sukzessiv-selektierenden Gruppenuntersuchungen empirisch erhärtet. Die Kausalitätsbeziehung zwischen unabhängiger Variablen und der so ermittelten abhängigen Variablen wurde schließlich durch ein RCT überprüft, dessen Ausgangsstichprobe die oben ermittelten wesentlichen Kontextfaktoren enthält.

### Offene Fragen der Psychotherapieforschung

Mit diesem Vorschlag einer stratifizierenden Psychotherapieforschung ist, das muss relativierend gesagt werden, lediglich ein Schritt hin zu einer der Komplexität psychotherapeutischer Phänomene angemesseneren Forschungsstrategie getan.

Einige wichtige Probleme der Psychotherapieforschung sind in diesem Artikel nicht angesprochen worden. Dazu gehört, dass die einwirkende Größe, die *unabhängige Variable* (Psychotherapieverfahren, -methode, -technik) in der Psychotherapieforschung keine homogene, eindeutig bestimmbare Größe darstellt wie etwa chemische Zusammensetzung und Dosis eines Medikamentes, sondern eine komplexe Einheit verschiedener Merkmale. Diese unterschiedlichen Merkmale könnten bei

verschiedenen Probanden unterschiedlich wirken. Ein Psychotherapieverfahren ist etwa in der Praxis kaum trennbar von den jeweiligen Merkmalen des Menschen, der dieses Verfahrens durchführt, also dem Therapeuten und dessen Eigenarten. Diese Eigenarten (z. B. Alter, Geschlecht, Erfahrung, Glaubwürdigkeit, Humor, Feinfühligkeit) bestimmen in Abhängigkeit der unterschiedlichen Empfänglichkeiten der Patienten ohne Zweifel wesentlich den Effekt des Verfahrens mit. Es ist daher ohne vorhergehende Studien kaum zu kontrollieren, welche Aspekte der unabhängigen Variablen „Psychotherapieverfahren“ in welchem Maß verantwortlich sind für den Therapieeffekt.

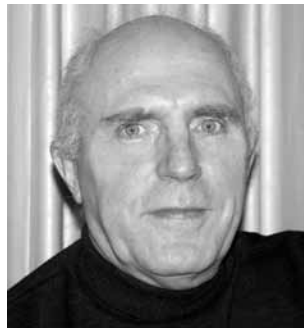
Ähnlich wie bei dem hier vorgeschlagenen Weg bezüglich der abhängigen Variablen müssten daher Methoden entwickelt werden, auch bei der unabhängigen Variablen vor der Durchführung von RCTs jene Merkmale zu ermitteln, die für die Wirkung auf die relevanten Merkmale der abhängigen Variablen wichtig bzw. nicht wichtig sind.

Weiterhin ist zu bedenken, dass die *Beziehung* zwischen unabhängiger und abhängiger Variablen, also zwischen Therapeut und dessen Vorgehensweise auf der einen, dem Patienten auf der anderen Seite, *nicht unidirektional* – wie in üblichen Interventionsstudien unterstellt –, sondern *dynamisch-bidirektional* ist. Beide Seiten sind nicht nur Objekte, sondern auch Subjekte und beeinflussen sich gegenseitig. Das Einwirkungs-Effekt-Modell müsste also durch ein sich entwickelndes Wechselwirkungsgeschehen zwischen unabhängiger und abhängiger Variablen ersetzt werden, in dem die abhängigen und unabhängigen Variablen ihre Positionen ständig tauschen. Da diese Rückkopplungsprozesse sich verstärken (positive Rückkopplung), abschwächen (negative Rückkopplung) oder zu qualitativ neuen Ergebnissen führen können, müsste ein angemessenes Modell sie in ihrer zeitlichen Dynamik als eine Art zirkuläre Kettenreaktion abbilden. Ein solches Modell wurde als „*Generic Model of Psychotherapy*“ (Orlinsky & Howard, 1986) skizziert. Es fehlen bisher allerdings Methoden, ein solches dynamisches Wechselwirkungsverhältnis in Interventionsstudien reproduzierbar abzubilden.

Es ist Aufgabe zukünftiger Forschung, vom allzu vereinfachenden, konventionellen naturwissenschaftlichen Kausalitätsparadigma zu einer Methodik zu kommen, die den komplexen systemischen und subjektiven Eigenarten des psychotherapeutischen Geschehens besser gerecht wird.

### **Literatur**

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



*Dr. med. Michael Klucken, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psycho-*

*therapie, Diplom-Psychologe, ist in eigener Kassenarztpraxis niedergelassen und von der Ärztekammer Niedersachsen weiterbildungsermächtigt für Verhaltenstherapie, Autogenes Training und Hypnose. Sein Interessenschwerpunkt ist schulensübergreifende Psychotherapie.*

### **Dr. med. Michael Klucken**

Am Bloher Forst 18  
26160 Bad Zwischenahn  
[dr-klucken@t-online.de](mailto:dr-klucken@t-online.de)

# Denn sie wissen nicht, was wir tun – Die Diskussion über die Pflicht zur standardisierten Diagnostik droht zum Selbstgespräch zu werden

Thorsten Padberg

**Zusammenfassung:** Im Namen der Wissenschaft wird zurzeit die Notwendigkeit standardisierter Diagnostik betont. Der Artikel weist eine einseitige Inanspruchnahme „der Wissenschaft“ durch die Befürworterinnen und Befürworter<sup>1</sup> standardisierter Diagnostik zurück. Psychotherapiepraktiker, die dieser Form der Diagnostik skeptisch gegenüberstehen, haben gleichwertige Wissenschaftsansprüche, die nicht notwendig zur Forschung im Widerspruch stehen. Bei Psychotherapeuten festzustellende Abweichungen von standardisiert gestellten Diagnosen rechtfertigen zudem keine Schlüsse auf die Persönlichkeit dieser Psychotherapeuten. Es wird die Frage gestellt, ob standardisierte Diagnostik den Interessen der Klienten dient, und erläutert, welche Rolle Diagnosen im Therapieprozess spielen. Der Zwang zur standardisierten Diagnostik übergeht ethische und praktische Überlegungen sowie kommunikative Prozesse, die der Psychotherapie als Wissenschaft wesentlich sind.

Für Antrag und Bewilligung einer Psychotherapie sollen standardisierte Testverfahren in Zukunft Voraussetzung sein, so wird es im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland (G-BA) diskutiert. Dass ein großer Teil der Praktiker seine Diagnosen nach sogenannten „unstrukturierten Interviews“ stellt, das heißt ohne einen Leitfaden, in dem die Fragen zum Leiden der Klienten vorgegeben wären, soll damit Vergangenheit sein. Auch Veränderungen der Symptomatik müssten dann durch Fragebögen erfasst werden.

Jetzt hat die am Modell einer schulenübergreifenden Allgemeinen Psychotherapie orientierte Psychotherapieforschung schon bei der Verbreitung der von ihr als überlegenen angesehenen therapeutischen *Methodik* massive Schwierigkeiten erfahren (vgl. Padberg, 2011; 2012): Viele Praktiker lösen sich nicht von den in ihrer Ausbildung gelernten Herangehensweisen. Sie bleiben während ihrer Berufstätigkeit einer oder mehreren psychotherapeutischen Schulen verbunden, statt ihre Praxis an den neues-

ten wissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten. Wenn jetzt die Pflicht zur standardisierten *Diagnostik* kommen soll, fürchten die Initiatoren mit gutem Grund: Widerstand.

## Fragen, die niemand gestellt hat

Es gibt deshalb schon im Vorfeld Bemühungen, eine Diskussion zu initiieren, die die Sorgen der Praktiker eindämmen soll. „Die Seele ist doch nicht messbar, oder?“, fragte etwa der Titel einer Informationsveranstaltung am 3. Juli 2012 zur standardisierten Diagnostik des Ausschusses für Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung der Psychotherapeutenkammer Berlin. Die Fragen der Praktiker sollten damit aufgegriffen werden. Nein, die Seele sei natürlich nicht messbar, erklärte dort Prof. Thomas Fydrich von der Humboldt-Universität Berlin, ihre Manifestationen, wie Symptome und Persönlichkeitseigenschaften etc., aber doch. Die ebenfalls vor-

tragende Psychologische Psychotherapeutin Sabine Schäfer wollte beruhigen. Testdiagnostik sei eine gute Sache, erklärte sie den Zuhörern. Nach der Anwendung von Tests könnten sie sicher sein, nichts übersehen zu haben. Und eine schöne Erfolgskontrolle sei es auch, das kleine Testpaket, das sie anschließend vorstellte – und daher den Aufwand wert. Auch ein Themenheft der Zeitschrift *Psychotherapie im Dialog* widmet sich der standardisierten Diagnostik. Im Editorial „Zähneknirschend oder neugierig?“ erheben die Herausgeber mit vereinnahmendem „Wir“ für einen Moment die Stimme der Praktiker: „Wir als Therapeuten wissen doch, wie es unseren Patienten und Klienten geht und wie erfolgreich oder auch begrenzt die gemeinsamen therapeutischen Bemühungen ggf. sind.“ (Schauenburg & Köllner, 2012, S. 1) Nachdem die Praktiker-Perspektive scheinbar eingenommen wurde, sehen die Autoren Grund zum Zweifeln: Übersehen „wir“ nicht eventuell „unterschwellige therapeutische Prozesse oder sogar auch gelegentlich gravierende Dinge“, sind „wir“ nicht wie die „85% aller Autofahrer, die fest der Überzeugung sind, besser als der Durchschnitt zu fahren“ (a. a. O.)? Durch standardisierte Diagnostik würden „therapeutische Fehlentscheidungen (...) minimiert“ (Köllner & Schauenburg, 2012, S. 89). Eine große Zahl therapeutischer Misserfolge gehe „letztlich auf

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Formen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

diagnostische Fehler“ zurück, ergänzen Hoyer und Knappe (2012, S. 5), ein Verzicht auf die notwendige standardisierte Diagnostik sei „inakzeptabel und fahrlässig“ (ebd., S. 4), der Nutzen diagnostischer Interviews stehe „ohnehin außer Frage“ (ebd., S. 3).

Auf diese Weise vorbereitet ist das Ergebnis der Diskussion schon durch die Schilderung der Ausgangslage vorgezeichnet. Folgt man den genannten Beiträgen, stehen hier gegeneinander: der Glaube an die Seele gegen das Wissen um Symptome und ihre Behandlung, die Bequemlichkeit gegen die Genauigkeit, die Bedürfnisse der Praktiker gegen die Erkenntnisse der Wissenschaft. Im schlimmsten Fall steht die Selbstbezogenheit des Praktikers dem Wohlergehen des Patienten im Weg (vgl. Hoyer & Knappe, 2012, S. 3).

Es sei eben „nicht einfach“, gegen den „evidenzbasierten Zeitgeist“ zu argumentieren, stellen Köllner und Schauenburg (2012, S. 89) abschließend fest, weshalb eine Gegenrede „Mut“ erfordere. Dieser Einschätzung sekundiert dann auch die zur mutigen Kritik geladene Praktikerin: Ihr Artikel stelle „keinen wissenschaftlichen Anspruch“, sondern orientiere sich an der klinischen Erfahrung (Meiser-Storck, 2012, S. 6). Offenbar sind auch manche Praktiker inzwischen der Meinung, gegen standardisierte Diagnostik ließe sich nur auf nicht-wissenschaftlicher Basis argumentieren.

Jetzt ist es so: In einer Diskussion steht man besonders gut da, wenn man ihr einziger Teilnehmer ist, und am einfachsten argumentieren lässt sich gegen eine völlig überzeichnete Position. Am effektivsten stellt man das sicher, indem man beide Seiten gleich selbst übernimmt: Praxis versus Forschung, das bedeutet Seele gegen Messung, Willkür gegen Genauigkeit. Aber sind wirklich *das* die Bedenken, die Praktiker von einer standardisierten Diagnostik abhalten?

Ich will im Folgenden die auf diese Weise gezogenen Konfliktlinien korrigieren. Die Front verläuft nicht zwischen Wissenschaft und Praxis oder gar zwischen Therapeut und Klient. Um dies zu verdeutlichen, werde ich im Folgenden zeigen:

1. Gegen den sogenannten evidenzbasierten Zeitgeist zu argumentieren, ist – anders als Köllner und Schauenburg (2012) meinen – *nicht schwer*, wenn man sich aus der scheinbaren Opposition von Praxis und Forschung löst. Es ist überdies aktuell *besonders leicht*, weil die gegenwärtige Evidenz die Praxis, Diagnostik nicht notwendig standardisiert durchzuführen, stützt. **Leitfrage: Was ist wissenschaftliche Psychotherapie?**
2. Gegen den sogenannten evidenzbasierten Zeitgeist zu argumentieren, ist zudem *nicht mutig*. Mut ist kein Merkmal der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Hier zeigt sich lediglich eine Verschiebung der Debatte von einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu einer Debatte über den Charakter von Praktikern. **Leitfragen: Was ist Diagnostik, was Ethik in der Psychotherapie? Und wie hängt beides zusammen?**
3. Standardisierte Diagnostik ist darüber hinaus *nicht notwendig für gelingende Psychotherapie*. Notwendig ist hingegen zunächst die wissenschaftliche Auseinandersetzung über Vor- und Nachteile standardisierter Diagnostik. **Leitfrage: Was ist für die psychotherapeutische Veränderung nützliche Information?**

## Zu 1): Gegen den evidenzbasierten Zeitgeist zu argumentieren ist leicht

„Glücklicherweise (...) haben sich die Therapeuten und Klienten bisher weitgehend unabhängig von den Ergebnissen der Psychotherapieforschung verhalten. Hätten sie sich wissenschaftsgläubig (...) am angeblichen Stand der Psychotherapieforschung orientiert, so wäre vielen Menschen die Hilfe versagt geblieben, die sie inzwischen tatsächlich gefunden haben.“ Nach Köllner und Schauenburg (2012) können solche Statements nur schwer gegen den „evidenzbasierten Zeitgeist“ abgegeben werden. Wer als Autor dieser Zeilen einen Praktiker vermutet, der sich gegen den „Stand der Wissenschaft“ stemmt, liegt jedoch falsch. Beim Urheber handelt es sich um Klaus Grawe (1986,

S. 517), Deutschlands wohl prominentesten Psychotherapieforscher. Es lässt sich also recht leicht gegen den „evidenzbasierten Zeitgeist“ argumentieren, weil dies allenthalben gemacht wird – nicht zuletzt von Psychotherapieforschern selbst. Was Köllner und Schauenburg (2012) hier so modisch „Zeitgeist“ taufen, hat sich immer wieder geändert: So galt namhaften Psychotherapieforschern Psychotherapie zunächst als gänzlich unwirksam (Eysenck, 1966), dann grundsätzlich wirksam ohne großen Unterschied zwischen den einzelnen Therapieverfahren (Smith & Glass, 1977) sowie wieder etwas später nur in einigen wenigen ihrer Verfahren als nachweislich wirksam (Grawe, 1992). Selbstverständlich hat Grawe sein Statement als Fortschritt gegenüber den früheren Erkenntnissen aufgefasst, als Ausdruck seiner differenzierteren Sicht auf die Ergebnislage. Inzwischen geht in der Psychotherapieforschung der Trend jedoch zum „Retro-Chic“, und das Zwischenergebnis von Smith und Glass (1977) soll wieder gelten. Bruce Wampold (2001), der den Ergebnissstand der Psychotherapieforschung unter anderen Gesichtspunkten neu analysiert hat, ist wieder zu dem Schluss gekommen, alle untersuchten Verfahren seien etwa gleich wirksam.

Diese jüngsten Ergebnisse sind bei vielen Praktikern populär, weil sie darin ihr tägliches Vorgehen bestätigt sehen. Nach Wampolds Interpretation klärt die therapeutische Beziehung „dramatisch mehr“ Outcome-Varianz auf, als alle spezifischen Treatments zusammen (2001, S. 158). Vergleichsweise unwichtig sei dagegen, ob die für spezifische Diagnosen geschneiderten Manuale befolgt werden (ebd. S. 159ff.). Wampold (pers. Mitteilung) sieht deshalb in der neuesten Entwicklung der Psychotherapieforschung hin zur Untersuchung sogenannter „transdiagnostischer Ansätze“ (z. B. Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004), die eher die Gemeinsamkeiten als die Unterschiede verschiedener psychischer Störungen hervorheben, eine langsame Rückbesinnung auf therapeutische Ansätze, die nicht für spezifische Diagnosen gedacht sind. Es ist in der Debatte daher sogar möglich, *mit* dem „evidenzbasierten Zeitgeist“ für eine untergeordnete Rolle standardisierter Diagnostik zu argumentieren.

### **Wissenschaftliche Psychotherapie findet nicht dadurch statt, dass man Messungen standardisiert, sondern, wenn nach den Regeln der Kunst therapiert wird**

Diejenigen Psychotherapeuten, die der jetzigen Initiative zur Standardisierung der Diagnosestellung kritisch gegenüberstehen, sind möglicherweise sehr gute Wissenschaftler. In ihrer fortschreitenden Entwicklung zum „erfahrenen Fachmann“ beschreiben die von Ronnestad und Skovholt (2003) befragten Psychotherapeuten eine zunehmende Loslösung von (störungsspezifischen) Techniken und eine Hinwendung zur Person des Klienten. Darin zeigt sich die praktische Wissenschaft der Psychotherapeuten: Sie haben im Laufe ihres Berufslebens Erfahrungen gesammelt, die sich mit dem Erkenntnisstand der modernen Psychotherapieforschung decken. Im Gegenzug trifft auch die Psychotherapieforschung wissenschaftliche Aussagen auf Basis subjektiver Eindrücke. Hoyer und Knappe (2012) stützen ihre Argumente für standardisierte Diagnostik mit Ergebnissen einer Studie, bei der Diagnostik und Therapieevaluation allein den Klienten überlassen wurde – im konkreten Fall freilich um den Preis eines inneren Widerspruchs, siehe Kasten 1. Forschung und Praxis nutzen also gleichermaßen verschiedene Informationsquellen. In der bekannten TK-Studie (vgl. Scheidt, Brockmann, Caspar, Rudolf, Stangier & Vogel, 2012) zeigten sich denn auch ähnlich gute Therapieergebnisse, unabhängig davon, ob die Diagnostik standardisiert durchgeführt wurde (und dadurch deutlich mehr Diagnosen vergeben wurden) oder nicht.

Mit Rückblick auf die bisherige wechselhafte Geschichte der Erkenntnisse der Psychotherapieforschung kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass die Daten erneut anders gelesen werden. Und auch Wampolds Ergebnisse sind nicht unumstritten (vgl. z. B. Crits-Christoph, 1997; Luborsky et al., 2002). Entscheidend ist jedoch, dass eine Debatte über Evidenz möglich ist.

### **Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Psychotherapiepatienten**

Hoyer, Helbig und Wittchen haben im Jahr 2006 Leser des Magazins „Stern – Gesund leben“, die nach eigener Einschätzung an einer „Depressionstherapie“ teilgenommen hatten, zur Teilnahme an einer Studie aufgefordert. Da nur 70% der Patienten angaben, über ihre Diagnose informiert worden zu sein, ist bei 30% der Teilnehmer unklar, ob ein mit wissenschaftlicher Diagnostik Vertrauter diese Einstufung stützen würde. Und bei 100% der Teilnehmer ist unbekannt, ob diese Diagnose auf dem von Hoyer und Knappe (2012) favorisierten, standardisierten Wege zustande gekommen ist.

Es ist ein interessantes Ergebnis dieser Studie, dass diejenigen Patienten, die die Mitteilung einer Diagnose erinnern, ihre Therapie auch hilfreicher fanden. Man sollte über die Bedeutung dieses Ergebnisses diskutieren. Ist das Wissen um eine Diagnose hilfreich für die Klienten? Wenn ja, warum? Wurde ein reales Krankheitsgeschehen mit einem darüber aufgeklärten Patienten behandelt? Oder profitieren die Klienten davon, *irgendeinen* Namen für ihr Leiden zu haben? Haben die 30% der Teilnehmer, die sich nicht ausreichend über ihre selbst gestellte Diagnose „Depression“ informiert sahen, die Kriterien für diese Störung möglicherweise nicht erfüllt? Sind sie über das Therapiegeschehen verärgert gewesen, weil der Therapeut nach ICD-Kriterien „nur“ eine Anpassungsstörung oder stattdessen eine Persönlichkeitsstörung fand?

Wir wissen es nicht. Sicher ist jedoch, dass Hoyer und Knappe (2012) durch den Bezug auf diese Studie Patienteneindrücke zum Beleg der Notwendigkeit standardisierter Diagnostik nutzen und dabei das Kriterium der Diagnosestellung nach Bedarf wechseln.

#### **Kasten 1**

Die Zahlen sprechen nicht für sich. Man lernt nur dann aus ihnen, wenn man in der Lage ist, aus den vorliegenden Daten klug auszuwählen. Verschiedene Psychotherapieforscher setzen unterschiedliche Schwerpunkte in der Auslegung des umfangreichen Datenmaterials und kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Genauso muss man zur Stellung einer Diagnose eine Auswahl aus einer potenziell unendlichen Zahl von Beobachtungen und Äußerungen treffen. Forscher und Praktiker sind gleichermaßen auf eine Interpretation ihrer Daten angewiesen. Ihre Erkenntnisansprüche können sich daher auf Augenhöhe begegnen.

Wissenschaftliche Psychotherapie findet nicht dadurch statt, dass standardisiert gemessen wird, sondern, wenn nach den Regeln der Kunst mit Beobachtungen, Daten und Messungen umgegangen wird. Zu dieser wissenschaftlichen Kunst gehört auch die richtige Auswahl wichtiger Behandlungsbereiche. Und die Richtigkeit der Auswahl und Benennung dieser Behandlungsbereiche ist nicht zuletzt eine ethische Frage.

### **Zu 2): Gegen die Vergabe standardisierter Diagnosen zu argumentieren ist nicht mutig**

*Irreführende Parallele: Psychologie handelt von den Vorgängen in der psychischen Sphäre, wie Physik in der physischen. Sehen, Hören, Denken, Wollen sind nicht im gleichen Sinne Gegenstände der Psychologie wie die Bewegungen der Körper, die elektrischen Erscheinungen etc. Gegenstände der Physik. Das siehst du daraus, daß der Physiker diese Erscheinungen sieht, hört, über sie nachdenkt, sie uns mitteilt, und der Psychologe die Äußerungen (das Benehmen) des Subjekts beobachtet.*

(aus: Ludwig Wittgenstein, Philosophische Untersuchungen, 1984)

Wenn die Forschung der Praxis bei der Diagnostik über die Schulter schaut, sieht sie gravierende Defizite. Die Diagnosen werden nach unstrukturierten Interviews gestellt, wodurch z. B. Persönlichkeitsstörun-



gen vernachlässigt würden (Fydrich, Schmitz, Dietrich, Heinicke & König, 1996). Insgesamt werden weniger Diagnosen vergeben, als es nach strukturierten Interviews angezeigt wäre, besonders Soziale Phobien und Generalisierte Angststörungen würden immer wieder übersehen, Anpassungsstörungen dagegen zu häufig vergeben (Terber, Untersinger & Köllner, 2012).

Einige Autoren unterstellen den Klinikern durchaus auch edle Motive, etwa den Versuch der Vermeidung von Stigmatisierung oder die aktive Suche nach Kausalzusammenhängen (also externen Auslösern der Symptomatik), damit die vergebene Diagnose der erlebten Realität des Klienten näherkommt. Dennoch: Im Raum steht der Vorwurf, die Psychotherapeuten verzerrten systematisch die eigentliche Pathologie. Ist es nicht unethisch, den Klienten aus falsch verstandener Fürsorge die wahre Natur ihres Leidens zu verschweigen?

Auf den ersten Blick scheint alles ganz eindeutig: Behandlung ohne objektive Diagnose – man muss kein Psychologieprofessor sein, um zu erkennen: So geht es nicht! Wenn die Möglichkeit bestünde, mittels standardisierter Instrumente zur einzig richtigen Diagnose zu kommen und dazu passend zu intervenieren, dann wäre das ausschließliche Vertrauen auf das eigene diagnostische Urteilsvermögen tatsächlich „mutig“. Dabei wird unterstellt, dass die Abweichung von standardisiert zu stellenden Diagnosen einzig auf der *willkürlichen* Entscheidung des Praktikers beruht, sich nicht an die akademisch anerkannten Methoden zur Erfassung der psychopathologischen Wirklichkeit zu halten. Kein Wunder, dass man die so mutigen und eigensinnigen Praktiker dann per Gesetz auf die richtige Praxis zu verpflichten sucht. Es fehlt in der Debatte am Willen, jenseits von Gutdünken und Gutmenschentum nach *guten Gründen* für abweichendes Diagnostikverhalten zu suchen. Ist die weitverbreitete diagnostische Praxis der Psychotherapeuten also auf jeden Fall unprofessionell? Dazu will ich ein aktuelles Beispiel betrachten.

### **Badness or Madness?**

Anders Breivik hat auf der Insel Utoya und in der Osloer Innenstadt auf seinem

„Kreuzzug gegen die Islamisierung Europas“ 77 Menschen ermordet. Vor Gericht sollte u. a. seine Schuldfähigkeit durch Einschätzung seiner geistigen Gesundheit geklärt werden. Zwei Psychiaterteams hatten sich 36 bzw. 37 Stunden mit Breivik beschäftigt, um eine Diagnose zu stellen. „Paranoide Psychose“ lautete das Urteil des ersten Gutachterteams, „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ das des zweiten (vgl. Ramelsberger & Herrmann in Süddeutsche Zeitung vom 15.06.2012). Der zu diesem „Schlamassel“ befragte psychiatrische Leiter der Rechtsmedizinischen Kommission Norwegens, Klaus Henrik Melle, sozusagen der oberste Qualitätssicherer psychiatrischer Urteile vor Gericht, befand, beide Gutachten seien professionell. Das Gericht könne bei der Urteilsfindung selbst entscheiden, worauf es Wert lege. Es lag damit in der Hand des Gerichts abzuwägen, ob es Breivik, wie von diesem selbst gewünscht, für zurechnungsfähig erklärt und entsprechend härter bestraft, oder der Psychose-Diagnose folgt und stattdessen eine Unterbringung in der Psychiatrie anordnet – und Breivik indirekt auch dazu verurteilt, als „irre“ angesehen zu werden.

Der beste psychiatrische Sachverstand Norwegens erklärte in einer Angelegenheit von höchster nationaler Bedeutung das

letzte Urteil über die tatsächliche Störung eines Angeklagten zu einer Frage der Bewertung. Diagnostik ist nicht nur eine Frage der Symptome, sondern auch eine Frage der Ziele, die man damit verfolgt. Dabei zeigte sich im Austausch zwischen Breiviks Verteidigerin, dem Staatsanwalt sowie dem Gutachter und Schizophrenie-Experten Einar Kringlen, wie die gleichen Phänomene durch unterschiedliche Einordnung und Gewichtung schon auf Symptomebene abweichend benannt werden können:

**Verteidigerin:** „Sie sind absolut sicher, dass er nicht krank ist?“

**Kringlen:** „Ja.“

**Staatsanwalt:** „Und die Tempelritter?“

**Kringlen:** „Das war kein Wahn, eher Wunschdenken.“

**Staatsanwalt:** „Aber er sagte uns, die Organisation besteht.“

**Kringlen:** „Pompöse Ideen.“

**Staatsanwalt:** „Und die Organisation hat ihm den Auftrag gegeben zu töten. Kann das eine Wahnvorstellung sein?“

**Kringlen:** „Vielleicht lügt er einfach.“

(Ramelsberger & Herrmann, 2012)

Ein komplexes Wahngelände wird zu pompösen Ideen, einzelne Wahnvorstellungen zu Wunschdenken oder einfachen Lügen. Wenn es bei der Auswahl aus zwei

### **„Ich therapiere was, was Du nicht siehst“ – Die Definitionsmacht der Diagnosekataloge**

Es wird beklagt, dass z. B. die Generalisierte Angststörung in der klinischen Praxis immer wieder übersehen werde. Da man psychische Störungen nicht sehen und hören kann, sondern aus den Äußerungen und dem Benehmen einer Person erschließt, bedient man sich in der Psychopathologie eines Zeichenansatzes: Besonders häufig zusammen vorkommende Symptome werden zu Syndromen geordnet und etikettiert. Am Ende dieses Prozesses stehen die Klassifikationswerke für psychische Störungen ICD und DSM. Die so entstandenen Diagnosen werden vor ihrer Festschreibung nach vielfältigen Kriterien beurteilt. So warnen Starcevic, Portman und Beck (2012, S. 665) im Rahmen der Debatte um die aktuelle Revision des DSM vor der Absenkung des Zeitkriteriums von sechs auf drei Monate und der Anzahl sog. „assoziierter Symptome“ von drei auf eines für die Generalisierte Angststörung. Sie fürchten u. a. eine Pathologisierung normaler Sorgen und eine „peinliche Epidemie“ (a. a. O.) von Generalisierten Angststörungen. Dies könne zu einer Verminderung der Glaubwürdigkeit der Psychiatrie führen.

Angenommen, diese Autoren hätten sich durchgesetzt und die Schwelle zur Bezeichnung von Sorgen und Ängsten als Symptome einer Generalisierten Angststörung würde nicht abgesenkt, sondern, u. a. im Dienste der Glaubwürdigkeit der Psychiatrie, erhöht. Diese Störung dürfte in Zukunft sogar weniger häufig diagnostiziert werden. Was hätten die der Fahrlässigkeit gescholtenen Praktiker dann übersehen?

#### **Kasten 2**

als schwer geltenden psychischen Störungen keine Einigkeit der Experten gibt, wie sieht es dann erst bei vielen anderen Diagnosen aus, bei denen die Differenzierung oft noch viel feinere Unterscheidungen erfordert?

Im Fall von Anders Breivik weichen die Experten hinsichtlich der genannten Diagnosen voneinander ab. Aber selbst im Falle der Einigkeit über das Diagnoselabel können die Beteiligten sich bzgl. der dazugehörigen Phänomene uneinig sein. Die in den Klassifikationswerken der Psychiatrie zu findenden Symptome und Syndrome sind Ergebnis eines Diskussionsprozesses, der erst nach vielfältigen Abwägungen in einem Kategorisierungssystem mündet (siehe Kasten 2, S. 15).

### **Der fundamentale Attributionsfehler der bisher geführten Debatte ist, die vereinbarten Namen für die benannte Sache zu halten**

**Tochter:** Was bedeutet „objektiv“?

**Vater:** Also, es bedeutet, daß man Dinge, die man beobachten will, sehr genau beobachtet.

**Tochter:** Das klingt vernünftig. Aber wie suchen die Leute die Dinge aus, bei denen sie objektiv sein wollen?

**Vater:** Na ja, sie wählen die Dinge aus, bei denen es leicht ist, objektiv zu sein.

**Tochter:** Aber woher wissen sie, daß es sich dabei um leichte Dinge handelt?

**Vater:** Ich nehme an, sie probieren verschiedene Dinge aus und stellen es dann aufgrund ihrer Erfahrung fest.

**Tochter:** Du meinst, leicht für sie?

**Vater:** Ja.

**Tochter:** Dann ist es also eine subjektive Auswahl?

**Vater:** Oh ja. Alle Erfahrung ist subjektiv.

(aus: Gregory Bateson, Ökologie des Geistes, 1992)

Nach ICD und DSM gestellte Diagnosen bestehen nicht *an sich*, sie sind keine Übersetzungen aus dem Geistigen ins Deutsche. Sie beruhen auf Übereinkunft. Sogar Hans Westmeyer (2009, S. 49), der ehemalige Herausgeber der *Diagnostica*, laut Selbstbeschreibung „die unverzichtbare Zeitschrift für jeden diagnostisch arbeitenden Psychologen“,

nennt Diagnosen „raumzeitlich zu relativierende Konstruktionen“. Psychische Störungen haben demnach keine eigenständige Realität. Sie werden nicht entdeckt, sie werden „deklariert“ (Szasz, 2010, S. 12). Der Berliner Professor für Psychologie Klaus-Jürgen Bruder (1993, S. 7) geht noch einen Schritt weiter und stellt fest: „Das Psychische wird durch unsere Rede darüber nicht nur geformt, sondern konstituiert.“ Konkret: Generalisierte Angststörungen vor und nach Veröffentlichung des bald erscheinenden DSM-V sind unterschiedliche Phänomene (siehe auch Kasten 2).

Weil die zur Diagnostik benutzten Worte bei den verschiedenen Diagnostikern gleich sind, denkt man, sie behandelten den gleichen Gegenstand. Das ist der fundamentale Attributionsfehler der aktuellen Debatte: Hinter jedem diagnostischen Label wird eine abgegrenzte psychische Störung vermutet. Dabei hängt das Ergebnis eines diagnostischen Interviews – ob standardisiert oder nicht – auch von den gestellten Fragen ab und von den Kriterien, nach denen man die Antworten, die man darauf erhält, bewertet. Und – wie der Hinweis des Obergutachters im Fall Breivik zeigt – auch von den Interessen des Fragestellers: Das Gericht konnte *entscheiden*, worauf es bei der Bewertung von Breiviks Pathologie Wert legt. Diagnosen sind also weniger objektive Beschreibungen als vielmehr Werkzeuge für bestimmte Zwecke. Mit gutem Grund weichen die Experten voneinander ab.

### **Der Umgang mit Diagnosen ist keine Frage des Mutes, sondern eine der psychotherapeutischen Praxis in einem komplexen gesellschaftlichen Rahmen**

Diagnostik ist kein Selbstzweck. Man bestimmt ggf. durch die Stellung einer Diagnose das Strafmaß eines Angeklagten, entscheidet über die Kostenübernahme psychotherapeutischer Gespräche durch die Krankenkasse und bahnt einen Weg aus von Klienten geschilderten Problemen. Mit den Bedürfnissen der Gesellschaft ändern sich im Laufe der Zeit auch die Diagnosen: Melancholie, Homosexualität und der Minderwertigkeitskomplex sind außer Gebrauch geraten. Dagegen sind z. B. Burnout, Onlinesucht (siehe hierzu auch den

Beitrag von Teske, Theis & Müller in dieser Ausgabe, S. 19-26) oder pathologische Schulangst mögliche Kandidaten für zukünftige Klassifikationskataloge. Die erste Debatte über Diagnosen sollte deswegen nicht vorwiegend über deren Genauigkeit und Reliabilität geführt werden, sondern über ihre Nützlichkeit. Ein alleiniger Verweis auf die Richtigkeit der Diagnosestellung ist dafür unzureichend, die entscheidende Frage muss heißen: richtig wofür?

Wenn diese Frage dann von Praktikern anders als von Forschern beantwortet wird, liegt das u. a. daran, dass sie Diagnosen nicht nur im Dienste der Wissenschaft, sondern auch im Sinne der Veränderungswünsche ihrer Klienten vergeben. Diagnosen sind in der Psychotherapie nur dann hilfreiche Werkzeuge, wenn sie therapeutischen Zwecken dienen, Zielen, die Gesellschaft, Therapeut und Klient für wichtig halten. Es kann sinnvoll sein, dem gerade geltenden Konsens der DSM- und ICD-Autoren nicht zu folgen. Ein Verzicht auf standardisierte Diagnosestellung ist deshalb nicht mutig, sondern u. U. eine Notwendigkeit der psychotherapeutischen Praxis.

Entscheidend für den Psychotherapeuten ist, welche Vorannahmen in den zu stellenden Diagnosen transportiert werden. Erweitern sie die Handlungsmöglichkeiten oder untergraben sie, möglicherweise durch ihre standardisierte Erfassung, die psychotherapeutische Veränderungsarbeit?

### **Zu 3): Nicht die standardisierte Diagnostik ist notwendig, sondern zunächst die Debatte über ihre Vor- und Nachteile**

Erinnern wir uns an die Kritik von Terber, Untersinger und Köllner (2012), Psychothera-

2 Terber, Untersinger und Köllner (2012) treffen hier eine gewichtete Auswahl. Wenn man die Depressionsdiagnose nicht schon voraussetzt, könnte ja auch die *Schwere der Symptomatik (Auswahl* aus dem Bericht des Klienten) durch kognitive Verzerrungen (bestimmte *Gewichtung* entsprechend der kognitiven Theorie) im Therapiegespräch vom Klienten überschätzt werden, sodass nach den ICD-Kriterien möglicherweise überhaupt keine Diagnose zu stellen wäre.

peuten überschätzten das Vorkommen von Anpassungsstörungen. Sie übernahmen die Leidensgeschichten ihrer Klienten in Teilen ungeprüft und sähen dadurch von diesen genannte Ereignisse als auslösend für die Beschwerden an. Für die Betonung dieser externen Auslöser könnten, so die Autoren, kognitive Verzerrungen des Klienten im Rahmen einer Depression verantwortlich sein, die dadurch unentdeckt bliebe.<sup>2</sup> Leitend ist dabei die Auffassung, eine Depression *verursache*, ähnlich einer somatischen Krankheit, Denkstörungen. Um diese aus der Diagnostik auszufiltern, müsse die Diagnose möglichst unabhängig vom konkreten Gespräch zwischen Klient und Psychotherapeut erstellt werden.

Um im Kontrast den Umgang mit *Diagnostik im Dienste der Veränderungsarbeit* zu veranschaulichen, will ich abschließend denjenigen psychotherapeutischen Ansatz zu Wort kommen lassen, der häufig als einer standardisierten Diagnostik nahestehend angesehen wird: die Kognitive Verhaltenstherapie. Der folgende Dialog-Ausschnitt stammt von einem paradigmatischen Vertreter der Kognitiven Therapie, Aaron T. Beck:

**Therapeut (T):** *Wie war Ihnen dabei zuzumute, heute hierher zu kommen?*

**Patient (P):** *Ich war ziemlich nervös.*

**T:** *Hatten Sie irgendwelche besonderen Vorstellungen von mir oder von der Therapie, bevor Sie herkamen?*

**P:** *Ich war nervös, weil ich dachte, Sie würden mich für diese Art Therapie nicht geeignet halten.*

**T:** *Was haben Sie sonst noch gedacht oder gefühlt?*

**P:** *Um die Wahrheit zu sagen, ich fühlte mich irgendwie hoffnungslos – ich war schon bei so vielen Therapeuten, und meine Depressionen kommen immer wieder.*

**T:** *Glauben Sie jetzt, nachdem wir miteinander sprechen, immer noch, daß ich Sie als Patienten ablehnen werde?*

**P:** *Ich weiß nicht – und Sie?*

**T:** *Nein, selbstverständlich nicht; aber ich möchte, daß Sie das als Beispiel dafür sehen, wie Ihre Erwartungen Angst auslösten (...). Wir können vielleicht später noch einmal auf dieses pessimistische Gefühl zurückkommen und sehen, ob Sie immer noch daran glauben. Nach meiner Meinung haben Sie aber bereits etwas Wichtiges*

*deutlich gemacht, nämlich, daß Ihre negativen Vorstellungen unangenehme Gefühle zur Folge haben – in Ihrem Fall Angst und Traurigkeit. (...) Wie fühlen Sie sich jetzt?*

**P:** *(entspannter) Ich glaube besser.*

**T:** *Gut (...) Könnten Sie mir jetzt sagen, wofür Sie Hilfe haben möchten?*

(aus: Beck, Rush, Shaw & Emery, 1999)

Becks Vorgehen betont die zur medizinischen Sicht entgegengesetzte Wirkrichtung: Er wirbt bei dem Klienten von Beginn an um eine Sichtweise auf die Problematik, bei der *Vorstellungen und Erwartungen auslösend* für die vom Klienten „Depressionen“ genannten Gefühle sind. Die kognitive Triade aus negativer Sicht von Welt, Selbst und Zukunft *ist für* Becks *therapeutische Zwecke* die Störung. Damit bietet er dem Klienten nicht nur ein Erklärungsmodell für seine Problematik an („Wir fühlen wie wir denken“); er macht „Depressionen“ auch zu einem bewältigbaren Problem, das mit normalen Alltagsgefühlen wie „Angst“ und „Trauer“ sowie dem eigenen Denken zu tun hat. Zudem bereitet er schon die therapeutische Arbeit vor: die Veränderung von Gedanken, um dadurch zu besserem Empfinden zu kommen.

Der hier demonstrierte Umgang mit der Diagnose „Depression“ hat positive praktische Konsequenzen. Sie bietet Klient und Psychotherapeut eine Möglichkeit zur Kommunikation über Beschwerden. Und sie kann auch mögliche Veränderungsansätze für die Therapie aufzeigen (etwa: Welche dysfunktionalen kognitiven Schemata sind bei diesem Klienten aktiv? Bei Depressionen typischerweise ...). Bei einem entsprechenden von Psychotherapeut und Klient geteilten Vorverständnis kann dann später die standardisierte Erfassung von Beschwerden und dysfunktionalen Gedanken hilfreich sein (etwa durch das Beck-Depressions-Inventar, BDI). Diese Instrumente sind dem therapeutischen Gespräch jedoch auf jeden Fall unter- und nachzuordnen. Sie sind erst dann sinnvoll, wenn sie im Bezugsrahmen der Kognitiven Therapie von Therapeut und Klient als Mittel der Veränderung angesehen werden. Diese Sichtweise entsteht in der Auseinandersetzung miteinander, in einem Gespräch, in dem Klient und Therapeut eine

gemeinsame Auffassung von Problem und Lösungsweg erarbeiten, die es den beiden Beteiligten ermöglicht, „So sehen wir das“ zu sagen, und später: „So haben wir das geschafft“.

Eine Kommunikation von Depression als Krankheit, die unabhängig vom theoretischen Verständnis des therapeutischen Ansatzes in standardisierten Interviews erfasst wird, kann den Klienten dagegen in eine passive Krankenrolle drängen. Die auf diese Weise erhöhte Objektivität der Diagnose „Depression“ verringert die Handlungsmöglichkeiten des Klienten; je mehr die Diagnose durch standardisierte Diagnostik aus der Leidensgeschichte des Klienten heraus objektiviert wird, umso nachhaltiger muss der Eindruck des Klienten sein, seiner Störung ausgeliefert zu sein. Als Folge einer so gestellten Diagnose wird er seine negative Weltsicht wahrscheinlich als notwendiges Ergebnis seiner Depressionen ansehen. Meiser-Storck (2012, S. 8) nennt das sich dauernd wiederholende Ausfüllen ganzer Testbatterien deshalb zu Recht eine „Anleitung zum Denken“. Das bringt den Klienten in eine für aktive kognitive Therapiearbeit ungünstige Ausgangsposition. Der Therapeut muss im Anschluss die „Realität Depression“ durch gemeinsame Analysen von Verhalten, Gedanken und Gefühlen erst mühselig wieder handhabbar machen.

Ein guter Verhaltenstherapeut wird sich deshalb z. B. auch im Fall von Panikattacken davor hüten, das Verschwinden der Symptome zum Ziel der Therapie zu machen, sondern immer für einen besseren *Umgang* mit der Angst plädieren. Alles andere würde aus verhaltenstherapeutischer Sicht zu einer dysfunktionalen Aufmerksamkeitslenkung führen. Kunstgerechtes psychotherapeutisches Vorgehen ist also nicht notwendig auf die Feststellung von Symptomen und deren Beseitigung ausgerichtet.

Wissen diejenigen, die – wie eingangs dargestellt – für standardisierte Diagnostik plädieren, was „wir“ in unserer Praxis tun? Kognitive Verhaltenstherapeuten etwa arbeiten mit ihren Klienten an Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Niemals jedoch an „Depressionen“ – wie sollte das auch gehen?

## Ein pragmatischer Hinweis

*„Folgendes wird passieren [wenn Sie sich auf die Behandlung einlassen]: Diese selbstabwertenden Gedanken werden ständig auftreten oder weniger werden – oder auch nicht. Das garantiere ich Ihnen. Falls es anders kommt, zahle ich Ihnen alle Sitzungshonorare zurück!“*

(Steven Hayes erläutert einer Klientin mit Selbstwertproblemen das Behandlungsrationale des ACT-Ansatzes. Aus: Steven Hayes, ACT in Action. Cognitive Defusion, 2007)

Wie wir miteinander und mit unseren Klienten über psychische Probleme kommunizieren, sollte stark davon beeinflusst sein, wie wir psychische Probleme lösen können. Die Psychotherapieschulen haben dafür viele Vorschläge gemacht, die unterschiedlichen gesellschaftlichen Werten – und damit voneinander abweichenden Vorstellungen von „wir“ – verpflichtet sind. Der auf diese Werte gerichtete Blick ermöglicht die Abschätzung der Relevanz von Symptomen und Psychotherapieergebnissen – und legt Mittel zur Erreichung dieser Ergebnisse nahe. Die Bewertung der Wissenschaftlichkeit und Effektivität

von Psychotherapie durch die *isolierte* Zählung und Benennung von Symptomen und Syndromen und die anschließende Messung ihrer Verminderung ist dagegen eine Verlegenheitslösung, zu der man greift, wenn man über die Exaktheit der Psychotherapiewissenschaft ihre Ziele vergessen hat:

*„Wo eine fundierte inhaltlich-substantielle Therapietheorie fehlt, lässt sich eine bestimmte Vorgehensweise natürlich nur anhand von Outcomes begründen.“*

(aus: Kriz, 2007, S. 164)

Dass dies nun mittels standardisierter Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie institutionalisiert werden soll, müssen wir mit allen Beteiligten diskutieren. Zur Beurteilung der Güte psychotherapeutischer Arbeit sind die durch Standardisierung erhöhte Objektivität, Reliabilität und Validität von Diagnosen und Ergebnissen wichtige Kriterien zweiten Ranges. Sie kommen erst dann zur Geltung, wenn Einigkeit über die Werte, Ziele und Probleme der Beteiligten schon hergestellt ist. Diese Einigkeit findet sich aber nur dann, wenn aus Selbstgesprächen Dialoge werden, in denen ein „Wir“ erst seinen Sinn erhält.

## Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



**Thorsten Padberg**, Dipl.-Psych., arbeitet als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Er beschäftigt sich mit den Bedingungen der Möglichkeit wissenschaftlicher Psychotherapie.

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

Psychologischer Psychotherapeut  
Baumschulenstr. 73  
12437 Berlin  
[torsten.padberg@freenet.de](mailto:torsten.padberg@freenet.de)

# Internetsucht – Symptom, Impulskontrollstörung oder Suchterkrankung?

## Eine Übersicht zum Forschungsstand und zu den Implikationen für die therapeutische Praxis

Annette Teske, Philipp Theis & Kai W. Müller

**Zusammenfassung:** Im Suchthilfesystem ebenso wie im Bereich der Erziehungsberatung und ambulanten Psychotherapie werden seit einigen Jahren immer mehr Klientinnen und Klienten<sup>1</sup> vorstellig, die von Symptomen als Folge einer übersteigerten Internetnutzung berichten. Diese ähneln den Kardinalsymptomen klassischer Abhängigkeitserkrankungen und führen zu teilweise erheblichen Funktionseinschränkungen und Leidensdruck. Es erscheint absehbar, dass die Anzahl von Betroffenen auch in den kommenden Jahren nicht weniger werden wird. Aus diesem Grunde erscheint es sinnvoll, Fachleute aus dem Bereich Beratung und Psychotherapie mit Informationen zum aktuellen Kenntnisstand über Internetsucht zu versorgen, bisher ausgearbeitete therapeutische Vorgehensweisen vorzustellen und Implikationen für die weitere therapeutische Tätigkeit im Umgang mit Betroffenen abzuleiten. Dieser Beitrag soll eben diese Sachverhalte aufgreifen und das Thema Internetsucht praxisnah aufbereiten.

### Einleitung

Man könnte es als einen kleinen Aufschrei bezeichnen, der durch die Reihen medizinischer und psychologischer Experten ging, nachdem die American Psychiatric Association (APA) im Jahre 2012 auf ihrer Webseite ankündigte, dass ein Expertengremium sich für die Aufnahme eines Störungsbildes namens „Internet Use Disorder“ ausgesprochen hatte. Dieses einst von einem Psychiater namens Goldberg (1995) im Scherz erwähnte Phänomen erfuhr seine erste klinische Beschreibung durch Young (1996) und entwickelte daraufhin sehr schnell das Potenzial, zahlreiche wissenschaftliche Studien und Kontroversen zu nähren. Die wissenschaftliche Forschung hat sich dieser Problematik mittlerweile unter dem Begriff „Internet Addiction“ (Internetsucht) angenommen und zahlreiche Veröffentlichungen legen die Nähe dieses neuartigen Störungsbildes zu anderen Abhängigkeitserkrankungen nahe. Derzeit existiert jedoch wohl kaum

ein anderes klinisch-psychologisches Konstrukt, das derartig polarisiert. Und dennoch, eines kristallisiert sich mehr und mehr heraus: Internetsucht kann zu einem erheblichen Leidensdruck bei Betroffenen führen, was sie zum Diskussionsgegenstand für die psychotherapeutische Arbeit werden lässt.

Der erste Abschnitt dieses Beitrags widmet sich dem aktuellen Kenntnisstand zur Internetsucht. Es soll darin eine Auswahl bisheriger Forschungsbefunde und deren Interpretation aufbereitet und somit ein Beitrag zur nosologischen Verortung dieses bislang nicht näher klassifizierten Störungsbildes geleistet werden. Eine solche Verortung ist dringend notwendig, da sich nur auf der Grundlage einer nachvollziehbaren Klassifikation eines Störungsbildes Kriterien für dessen Diagnostik, Implikationen für eine störungsspezifische Behandlung und letztlich die Versorgungszuständigkeiten klären lassen. Im zweiten Abschnitt werden die daraus resultierenden Konsequenzen

für die Behandlungspraxis sowie bereits bestehende Versorgungsstrukturen dargestellt.

### Nosologische Einordnung von Verhaltenssüchten

Der Suchtbegriff als klinisches Konstrukt bezog sich bislang ausschließlich auf die Einnahme psychotroper Substanzen. Seit einiger Zeit zeichnen sich jedoch tiefgreifende Veränderungen ab, die durch die APA, dem für die Revision des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (derzeit DSM-IV-TR) verantwortlichen Organ, angestoßen wurden (Holden, 2010). Im Zuge der Veröffentlichung des DSM-V im Jahre 2013 wird die bisherige Definition von Abhängigkeitserkrankungen zugunsten einer konzeptuell weiter gefassten Begriffsbestimmung aufgegeben. Das bisherige Kapitel „Substance Use and Related Disorders“ erfährt eine Umbenennung und wird fortan als „Addiction and Related Disorders“ geführt. Infolgedessen wird das Pathologische Glücksspiel – bislang den Impulskontrollstörungen zugeordnet – als erste substanzungebundene Abhängigkeitserkrankung in diesem Kapitel auftauchen (Rumpf & Kiefer, 2011). Dieser Umstand ist zahlreichen klinischen, psychologischen und neurowissenschaftlichen Forschungsarbeiten zum Pathologischen

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Formen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Glücksspiel geschuldet, welche die phänomenologische Nähe zu substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen aufzeigten (vgl. Frascella, Potenza, Brown & Childress, 2010).

Die Erweiterung des Suchtbegriffs um substanzungebundene Abhängigkeitserkrankungen bzw. Verhaltenssuchte (Grüsser & Thalemann, 2006) ist zwar umstritten – Anlass für die Kritik ist aufgrund des fehlenden Nachweises physiologischer Veränderungen u. a. die Anwendung der diagnostischen Kriterien Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen (Petry, 2010) –, aber mit der Revision des DSM wird nun zunehmend den Erkenntnissen der modernen Forschung Rechnung getragen und vermutlich werden weitere Verhaltensweisen in die umbenannte Kategorie folgen.

Als vielversprechender Kandidat wird derzeit die suchtartige Nutzung des Internets gehandelt. Im Zuge der Revision des DSM wird Internetsucht zunächst nicht als eigenständiges Störungsbild, aber als vorläufige Diagnose im Anhang des DSM-V unter der Bezeichnung „Internet Use Disorder“ bzw. „Internet Gaming Disorder“ auftauchen (APA, 21. November 2012). Durch zukünftige Forschung muss dann bewiesen werden, ob diese Zuordnung als Abhängigkeitserkrankung nachhaltig ist. Unabhängig davon steht die Revision des in Europa für die Behandlung maßgeblichen Klassifikationssystems International Classification of Diseases (ICD; Dilling, Mombour & Schmidt) durch die World Health Organisation (WHO) noch aus.

### Komorbidity und Internetsucht

Diverse klinische Studien zeigen, dass Internetsucht mit hohen Raten komorbider psychischer Erkrankungen einhergeht. So deuten viele internationale Studien darauf hin, dass insbesondere depressive Symptomatik bei Internetsucht häufig auftreten (z. B. Morrison & Gore, 2010; Akin & Iskender, 2011). In einer italienischen Studie (Bernardi & Pallanti, 2009) wurde bei 34% der internetsüchtigen Personen zusätzlich eine affektive Störung festgestellt.

Eine aktuelle Übersicht zum Zusammenhang von Internetsucht mit anderen psychischen Erkrankungen wurde von Ko, Yen, Yen, Chen & Chen (2012) veröffentlicht.

Aus den Befunden zur Komorbidität wird manchmal gefolgert, dass Internetsucht nicht als eigenständiges Störungsbild, sondern eher als sekundäres Symptom einer primären psychischen Störung anzusehen ist (Miller, 2007). Fest steht, dass die meisten bisher publizierten Studien hohe Komorbiditätsraten nachweisen konnten, insbesondere aus dem Bereich der Angststörungen und der affektiven Störungen.

Auch aus der Forschung zu anderen Abhängigkeitserkrankungen ist allerdings eine hohe Komorbiditätsrate bekannt. Eine jüngst veröffentlichte bevölkerungsrepräsentative Studie zum Pathologischen Glücksspiel wies zum Beispiel nach, dass 95,5% der als Pathologische Glücksspieler identifizierten Untersuchten ebenfalls eine weitere psychische Störung aufwiesen (Meyer et al., 2011). Übersichtsarbeiten zur Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit zeigen ein ähnliches Bild (vgl. z. B. Maier, Linz & Freyberger, 1997). Trotz der hohen Komorbiditätsraten werden diese Abhängigkeitserkrankungen als eigenständige Störungsbilder anerkannt.

Aufgrund der hohen Komorbidität vor schnell zu folgern, dass Internetsucht nur Ausdruck anderer psychischer Erkrankungen sein soll, ist daher möglicherweise verfrüht. Dagegen sprechen zum einen erste Forschungsbefunde, denen zufolge sich andere psychische Störungen erst auf Grundlage der Internetsucht entwickelten (Lam & Peng, 2010). Zum anderen legen empirische Befunde zur psychischen Belastung nahe, dass es sich bei Internetsucht um mehr als nur den Begleitumstand einer anderen Störung handelt. So wirkte in einer Analyse von Fu, Chan, Wong & Yip (2010) auch unter statistischer Kontrolle anderer psychischer Auffälligkeiten (z. B. depressive Verstimmung) das Vorliegen einer Internetsucht als unabhängiger Prädiktor für die psychische Gesamtsymptombelastung. In einer anderen Erhebung verglichen Wölfling, Beutel, Koch, Dickenhorst & Müller (in Druck) Patienten aus der

stationären Suchtrehabilitation, die neben der substanzbezogenen Störung komorbid an Internetsucht litten, mit Patienten, die lediglich eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen. In der Gruppe der Internetsüchtigen konnten höhere Belastungswerte gefunden werden als bei den Vergleichspatienten.

Die Untersuchungen zum Zusammenhang von Internetsucht mit anderen Erkrankungen weisen auch auf einen weiteren relevanten Aspekt hin: Internetsucht scheint auch mit anderen Abhängigkeitserkrankungen deutlich gehäuft aufzutreten (Ko et al., 2006; Korkeila, Kaarlas, Jääskeläinen, Vahlberg & Taiminen, 2010). Young (1999) schätzt auf Grundlage klinischer Beobachtungen, dass circa die Hälfte der internetsüchtigen Patienten in ihrer Behandlung zuvor schon wegen einer substanzgebundenen Störung therapeutische Hilfe gesucht hatte. In einer Studie an 1.826 Patienten, die in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen des Bundesverbandes für Stationäre Suchtkrankenhilfe wegen einer Abhängigkeitserkrankung behandelt wurden, wiesen 4,2% eine komorbid vorliegende Internetsucht auf – ein deutlich größerer Anteil als in der Allgemeinbevölkerung (Müller et al., 2012). Vergleichbare Daten sind auch hinsichtlich der Komorbidität anderer Abhängigkeitserkrankungen bekannt (vgl. z. B. Pennings, Leccese & Wolff, 2002). Einer Untersuchung von Meyer et al. (2011) zufolge weisen 89,8% der Pathologischen Glücksspieler eine Lifetime-Diagnose für eine andere Missbrauchs- oder Abhängigkeitserkrankung auf. Diese Ergebnisse können als erster Hinweis auf die phänomenologische Nähe der Internetsucht zu anderen Abhängigkeitserkrankungen bzw. auf gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren gedeutet werden.

Darüber hinaus weisen Befunde zu den Entwicklungsbedingungen der Internetsucht darauf hin, dass von ähnlichen Risikofaktoren wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen ausgegangen werden kann. So konnten beispielsweise genetische Risikomarker identifiziert werden, die sowohl für Internetsucht als auch andere Abhängigkeitserkrankungen eine Rolle spielen (z. B. Lee et al., 2008). Daneben scheint auch eine erhöhte Impulsivität einen psy-

chischen Risikofaktor bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung darzustellen (z. B. McGue, Slutske & Iacono, 1999; Cao, Su, Liu & Gao, 2007). In einer kürzlich veröffentlichten Studie wurden internet-süchtige Patienten mit alkoholabhängigen Patienten und gesunden Kontrollprobanden u. a. hinsichtlich ihrer Ausprägung im Trait Impulsivität verglichen (te Wildt et al., 2012). Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl alkoholabhängige als auch internet-süchtige Patienten signifikant höhere Impulsivitätswerte als die Kontrollgruppen aufwiesen, sich untereinander jedoch nicht unterschieden. Auch Neurotizismus scheint sich als ein ähnlicher Risikofaktor zu erweisen (z. B. Sher, Bartholow & Wood, 2000; Goodwin & Friedman, 2006). Bislang publizierte Befunde zur Persönlichkeit und Internetsucht deuten auf erhöhte Werte in diesem Trait hin (z. B. Cao & Su, 2007; Montag, Jurkiewicz & Reuter, 2010; Müller, 2010), wobei bislang keine prospektiven Studiendesigns realisiert wurden und somit Rückschlüsse auf die Kausalität dieser Beziehungen nicht möglich sind.

## Prävalenz und Leidensdruck

Weitere Streitpunkte betreffen Fragen nach der Häufigkeit des Phänomens, der Stabilität und des daraus resultierenden Leidensdrucks. Teilweise steht die Behauptung im Raum, dass Internetsucht ein ähnliches, in seiner Bedeutung übertriebenes Phänomen darstellt wie seinerzeit die Fernsehsucht (für eine Diskussion vgl. Hayer & Rosenkranz, 2011). Eine Grundlage für diese Haltung ist wohl darin zu sehen, dass frühe Prävalenzschätzungen aufgrund des lange Zeit bestehenden Mangels an einheitlichen Kriterien zur Operationalisierung zu teilweise sehr unrealistischen Werten gelangten (z. B. fast 20% in einer Studie von Griffiths & Hunt, 1998). Erst mit der Formulierung konkreter diagnostischer Kriterien (Tao et al., 2010) wurde die Grundlage für belastbare Prävalenzschätzungen geliefert.

Aktuelle Schätzungen zur Prävalenz stellen sich deutlich nachvollziehbarer dar. Anhand der aktuellsten epidemiologischen Erhebung zur Internetsucht in Deutschland

von Rumpf, Meyer, Kreuzer & John (2011) mussten 1% der Allgemeinbevölkerung und 2,5% der jungen Erwachsenen als internetsüchtig klassifiziert werden. Somit ist von einer ähnlich hohen Prävalenz wie beim Pathologischen Glücksspiel auszugehen. Die Betroffenzahlen im Jugendalter sind vergleichbar mit der Prävalenz der generalisierten Angststörung und verschiedenen Formen von Essstörungen in dieser Altersgruppe (z. B. Bühren, 2011; Niethammer & Frank, 2007). Somit scheint es sich bei Internetsucht keineswegs um ein sehr seltenes Phänomen zu handeln.

Des Weiteren zweifeln Kritiker an der Stabilität des Störungsbildes Internetsucht und vermuten, es handle sich hierbei um ein passageres Phänomen im Jugendalter, das lediglich Ausdruck einer vorübergehenden Entwicklungskrise ist. In Anbetracht der bisherigen Erfahrungswerte erscheint jedoch fragwürdig, ob man das Störungsbild tatsächlich als rein vorübergehende Begleiterscheinung der psychosozialen Reifung betrachten darf, ohne den Leidensdruck der Betroffenen und möglicherweise weitreichende und nachhaltige Entwicklungsbeeinträchtigungen in unangemessener Weise zu verharmlosen (vgl. z. B. Wölfling & Müller, 2008). Zwar gibt es bisher nur wenige Längsschnittstudien zur Stabilität des Störungsbildes, dennoch lassen erste empirische Hinweise auf eine höhere Stabilität eines internetsüchtigen Verhaltens im Jugendalter schließen als vielfach angenommen. In einer Längsschnittuntersuchung zur Computerspielsucht von Gentile et al. (2011) war das computerspielsüchtige Verhalten lediglich bei 16,4% der 2.998 asiatischen Kinder und Jugendlichen nach zwei Jahren remittiert. In einer ähnlichen Untersuchung an 1.500 Jugendlichen aus den Niederlanden (van Rooij, Schoenmakers, Vermulst, van den Eijnden & van den Mheen, 2011) war die Remissionsrate nach einem Jahr zwar im Vergleich höher, dennoch erfüllten auch hier 50% nach wie vor die Kriterien einer Computerspielsucht.

Auch die zahlreichen Studien zur Symptombelastung bei Internetsucht geben Anlass zur Sorge. Beispielsweise fanden Wölfling, Müller, Giral & Beutel (2011) bei Klienten mit Internetsucht im Vergleich mit

Personen, die das Internet zwar regelmäßig, jedoch nicht suchttartig nutzten, deutlich erhöhte Belastungswerte. Auch in internationalen Studien wiesen internetsüchtige Jugendliche höhere Belastungswerte auf als gesunde Jugendliche (Jang, Hwang & Choi, 2008). Dabei scheinen insbesondere Belastungen durch kognitive Probleme (z. B. Konzentrationsprobleme) und depressive bzw. amotivationale Syndrome eine Rolle zu spielen (vgl. Müller & Wölfling, 2011). Bei Klienten mit Internetsucht, die aus eigenem Antrieb den Weg in das therapeutische Versorgungssystem suchen, erweist sich auch der subjektiv wahrgenommene Leidensdruck als erheblich. Beutel, Hoch, Wölfling & Müller (2011) analysierten die Präsentiersymptomatik von 131 Klienten einer ambulanten Versorgungseinrichtung für Internetsucht und wiesen nach, dass die Betroffenen unter einer Beeinträchtigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit sowie sozialer Isolation und depressiver Verstimmung litten. Die Befragten äußerten explizit den Wunsch, wieder am sozialen Leben teilzunehmen und neue Interessensgebiete zu erschließen.

## Neurowissenschaftliche Evidenz

Bei einem genaueren Blick auf die neurowissenschaftliche Befundlage zur Internetsucht stellt man eine Zunahme der publizierten Arbeiten fest. Unter Verwendung unterschiedlicher Messmethoden – etwa Elektroenzephalografie (EEG), funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT) – konnte in der überwiegenden Anzahl der Arbeiten nachgewiesen werden, dass sich auf der Ebene kortikaler Reizverarbeitungs- und Aktivierungsprozesse zahlreiche Parallelen zwischen Internetsucht und anderen Abhängigkeitserkrankungen finden. In einer vergleichsweise frühen Studie von Thalemann, Wölfling & Grüsser (2007) wurden Personen mit Computerspielsucht und Kontrollprobanden mittels EEG untersucht. Als Reizmaterial dienten Screenshots aus Computerspielen. Diese wurden anderen, standardisierten Bildreizen gegenübergestellt. Die Datenauswertung ergab Unterschiede in den kortikalen Verarbeitungscharakteristiken in Bezug auf die

Computerspielreize zwischen den untersuchten Probandengruppen. Computerspielsüchtige Personen verarbeiteten die Computerspielreize mit einer vergleichbaren Intensität – operationalisiert über die Amplitudenausprägung des late positive complex – wie emotional hoch erregende Stimuli, wohingegen bei den lediglich regelmäßig Spielenden die Verarbeitungsmuster der spielbezogenen Reize der neutralen Kategorie entsprachen. Die Ergebnisse untermauern die These einer besonders tiefen emotionalen Verarbeitung suchtbezogener Stimuli auch bei Computerspielsucht, was den Schluss nahelegt, dass eine Sensibilisierung des mesolimbischen dopaminergen Belohnungssystems bestehen könnte, welchem bei der Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens eine zentrale Rolle zukommt. Im Sinne des Konzepts der Anreizhervorhebung (Robinson & Berridge, 2003) können die veränderten Verarbeitungsmechanismen in Bezug auf Computerspielreize dahingehend interpretiert werden, dass im Verlaufe der Suchtentwicklung Reize, die mit dem Suchtverhalten assoziiert sind, eine erhöhte Salienz erfahren, verhaltenssteuernd wirken und somit möglicherweise auf die Existenz eines Suchtgedächtnisses hindeuten.

Diese Annahme konnte inzwischen mithilfe der fMRT-Messtechnik, welche Einblick in spezifische kortikale Aktivierungsmuster und mit einiger Präzision die lokale Eingrenzung dieser Aktivierung ermöglicht, bestätigt werden (für einen präzisen Überblick zu bisherigen neurowissenschaftlichen Befunden bei Internetsucht vgl. z. B. Yuan, Qin, Liu & Tian, 2011).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine differenzierte Aktivierung spezifischer kortikaler Strukturen (insbesondere dorsolateraler präfrontaler Kortex und Nucleus accumbens) gefunden wurde, die mit Prozessen der emotional-motivationalen Reizbewertung beziehungsweise der Belohnungserwartung, der Aktivierung des Arbeitsgedächtnisses und der Initiierung zielgerichteten motorischen Verhaltens in Verbindung stehen (z. B. Ko et al., 2009). Diese Aktivierungsmuster, welche auch im Zusammenhang mit anderen Abhängigkeitserkrankungen nachgewiesen wurden

(z. B. Garavan et al., 2000 für Kokainabhängigkeit), unterstreichen die Ähnlichkeit zwischen Internetsucht und anderen Suchterkrankungen und stützen die These ihrer Einordnung als substanzungebundene Abhängigkeitserkrankung. Ganz ähnliche Parallelen zeigen sich auch in Untersuchungen mittels Positronen-Emissions-Tomografie (PET) (Park et al., 2010) und Studien zur Voxel-basierten Morphometrie (Kühn et al., 2011).

Schließlich lässt sich auf Grundlage der aktuell veröffentlichten wissenschaftlichen Befunde festhalten, dass Internetsucht zahlreiche Parallelen zu anderen Abhängigkeitserkrankungen aufweist. Entsprechend zeigt sich in der Fachwelt inzwischen eine deutliche Tendenz zur Anerkennung der Internetsucht als klinisch relevantes Störungsbild und zu einer Erweiterung des Abhängigkeitsbegriffes, der die Verhaltenssuchte mit einschließt.

### Ist Internetsucht für den Arbeitsalltag von Psychotherapeuten relevant?

Doch was bedeuten die bisherigen Erkenntnisse für den Arbeitsalltag von ambulant und stationär mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen arbeitenden Psychotherapeuten? Wie relevant ist die Kenntnis über das Störungsbild für ihre Arbeit? Mit welchen Problemen sehen sie sich im Kontakt mit Internetsüchtigen konfrontiert? Warum sollten sich Psychotherapeuten möglicherweise dafür engagieren, dass eine Aufnahme des Störungsbildes in die Klassifikationssysteme DSM und ICD erfolgt?

Aktuellen Prävalenzstudien zufolge können wir davon ausgehen, dass mit etwa 800.000 Menschen in Deutschland eine nicht unerhebliche Anzahl von Internetsucht betroffen ist (Rumpf et al., 2011). Allerdings stehen die bisher veröffentlichten Prävalenzzahlen im Gegensatz zu den praktischen Erfahrungen in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die ein Hilfsangebot für Internetsüchtige bereithalten. Viele dieser Einrichtungen und Fachstellen berichten, dass sie deutlich weniger Hilfe-

suchende zu verzeichnen haben als erwartet. Diese Diskrepanz zwischen Studienergebnissen und aktiv Hilfesuchenden lässt sich anhand einer Studie von Mößle & Rehbein (2008) erklären, wonach lediglich 4% der Betroffenen wegen ihres problematischen Medienkonsums professionelle Hilfsangebote aufsuchen. In den meisten Fällen bleibt die Medienabhängigkeit folglich unbehandelt und bei den wenigen hilfesuchenden Betroffenen existiert die Erkrankung oft bereits seit mehreren Jahren (Petersen et al., 2010). Die Ursachen für die geringe Inanspruchnahme von Hilfsangeboten sind u. a. auf folgende Faktoren zurückzuführen:

In großen Teilen der Bevölkerung besteht noch keine ausreichende Sensibilisierung für das Störungsbild. Auch im klinischen und therapeutischen Kontext wird der Medienkonsum von Patienten, die aufgrund einer anderen Symptomatik Hilfe suchen, in den meisten Fällen wenig beachtet und im Rahmen der Anamnese in der Regel nicht eruiert. Zweifel an der Anerkennung von Internetsucht als klinischem Störungsbild tragen ebenfalls zu der mangelnden Beachtung bei. Darüber hinaus erscheinen die negativen gesundheitlichen, sozialen und entwicklungsbezogenen Konsequenzen nicht so schwerwiegend wie z. B. bei den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen.

Ein problematischer Medienkonsum wird jedoch, im Gegensatz zu anderen psychischen Erkrankungen, ohne explizite Erfassung meist weder in einem ambulanten noch in dem stark strukturierten und reglementierten stationären Setting transparent. In der Tat erfüllten bei einer Erhebung in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie circa 11% der neu aufgenommenen Patienten die Kriterien einer komorbiden Internetabhängigkeit (Müller, Ammerschläger, Freisleder, Beutel & Wölfling, 2012). Eine Befragung unter fast 2.000 Patienten der stationären Suchtrehabilitation verdeutlichte, dass 4,2% neben der eigentlichen Hauptdiagnose die Kriterien einer komorbiden Internetabhängigkeit erfüllten (Müller et al., 2012). Weitere Studienergebnisse zeigen, dass eine unentdeckte und somit unbehandelte Internetsucht das Risiko einer



Chronifizierung oder sogar Verschlechterung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes in sich birgt und darüber hinaus zu erheblichen sozialen Folgeschäden führen kann. So ist der Anteil an Patienten ohne Hochschulabschluss oder Berufsausbildung und der Anteil der Nichterwerbstätigen bei Betroffenen mit Internetsucht größer als bei anderen Suchtpatienten (Müller et al., 2012). Diese Tendenz zeigt sich bereits durch einen negativen Zusammenhang zwischen Schulleistung und Medienkonsum im Kindes- und Jugendalter (Mößle, Kleimann & Rehbein, 2007). Eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Internetsucht ist in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Praxis also ebenso notwendig, selbst unter der Berücksichtigung, dass es sich bei dem durchschnittlich Betroffenen eher um einen jungen Erwachsenen handelt (Müller et al., 2012). Zusätzlich ist anzunehmen, dass ein exzessiver Mediengebrauch im Kindes- und Jugendalter die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Internetsucht im Erwachsenenalter befördern kann.

Eine stationäre Aufnahme junger Betroffener mit einem problematischen Medienkonsum erfolgt bisher vor allem in Krisensituationen. Und obwohl das Behandlungsspektrum der meisten Kinder- und Jugendpsychiatrien in der Regel alle psychischen Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters umfasst, liegen kaum spezifische Behandlungskonzepte vor. Der Medienkonsum wird zwar für die Dauer der Behandlung kontrolliert, aber nachhaltige Behandlungserfolge lassen sich mangels gezielter Interventionen kaum erreichen.

Um die Sensibilisierung für das Störungsbild Internetsucht zu fördern, benötigen wir eine langfristige und flächendeckende Aufklärung zum Thema in der Bevölkerung, die gezielte Schulung von Multiplikatoren und Behandelnden und eine standardisierte Erhebung des Medienkonsumverhaltens im Rahmen von ambulanten und stationären Therapien.

### **Strukturelle Schwierigkeiten in der Behandlung Internetsüchtiger**

Mit der nächsten Schwierigkeit sehen sich diejenigen Einrichtungen, Kliniken und

ambulanten Praxen konfrontiert, die ein Hilfsangebot für internetsüchtige Patienten bereithalten: Die Finanzierung ihres Hilfsangebotes ist nicht gesichert. Da Internetsucht bislang nicht als Störungsbild in die Klassifikationssysteme aufgenommen ist, wird die Diagnose nicht grundsätzlich von den Kostenträgern anerkannt. Die Kostenübernahme für die Behandlung ist daher eine Einzelfallentscheidung und kann ohne weitere Begründung abgelehnt werden.

In der Konsequenz zögern viele Kliniken mit der Ausrichtung oder Erweiterung ihres Hilfsangebotes auf das Störungsbild Internetsucht. Andere Einrichtungen wiederum bieten Betroffenen zwar eine Behandlungsoption an, allerdings ist die Aufnahme dann meist mit der Unterbringung in einer bezüglich der individuellen Störungsbilder gemischten Therapiegruppe verbunden, wodurch die Möglichkeiten einer störungsspezifischen Behandlung eingeschränkt sind. Die dritte Möglichkeit, derzeit die Refinanzierung einer therapeutischen Behandlung sicherzustellen, sehen viele Behandelnde in der Aufnahme aufgrund der Diagnose einer komorbiden psychischen Erkrankung. Erst durch die Anerkennung von Internetsucht als eigenständigem Störungsbild und die Aufnahme der Diagnose in die gängigen Klassifikationssysteme ICD und DSM kann ein flächendeckendes, einheitliches und effektives Behandlungsangebot mit einer gesicherten Refinanzierung etabliert werden.

Über eine Refinanzierung hinaus müssen aber auch klar definierte Strukturen für die Versorgung Betroffener geschaffen werden. Die Momentaufnahme zur Versorgungskultur und deren Möglichkeiten in der Bundesrepublik zeigt, dass die Behandlung Betroffener mangels einer eigenständigen Diagnose derzeit teilweise im Suchthilfesystem, vorrangig aber im Bereich der Psychosomatik verortet ist und die Behandlungsdauer abhängig vom jeweiligen Kostenträger stark variiert (Teske, Gohlke, Dickenhorst, Theis & Müller, 2012). Eine ähnliche Versorgungssituation erleben wir zurzeit im Hinblick auf die Behandlung Pathologischer Glücksspieler. Durch die bisherige Zuordnung des Pathologischen Glücksspiels zu den *abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impuls-*

*kontrolle* (ICD-10 F63) ist die Verortung der Behandlung im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen nicht eindeutig geklärt und die bewilligte Behandlungsdauer und -form basiert auf der Diagnosestellung komorbider psychischer Erkrankungen (siehe „Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation“, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2001).

Eine unklare Zuordnung des Störungsbildes Internetsucht mit ähnlichen Folgen für die Integration der Behandlung Betroffener in die bestehenden Versorgungsstrukturen gilt es aus Sicht des Fachverbandes Medienabhängigkeit e. V. zu vermeiden. Aufgrund der eingangs detailliert dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse plädiert er für die Einordnung des Störungsbildes Internetsucht zu den Abhängigkeitserkrankungen. Mit der geplanten Erweiterung des Abhängigkeitsbegriffs im DSM-V wird ein wichtiger Schritt in diese Richtung vorgenommen (Rumpf & Kiefer, 2011).

### **Internetsucht in der Praxis von Psychotherapeuten**

Das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker von 2008 sieht vor, dass in Einrichtungen mit einem therapeutischen Angebot für Abhängigkeitserkrankte „mindestens ein Diplom-Psychologe mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung in der Suchtkrankenarbeit/medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen und spezifischer therapeutischer Weiterbildung vorhanden sein soll.“ (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, 2008) Darüber hinaus ist Abhängigkeitserkrankten durch die im Juli 2011 in Kraft getretene revidierte Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (G-BA, 2011) die Option eröffnet worden, eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten auch ohne explizite vorherige suchtttherapeutische Behandlung und den Nachweis einer stabilen Abstinenz aufnehmen zu können. Aufgrund von Neuerungen in den Richtlini-

en fällt die Arbeit mit Suchterkrankten zunehmend in den Tätigkeitsbereich von approbierten Psychotherapeuten. Wenn Internetsucht als eigenständiges Störungsbild anerkannt und den Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet wird, ist dementsprechend davon auszugehen, dass sowohl die im Suchthilfesystem arbeitenden als auch die niedergelassenen Psychotherapeuten zukünftig häufiger mit diesem Störungsbild konfrontiert werden.

### **Modifikationen der bestehenden Versorgungsstrukturen**

Trotz der Vergleichbarkeit des Störungsbildes mit den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen haben die bisherigen Erfahrungen im Kontakt mit Betroffenen gezeigt, dass für eine erfolgreiche Behandlung störungsspezifische Aspekte Berücksichtigung finden sollten (vgl. Wölfling, Jo, Bengesser, Beutel & Müller, 2013). Diese Aspekte implizieren sowohl Modifikationen der bestehenden Versorgungsstrukturen als auch die Integration störungsspezifischer Inhalte in die therapeutische Behandlung. Die nachfolgenden Anregungen und Konzepte zur störungsspezifischen Behandlung Internetsüchtiger basieren in Anlehnung an die Behandlungskonzepte im Suchthilfesystem vorrangig auf verhaltenstherapeutisch orientierten Elementen.

Besondere Berücksichtigung bei der Optimierung der Versorgungsstrukturen sollte zunächst die Behandlungsmotivation der Betroffenen finden. Bisherige Erfahrungen im Kontakt mit Betroffenen weisen auf weniger selbst empfundenen Leidensdruck und eine noch geringere Behandlungsmotivation hin, als bereits aus der Behandlung stoffgebundener Abhängigkeitserkrankter bekannt ist. Im Rahmen einer Befragung von Petersen et al. (2010) gaben die professionellen Ansprechpartner an, dass die Kontaktaufnahme in 87% der Fälle nur auf Anraten der Angehörigen erfolgt. Auch in der Ambulanz für Spielsucht an der Universitätsmedizin Mainz nahmen in 85,8% der Fälle die Eltern den Kontakt auf, 67% der Betroffenen weisen laut Einschätzung der Angehörigen keine eigene Therapiemotivation auf (Beutel et al., 2011). Der geringen Behandlungsmotivation Betroffener kann mit den gegenwärtig vorhandenen Beratungs- und Behandlungsangeboten nur

eingeschränkt Rechnung getragen werden und es besteht kein Anspruch auf eine qualifizierte Entzugsbehandlung. Zur Vorbeugung frühzeitiger Beratungs- bzw. Behandlungsabbrüche ist aber eine langfristige und behutsame Vorgehensweise bei der Kontaktaufnahme mit den Betroffenen gefragt. Neben der Option einer längerfristigen Begleitung durch die beratenden Einrichtungen empfehlen wir, in Anlehnung an die Konzepte zur Motivationsförderung von Prochaska & DiClemente (1992), die Etablierung von spezifischen Motivationsgruppen in den beratenden Einrichtungen (siehe z. B. das Motivationsprogramm „The Quest“ von A. Gohlke, 2011). Im Hinblick auf gravierende Unterschiede im Entwicklungsstand erscheinen separate Motivationsförderungsangebote für Erwachsene und Adoleszente angezeigt.

Darüber hinaus empfehlen wir die Etablierung spezieller Kompetenzzentren, das heißt die Ausrichtung ausgewählter Suchthilfeeinrichtungen (Beratungsstellen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen) auf die Beratung und Behandlung Internetsüchtiger (vgl. Teske et al., 2012). Die Kompetenzzentren sollten sich dadurch auszeichnen, dass sie neben ihrem Angebot für andere Abhängigkeitserkrankte ein spezifisches Angebot für Internetsucht bereithalten. Hierdurch soll vermieden werden, dass störungsspezifische Themen, wie etwa der Aufbau von Medienkompetenz und die Erarbeitung einer partiellen Abstinenz, im Rahmen der Behandlung zu wenig Beachtung finden. Zudem kann Internetsüchtigen in einem unspezifischen Behandlungssetting oft kein geschützter Rahmen geboten werden, da den anderen Patienten die Nutzung von Medien erlaubt ist.

Diese Forderung nach Kompetenzzentren gilt insbesondere für die ambulante und stationäre Rehabilitation Jugendlicher bis 18 Jahre. Einige Rehabilitationsfachkliniken nehmen zwar Jugendliche oder junge Erwachsene ab dem vollendeten sechzehnten Lebensjahr auf, scheinen aber kaum entsprechende altersspezifische Angebote vorzuhalten. Daher sollte in spezialisierten Kinder- und Jugendeinrichtungen eine Aufnahme im Sinne der Sekundärprävention bereits bei Vorliegen eines missbräuch-

lichen Medienkonsums ermöglicht werden. Exemplarisch ist hier der missbräuchliche Medienkonsum in Kombination mit schulspezifischen Störungen (Schulvermeidung) zu nennen, der aufgrund hoher Verstärkerqualität die Entwicklung einer Internetsucht begünstigt. Zudem kommt dem teilstationären Setting als Bindeglied zwischen ambulanten und stationären Behandlungsformen eine besondere Bedeutung zu. Nach Beendigung einer Behandlung zeigt sich oftmals, dass ein direkter Wechsel in ein ambulantes Setting überfordernd ist. Tagesklinische Behandlungsangebote können diese Versorgungslücke schließen und bieten die Möglichkeit weiteren Trainings für Betroffene und Angehörige. Zusätzlich bedarf es erweiterter Angebote im poststationären Bereich, insbesondere in der stationären und ambulanten Jugendhilfe.

### **Bausteine einer störungsspezifischen Behandlung**

Die Behandlung Internetsüchtiger erfordert zudem die Integration zusätzlicher Module in die ambulanten und stationären Hilfsangebote des Suchthilfesystems. In der therapeutischen Behandlung Suchterkrankter ist in der Regel die völlige Abstinenz vom abhängig konsumierten Suchtmittel das vorausgesetzte Ziel. Abstinenzstabilisierung und Rückfallprophylaxe sind daher ein integraler Bestandteil der Gruppen- und Einzeltherapie. Im Gegensatz dazu ist eine völlige Medienabstinenz in der heutigen Gesellschaft nicht realisierbar (Eidenbenz, 2010). Die Hilfe für Betroffene muss diesen Aspekt berücksichtigen und entsprechend neue Konzepte entwickeln. Anstelle einer völligen Abstinenz wird der Aufbau einer stabilen partiellen Abstinenz als Behandlungsziel favorisiert. Zu diesem Zweck muss mithilfe eines spezifischen Medienkompetenztrainings im individuellen Fall erarbeitet werden, welche Medieninhalte weiterhin problemlos genutzt werden können, welche Nutzungsmuster risikobehaftet sind und auf welche Nutzungsmuster, z. B. ein bestimmtes Computerspiel bzw. -genre, sich eine partielle Abstinenz beziehen sollte (Teske, 2010). Aufgrund bisheriger Erfahrungen plädieren Fachleute inzwischen jedoch für die völlige Medienabstinenz zu Behandlungsbeginn. Vorgeschlagen wird ein Phasenmodell, bei

dem der Betroffene im Verlauf der Behandlung nach anfänglicher völliger Medienabstinenz graduell durch das spezifische Training an einen kompetenten Medienkonsum herangeführt wird.

Um eine effektive, speziell auf die Erlebnisswelt der Betroffenen ausgerichtete Hilfe gewährleisten zu können, sollten auch gemeinsame sportliche, gestalterische oder erlebnispädagogische Aktivitäten in die Behandlung integriert werden. Der Einsatz aktiver Methoden basiert auf Studienresultaten der Medienwirkungsforschung, aus denen hervorgeht, dass die Integration in eine soziale Gemeinschaft sowie die Übernahme einer klar definierten sozialen Funktion, das abwechslungsreiche Angebot virtueller Welten und das Erleben von Herausforderung, Abenteuer und Erfolg als häufigste Motive für den exzessiven Medienkonsum angegeben werden. Zudem zeichnen sich Internetsüchtige durch erhebliche Defizite in der Selbstorganisations- und Planungsfähigkeit, geringe soziale Kompetenzen und niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen aus (Wölfling & Beutel, 2009; Gentile et al., 2011; Rehbein, Kleimann & Mößle, 2009; Jäger & Moormann, 2008). Die Abhängigkeitsentwicklung geht mit massivem sozialem Rückzug und Vernachlässigung anderer Aktivitäten einher (Beutel et al., 2011). Durch den Einsatz beispielsweise sportlicher oder erlebnispädagogischer Elemente sollen die Klienten lernen, dass man auch in der realen Welt Abenteuer und Herausforderungen in einer Gemeinschaft erleben kann. Darüber hinaus ist die Erlebnispädagogik aufgrund der unmittelbaren Rückmeldesysteme über die Fähigkeiten und Grenzen ein zentraler Baustein zur Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit und bietet gleichzeitig die Erfahrung intensiver Sinnes- und Körperwahrnehmungen in der realen Welt (Teske, 2010). Nach einer Phase mit vielen organisierten Aktivitäten zu Beginn der Behandlung werden diese allmählich reduziert und selbst initiierte Aktivitäten gefördert.

Zuletzt raten wir dazu, Angehörige Internetsüchtiger, insbesondere bei der Behandlung betroffener Kinder und Jugendlicher, intensiver in die Behandlung zu integrieren, damit im Anschluss an eine pro-

fessionelle Behandlung eine verständnisvolle Begleitung und Rahmensetzung bezüglich der Mediennutzung erfolgen kann. Auf der Seite der Angehörigen fallen in der Praxis rezidivierend mangelnde Kenntnisse der genutzten Medieninhalte des Betroffenen auf. Die Hilflosigkeit gegenüber dem Verhalten des Kindes mit der Tendenz, Verantwortung zu delegieren, geht häufig mit koabhängigen Verhaltensweisen einher. So werden zwar lang anhaltende Konflikte um die Mediennutzung geführt, gleichzeitig aber die Grundlagen für das abhängige Nutzungsverhalten, z. B. durch Anschaffung der Hardware, weiter gewährleistet. Insbesondere die familiendynamischen Aspekte sind für den Erfolg einer Behandlung zu beachten: In vielen Fällen lernt der Betroffene, seinen Medienkonsum in dem Familiensystem durch expansive und mitunter aggressive Verhaltensweisen zu sichern. Die Bezugspersonen reagieren darauf ambivalent. Konsequenzen erfolgen unregelmäßig und oftmals in umgekehrter Abhängigkeit von der Heftigkeit und Aggressivität des Auftretens des Betroffenen. Phänomenologisch erleben wir somit häufig Familiensysteme, in denen ein Betroffener den Rahmen bezüglich der Mediennutzung und der grundsätzlichen Versorgungsleistungen setzt und mit den übrigen Mitgliedern in Negativ-Interaktionsschleifen festhängt.

Die dargestellten Verstrickungen im Familiensystem sind meist ausgeprägter als bei stoffgebundenen Abhängigkeiten, die eher außerhalb des häuslichen Umfelds praktiziert werden. Zu empfehlen wären neben psychoedukativen Angehörigenangeboten daher spezielle Kommunikationstrainings, gezielte Angebote zur Stärkung der Erziehungskompetenz und familientherapeutische Angebote.

### **Störungsspezifische Therapie- themen und Inhalte**

Auch auf der inhaltlichen Ebene verdienen störungsspezifische Themen wie der Inhalt des Medienkonsums, die Diskrepanz zwischen der virtuellen und der realen Persönlichkeit, der Abschied von der virtuellen Darstellung, die Rollenwahrnehmung des Betroffenen und die beruflichen Zukunftsvorstellungen eine besondere Beachtung.

Aufgrund der eigenen Unkenntnis über die neuen Medien und ihre Nutzungsmöglichkeiten scheuen sich Angehörige wie professionelle Ansprechpartner häufig, Informationen über den Inhalt des problematischen Medienkonsums zu erfragen. Eine detaillierte Exploration des Medienkonsums und Interesse an den virtuellen Aktivitäten des Betroffenen, gegebenenfalls durch die direkte Beobachtung des Medienkonsumverhaltens, ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf einer Beratung bzw. Behandlung. Sie trägt wesentlich zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung bei, liefert wichtige Informationen über die individuellen Motive für den Medienkonsum, fördert die Veränderungsmotivation, hilft bei der Entwicklung von Ideen für mögliche Handlungsalternativen und gibt Aufschluss über diagnostische Fragestellungen.

Zwischen dem Verhalten des Betroffenen in der realen Welt und dem Verhalten in virtuellen Welten besteht in der Regel eine hohe Diskrepanz. Im Gegensatz zur Wahrnehmung von Misserfolg und mangelnder Selbstwirksamkeit in der realen Welt zeichnet sich das Auftreten der Betroffenen in der virtuellen Welt durch Ehrgeiz, Erfolg, Organisationsfähigkeit etc. aus. Eine Übertragung der Fähigkeiten und Ressourcen aus der virtuellen Welt in das reale Leben können Betroffene zumeist nicht leisten und sie wirken dadurch im Alltag häufig depressiv. Der Fokus der therapeutischen Arbeit liegt dann auf der Behandlung der depressiven Symptomatik, während beinahe narzisstisch wirkende Persönlichkeitsanteile sowie Ressourcen und Fähigkeiten, die ausschließlich im Rahmen des Medienkonsums zum Ausdruck kommen, keine oder wenig Beachtung finden. Zur Steigerung der Behandlungseffektivität sollten auch diese auf das Medienkonsumverhalten bezogenen Persönlichkeitsanteile berücksichtigt werden.

Darüber hinaus geht die Abhängigkeitsentwicklung in der Regel mit einer hohen zeitlichen, psychischen und eventuell auch finanziellen Investition in die eigene virtuelle Identität einher. Dadurch entsteht nicht selten eine Art symbiotischer Verbindung zwischen dem Betroffenen und seiner Medienpräsenz, der sogenannte Avatar wird

subjektiv als Teil von sich wahrgenommen. Die Löschung dieser Medienpräsenz bzw. die Abstinenz vom individuellen Nutzungsmuster als einem Behandlungsziel stellt somit für die meisten einen enormen Verlust dar und ist mit einer intensiven Trauerreaktion verbunden. Manchen erscheint ein Leben ohne den Medienkonsum sinn- und wertlos (Teske, 2010).

Eine weitere Realitätsverzerrung zeigt sich insbesondere bei jüngeren Medienabhängigen in der Vorstellung von ihrer zukünftigen Berufswahl. Aufgrund ihrer hohen Affi-

nität zu Medien malen sich viele eine Karriere als professioneller Computerspieler bzw. Spieleentwickler oder eine andere Tätigkeit mit zwingender Mediennutzung aus (IT-Branche, Mediengestaltung, Programmierung und Softwareentwicklung etc.). Häufig erfüllen sie dafür weder die notwendigen Qualifikationen noch ist eine derartige Tätigkeit in Anbetracht des bisherigen Medienkonsumverhaltens angezeigt.

Insgesamt zeigt sich anhand der Forschungsbefunde und Erkenntnisse aus der Praxis, dass für eine adäquate Beratung

und Behandlung von Betroffenen und deren Angehörigen neben einer diagnostischen Einordnung und Anerkennung des Störungsbildes Internetsucht Modifikationen der Versorgungsstrukturen im Suchthilfesystem, sowohl strukturell als auch inhaltlich, erforderlich sind.

### Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



**Annette Teske**, Dipl.-Psych., ist selbstständig als Psychologische Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie tätig. Aufgrund ihres bisherigen Werdegangs widmet sie sich neben den Abhängigkeitserkrankungen insbesondere dem Thema Medienabhängigkeit und ist seit der Gründung 2008 Mitglied im Vorstand des Fachverbandes Medienabhängigkeit e. V.



**Philipp Theis**, Dipl.-Soz.-Päd., ist Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Vitos Klinik Bad Wilhelmshöhe mit dem Schwerpunkt der stationären und tagesklinischen Behandlung medienassoziierter Störungen bei Jugendlichen und befindet sich in einer Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.



**Kai W. Müller**, Dipl.-Psych., ist wissenschaftlicher und klinischer Mitarbeiter an der Ambulanz für Spielsucht an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Dort beschäftigt er sich insbesondere mit der Diagnostik und Grundlagenforschung zu Risikofaktoren für verschiedene Verhaltenssüchte, insbesondere im Bereich Pathologisches Glücksspiel und Internetsucht.

### Korrespondenzadresse:

**Dipl.-Psych. Annette Teske**

Werminger Straße 26  
58636 Iserlohn  
[annette.teske@hotmail.de](mailto:annette.teske@hotmail.de)

# Der Bericht an den Gutachter als sinnvolles Qualitätssicherungsinstrument

Bernd Ubben

**Zusammenfassung:** Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>1</sup> erleben die Berichtspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens der Psychotherapie-Richtlinien häufig als sehr belastende Arbeitsanforderung. Ihre Berufsverbände setzen sich zum Teil vehement für eine Erleichterung des Antragsverfahrens ein, und auch vonseiten der Krankenkassen wird nach Reformmöglichkeiten gesucht. Der Autor möchte die teilweise sehr einseitig und emotional geführte Diskussion um eine andere Sichtweise ergänzen: Er stellt für das Verfahren Verhaltenstherapie dar, wie sich der Bericht an den Gutachter als Instrument zur Qualitätssicherung nutzen lässt: Die vorgesehenen acht Berichtspunkte bilden einen sinnvollen Pfad, der zu einer diagnostisch begründeten evidenzbasierten Behandlungskonzeption führt. Damit verknüpft lässt sich durch die Beantwortung einer umgrenzten Fragenliste parallel ein Berichtstext generieren. Weiterhin wird aufgeführt, welche diagnostischen und konzeptuellen Kompetenzen hierfür auf Psychotherapeutenseite vorhanden sein sollten oder gegebenenfalls zu verbessern sind.

Die Aufgabe des Berichtverfassens im Rahmen des Antragsverfahrens der Psychotherapie-Richtlinien wird von den dazu verpflichteten Psychotherapeuten und ihren Berufsverbänden immer wieder außerordentlich negativ bewertet. Die Kritikpunkte zur Berichtspflicht werden von Sievers (2012, S. 11-17) zusammengefasst. Er zweifelt an, dass es sich hierbei um eine sinnvolle Maßnahme der Qualitätssicherung handelt, sieht hierin einen „chronischen Stress“ für die Behandler und bezeichnet die Patienten als „Leidtragende des Systems“. Weiterhin weist er darauf hin, dass die Berufszufriedenheit von Psychotherapeuten durch das belastende Verfassen von Antragsberichten erheblich eingeschränkt würde und infolge dieses Belastungserlebens nur „mangelnde Zeit für adäquate Fortbildung“ bestehe.

Entgegen einer solchen Einschätzung soll im Folgenden auf die qualitätsfördernden Ressourcen des Berichtverfassens hingewiesen werden. Es werden drei Merkmale beschrieben, die den Bericht an den Gutachter als hilfreiches, rational begründetes und zeitökonomisches Qualitätssiche-

rungsinstrument darstellen. Jedem der acht Punkte des Berichts werden Kompetenzen zugeordnet, über die planende und berichtende Psychotherapeuten verfügen sollten. In einer Übersicht werden zu klärende Planungsaspekte und die im Bericht zu beantwortende Fragen aufgeführt.

## Qualitätssichernde Merkmale des Berichts an den Gutachter

### *Der Bericht strukturiert auf sinnvolle Weise den diagnostischen und konzeptionellen Prozess*

Versteht man den Bericht an den Gutachter als Psychotherapieplanung in schriftlicher Form, dann dient er dem Zwecke einer sorgfältigen Fallkonzeptualisierung (vgl. Ubben, 2010). Bevor die Interventionsphase einer verhaltenstherapeutischen Krankenbehandlung erfolgt, ist es notwendig, diese in einer Orientierungsphase, der Pro- batorik, sorgfältig diagnostisch und kon-

zeptionell vorzubereiten. Eine solche explizite Planungsarbeit ist notwendige und selbstverständliche Bedingung für ein verantwortungsvolles, professionelles Arbeiten. Der Aufbau des Berichtes, so wie er im Informationsblatt der KBV zur Erstellung von Berichten an den Gutachter vorgegeben wird (vgl. Faber & Haarstrick, 2012, S. 71ff.), gliedert die Konzeptualisierung einer Verhaltenstherapie auf sinnvolle Weise (vgl. Tabellen 1 und 2). Zunächst werden mit den Punkten 1 bis 3 die Beschwerden des Patienten aus der Person-Perspektive erfasst: Die spontane Symptomschilderung (Punkt 1) stellt die persönliche Beschwerdeschilderung des Patienten dar, die lebensgeschichtliche Störungsanamnese (Punkt 2) entwickelt Hypothesen zu dessen Prädispositions- und Dekompensationsbedingungen, der Psychische Befund (Punkt 3) beurteilt den Interaktionsstil des Patienten, prüft bei diesem das Vorliegen psychopathologischer Merkmale und stellt relevante testdiagnostische Ergebnisse dar. Die Punkte 4 bis 6 des Berichtes beschreiben und erklären aktuelle Aspekte der Störung: Der somatische Befund (Punkt 4) beurteilt den Einfluss körperlicher Faktoren auf die Störung, weist auf relevante sozialmedizinische Befunde hin und benennt die ggf. erfolgende (z. B. pharmakotherapeutische) ärztliche Mitbehandlung. Die Verhaltensanalyse (Punkt 5) beschreibt die Symptomatik und erklärt deren aktuellen Aufrechterhaltungsbedingungen, die Diagnosestellung (Punkt 6) ordnet die Störung des Patienten in das Klassifikationssystem der ICD-10 ein und

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Formen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

erörtert differentialdiagnostische Aspekte. Die Punkte 7 bis 8 (und ggf. 9) entwerfen schließlich eine Veränderungsperspektive. Alternativ zu den in der Verhaltensanalyse dargestellten SORK-Bedingungen werden Behandlungsziele (Punkt 7) formuliert. Konsistent dazu konzipiert der Therapieplan (Punkt 8), welche zielführenden Interventionen und Strategien geboten sind. Im Falle eines Umwandlungsantrags wird in Punkt 9 der bisherige Psychotherapieprozess beschrieben und auf der Grundlage der bisherigen Ergebnisse die Beantragung weiterer Stunden begründet. Somit wird auf der Grundlage der Punkte 1 bis 6 aus phänomenologischer, schemaanalytischer, somatisch-psychiatrischer, verhaltensanalytischer und diagnostischer Sicht eine Behandlungskonzeption mit hinreichend individualisierten Zielen und einer evidenzbasierten Interventionsplanung abgeleitet (siehe Tabelle 1).

Nicht selten richten Vertragstherapeuten ihre Gedanken vorwiegend auf den verpflichtenden Charakter des Berichtes und befürchten negative Sanktionen durch die Gutachter. Daraus folgt rasch eine sich feindselig-unterordnende bzw. passiv-aggressive Haltung („Dienst nach Vorschrift“), aus der dann inhaltsarme und kaum individualisierte Berichtstexte resultieren. Aus dem Erleben ihrer Unfreiwilligkeit heraus entstehen sehr ungünstige motivationale (und gegenüber dem Gutachter auch dysfunktionale interaktionelle) Bedingungen. Aufgrund einer entsprechenden Reaktanz ist solchen Psychotherapeuten nachvollziehbar der Blick dafür verstellt, welche positiven Möglichkeiten ihnen das durch die Berichtsstruktur vorgegebene sinnvolle diagnostische und konzeptionelle Vorgehen für ihre Therapieplanung bietet.

**Die Bearbeitung der einzelnen Punkte führt zu einer rational begründeten Planungsheuristik**

Wenn Psychotherapeuten mit ihren Berichten in hinreichend rationaler Weise begründen, wie sie ihr therapeutisches Vorgehen planen, dann befolgen sie das Wissenschaftsgebot der Wahrhaftigkeit (vgl. Jaeggi, 2012, S. 320). Gerade Verhaltenstherapeuten verfolgen in bester Tradition den Anspruch einer heuristischen Nutzung erforschten psychologischen Wissens, indem

*Tabelle 1: Der Bericht an den Gutachter – Planungsperspektiven und Gliederungspunkte (nach Ubben, 2010)*

Planungsperspektiven	Punkte im Bericht
<b>PERSON</b> <b>Den Patienten kennenlernen als:</b> 1. hilfeschuchende Person mit individuellen Wünschen und Erwartungen an die Therapie 2. Persönlichkeit mit spezifischen lebensgeschichtlich erworbenen Schemata und einer nachvollziehbaren Störungsanamnese 3. psychopathologisch beurteilten Fall	1. Spontane Symptomschilderung 2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese 3. Psychischer Befund
<b>STÖRUNG</b> <b>Die Symptomatik einordnen als:</b> 4. somatisch abgeklärtes Krankheitsgeschehen 5. Störung mit beschriebenen Ausprägungen auf den verschiedenen Reaktionsebenen und erklärten Aufrechterhaltungsbedingungen 6. ICD-10-Diagnose	4. Somatischer Befund 5. Verhaltensanalyse 6. Diagnose
<b>VERÄNDERUNG</b> <b>Die Therapie konzipieren als:</b> 7. Problemlöseprozess mit diagnostisch begründeten individuellen Zielen bei hinreichend günstiger Prognose 8. zielführende evidenzbasierte Behandlungsstrategie 9. (ggf. unter Berücksichtigung eines bisher erfolgten Behandlungsprozesses)	7. Therapieziele 8. Behandlungsplan 9. (Bisheriger Therapieverlauf)

sie ihre Behandlungskonzeptionen explizit auf verhaltensanalytisch hergeleiteten individualisierten Störungsmodellen und evidenzbasierten diagnosebezogenen Leitlinien aufbauen und den Therapieprozess im Sinne einer rekursiven Therapieplanung fortlaufend evaluieren und anpassen.

Unter den Bedingungen ihres therapeutischen Tagesgeschäftes lockern Psychotherapeuten bei ihrer Arbeit nachvollziehbar ihre wissenschaftlich-methodische Strenge. Einerseits entwickeln sie in ihrem klinischen Alltag sinnvolle psychotherapeutische Routinen und können sich in gutem Maße auf erfahrungsfundierte intuitive Automatismen verlassen. Auf der anderen Seite verlangt eine seriöse kontrollierte Praxis (siehe Westmeyer, 2009) von den Behandlern, ständig auf der Höhe der aktuellen Therapieforschung zu bleiben und sich an eine disziplinierte Suchheuristik zu halten.

**Die Verschränkung von Therapieplanung und Berichterfassung verkürzt die Schreibarbeit**

Halten Psychotherapeuten sich beim Schreiben ihrer Berichte an eine sinnvolle Struktur, dann ist damit ein vertretbarer zeitlicher Aufwand verbunden. Statt stunden-

denlanger Schreibarbeiten lassen sich die einzelnen Berichtspunkte parallel zum Durchlaufen der probatorischen Phase fraktioniert erstellen. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich durch die Beantwortung der in Tabelle 2 (siehe S. 31/32) aufgeführten Fragen nicht nur die Qualität der Berichte verbessert, sondern bei den Psychotherapeuten auch ein Zuwachs an diagnostischer und konzeptioneller Qualität ihrer Arbeit erzielt wird.

Punkt 1 des Berichtes kann im Sinne des Problemlöserationals über das strukturierte Erfragen von Problemanliegen, Zielen, Aufträgen des Patienten bereits nach dem Erstgespräch verfasst werden.

Diese erste probatorische Sitzung sollte außerdem einer Interaktionsanalyse dienen, aus der sich bereits der erste Teil von Punkt 3 ergibt (Interaktionsverhalten des Patienten in der Therapiesituation).

Wenn in der zweiten probatorischen Sitzung gemeinsam mit dem Patienten Situationsanalysen zu beispielhaften Symptomepisoden erstellt werden, liegen bereits wichtige Informationen für Punkt 5 (Verhaltensanalyse) vor. Diese lassen sich durch weitere Selbstbeobachtungs-Hausaufgaben des Patienten ausdifferenzieren.

Werden in der dritten probatorischen Sitzung zentrale lebensgeschichtliche Prägungen des Patienten eingegrenzt (Prädispositionsanalyse) und die Dekompensationsbedingungen zu Beginn der Störung exploriert, kann anschließend Punkt 2 formuliert werden.

Die Texte für die Punkte 3 (Psychischer Befund) und 4 (Somatischer Befund) lassen sich vom Psychotherapeuten im Verlaufe der Probatorik zusammenstellen und werden ergänzt durch zwischenzeitlich erhobene Testbefunde und den ärztlichen Konsiliarbericht.

In der vierten probatorischen Sitzung wird gemeinsam mit dem Patienten ein vorläufiges Störungsmodell erarbeitet. Um Punkt 5 (Verhaltensanalyse) zu formulieren, werden außerdem die zwischenzeitlich gesammelten Beobachtungsdaten hinzugezogen.

Aus der Bewertung der inzwischen vorliegenden diagnostischen Informationen sowie ergänzenden differentialdiagnostischen Beurteilungen lässt sich Punkt 6 (Diagnose) erstellen.

In der fünften probatorischen Sitzung lassen sich den gemeinsam geklärten Störungsbedingungen des SORK-Modells individualisierte Zielalternativen gegenüberstellen; im Bericht werden die Ziele konsistent zu Psychischem Befund und Diagnose dokumentiert.

Die anschließende Planungsaufgabe des Psychotherapeuten besteht dann darin, den verabredeten Zielen eine Behandlungskonzeption (Punkt 8) zuzuordnen. Hierbei orientiert er sich soweit wie möglich an evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen bzw. diagnosebezogenen Leitlinien.

Sollte im Anschluss an eine Kurzzeittherapie ein Umwandlungsantrag für eine Langzeit-Verhaltenstherapie gestellt werden, passt der Behandler seine Konzeption rekursiv den Befunden des bisherigen Therapieverlaufs an. Hierzu dient bei Umwandlungsanträgen Punkt 9 (bisheriger Behandlungsverlauf).

Selten beziehen Psychotherapeuten das Verfassen der Berichte gezielt in ihre Therapieplanung mit ein. Üblicherweise entspricht ihr Vorgehen einem *work in progress*, das heißt, die Psychotherapie wird mit den Patienten erst einmal begonnen, und nach der antragsfreien Probatorik steht dann davon abgetrennt das lästige Vorhaben des Berichteschreibens an. Psychotherapeuten, die von der Antragspflicht für Kurzzeittherapie befreit sind, erstellen meist erst dann ihre Berichte, wenn das bewilligte Stundenkontingent der Kurzzeittherapie bereits absolviert worden ist. Viele Kollegen entwickeln aufgrund einer solchen dysfunktionalen Trennung von Planung und Berichter verfassen eine berufstypische Prokrastination. Anstatt Therapieplanung und schriftliche Dokumentation synergetisch zu verknüpfen, ertrinken sie in einer ungeordneten Datenflut und attribuieren nicht selten ihre Probleme beim Berichteschreiben feindselig nach außen. So greifen sie in emotionaler Weise das Gutachterverfahren als Zeitfresser an, das sie daran hindern würde, sich hinreichend ihren Patienten zuzuwenden. Eine gänzlich andere Situation ergibt sich, wenn die Psychotherapeuten die oben genannten Möglichkeiten einer verschränkten Arbeit nutzen, indem sie die acht bis neun Berichtspunkte als sinnvollen Leitfaden für ihre Therapieplanung nutzen und die Berichtstexte parallel mit den Probatoriksitzungen verfassen. Oft mangelt es schlicht an einer zweckmäßig aufgebauten Probatorik, was sicherlich auch der außerordentlichen Unterbezahlung dieser diagnostischen Sitzungen geschuldet ist.

## Erforderliche Kompetenzen für die Therapieplanung und das Verfassen des Berichts

Die für den Bericht erforderlichen diagnostischen und konzeptionellen Informationen sollten im Verlauf der fünfständigen Probatorikphase erhoben werden. Hierzu bietet sich folgende Aufteilung an:

Die **erste probatorische Sitzung** dient der allgemeinen Orientierung zu Anliegen, Zielen und Aufträgen des Patienten („Für die

Bewältigung welcher Probleme suchen Sie psychotherapeutische Hilfe? Welche Ziele wollen Sie mithilfe der Psychotherapie erreichen? Welche Vorstellungen haben Sie dazu, auf welche Weise ich Ihnen dabei helfen soll?“) sowie zu einer ersten Interaktionsanalyse (Beziehungsziele des Patienten, ggf. Identifizieren von indirekten und manipulativen „Spielen“). Vom Psychotherapeuten wird hier eine Gesprächsführung im Sinne des verhaltenstherapeutischen Problemlöserational verlangt. Außerdem sollte in knapper Form der äußere Eindruck des Patienten charakterisiert werden.

In der **zweiten probatorischen Sitzung** lassen sich mit dem Patienten Situationsanalysen zu typischen Symptomepisoden erarbeiten, woraus sich bereits wesentliches Material für das verhaltensanalytische Störungsmodell unter Punkt 5 ergibt. Für die praktische Durchführung von Situationsanalysen bietet sich besonders das Vorgehen an, wie es McCullough im Rahmen seines CBASP-Ansatzes<sup>2</sup> (vgl. Brakemeier & Normann, 2012) vorstellt.

Die **dritte probatorische Sitzung** bietet sich an für eine vorläufige Übersicht zu lebensgeschichtlichen Prägungen des Patienten und zur Störungsanamnese. Der Text von Punkt 2 (Lebensgeschichte/Störungsanamnese) geht beim berichtenden Psychotherapeuten von folgenden Voraussetzungen aus: Er hat mit dem Patienten in einer dafür vorgesehenen probatorischen Sitzung eine erste Übersicht dazu hergestellt, durch welche lebensgeschichtlichen Prägungserfahrungen dieser vermutlich bestimmte störungsrelevante Prädispositionen erworben hat und welche Lebensereignisse darüber hinaus bei ihm zu einer Dekompensation bzw. zum Störungsbeginn geführt haben. Gerade bei der Reduzierung der lebensgeschichtlichen Anamnese auf umgrenzte Prädispositions- und Dekompensationshypothesen tun sich viele Psychotherapeuten schwer und berichten hier häufig irrelevante Aspekte der Lebensgeschichte ihrer Patienten. Punkt 2 sollte sinnvollerweise einer makroskopischen Verhaltensanalyse entsprechen: Die möglichst als Selbstaussa-

<sup>2</sup> Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

gen formulierten Oberpläne der Person charakterisieren zunächst als psychologische O-Variable (O) deren Prädispositionen, und die aus der weiteren Lebensgeschichte identifizierten ressourcenüberlastenden Stressoren (S) werden mit dekompensierenden Reaktionen des Patienten (R) verknüpft, die vermutlich zur Entstehung von dessen Störung (K) führten. Ergänzend sollten hier auch Ressourcen des Patienten erfasst werden, die sich im psychotherapeutischen Prozess nutzen lassen. Der Text von Punkt 2 lässt erkennen, ob der berichtende Psychotherapeut die Störung des Patienten als funktional nachvollziehbare Konsequenz von dessen Lebensgeschichte verstanden hat.

Nachdem nun gemeinsam mit dem Patienten sowohl typische S-R-K-Muster (zweite Sitzung) als auch Prädispositionen und Entstehungsbedingungen identifiziert wurden (dritte Sitzung), lässt sich kooperativ in der **vierten probatorischen Sitzung** ein verständliches Störungsmodell erarbeiten, und der Psychotherapeut kann im Bericht den Punkt 5 (Verhaltensanalyse) vervollständigen. Dieser diagnostische Schlüsselpunkt setzt bei den verfassenden Psychotherapeuten voraus, dass diese versiert verhaltensanalytische Störungsmodelle aufstellen können. Da dieser Punkt darstellt, welche aktuelle Symptomatik mit welchen Aufrechterhaltungsbedingungen behandelt werden soll, sind sowohl eine korrekte Deskriptive als auch eine aussagefähige Funktionale Verhaltensanalyse vorzulegen. Auf eine Wiederholung der bereits in Punkt 2 beschriebenen Prädispositions- und Entstehungsbedingungen der Störung sollte an dieser Stelle des Berichtes möglichst verzichtet werden.

Im Verlauf der Probatorik (und ggf. unterstützt durch den ärztlichen Konsiliarbericht) lassen sich die diagnostischen Informationen im Psychischen und Somatischen Befund in den Punkten 3 (Psychischer Befund) und 4 (Somatischer Befund) zusammenfassen, und der Psychotherapeut stellt konsistent dazu unter Punkt 6 eine klassifikatorische Diagnose.

Der Text von Punkt 3 (Psychischer Befund) erfordert vom berichtenden Psychothera-

peuten dreierlei: Dieser sollte in der Lage sein, eine Interaktionsanalyse durchzuführen, hat den psychopathologischen Befund routiniert zu erheben sowie geeignete testdiagnostische Instrumente einzusetzen und auszuwerten. Punkt 4 (Somatischer Befund) wird allzu oft von berichtenden Psychotherapeuten mit einem schlichten „siehe beiliegender Konsiliarbericht“ abgetan. Der Text benötigt an dieser Stelle jedoch konkrete Beurteilungen somatischer und sozialmedizinischer Befunde (Thema ärztliche Mitbehandlung, AU/EU, erfolgte oder geplante Rehabilitationsmaßnahmen) und sollte grundsätzlich berücksichtigen, ob und in welcher Weise eine (i. d. R. psychopharmakotherapeutische) Mitbehandlung durch den Arzt erfolgt oder geplant wird. Häufig versäumen Psychotherapeuten, Entlassungsberichte vorbehandelnder Kliniken beizufügen und berücksichtigen auch in ihrer Behandlungskonzeption (siehe Punkte 7 und 8) nicht die bereits in Vorbehandlungen erworbenen therapeutischen Ressourcen des Patienten.

Punkt 6 (Diagnose) verlangt die Erstellung einer oder mehrerer ICD-10-Diagnosen gemäß den in diesem Klassifikationssystem aufgeführten Kriterien. Psychotherapeuten müssen also in der Lage sein, die ICD-10 routiniert zu benutzen, um auch die gebotenen differentialdiagnostischen Erörterungen durchführen zu können. Außerdem wäre grundsätzlich darauf zu achten, dass die gestellten Diagnosen konsistent zum Psychischen Befund und zur Verhaltensanalyse ausfallen.

In der **fünften probatorischen Sitzung** lassen sich (wiederum den Patienten einbeziehend und diagnosebezogene Leitlinien berücksichtigend) den nun vorliegenden SORK-Bedingungen der Störung individuelle Zielpunkte gegenüberstellen, die in Punkt 7 (Ziele) dargestellt werden. Die Aufstellung hinreichend operationalisierter und individualisierter Ziele verlangt von den berichtenden Psychotherapeuten, dass diese sich zunächst allgemein an den durch die Diagnose vorgegebenen Zielperspektiven orientieren. Um darüber hinaus eine hinreichend individualisierte Zielformulierung zu realisieren, sind hier aber vor allem die in der Verhaltensanalyse spezifi-

zierten SORK-Bedingungen des Patienten zu berücksichtigen. Unter diesem Punkt finden sich in Berichten besonders häufig zu allgemein gehaltene Zielaufstellungen, die einen hinreichenden Bezug zum individuellen verhaltensanalytischen Störungsmodell des jeweiligen Patienten vermissen lassen oder über die notwendigen kurativen Ziele hinaus nicht realistisch erreichbare Entwicklungsaufgaben aufführen.

Den formulierten Zielen ordnet der Psychotherapeut aus seinem klinischen Wissen unter Punkt 8 eine geeignete Behandlungskonzeption zu, die sich hinreichend auf evidenzbasierte diagnosebezogene Wissensbestände stützt. Die Formulierung einer angemessenen Behandlungskonzeption fordert vom Psychotherapeuten, dass dieser als Behandlungsexperte indikativ auf ihm bekannte evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen zurückgreifen kann, wie sie in Manualen und Leitlinien vorliegen, und diese den vorher formulierten individuellen Zielen zuordnet (Kurzübersichten zu evidenzbasierten indikativen verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien finden sich in der laufenden Buchreihe „Fortschritte der Psychotherapie“, Schulte, Hahlweg, Margraf & Vaitl).

## Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Die Planungsheuristik des Berichts an den Gutachter ermöglicht Psychotherapeuten, ihr in der Ausbildung erworbenes sowie durch Fortbildung und Behandlungserfahrung vertieftes klinisches Wissen abzurufen und in zeitökonomischer Weise einen qualitativ hochwertigen Text zu verfassen.

Das hier dargestellte Vorgehen soll verdeutlichen, wie der Text zum Bericht an den Gutachter ohne unnötigen Aufwand entstehen kann, wenn die Probatorikphase sinnvoll strukturiert wird. Dieser Planungs- und Dokumentationsweg setzt natürlich voraus, dass die berichtenden Psychotherapeuten die oben genannten Kompetenzen beherrschen. Sollten sie bei sich umgrenzte Fertigkeitendefizite feststellen, ließen diese sich durch gezieltes Literaturstu-



Tabelle 2: Planungsaspekte einer Verhaltenstherapie und entsprechende Punkte des Berichtes an den Gutachter

Planungsaspekte	Fragen zu Punkt 1	Berichtstext
<b>Problemlöseorientierung</b> Problemanliegen Zielvorstellungen Hilfsaufträge	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Welche äußeren Merkmale zeigt Patient?</li> <li>■ Welches Problemanliegen schildert Patient?</li> <li>■ Welche Ziele will Patient therapeutisch erreichen?</li> <li>■ Welche Hilfestellungen wünscht Patient?</li> <li>■ Kommt Patient selbst- oder fremdmotiviert?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Der 32-jährige überkorrekt gekleidete ...</i></li> <li>■ <i>berichtet von seinen Kontrollzwängen ...</i></li> <li>■ <i>Nach Zielen befragt äußert er: „...“</i></li> <li>■ <i>Als Hilfewünsche nennt er: „...“</i></li> <li>■ <i>Er wurde vom Hausarzt überwiesen. ...</i></li> </ul>
	<b>Fragen zu Punkt 2</b>	
<b>Prädispositionsanalyse</b> S: Prägungserfahrungen R: Bewältigungsversuche K: Prädisponierende Vulnerabilitäten  <b>Dekompensationsanalyse</b> S: Überfordernde Lebenserfahrungen R: Dekompensation K: Störungsbeginn	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Welche Beziehungserfahrungen und Lebensereignisse prägten den Patienten?</li> <li>■ Welche Reaktionsbereitschaften erwarb er auf diese Weise? (Bewältigungsstil)</li> <li>■ Welche Belastungen überforderten die Bewältigungsressourcen des Patienten?</li> <li>■ Wann begann die Störung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Als Einzelkind wurde er von der Mutter ..., zum Vater hatte er bis zu dessen Tod ...</i></li> <li>■ <i>Aufgrund des mütterlichen Erziehungsstils und des Stotterns vermied der Patient ...</i></li> <li>■ <i>Auslösend für die Zwangssymptomatik war die neue berufliche Aufgabe der ...</i></li> <li>■ <i>So bildeten sich beim Patienten vor drei Jahren Kontrollzwänge, die bald auch im häuslichen Bereich auftraten ...</i></li> </ul>
	<b>Fragen zu Punkt 3</b>	
<b>Interaktionsanalyse</b> – Spontanreaktionen auf Seite des Psychotherapeuten – Bezug zu klinischen PSK-Typen  <b>Psychopathologischer Befund</b> – Kognitives Funktionsniveau – Affektlage – Psychose – Suizidalität – Substanzmittelgebrauch  <b>Testdiagnostischer Befund</b> – Testergebnisse – Klinische Relevanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wie erlebt der Psychotherapeut die Interaktion?</li> <li>■ Liegt beim Patienten eine PSK-Akzentuierung bzw. -störung vor?</li> <li>■ Kognitives Funktionsniveau, Affektlage?</li> <li>■ Psychose, Suizidalität, Substanzmittel?</li> <li>■ Planungsrelevante Testergebnisse?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Der zunächst angespannt-misstrauische Ausdruck des Patienten löst beim Psychotherapeuten ...</i></li> <li>■ <i>Sein zwanghafter Persönlichkeitsstil weist außerdem selbstunsichere Züge auf ...</i></li> <li>■ <i>Inhaltliches und formales Denken sind auf das Zwangserleben eingengt ... die Affektivität ist ... Psychotisches Geschehen liegt nicht vor ... Lebensüberdrüssige Gedanken treten auf, allerdings ohne ... Keine Hinweise auf Substanzmittelmisbrauch.</i></li> <li>■ – <i>BDI: ... weist auf eine subklinisch ausgeprägte Depressivität des Patienten hin.</i></li> <li>– <i>HZI: ... bestätigt eine Zwangsstörung.</i></li> <li>– <i>Social-Phobia-Scale (SPS): ... unterstützt die Diagnose einer Sozialen Phobie. ...</i></li> </ul>
	<b>Fragen zu Punkt 4</b>	
<b>Somatische Störungsbedingungen</b> – Relevante somat. Erkrankungen – Laufende/anstehende Behandlungen <b>Medikation</b> – Psychopharmaka – Andere Medikation <b>Sozialmedizinischer Befund</b> – AU/EU – Reha-Maßnahmen (stat., teilstat.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liegen planungsrelevante somatische Erkrankungen vor?</li> <li>■ Pharmakotherapeutische Mitbehandlung, erfolgt/geplant?</li> <li>■ Liegen relevante sozialmedizinische Befunde vor?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Der ärztliche Konsiliarbericht ergibt einen ordentlichen somatischen Befund. ...</i></li> <li>■ <i>Geplant ist eine hochdosierte SSRI-Medikation ...</i></li> <li>■ <i>Der Patient ist seit einem Jahr krankgeschrieben ... Eine berufliche Wiedereingliederung ist geplant ...</i></li> </ul>
	<b>Fragen zu Punkt 5</b>	
<b>Aktuelle Symptomatik</b> – Deskriptive Verhaltensanalyse (Beschreibung der Symptomatik auf den Reaktionsebenen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wie und in welcher Ausprägung zeigt sich die aktuelle Symptomatik auf den verschiedenen Reaktionsebenen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Handlungsebene:</b>  <i>Exzessive Zwangshandlungen (Kontroll- und Ordnungszwänge). ... Weitgehende Vermeidung sozialer Kontakte durch ...</i></li> <li><b>Kognitiv-emotional</b>  <i>Der Patient verfügt über kein geregeltes Problemlöseverhalten. ... Im Alltag produziert er exzessiv Selbstverbalisationen (Ich darf mir keinen Fehler erlauben ...) Automatisiert laufen katastrophisierende Gedankenketten ..., das Selbsterleben wird von Scham- und Schuldgefühlen bestimmt. ... In den seltenen soz. Kontakten richtet er seine Aufmerksamkeit ängstlich auf eigene ...</i></li> <li><b>Physiologisch</b> <i>liegt ein dauerhaft erhöhtes Erregungsniveau mit allgemeinen psychovegetativen Dysfunktionen (Fehlathmung, chron. Muskelverspannungen, Schlafstörung) vor.</i></li> </ul>

Planungsaspekte	Fragen zu Punkt 5 (Fortsetzung)	Berichtstext
<p><b>Aufrechterhaltungskontingenzen</b> – Funktionale Verhaltensanalyse (S-R-/R-K-Kontingenzen)</p> <p><b>Schemakonsistenzen/Systemik</b> (Funktionale Verknüpfung zwischen Symptomatik u. Schemata/Systemik)</p>	<p>■ Durch welche Kontingenzen wird die Symptomatik aufrechterhalten?</p> <p>■ Welche Schemata werden durch die Symptomatik geschützt?</p>	<p>■ <b>Vorausgehende Bedingungen:</b> Aktuell werden die Zwangshandlungen ausgelöst durch ... <i>Die Vakuumsituation des sozial deprivierten Alltags (Einsamkeit, Langeweile) fördert ...</i></p> <p>■ <b>Nachfolgende Bedingungen:</b> <i>Die Zwangsrituale werden negativ verstärkt durch ... Indem er seinen Tag mit Zwangsabläufen füllt, vermeidet der Patient erfolgreich soziale Kontaktsituationen ... durch seine Krankschreibung bleiben Erlebnisse beruflichen Versagens aus ... Kurzfristig erlebt er mithilfe seiner Kontrollrituale ...</i></p> <p><i>Mittel- und langfristig wird die Überzeugung „Alles ist unsicher“ bestätigt, verschlechtern sich immer weiter Selbstwirksamkeitserleben und Selbstwertgefühl, ...</i></p>
	Fragen zu Punkt 6	
<p><b>ICD-10-Diagnose</b> <b>Differentialdiagnostik</b> <b>Deskriptive Diagnoseergänzungen</b></p>	<p>■ Welche gesicherten ICD-10-Diagnose liegen vor?</p> <p>■ Wurde andere in Frage kommende Diagnosen differentialdiagnostisch ausgeschlossen?</p>	<p>■ <b>Gesicherte Diagnosen:</b> <i>Zwangshandlungen (F42.1); Sozialphobie (F40.1)</i></p> <p>■ <b>Differentialdiagnostische Abklärung:</b> <i>Die Befindlichkeit des Patienten ist depressiv getönt, wird jedoch im Zusammenhang mit der allgemeinen Belastung durch die Zwangsstörung gesehen, sodass kein gesonderte F3-Diagnose gestellt wird.</i></p>
	Fragen zu Punkt 7	
<p><b>Prozessziele</b> – Angestrebte Veränderungen motivationaler und interaktioneller Arbeitsbedingungen</p> <p><b>Ergebnisziele</b> – Angestrebte SORK-Alternativen</p> <p><b>Prognose</b> – Gegenüberstellung prognostisch positiver und einschränkender Faktoren</p>	<p>■ Welche motivationalen und interaktionellen Bedingungen sind herzustellen?</p> <p>■ Welche SORK-Variablen sollen wohin modifiziert werden?</p> <p>■ Welche prognostisch positiven und einschränkenden Bedingungen sind abzuwägen?</p>	<p><b>Prozessziele:</b> 1) <i>Gewährleistung einer hohen Transparenz beim Vermitteln des Therapierationals</i> 2) <i>Den Patienten sensibilisieren für die Konsequenzen seines Interaktionsverhaltens</i></p> <p><b>Ergebnisziele:</b> 3) <i>Reduzierung der Zwangshandlungen ...</i> 4) <i>Aufbau einer Tagesaktivitätenstruktur mit sukzess. Zunahme zwangsimkompatibler Aktivitäten</i></p> <p><b>Prognose:</b> <i>Prognostisch positive Faktoren sind: ...</i> <i>Prognostisch einschränkend zu bewerten ist: ...</i></p>
	Fragen zu Punkt 8	
<p><b>Planung des Beziehungsprozesses</b> – Komplementäre Elemente – Konfrontativ-anfordernde Elemente</p> <p><b>Planung der Interventionsstrategie</b> – Indizierte Interventionen – Nutzbare Leitlinien/Manuale</p> <p><b>Planung des Therapiesettings</b> – Anzahl beantragter Stunden – Verteilung Einzel-/Gruppenstunden</p>	<p>■ Durch welche versorgenden und anfordernden Interventionen sollen die o. g. Prozessziele erreicht werden?</p> <p>■ Welche Interventionen sind zur Erreichung der o. g. Ergebnisziele geplant?</p>	<p><b>Planung des therapeutischen Beziehungsprozesses:</b> <i>Zu Ziel 1: Komplementäre Beziehungsgestaltung, hier: Anfangs Beschränkung der Beziehungsangebote auf sachliche Rückmeldung, Information und Instruktion, sukzessives Hinzunehmen eines disziplinierten persönlichen Einbringens sensu CBASP (McCullough) ...</i></p> <p><b>Interventionsplanung:</b> <i>Zu Ziel 3: Reizexposition mit Reaktionsverhinderung in vivo (Ausführen von Küchenarbeiten, Haus verlassen); Tagesaktivitätenplanung mit ...</i></p> <p><b>Stundenumfang/Setting:</b> <i>Beantragt werden 45 Stunden in wöchentlicher Frequenz, wobei zweimal ein 4-stündiger Block zur Expositionsbehandlung vorgesehen ist.</i></p>

dium und Fortbildung abbauen. Ein solches zweckmäßiges methodisches Vorgehen wählen Psychotherapeuten allerdings erst dann, wenn sie hinsichtlich der Aufgabe des Berichterfassens bei sich für geeignete motivationale Bedingungen sorgen. Zunächst gilt es, gegenüber dieser mühsamen Aufgabe eine akzeptierende Haltung einzunehmen. Darüber hinaus lässt sich der Bericht gezielt als Planungsinstrument nutzen, das einen geordneten Pfad zur sorgfältigen diagnostisch fundierten Behandlungskonzeption bietet. Und schließlich können Psychotherapeuten erst aus einer solchen akzeptierenden und nutzenden Haltung heraus auf systematische Weise eine professionelle Routine beim Planen und Verschriftlichen erlernen. Setzen sich Psychotherapeuten erst verspätet und womöglich verbittert an das Berichteschreiben, dann gerät dieser Prozess außerordentlich aversiv und zeitaufwendig. Natürlich unterscheiden sich wenig geübte wie auch versierte Psychotherapeuten persönlich darin, wie leicht oder wie schwer ihnen das Berichteschreiben fällt. Aber gerade Kollegen mit Schreibschwierigkeiten können enorm davon profitieren, wenn sie sich aus der bereits genannten akzeptierenden Haltung heraus der (bisher von ihnen abgelehnten) Aufgabe des Berichteschreibens auf systematische Weise neu annähern und so außerdem ihre Planungsroutinen professionalisieren.

Mit dem hier dargestellten Planungsmodell soll keinesfalls der laufenden Diskussion widersprochen werden, die eine Anpassung des Gutachterverfahrens nahelegt

(siehe Uhlemann, 2012). Die Kernaussage lautet vielmehr:

*Das Verfassen von Berichten an den Gutachter lässt sich sinnvoll verknüpfen mit der sorgfältigen und ökonomischen Planung einer verhaltenstherapeutischen Krankenbehandlung.*

Der vorgestellte Planungsalgorithmus und die Struktur des Berichtes bilden eine sinnvolle Einheit.

Alternativ zu der gängigen Ablehnung der Berichterstellung könnten Verhaltenstherapeuten mit dem hier dargestellten Vorgehen eine zweckmäßige und wirtschaftliche Arbeitsweise etablieren und auf diese Weise in ihrem Berufsalltag auch zu einer angemessenen Selbstfürsorge beitragen.

### Literatur

- Brakemeier, E. & Normann, C. (2012). *CBASP-Praxisbuch*. Beltz: Weinheim.
- Jaeggi, E. (2012). Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft. *Psychotherapeutenjournal*, 11 (4), S. 319-324.
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (2012). *Faber/Haarstrick – Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. Urban & Fischer: München.
- Schulte, D., Hahlweg, K., Margraf, J. & Vaitl, D. *Fortschritte der Psychotherapie* (laufende Buchreihe). Hogrefe: Göttingen.
- Sievers, K. (2012). Belastungsdimensionen bei Psychologischen Psychotherapeuten. *Psychotherapie Aktuell*, 4 (4), S. 11ff.
- Ubben, B. (2010). *Planungsleitfaden Verhaltenstherapie*. Beltz: Weinheim.

Uhlemann, T. (2012). Vereinfachung, Vereinheitlichung, Entbürokratisierung – Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur Reform des Gutachterverfahrens. *Psychotherapie Aktuell*, 4 (3), S. 10ff.

Westmeyer, H. (2005). Wissenschaftstheoretische Aspekte von Verhaltenstherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.) (S. 47-62). Berlin: Springer.



**Bernd Ubben**, Dipl.-Psych., ist Verhaltenstherapeut, leitet die Dresdner Akademie für Psychotherapie DAP und ist als Ausbilder an verschiedenen VT-Richtlinieninstituten sowie als Gutachter für die gesetzlichen Krankenkassen tätig. Inhaltliche Schwerpunkte seiner Lehrtätigkeit und Veröffentlichungen sind Therapieplanung, Supervision und Selbsterfahrung.

### Dipl.-Psych. Bernd Ubben

Dresdner Akademie für Psychotherapie (DAP)  
Alaunplatz 2  
01099 Dresden  
ubben@dap-dresden.de

# Psychotherapie in der beruflichen Rehabilitation – eine verkannte Anforderung

Volker Brattig

**Zusammenfassung:** Der gesetzliche Rahmen und die Institutionen in der beruflichen Rehabilitation werden skizziert und die psychotherapeutische Behandlung als Teil psychologischer Arbeit beschrieben. Dabei wird gezeigt, wie die besonderen Aspekte der Prävention sowie die personalen Anforderungen an die Rehabilitanden in der psychotherapeutischen Arbeit Berücksichtigung finden. Der Artikel stellt dar, in welcher Weise psychotherapeutische Arbeit wesentlich dazu beiträgt, dass die Rehabilitanden das Ziel der Teilhabe am Arbeitsmarkt erreichen.

## 1. Berufliche Rehabilitation – ein Überblick

Berufliche Rehabilitation hat in Deutschland eine lange Tradition. In den 1970er-Jahren gab es eine große Welle zur Errichtung neuer Institutionen, den Berufsbildungs- (BBW) und den Berufsförderungswerken (BFW). Zum Jahrhundertwechsel wurde die Sozialgesetzgebung insbesondere mit Blick auf die Leistungen zur Rehabilitation/Teilhabe überarbeitet und das Sozialgesetzbuch<sup>1</sup> (SGB) IX („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) neu erstellt. Die Rehabilitationsvorgaben der anderen Sozialgesetzbücher wurden mit Blick auf das SGB IX teilweise nachjustiert. Die erwähnten Institutionen – BBW und BFW – sind im § 35 SGB IX als die großen Säulen der beruflichen Rehabilitation aufgenommen worden. Neben diesen Einrichtungen werden noch – ohne klare Definition – vergleichbare Einrichtungen erwähnt. Im Jahr 2009 nahm die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen ihrer Handlungsempfehlungen und Geschäftsanweisungen (HEGA) eine Präzisierung vor. In der HEGA 12/09-15 (Bundesagentur für Arbeit, 2009) sind die Kriterien so angelegt, dass in allen wesentlichen Belangen – Personal, Ausstattung und Durchführung – die vergleichbaren Einrichtungen dem Standard von BBWen und BFWen entsprechen müssen. Ein Beispiel für vergleichbare Einrichtungen sind Berufliche Trainingszentren (BTZ). Eine weitere Konkretisie-

rung der Kriterien für vergleichbare Einrichtungen veröffentlichte die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in einer gemeinsamen Empfehlung im Februar 2012. An der Entstehung der Empfehlung haben Vertreter der Mitglieder der BAR und Vertreter verschiedener Bundesarbeitsgemeinschaften von Rehabilitationseinrichtungen wie der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) BBW teilgenommen. In dieser Empfehlung werden insbesondere zur fachlichen Qualifikation des Personals und zu den Aufgaben differenzierte Ausführungen gemacht. So steht dort unter § 4 der Empfehlung: „Für das zentrale Ziel der Integration in Beschäftigung werden auch die physische und psychische Stabilität sowie die Entfaltung der Persönlichkeit und die Stärkung der Fähigkeiten der Teilnehmer gefördert.“ (BAR, 2012)

Anhand dieses kleinen Abrisses wird deutlich, dass die berufliche Rehabilitation sich in ständiger Entwicklung befindet. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist allerdings von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig, die sich in den letzten Jahren eher belastend ausgewirkt haben.

## 2. Exkurs zu relevanten Inhalten des SGB III und IX

Das **SGB III** regelt die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, soweit sie von der Bundesagentur für Arbeit finanziert wer-

den bzw. soweit sie sich an Bezieher von Arbeitslosengeld I richten. In § 19 SGB III wird zur Definition von Behinderung Bezug auf § 2 SGB IX genommen (vgl. in diesem Abschnitt weiter unten). Die entscheidenden Gedanken dieses Gesetzes, die zur beruflichen Rehabilitation in Beziehung stehen, sind die Differenzierung der Förderung für Menschen mit Behinderung und die Verknüpfung der Förderung mit dem Ziel der Teilhabe am Arbeitsmarkt (differenzierte Ausführungen in Brattig, 2007). Sowohl für die psychologische Arbeit im Allgemeinen als auch für die psychotherapeutische Arbeit im Besonderen ist hervorzuheben, dass die Förderung ein breites Spektrum beinhaltet, denn sie soll grundsätzlich Erwerbstätigkeit erhalten, verbessern, herstellen oder wiederherstellen. Außerdem sollen Eignung und Neigung bei der Auswahl der Reha-Leistungen angemessen berücksichtigt werden. Kombiniert man beide Inhalte, ist Eignung nicht nur zu erhalten oder (wieder-)herzustellen, sondern auch zu verbessern, unter Beachtung der Entwicklung des Arbeitsmarktes. Die Förderung für Menschen mit Behinderung geht über die allgemeinen Reha-Leistungen hinaus und wird um besondere Leistungen erweitert, die wiederum in zwei Maßnahmengruppen unterteilt werden. Je nach Art oder Schwere der Behinderung können die Leistungen also differenziert werden. Maßnahmen in besonderen Einrichtungen stehen zur Verfügung, wenn eine „unerlässliche“ Notwendigkeit auf Grund der Art oder Schwere der Behinderung vorliegt. Aus psychologischer/psychotherapeutischer Sicht stellt sich die Frage, ob die vorhandenen Angebote dem zu erreichenden Ziel der Förderung entsprechen.

<sup>1</sup> Sozialgesetzbuch I bis XII verfügbar unter: [www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php](http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php) [30.01.2013]

Zur Beantwortung der Frage werden im Folgenden zum einen die entsprechenden Paragraphen des **SGB IX** knapp aufgeführt und zum zweiten die aktuelle psychologische Facharbeit – einschließlich psychotherapeutischer Anteile – in BBWen in einem eigenen Abschnitt praxisnah beschrieben.

Die Verknüpfung der Förderung mit dem Ziel einer Teilhabe am Arbeitsleben macht deutlich, dass mehr erwartet wird als die Vermittlung fachtheoretischer und fachpraktischer Inhalte. Die Absolventinnen und Absolventen<sup>2</sup> sollen ihre Frau oder ihren Mann im Berufsalltag stehen können. Ob mit Arbeitsleben ausschließlich sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse gemeint sind, wird im Gesetz nicht definiert. Außer Erwerbsarbeit im engeren Sinn gibt es viele Arten von Beschäftigungsverhältnissen, die nicht unberücksichtigt bleiben dürfen, da über sie beispielsweise die zeitliche Belastung dosiert werden kann. Integration ins Arbeitsleben ist in der beruflichen Rehabilitation auch schon vor dem SGB III in der Regel angestrebt worden, ist also kein neues Ziel. Die Bewilligung von Förderung auf der Grundlage, dass die Integration auf dem „Fit-Machen“ der Menschen mit Behinderung basiert, verlangt von den Menschen mit Behinderung eine entsprechende Anpassungsfähigkeit, oder -bereitschaft ab. Sowohl beim Einsetzen psychologischer Interventionsverfahren wie Beratung und Training als auch bei psychotherapeutischer Arbeit bleibt abzuwägen, in welcher Weise soziale Fähigkeiten und psychische Resilienz aufgebaut und/oder stabilisiert werden sollen, damit die Rehabilitanden nachhaltig am Arbeitsleben teilhaben können.

Für die berufliche Rehabilitation und alle auf diesem Gebiet mitwirkenden Personen ist die Existenz des SGB IX von großer Bedeutung. Menschen mit Behinderungen wird das ihnen zustehende Recht auf selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft – das die Teilhabe am Arbeitsleben einschließt – gesetzlich zugebilligt.

In **§ 2 SGB IX** wird die **Zielgruppe** definiert, zu der nicht nur Menschen gehören, deren körperliche Funktionen, geistige Fä-

higkeiten und seelische Gesundheit höchstwahrscheinlich länger als ein halbes Jahr im Vergleich zu Gleichaltrigen „abweichen“. Vielmehr gehören zur Zielgruppe auch Menschen, denen dieses droht – zum Beispiel aufgrund einer chronischen Erkrankung. Auf das **Verständnis von Behinderung** in der Sozialgesetzgebung hat sich teilweise der internationale Prozess der Definition der Behinderung ausgewirkt, der in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2001<sup>3</sup>) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mündete. Obwohl möglicherweise die ICF neben dem ICD in der Rehabilitation zukünftig eine bedeutendere Rolle spielen wird, kann im Rahmen dieses Beitrages nicht genügend ausführlich darauf eingegangen werden.

Vom umfangreichen Inhalt des SGB IX will ich nur zwei Aspekte hervorheben: die große Bedeutung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des betroffenen Menschen sowie die Anforderungen an die Institutionen zur Rehabilitation.

Durch den **§ 9 SGB IX** wird die **Selbstbestimmung** eindeutig gestärkt, auch wenn ihr noch Grenzen gesetzt sind. Für die Leistungsberechtigten ist ein Wunsch- und Wahlrecht neu aufgenommen worden. Es kann also eine Rehabilitationsmaßnahme und ihre Ausgestaltung nicht einseitig durch die Beratungsfachkraft vorgegeben werden. Damit dieses neue Recht auch verwirklicht wird und die berechtigten Personen eine den eigenen Vorstellungen weitgehend entsprechende Rehabilitation erlangen können, müssen sie Wünsche und Interessen klar äußern können und einen guten Kenntnisstand über gesetzliche Vorgaben und institutionelle Realisierungsmöglichkeiten haben. Um Barrierefreiheit für diejenigen Menschen zu erreichen, die in der Kommunikation oder im Verständnis Einschränkungen haben, muss ihnen geeignete Beratung oder Assistenz zur Verfügung gestellt werden. Die Selbstbestimmung sollte aber nach dem Beratungsprozess nicht aufhören. Auch in den geförderten Reha-Maßnahmen sollten sie sich einbringen können. Bisher ist von Gesetzes wegen nur vorgesehen, dass sie ihre „betrieblichen“ Interessen

durch besondere Vertreter einbringen können. Die individuelle Selbstbestimmung während der Teilnahme an der Maßnahme und die Wahl der geeigneten Unterstützung zur Bewältigung der Anforderungen sind nicht explizit erwähnt. Aus psychologischer/psychotherapeutischer Sicht ist dies ein Manko, denn so besteht die Gefahr, dass in vielen Fällen über die Betroffenen hinweg bestimmt wird, wenn sie nicht durch die Mitarbeitenden in den Einrichtungen Hilfestellung erhalten (siehe auch Abschnitt 4.1).

In den **§§ 20, 33** und **35 SGB IX** werden Vorgaben unter anderem in folgenden Punkten gemacht: a) wie **Qualitätssicherung** erfolgen soll und b) dass **Gestaltung und Durchführung der Maßnahmen** einen erfolgreichen Verlauf gewährleisten sollen und die Leistungen **verschiedene fachliche Hilfen** beinhalten, die nicht nur dazu dienen, die Folgen von Behinderung abzufangen oder zu verringern, sondern auch die Folgen von Krankheiten, insbesondere eine Verschlimmerung, zu verhüten.

Die Einrichtungen sollen durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen – dies entspricht der Terminologie der DIN EN ISO 9000 ff.<sup>4</sup> – die Qualität der Angebote sicherstellen und kontinuierlich verbessern und für Barrierefreiheit sorgen. Diese Qualitätsvorgaben sind in der psychologischen/psychotherapeutischen Praxis sicherlich schon weitgehend Standard geworden. Zu Gestaltung und Durchführung der Maßnahmen ist erwähnenswert, dass die Fachdienste so ausgestaltet sein müssen, dass sie ihren Beitrag zum erfolgreichen Abschluss der Maßnahmen leisten können. Um einen solchen Beitrag leisten zu können, müssen also psychologische Dienste sowohl über entsprechende Räumlichkeiten, Ausstattung oder Materialien als auch über Möglichkeiten zur Qualifizierung des Personals verfügen. Die Fortschreibung dieses Ge-

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Formen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

3 [www.who.int/classifications/icf](http://www.who.int/classifications/icf) [30.01.2013]

4 Die DIN EN ISO 9000 ff. ist eine international gültige Normenreihe zum Aufbau und zur Bewertung von Qualitätsmanagement-Systemen.

setzes führt darüber hinaus dazu, dass im Rahmen der beruflichen Rehabilitation auch in Betrieben ausgebildet werden kann und dass diese Betriebe Unterstützung erhalten sollen. Der Umfang der Unterstützung wird nicht differenziert. Im Gesetz ausgeführt werden die Leistungen für fachliche Hilfen. Sie müssen in notwendigem Umfang den einzelnen Rehabilitanden zur Verfügung stehen, fachlich angemessen erbracht werden und behindertengerecht ausgestaltet sein. Dabei werden medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen aufgeführt. Diese Hilfen werden „insbesondere“ erwähnt (siehe Kasten 1).

Aus psychologischer/psychotherapeutischer Sicht sind in § 33 Absatz (6) SGB IX die Punkte 1 bis 5 besonders interessant (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.1). Als Problem kann aber gleich benannt werden, dass hier Psychotherapie nicht ausdrücklich aufgeführt wird – im Unterschied zu § 26 Absatz (2) SGB IX, der die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation benennt (siehe Kasten 2) – wiewohl sie auch in § 33 Absatz (6) SGB IX inhaltlich mit gemeint sein kann.

Damit sind im Gesetz konkrete Rahmenbedingungen geschaffen worden, deren Umsetzung und Ausgestaltung den einzelnen Einrichtungen obliegt, die aber große Probleme haben, die entsprechenden finanziellen Mitteln zur Verfügung zu bekommen, da die in § 35 Absatz (4) SGB IX aufgeführten „Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“ unterschiedlich verstanden und angewendet werden können.

### 3. Einblicke in Aufgabenstellungen und Organisation der Einrichtungen beruflicher Rehabilitation

#### 3.1 Berufsförderungswerke (BFW)

Die eine Säule beruflicher Rehabilitation besteht aus den BFWen, von denen es 28 Einrichtungen gibt (für weitere Informationen siehe Internetpräsenz der Arbeitsgemeinschaft BFW<sup>5</sup>). In den BFWen werden

#### SGB IX § 33 Absatz (6):

„Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).“

#### Kasten 1

#### SGB IX § 26 Absatz (2):

„Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.“

#### Kasten 2

Menschen rehabilitiert, die aus gesundheitlichen Gründen im erlernten Beruf nicht weiter arbeiten können, sodass sie sich beruflich um- oder neuorientieren müssen. Die gesundheitlichen Einschränkungen können durch Krankheit oder Unfall ausgelöst worden sein. Damit betroffene Menschen BFWen in Anspruch nehmen können, muss ihre gesundheitliche Einschränkung als Behinderung eingestuft werden. Allerdings reicht das Vorliegen einer Behinderung für die Teilnahme an einer Maßnahme in einem Rehabilitationseinrichtung nicht (mehr) aus, sondern es muss hinzukommen, dass die Menschen die Um- oder Neuorientierung nicht betrieblich oder in einer außerbetrieblichen Maßnahme erfolgreich beenden können.

Diese Menschen erhalten in den BFWen aus einer breiten Qualifizierungspalette von Berufsbildern berufliche Inhalte in Theorie und Praxis von Berufsfachleuten vermittelt, die darüber hinausgehende Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Behinderungen haben. In Vorbereitungskursen werden fehlende (schulische) Kenntnisse, Defizite im Lern- und Sozialverhalten oder Sprachbarrieren abgebaut und Ressourcen frei- oder neu angelegt, damit Qualifizierungsmaßnahmen erfolgreich bestanden werden können. Außerdem bieten BFWen Präventionsmaßnahmen und Reha-Assessment an.

5 [www.arge-bfw.de](http://www.arge-bfw.de) [30.01.2013]

Diese Angebote erstrecken sich auf das Vorfeld beruflicher Rehabilitation.

Die Präventionsmaßnahmen richten sich an Betriebe und Institutionen, um Arbeitsplatzverlust zu verhindern. Sie werden im Rahmen des Eingliederungsmanagements durchgeführt, in dem psychologische Kompetenzen allerdings noch kaum Berücksichtigung finden (Brattig, 2012, S. 845). Das Reha-Assessment ist ein von den BFWen entwickeltes modulares Konzept, in dem betriebliche Anforderungen und persönliche Potenziale im Laufe einer Maßnahme abgeglichen werden. In diesem Konzept kommen – nach eigener Darstellung der BFWen – insbesondere arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Kompetenzen zum Einsatz. Damit werden im Reha-Assessment nur aufgabenspezifisch psychologische Kompetenzen eingebracht.

Im Mittelpunkt der Rehabilitation der BFWen im Allgemeinen steht eine ganzheitliche Förderung, sodass ein interdisziplinäres Team aus Ausbildern, Lehrern, Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern zusammenarbeitet und die Teilnehmenden der Maßnahmen unterstützt. Ziel der ganzheitlichen Förderung ist es, über die fachlichen Inhalte hinausgehend auch andere Persönlichkeitskompetenzen entsprechend den Anforderungen in der Arbeitswelt zu festigen oder aufzubauen. Dazu werden ergänzend zu schulischer und betrieblicher Förderung unter besonderen Hilfen die Kompetenzen dreier Fachdienste – medizinischer, psychologischer und sozialer Dienst – zur Verfügung gestellt. Die fachpsychologischen Aufgaben gliedern sich in:

- Begutachtung und Diagnostik,
- Einleitung von Heilverfahren,
- Therapeutische Unterstützung,
- Krisenintervention,
- Einzel- und Gruppenangebote sowie
- Mitwirkung im Förder- und Integrationsprozess.

Hier wird deutlich, dass fachpsychologische Kompetenz die therapeutische Kompetenz mit einschließt, damit eine erfolgreiche Integration auf dem Arbeitsmarkt

erreicht werden kann. Bei dieser Aufzählung wird jedoch nicht eindeutig benannt, ob auch psychotherapeutische Kompetenz gemeint ist. Eine entscheidende Rolle spielt dabei, dass vonseiten der Teilnehmenden nicht selten vermieden wird, die bestehende Problematik als Krankheit anzuerkennen, oder dass Maßnahmeträger nicht die Notwendigkeit erkennen, dass eine psychotherapeutische Intervention orts- und zeitnah vorgehalten werden muss, um die notwendige Stabilisierung für einen erfolgreichen Verlauf der Maßnahme gewährleisten zu können.

### 3.2 Berufsbildungswerke (BBW)

Die andere Säule der beruflichen Rehabilitation besteht aus den BBWen. In der Bundesrepublik gibt es 52 BBWen (für weitere Informationen siehe Internetpräsenz der Bundesarbeitsgemeinschaft der BBW<sup>6</sup>). Ursprünglich hatten die BBWen eine klare Schwerpunktsetzung bezogen auf die Klientel: Menschen mit Sinnesbehinderung (unterteilt in Sehbehinderung, Blindheit und Sprach-/Hörbehinderung, Taubheit), Körperbehinderung, Lernbehinderung oder psychischer Behinderung. Schon seit den 1990er-Jahren ist zu beobachten, dass der Anteil von Menschen mit Mehrfachbehinderungen zunimmt, sodass die Grenzen der Schwerpunktsetzung zunehmend durchlässig werden. Alle BBWen berichten zudem aufgrund der ihnen vorliegenden Anmeldungen, dass insbesondere der Anteil der jungen Menschen mit psychischer Behinderung gestiegen sei. Die Behinderungen sind teilweise angeboren, sie können aber auch infolge von Erkrankungen oder Unfällen erworben worden sein. Für die Aufnahme in ein BBW gilt auch hier, wie bereits bei dem Abschnitt zu den BFWen erwähnt, dass eine Behinderung alleine nicht ausreicht. Es muss hinzukommen, dass eine Ausbildung nicht in Betrieben oder in Maßnahmen außerhalb des BBW erfolgreich durchgeführt werden kann. Darüber entscheidet die Berufsberatung der Bundesagentur für Arbeit.

In BBWen werden die jungen Menschen mit den aufgeführten Behinderungen ausgebildet oder auf eine Ausbildung vorbereitet. Die Ausbildung ist inhaltlich den Ausbildungen in Betrieben vollständig gleichwertig. Die Prüfungen am Ende der Ausbil-

dung werden zusammen mit den Absolventen der betrieblichen Ausbildungen vor den jeweiligen Handwerkskammern abgelegt. Theoretische und praktische Inhalte der Ausbildungen und berufliche Handlungskompetenzen können in den BBWen durch die Ausbilder vermittelt werden. Die Ausbildungspalette ist breit gefächert und passt sich den Veränderungen der Ausbildungen an. Teile der Ausbildung können in Form von Praktika und neuerdings auch durch Verzahnung in Betrieben vermittelt werden. Bei der Verzahnung – Verzahnte Ausbildung mit Berufsbildungswerken (VAmB)<sup>7</sup> – wechselt das BBW über eine mit einem Betrieb abgestimmte Zeit in die Rolle des unterstützenden Begleiters. Die Vorbereitung auf eine Ausbildung kann in Kurzmaßnahmen, die der Abklärung der geeigneten Berufsausbildung dienen, oder in Form von berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB) erfolgen, die sowohl eine abklärende als auch eine fördernde Phase haben. Für die BvB hat die Bundesagentur für Arbeit ein Fachkonzept entwickelt und fortgeschrieben, das alle BBWen entsprechend umsetzen (Bundesagentur für Arbeit, 2012).

Im Mittelpunkt der beruflichen Rehabilitation der BBWen steht auch die ganzheitliche, individuelle Förderung der jungen Menschen mit Behinderung. Da die BBWen nicht einheitlich aufgebaut sind, sind die interdisziplinären Teams unterschiedlich zusammengesetzt. In der Regel gibt es einen Ausbildungsbereich, einen Psychologischen Dienst und Case-/Sozialmanagement. Oft ist ein Internat vorhanden und ein Medizinischer Dienst. Nur in manchen BBWen sind Lehrkräfte für den Berufsschulbereich abgeordnet, in den anderen BBWen gehen die Teilnehmenden in die jeweilige örtliche Berufsschule, sodass die Zusammenarbeit mit der Berufsschule nicht so direkt erfolgt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist durch die Förderplanung strukturiert. Für die Förderplanung in den berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen hat die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der elektronischen Maßnahmeabwicklung einen Leistungs- und Verhaltensbeurteilungsbo-

<sup>6</sup> [www.bagbbw.de](http://www.bagbbw.de) [30.01.2013]

<sup>7</sup> Verfügbar unter: [www.bagbbw.de/projekte/abgeschlossene-projekte/vamb](http://www.bagbbw.de/projekte/abgeschlossene-projekte/vamb) [30.01.2013]

gen (LuV) konzipiert. Dieser LuV ist online über eine Anlage des fachlichen Info-Pakets zur elektronischen Maßnahmeabwicklung<sup>8</sup> zugänglich (oder beim Autor erhältlich, Kontaktadresse siehe am Ende des Artikels). In überarbeiteter Form bildet der LuV oft die Grundlage für die auf die Einrichtung und die unterschiedlichen Leistungsniveaus abgestimmten Arbeitsbögen für die Förderplanung. Auf diesen Arbeitsbögen werden ergänzend zur fachtheoretischen und -praktischen Beurteilung der Ausbildung und Schule personale, methodische und sozial-kommunikative Kompetenzen aus pädagogischer Sicht erfasst. Für medizinische und psychologische Fachbereiche gibt es gesonderte Fachbögen. Zu bestimmten Zeitabschnitten erfolgt eine erneute Beurteilung, die den bisherigen Werdegang erfasst und Ziele für die weitere Entwicklung setzt. Aus psychologischer/psychotherapeutischer Sicht ergibt sich, dass die Teilnehmenden ganzheitlich gesehen werden und die fachspezifische Arbeit Teil der gesamten Förderung ist.

Für die psychotherapeutische Arbeit gilt aber zum einen, dass Inhalte und Zielsetzung aus der ganzheitlichen Sicht nur im Einverständnis mit dem Rehabilitanden in der psychotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden. Die psychotherapeutische Arbeit verfolgt grundsätzlich ihre spezifischen Ziele. Diese spezifischen Ziele stehen aufgrund des Wunsches der Teilnehmenden, Integrationsfähigkeit zu erreichen, nicht im Widerspruch zur beruflichen Rehabilitation.

Zum anderen ist das besondere Vertrauensverhältnis – einschließlich der Schweigepflicht – auch im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit zu wahren. Es dürfen nur mit Einverständnis des Betroffenen konkrete Inhalte aus psychotherapeutischen Sitzungen weitergegeben werden. Der Psychologische Fachdienst soll auch bei der Durchführung von Assessmentcentern beteiligt werden, die zunehmend in berufsvorbereitenden Maßnahmen Eingang finden. Zu den Aufgaben des Psychologischen Diensts zählen überblicksmäßig die folgenden, die je nach Anforderung in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden können:

- Psychodiagnostik (Intelligenz-, Konzentrations-, Gedächtnis- und Persönlichkeitstests, Exploration und Anamneseverfahren, Selbst- und Fremdeinschätzung, teilnehmende Beobachtung),
- Beratung (Problem-/Konfliktbewältigung, psychische Stabilisierung, berufliche Entscheidungsfindung),
- Psychologische Trainingsverfahren (Entspannung, Stressbewältigung, Förderung sozialer Kompetenz, themenbezogen zum Umgang mit Behinderung, neuropsychologische Verfahren),
- Krisenintervention,
- Praxisreflexion und Fortbildung mit/von Mitarbeitenden,
- Leitung oder Beteiligung von/in interdisziplinären Teams der Ausbildung und/oder Berufsvorbereitung,
- Begutachtungen und Stellungnahmen und
- therapeutische Interventionen (vgl. dazu folgenden Abschnitt).

### 3.3 Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Vergleichbare Einrichtungen sind die BTZ, von denen es in Deutschland 17 gibt (weitere Informationen siehe Internetpräsenz der Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren, BAG BTZ<sup>9</sup>). Diese geringe Anzahl überrascht auf den ersten Blick. Wird jedoch berücksichtigt, dass Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker – weitere Informationen siehe Internetpräsenz der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen, BAG RPK<sup>10</sup> – zu einem Teil berufliche Rehabilitation als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durchführen, dann können noch ca. 47 Einrichtungen hinzugerechnet werden. In BTZ finden nur Menschen mit psychischen Behinderungen Zugang. Es können Menschen mit psychischer Behinderung aufgenommen werden, die noch im Erwerbsleben stehen, denen aber der Arbeitsplatzverlust droht, oder auch Menschen mit psychischer Behinderung, die ohne Arbeit sind, unabhängig davon, ob sie sich aktuell in psychiatrischer Behandlung befinden, wenn sie zur Wiedereingliederung berufliche und psychosoziale Förderung benötigen. Die betroffenen Menschen müssen

halbtätig belastbar sein. Die Größe der Einrichtungen und die Mitarbeitenden sind auf die Belange der betroffenen Klientel abgestimmt. Teilnehmende werden auf die Anforderungen in Betrieben hin trainiert. Für einen erfolgreichen Verlauf des Trainings werden unterschiedliche Methoden, Hilfs- und Förderangebote eingesetzt. Um eine Integration zu erreichen, werden Kontakte mit Betrieben und Unternehmen gepflegt.

In BTZ arbeitet ein interdisziplinäres Team zusammen, mit Fachkräften aus kaufmännischen, technischen und handwerklichen Berufen, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern. Gemeinsam bereiten sie Betroffene auf die Anforderungen in der Arbeitswelt vor, nach Möglichkeit wird eine Integration angestrebt. Alternativ zur Integration können auch eine Ausbildung oder Umschulung oder eine weitere Reha-Maßnahme angestrebt werden. An den vorhandenen schulischen Kenntnissen und beruflichen Erfahrungen wird angesetzt und diese durch Schulungsangebote gefestigt und erweitert. Neben der Vermittlung fachlicher Inhalte werden auch persönliche und soziale Fertigkeiten trainiert. Die Teilnahme an betrieblichen Praktika ist ebenfalls vorgesehen. Im Rahmen einer Integration werden auch die Betriebe der Teilnehmenden individuell begleitet und die Betriebe werden zur Arbeitsplatzausstattung und Eingliederungshilfen beraten.

## 4. Psychotherapeutische Arbeit der Psychologischen Dienste in Berufsbildungswerken

Ich möchte nun am Beispiel der Psychologischen Dienste in BBWen auf die Bedeutung psychotherapeutischer Arbeit eingehen. Die Konzentration auf BBW ergibt

8 Verfügbar unter: [www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A05-Beruf-Qualifizierung/A052-Arbeitnehmer/Allgemein/eMaw-Elektronische-Massnahmeabwicklung.html](http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A05-Beruf-Qualifizierung/A052-Arbeitnehmer/Allgemein/eMaw-Elektronische-Massnahmeabwicklung.html) [30.01.2013]

9 [www.bag-btz.de/bagbtz/bag-btz.php](http://www.bag-btz.de/bagbtz/bag-btz.php) [30.01.2013]

10 [www.bagrpk.de/leistung.html](http://www.bagrpk.de/leistung.html) [30.01.2013]



sich aus meinem beruflichen Tätigkeitsbereich. Die Arbeit in den anderen Reha-Einrichtungen ist in wesentlichen Punkten jedoch vergleichbar.

Ergebnisse einer Befragung von BBWen (Brattig, 2009a, S. 25ff.) zeigen zum einem, dass bei der Mehrheit der befragten Psychologischen Dienste in den BBWen vermehrt therapeutische Angebote nachgefragt werden. Therapeutische Angebote sind in der Befragung nicht weiter differenziert worden, sie dürften zu einem beachtlichen Teil Psychotherapie einschließen. Zum zweiten liefern die Ergebnisse Kenntnisse über die vorkommenden Behinderungsarten sowie psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die im Folgenden kurz skizziert werden.

#### 4.1 Welche Behinderungsarten und psychische Störungen werden behandelt?

Zu den Behinderungsarten kann festgestellt werden, dass die quantitative und qualitative Bedeutung der psychischen Behinderungen zugenommen hat. Dies entspricht der gesellschaftlichen Entwicklung, wie sie beispielsweise auch in den Gesundheitsreports der Krankenkassen (DAK, 2011; TK, 2011) oder durch die Daten der Deutschen Rentenversicherung festgestellt wird. Nach den Ergebnissen der Befragung in BBWen ergibt sich folgende Rangfolge bei den psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (absteigend):

- affektive bzw. emotionale Störungen,
- Persönlichkeitsstörungen,
- Belastungs- und psychosomatische Störungen,
- Ängste,
- aggressives Verhalten und
- teilweise ADHS sowie Suchtverhalten.

In der Befragung wurde nur nach der Veränderung gefragt, nicht erhoben wurde die Häufigkeit der Behinderungsarten, sodass keine Aussage zum Anteil der Behinderungsarten gemacht werden kann. Es ist zu vermuten, dass der Anteil junger Menschen mit psychischen Auffälligkeiten deutlich über 50% und der junger Menschen mit psychischen Krankheiten

#### Beispiel: Fallbeschreibung

Junge Frau K. (19), Förderschule für Schüler mit Lernbehinderung, verschiedene berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, Ausbildung zur Helferin in der Hauswirtschaft.

Lernbehinderung mit Einschränkung der Konzentrations- und Merkfähigkeit, Rechenschwäche, Angststörung (Klaustrophobie), Gleichgewichtsstörung.

Die Angststörung wirkt sich im privaten und beruflichen Lebensbereich störend aus: Probleme mit der Nutzung von Badezimmern/Toiletten, Aufzügen, Lagerräumen. Behandlung durch systematische Desensibilisierung.

Aufgrund der Lernbehinderung therapeutisch in detaillierten Schritten vorgegangen, genaue Erklärung der Vorgehensweise, differenzierte Angsthierarchie, begleitend zur Lernbehinderung und Angststörung zeigt sich, dass das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit eingeschränkt sind. Auf diesem Hintergrund kommt es zu Problemen in sozialen Situationen.

Der Angstabbau gelingt über 20 Sitzungen in der Vorstellung und in realen Situationen bis hin zum Aushalten des Verweilens in einem dunklen, fensterlosen kleinen Vorratsraum. Der erfolgreiche Verlauf bewirkt eine Verbesserung der Selbstwertproblematik.

Zur weiteren Stärkung werden noch belastende Situationen in der Berufsschule behandelt. Zur Unterstützung werden die Mutter als Vermittlerin zur Berufsschule und die Ausbilderin mit einbezogen. Frau K. lernt, eigene Interessen und Bedürfnisse zu vertreten. Diese Erweiterung der sozialen Kompetenz wirkt sich auch stabilisierend auf die Beherrschung der Angststörung aus.

#### Kasten 3

über 20% liegt. Diese Prozentsätze sind deutlich höher als die in der Bevölkerung, wie einer Veröffentlichung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) entnommen werden kann, in der die Häufigkeiten psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen folgendermaßen angegeben werden: Knapp 22% zeigen psychische Auffälligkeiten, knapp 10% eine psychische Krankheit, wobei Angststörungen die häufigste Erkrankung darstellen. Bei Erwachsenen sind über 11% arbeitsunfähig und bei circa 40% kommt es aufgrund psychischer Erkrankungen zur Frühberentung (BPtK, 2013). Diese Unterschiede verdeutlichen, dass in der Klientel der BBWen psychische Auffälligkeiten und psychische Krankheiten einen bedeutsamen Umfang einnehmen, der es verständlich macht, dass entsprechend fachliche Kompetenzen zur Verfügung gestellt werden müssen (siehe hierzu als Beispiel den Fallbericht in Kasten 3).

Viele junge Rehabilitanden leiden an einer psychischen Erkrankung nach ICD-10. Sie möchten therapeutische Hilfen haben, um den Rehabilitationserfolg nicht zu gefährden.

Andere werden von den Mitarbeitenden in der Ausbildung ermuntert, entsprechende Hilfestellungen in Anspruch zu nehmen, weil es in der Ausbildung zu Verhaltensauffälligkeiten kommt. Auch sie entwickeln in der Regel Veränderungsbereitschaft. So leidet etwa eine junge Frau an depressiver Verstimmung und Verbitterung über ihren bisherigen Lebensweg. Es kommt aufgrund dessen zu Rückzugsverhalten und Fehlzeiten aufgrund psychosomatischer Symptome. Ihre sozialen Kontakte in der Gruppe leiden und führen zu einer sekundären Verstärkung der Problematik und sie droht den Anschluss an die Lerninhalte zu verlieren. Eine andere junge Frau hat eine Borderline-Symptomatik und neigt zu Selbstverletzungen. Sie kommt nur mit wenigen sozialen Kontakten zurecht und gefährdet den Ausbildungsverlauf durch impulsives Verhalten. Ein junger Mann hat eine gewalttätige Kindheit erlebt und neigt nun selbst zu Gewaltverhalten, aufgrund seiner fremdländischen Herkunft ist es schwer für andere Auszubildende und Mitarbeitende einzuschätzen. Ein andere junger Mann hat große Probleme wegen einer ADHS-Symptomatik, die es ihm schwer macht, im theoretischen Unterricht konzentriert mitzuarbeiten. In der therapeuti-

schen Behandlung hat es sich bewährt, dass in der Regel sofort Kontakt aufgenommen werden kann, sodass keine Wartezeiten entstehen. Bei einer ambulanten Psychotherapie kann es laut Veröffentlichung der BPTK (2011, S. 7) erst nach circa sechs Monaten zu probatorischen Sitzungen kommen. Sollten stationäre Behandlungen notwendig werden, kann der Betroffene bis zum Beginn stabilisiert werden und am Ende der stationären Behandlung kann der Übergang unterstützt werden. Im Einverständnis mit dem Rehabilitanden kann begleitend zur Therapie unterstützend und erklärend auf das engere soziale Umfeld, insbesondere in Hinblick auf die Ausbildung eingewirkt werden. Da es sich dabei um einen sehr sensiblen Kommunikationsprozess handelt, sind gewachsene Beziehungen wichtig, sodass Fehleinschätzungen und Missverständnisse auf ein Minimum reduziert und Irritationen vermieden werden können. Bei der jungen Frau mit der Depression und der Verbitterungsproblematik ist es beispielsweise hilfreich, die pädagogischen Mitarbeitenden in der Ausbildung besonders auf die Notwendigkeit anerkennender, positiver Rückmeldung hinzuweisen und selbstabwertende Äußerungen abzufangen. Auf diese Weise kann in kleinen Schritten ihr Selbsterlebnis geändert und zur Stabilisierung beigetragen werden. Beim jungen Mann mit dem Aggressionsverhalten ist es förderlich, Rückzugsmöglichkeiten abzusprechen und Befürchtungen abzubauen. Positive Ansätze aus einem begleitenden Anti-Aggressionstraining können dadurch weiterentwickelt werden. Auf der anderen Seite können die Kenntnisse über das soziale Umfeld des Rehabilitanden hilfreich sein, in der Therapie zum einen die Schilderungen über die erlebten Situationen besser einzuordnen und zum anderen auch konkrete Verhaltensalternativen besprechen zu können. Das psychotherapeutische Behandeln ist also näher am Geschehen und entfaltet dadurch eine große Effektivität. Wenn diese therapeutische Arbeit mit dem SGB IX in Beziehung gesetzt wird, in dem es in § 33 Absatz (6) heißt: „Die Leistungen umfassen auch (...) psychologische Hilfen (...), insbesondere 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, (...), 5. Hilfen zur

seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen (...)“ (siehe auch Kasten 1), ergibt sich, dass „Hilfen“ und „Aktivierung“ die therapeutische Bearbeitung von psychischen Erkrankungen einschließt. Unterschiedliche psychologische Interventionsverfahren werden jedoch nicht klar benannt. Psychologische Beratungsgespräche und Trainingsverfahren kommen bei psychisch gesunden Personen zum Tragen, die keiner individuell tiefergehenden Erlebnisverarbeitung/Einstellungsänderung und Verhaltenskorrektur/Kompetenzerweiterung bedürfen, wie es eine psychotherapeutische Behandlung leistet. Ein Teil der Klientel in den BBWen benötigt aber gerade diese Hilfe.

Krankheits- und Behinderungsverarbeitung ist bei jungen Menschen mit körperlicher Behinderung oft ein Thema. Besonders bei chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Rheuma oder Multipler Sklerose treten sekundäre Verhaltensprobleme auf, die sich beispielsweise aus der unterschiedlichen Selbst- und Fremdwahrnehmung oder sekundärem Krankheitsgewinn ergeben. Hier ist begleitend zur somatischen Therapie psychotherapeutische Behandlung sinnvoll, auch wenn noch keine Zweitdiagnose im Sinne einer psychischen Behinderung gestellt werden kann, sondern Betroffene „nur“ psychisch auffällig sind. Durch eine psychotherapeutische Behandlung kann eine Verschlimmerung der Gesundheitsproblematik insgesamt verhindert werden, insbesondere auch durch das Verständnis, in die Psychotherapie das engere soziale Umfeld mit einzubeziehen. Auf diese Weise wird einer drohenden – zusätzlichen – Behinderung entgegengetreten. Dieser Präventionsgedanke entspricht inhaltlich der Definition des Personenkreises in § 19 Absatz (2) SGB III und § 2 Absatz (1) SGB IX. Er wird inhaltlich leider nicht genügend eindeutig fortgesetzt in § 33 Absatz (6) SGB IX. Der Präventionsgedanke liegt aber durchaus im Sinne der Sozialgesetzgebung, da das persönliche Potenzial für die Teilhabe am Arbeitsmarkt verbessert wird.

Schließlich erleben auch junge erwachsene Menschen Lebensumstände und An-

forderungen als psychisch so belastend, dass es zu körperlichen Erkrankungen wie Migräne, Rückenbeschwerden und anderen chronischen Krankheiten kommt. Auch hier stellt Psychotherapie die angemessene Behandlungsoption dar. Dies stellen schon Grawe, Donati und Bernauer (1994) fest: „... die als Folge belastender Lebensumstände körperlich krank werden, bei denen es also eigentlich auch in erster Linie darum gehen müsste, ihnen zu helfen, mit diesen Belastungen besser fertig zu werden oder sie abzubauen. Solche notwendigen Veränderungen der Lebensführung zu initiieren und unterstützend zu begleiten, wäre ein sehr wesentlicher Anwendungsbereich psychologischer Interventionsmethoden, deren Gesamtheit wir hier der Einfachheit halber unter dem Stichwort ‚Psychotherapie‘ zusammenfassen.“ (S. 12)

Psychotherapeutische Praxis im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erweitert die Behandlung um die Stärkung der Handlungskompetenz für die Anforderungen der Arbeitswelt, auf die der Rehabilitand zusteuert. Anforderungen der Arbeitswelt werden auch als Beschäftigungsfähigkeit bezeichnet. Beschäftigungsfähigkeit hat einen komplexen Inhalt, von dem in diesem Zusammenhang nicht alle Aspekte von Bedeutung sind. Im Hinblick auf psychotherapeutische Behandlung sind folgende Aspekte der Beschäftigungsfähigkeit erwähnenswert:

1. Handlungskompetenzen zur Eigenverantwortlichkeit und Selbstorganisation ermöglichen,
2. Self-Management im Sinne von Selbstorganisation, bezogen auf die beruflichen Anforderungen, und Self-Marketing im Sinne eines angemessenen Darstellens-Könnens der eigenen Arbeit und eines angemessenen Achtens auf die berufliche (Weiter-)Entwicklung.

Aus beiden Aspekten ergibt sich die Notwendigkeit, personale Kompetenzen zu stärken und Gesundheitsbewusstsein zu fördern (Brattig, 2009b, S. 363ff.). Diese Erweiterung über die Behandlung der Krankheitsproblematik hinaus ergibt sich insofern selbstverständlich, als im therapeutischen oder im interdisziplinären Aus-

tausch mit den mitwirkenden Kollegen anderer Fachbereiche die begleitenden Verhaltensprobleme zur Sprache kommen und aufgegriffen werden können. Die Einordnung der ganzheitlichen Förderung in die psychotherapeutische Arbeit ist bereits im Abschnitt über die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen zu den BBWen angesprochen. Ihre Berücksichtigung führt zu nachhaltigem Aufrechterhalten von erreichten Therapiefortschritten.

Für die psychotherapeutische Behandlung ergibt sich mit Blick auf die Anforderungen in der Berufswelt, über die Bewältigung der Krankheitsproblematik hinauszugehen, das Selbstwertgefühl und die Handlungsfähigkeit zu festigen bzw. zu erweitern, damit die Betroffenen die Entstehung von Konflikt- und Problemsituationen abfangen lernen oder die erworbenen sozialen Fertigkeiten zur Bewältigung herausfordernder Situationen einsetzen können. Um im betriebliche Alltag zumindest von Dienstleistungsunternehmen bestehen zu können, muss nach Nerdinger Emotionsarbeit (Nerdinger, 2012, S. 8ff.) geleistet werden. Damit Rehabilitanden diesen Anforderungen gerecht werden können, bietet es sich an, auf ein Training von Social-Skills zurückzugreifen, wie es beispielsweise in der Dialektisch-behavioralen Therapie (Brattig, 2011, S. 118ff.) von Menschen mit Borderline-Problematik Anwendung findet. Im Unterschied zum Training sozialer Kompetenzen werden die in der Gruppe trainierten Fertigkeiten in der individuellen Psychotherapie aufgegriffen und vertieft. Auch Elemente aus der Systemischen Therapie sind sinnvoll, um in geeigneter Form das soziale Umfeld zu berücksichtigen. Erreichte Therapiefortschritte können durch begleitende Selbsthilfegruppen gefestigt und ausgebaut werden. Damit sich die Anpassungsfähigkeit an die betrieblichen Belange nicht in Richtung Unterordnungsmentalität entwickelt, ist es wichtig, im Rahmen therapeutischer Behandlung zu vermitteln, dass es berechtigt ist, eigene Interessen zu äußern und wahrzunehmen. Dieser Ansatz bedeutet, eine aktive Nachsorge zu betreiben. Hier stellt sich die Frage nach einer Abgrenzung zum Coaching. In der beruflichen Rehabilitation können fließende Übergänge praktiziert werden, in der ambulanten Versorgung müsste eine entspre-

chende Handhabung ermöglicht werden, damit die Betroffenen vergleichbare Chancen haben.

## 5. Ein kurzes Resümee

In der beruflichen Rehabilitation kann im Rahmen psychologischer Fachpraxis Psychotherapie entscheidend zur Zielsetzung der Teilhabe am Arbeitsleben beitragen. Dieses Potenzial sollte weiter genutzt werden. In der Sozialgesetzgebung könnte eine klare Benennung dieser Fachkompetenzen, wie in der medizinischen Rehabilitation bereits geschehen, dazu beitragen, dass diese Fachkompetenz in den Fachdiensten ihren angemessenen Platz bekommt beziehungsweise erhält.

Als gleichbedeutend zur psychotherapeutischen Arbeit im engeren Sinn wurden die Präventionsarbeit und die Berücksichtigung des Arbeitsumfeldes der Rehabilitanden herausgestellt. Die während des psychotherapeutischen Prozesses erreichten Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln der betroffenen Person werden stabilisiert, wenn die entscheidenden Bezugspersonen im Arbeitsfeld Unterstützung im Umgang mit den psychischen Auffälligkeiten bekommen. Die psychotherapeutisch ermöglichten Veränderungen bleiben zukünftig besser erhalten, wenn auf neue Anforderungen im Arbeitsumfeld vorbereitet wird.

Im Beitrag konnte nicht auf die Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbReha) (18 Einrichtungen mit 3.915 Plätzen in den alten Bundesländern, für weitere Informationen siehe Internetpräsenz der Bundesarbeitsgemeinschaft mbReha<sup>11</sup>) eingegangen werden, die im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation anzusiedeln sind. Diese Einrichtungen bilden die Brücke zwischen den rein medizinisch orientierten Einrichtungen der Akutbehandlung und Erstversorgung einerseits und den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation andererseits, die der Ausbildung, Umschulung und Fortbildung dienen. In Verbindung mit der medizinischen Rehabilitation können schon erste Schritte beruflicher Förderung (z. B. berufsabklärende Maßnahmen, Vorbereitungsmaß-

nahmen zur Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit oder zur Umschulung) eingeleitet werden.

## Literatur

- Brattig, V. (2007). Herausforderungen psychologischer Dienste in der beruflichen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2, 399-410.
- Brattig, V. (2009a). Psychologische Dienste in Berufsbildungswerken: Wie sie ihre Arbeit sehen und welche Anforderungen auf sie zukommen. *Berufliche Rehabilitation*, 1, 24-43.
- Brattig, V. (2009b). Integration: Eine bekannte Herausforderung mit neuen Ansprüchen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2, 359-373.
- Brattig, V. (2011). „Beziehungsweise Psychotherapie“: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) 2010. *Berufliche Rehabilitation*, 2, 117-127.
- Brattig, V. (2012). Inklusion statt Integration in der beruflichen Rehabilitation? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 4, 837-849.
- Bundesagentur für Arbeit (2009). *HEGA 12/09-15 – Vergleichbare Einrichtungen im Sinne des § 35 SGB IX, einschließlich Anlagen*. Verfügbar unter: [www.arbeitsagentur.de/nn\\_165870/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Beruf-Qualifizierung/Dokument/HEGA-12-2009-Vergleichbare-Einrichtungen.html](http://www.arbeitsagentur.de/nn_165870/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Beruf-Qualifizierung/Dokument/HEGA-12-2009-Vergleichbare-Einrichtungen.html) [30.01.2013].
- Bundesagentur für Arbeit (2012). *Fachkonzept für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen nach § 35 SGB III (BvB 1-3)*. Verfügbar unter: [www.arbeitsagentur.de/nn\\_26188/Navigation/zentral/Buerger/Behinderungen/Berufsvorbereitung/Berufsvorbereitung-aNv.html](http://www.arbeitsagentur.de/nn_26188/Navigation/zentral/Buerger/Behinderungen/Berufsvorbereitung/Berufsvorbereitung-aNv.html) [30.01.2013].
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2012). *Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe“ nach § 35 SGB IX vom 23. Februar 2012*. Frankfurt: BAR.
- BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2011). *BPTK Studie zu Wartezeiten in*

11 [www.mbreha.de](http://www.mbreha.de) [30.01.2013]

der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Verfügbar unter: [www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung\\_moderne\\_arbeitswelt/Wartezeiten\\_in\\_der\\_Psychotherapie/2011\\_0622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/2011_0622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf) [30.01.2013].

BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2013). *Psychische Krankheiten*. Verfügbar unter: [www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html](http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html) [30.01.2013].

DAK (Hrsg.) (2011). *DAK Gesundheitsreport 2011: Krankmeldungen steigen trotz Aufschwung nicht. DAK warnt vor bedenklichen Gesundheitstrends bei jungen Arbeitnehmern*. Verfügbar unter: [www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/D33](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/D33)

8768DFA60F652C125782400478F78?open [30.01.2013].

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Nerdinger, F.-W. (2012). Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich. *Report Psychologie*, 37 (1), 8-18.

TK (2011). *Gesundheitsreport 2011: Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden. Veröffentlichung zum Gesundheitsmanagement der TK, Band 26*. Hamburg: Techniker Krankenkasse. Verfügbar unter: [www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/2761/Gesundheitsreport-2011.pdf](http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/2761/Gesundheitsreport-2011.pdf). [30.01.2013].



**Volker Brattig**, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, hat in einem Berufsbildungswerk gearbeitet und war in den vergangenen Jahren schwerpunktmäßig für junge Erwachsene mit mehrfacher Behinderung, einschließlich psychischer Behinderung, zuständig. Zurzeit befindet er sich im passiven Teil seiner Altersteilzeit und nutzt die Zeit für eine Ausbildung zum Yoga-Lehrer.

**Dipl.-Psych., Dipl.-Sozialwirt  
Volker Brattig**

Psychologischer Psychotherapeut  
Löwenstraße 8  
30175 Hannover  
[kavobrattig@web.de](mailto:kavobrattig@web.de)

# Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

## Zu „Psychotherapie und Religion/Spiritualität – Eröffnung einer Diskussion“, mit Beiträgen von B. Grom, M. Richard & H. Freund, J. Hardt & A. Springer, Psychotherapeutenjournal 3/2012, Seiten 194-212, sowie von K. Jeschke, Psychotherapeutenjournal 2/2012, Seiten 129-133.<sup>1</sup>

### Interesse? Verwunderung? Widerspruch? – Hat denn niemand an Erleichterung und Freude gedacht?

Gisela A. Cöppicus Lichtsteiner

Endlich kommt diese brisante Thematik in die Diskussion der offiziellen akademischen Psychotherapeutenzene!

Ich begrüße die Klärung der Sachverhalte aufgrund eigener Betroffenheit, da mich die Frage nach dem *Wie* des therapeutischen Umgangs mit religiös-spirituellen Inhalten seit beinahe zwanzig Jahren beschäftigt. Als Psychotherapeutin des Typs II (vgl. den Artikel von B. Grom) hat mir meine therapeutische Ausbildung diesen Weg geebnet: Die Daseinsanalyse (DA) vermittelte mir ein existenziell-philosophisches Menschenbild; die Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP) lehrte mich den Umgang mit inneren und äußeren Bildern (Imagination und Symbolarbeit). Da geschieht es z. B. ganz leicht, dass bei einer Traumabearbeitung die „Hilfreiche Gestalt“ eine religiöse, bzw. heilige Gestalt ist; oder dass der „Sichere Ort“ heilige bzw. sakrale Qualität hat. Es ist beeindruckend, welche heilkräftige Wirkung von dieserart Imaginationen ausgeht.

PatientInnen müssen erleben können, dass ihre religiös-spirituellen Überzeugungen in der Therapie einen Raum erhalten. Sie sind ja nicht ohne Grund misstrauisch! Aus der therapeutischen Literatur und aus Gesprächen weiß ich, wie leicht religiöse Aspekte aus Unsicherheit übersehen und übergangen werden können: Das psychoanalytische Tabu ist noch wirksam, die vorbereitende Ausbildung fehlt, und war nicht bis vor Kurzem der psychotherapeutische/psychiatrische Berufsstand der atheistischste? Eine gewisse Affinität des therapeutisch Tätigen zur Religion, eine sensible Hellhörigkeit scheint aber für erfolgreiches Arbeiten damit Voraussetzung zu sein.

Was tun wir in Zeiten des Umbruchs? Wir benötigen Unterstützung von gleichgesinnten bzw. wohlmeinenden KollegInnen. Wichtig für mich war in all den Jahren der intervisorsische Austausch, das intensive Lesen auch der relevanten US-amerikanischen Literatur und die Teilnahme an einer inoffiziellen Weiterbildungs- und Selbsthilfegruppe im

Rahmen der KIP. Offiziell und inoffiziell haben KIP-DozentInnen und -KollegInnen religiös-spirituellen Imaginationsmotive ersonnen und erprobt. Auch habe ich mich in Fachkreisen mit meinen therapeutischen Erfahrungen mündlich und schriftlich zu Wort gemeldet. Das spricht sich herum. So werde ich inzwischen auch von christlich-religiösen PatientInnen gezielt als praktizierende Christin aufgesucht. Es ist Alltag für mich geworden, im (Anamnese-)Gespräch und in der Arbeit mit Imaginationen und Bildern die religiösen Belange meiner PatientInnen aufzugreifen und zu bearbeiten: sei es als Ressource, sei es als Teil des Problems der Person, sei es als Unterstützung der religiös-spirituellen Praxis *außerhalb* der Therapie als Gebet und Meditation und im Leben in der Glaubensgemeinde oder sei es als konkretes Arbeiten mit der religiösen Überzeugung *innerhalb* der Therapie.

<sup>1</sup> Weitere Zuschriften von Leserinnen und Lesern zu dieser Diskussion finden Sie auch in Psychotherapeutenjournal 4/2012, Seiten 332-335.

Es kostet uns mitteleuropäische PsychotherapeutInnen ganz offensichtlich ungeheure Überwindung anzunehmen, dass der Umgang mit religiösen Überzeugungen als zentraler Lebensinhalt unserer PatientInnen eigentlich ganz einfach in den therapeutischen Heilungsprozess einbezogen werden können.

te. Natürlich auch in diesem Bereich unter Berücksichtigung der gebotenen Abstinenz und der berufsethischen Richtlinien. Eine kritische Bemerkung zu den Diskussionsbeiträgen sei deshalb erlaubt: Wenn die Begriffe „spirituell“ und „religiös“ nicht präzise definiert werden, verlieren die wissenschaft-

lichen Studien ihre Aussagekraft! Dann wird auch die Grenzziehung zum esoterischen Therapieangebot unmöglich, und damit wäre unserer Profession keineswegs gedient.

*Gisela A. Cöppicus Lichtsteiner,  
Zürich*

## Mehr Bescheidenheit bitte!

### Heidmarie Eickmann

*„Als es mir vor drei Jahren so furchtbar schlecht ging, habe ich aufgehört zu beten. Es ging einfach nicht. Jetzt bete ich wieder, fast täglich, zu Allah. Es ist wie eine Suche oder die Bitte um einen Begleiter, der mir bei den vielen Fragen und Zweifeln, die sich in meinem Leben vor mir auftürmen, hilft. Das ist anders als zu Beginn der Therapie.“* Fatma, 20 Jahre, Jurastudentin.

*„Du scheißrussische Jüdin, geh endlich zurück, wo du herkommst. Das Beste wäre gewesen, man hätte schon damals deine Großeltern vergast! Das höre ich auf dem Pausenhof. Was soll ich machen? Ich weiß doch selbst noch gar nicht, ob ich überhaupt gläubige Jüdin bin oder sein will. Der Hass macht mir jedenfalls große Angst.“* Nadeschda, 14 Jahre, Gymnasiastin.

*„Ich bin überzeugter Christ. Denke ich jedenfalls. Aber wenn mein Vater mir die Bibel vor die Augen hält und Stellen zitiert, von denen er meint, dass sie das Verwerfliche meiner Homosexualität beweisen und ich mich zutiefst schuldig für mein Anderssein fühlen soll, dann kommen mir Zweifel. Mein Leben, alles kommt mir dann sinnlos vor und ich denke, ich wäre wohl besser nicht auf der Welt.“* Jonathan, 17 Jahre, Oberstufenschüler.

*„Weihnachten? Was soll da gewesen sein? Da schenken die Erwachsenen den Kindern was. Sonst weiß ich da auch nichts. Ich habe gesagt, was ich Weihnachten haben will. Meine Mama hat das auch schon geholt. Aber richtig auspacken darf ich erst später. An Weihnachten eben. Das*

*finde ich blöd.“* Max, 11 Jahre, Gesamtschüler.

Hinter jeder dieser Aussagen verbergen sich unterschiedliche psychische Krankheitsbilder, in denen der psychosoziale Hintergrund und die Religionszugehörigkeit (bzw. Nichtzugehörigkeit) eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Was aber bedeutet das für das therapeutische Vorgehen?

Ich denke, dass sich, unabhängig vom therapeutischen Verfahren, jeder Therapeut/jede Therapeutin mit der eigenen Position in religiösen, philosophischen, politischen Fragen auseinandersetzen sollte. Offenheit sich selbst und anderen gegenüber, auch mit dem, was unangenehm, fremd, anders, nicht vertraut ist, sind Begleiter unserer täglichen Praxis. Aber auch umgekehrt: eine allzu große Verbundenheit mit dem Patienten/der Patientin und scheinbar müheloses Verstehen können zu unangenehmen Verwicklungen führen, die dem therapeutischen Prozess schaden.

Bedarf es nun seitens des Therapeuten/der Therapeutin neben der fachlichen Achtsamkeit und Sorgfalt, der zu hoffenden fachlichen Kompetenz und der kritischen Begleitung durch Intervision durch Kollegen/Kolleginnen und der die Praxis begleitenden Fortbildungen darüber hinaus einer besonderen spirituellen Qualifikation? Hier beginnt sich meiner Ansicht nach eine Grauzone zu eröffnen, die etwas Gruseliges an sich hat. Grenzen verwischen, und das Nebulöse führt von der Sorgfalt fort in eine überhöhte und nicht ungefährliche Position des Therapeuten/der Therapeutin.

Es werden sogar ethische Fragen der Grenzüberschreitung virulent. Wäre da nicht eher Bescheidenheit vonnöten? Was wäre denn so verwerflich, wenn Patienten sich zu einem Rabbiner begeben, sich einer Pfarrerin anvertrauen, dem Imam zuhören oder bei einem buddhistischen Mönch Rat für ihre weitere Lebensgestaltung suchen, wenn, und das ist ja manchmal wirklich schwer auseinanderzuhalten, dies nicht dem Widerstand dient und damit dem positiven Verlauf der Behandlung behindert? Und ist nicht auch eine kritische Haltung eigenen Lehrern gegenüber vonnöten, wenn diese in selbstherrlicher Überschätzung irgendwann einmal jede religiöse Haltung als Wahn und damit als krank bezeichnet haben?

Die Akzeptanz der Psychotherapie in der heutigen Zeit und deren Verankerung im Gesundheitssystem ist ein Bestandteil unserer Demokratie, die ein Menschenbild von Selbstbestimmung im Rahmen von gesellschaftlicher Solidarität und Verantwortung voraussetzt. Die Verantwortung einer Therapeutin/eines Therapeuten ist also der Demokratie und dem sie bedingenden Menschenbild verpflichtet.

Die Redaktion hat sich hier einer wichtigen Frage angenommen, um Grauzonen und die Gefahr von ethischen Grenzüberschreitungen aufzuzeigen. Den Hinweis auf die Notwendigkeit von Bescheidenheit im Rahmen unserer Tätigkeit habe ich vermisst.

*Heidmarie Eickmann,  
Gießen*

## Austausch über spirituell-religiöse Erfahrungen – jenseits von Vorurteilen

Meike Pudlatz

Liebe Redaktion, liebe Autorinnen und Autoren des Titelthemas,

zuerst einmal meinen herzlichen Dank, dass Sie dieses so spannende und aus meiner Sicht dringend zu diskutierende Thema, welchen Platz religiös-spirituelle Fragen innerhalb einer Psychotherapie einnehmen können und sollten, ansprechen.

Nicht nur mir liegt das schon länger am Herzen. Daher hat für mich das Vorgehen in der Positiven Psychotherapie nach Prof. Dr. Nossrat Peseschkian auch eine besondere Anziehungskraft. Dort werden religiöse, spirituelle, Sinn- und Wertefragen dem „4. Bereich“ des „Balancemodells“ zugeordnet und explizit erfragt (also ähnlich dem Typ II in Prof. Groms Einteilung). Den vier Bereichen des Balancemodells: 1. Körper, 2. Leistung, 3. Kontakt und 4. Fantasie/Zukunft/Sinn (dieser Bereich lässt sich leider schwer mit einem einzigen Schlagwort fassen) entsprechen vier Wege/Mittel der Erkenntnis. Das sind 1. Sinne, 2. Verstand, 3. Tradition und 4. Intuition. Indem alle Wege in ihrem je eigenen Wert anerkannt und genutzt werden, löst sich der Widerspruch auf bzgl. der in dem Artikel von Jürgen Hardt und Anne Springer angesprochenen Frage, worauf sich der Mensch verlassen könne/solle, um sich im Leben zu orientieren (Glaube vs. logischer Verstand/Forschung). In keinem der genannten vier Bereiche wird ein Alleinvertretungsanspruch gesucht oder gefunden.

Prof. Peseschkian hat seinen Ansatz und seine Arbeit immer auch als einen Beitrag zur Verständigung zwischen Kulturen, Religionen und Traditionen (auch Therapietraditionen) verstanden. In meiner Arbeit mit Menschen unterschiedlicher religiöser

Überzeugungen und Herkunft erweist sich für mich immer wieder der Wert eines solchen wertschätzenden und die Religiosität/Spiritualität ausdrücklich einbeziehenden Modells, in dem zugleich niemand einer bestimmten religiösen Tradition folgend belehrt oder bekehrt wird. Es können auch Geschichten/Weisheiten unterschiedlichster Tradition eingebracht werden. Die Patienten melden mir zurück, dass sie sich ganzheitlich gesehen und verstanden fühlen, angeregt werden, sich diesem wichtigen, aber in unserer Leistungsgesellschaft allzu oft vernachlässigten Bereich wieder zuzuwenden, z. B. mit den Fragen „Wozu leiste ich eigentlich so viel? Welchen über mich hinausgehenden, gesellschaftlichen oder religiösen Wert und Sinn hat mein Tun und Streben? Was möchte ich, dass von mir erinnert oder bewahrt wird?“ ... Oft – auch das wurde bereits angesprochen – erschließt sich erst aus einer solchen Perspektive eine Art Sinn der Erkrankung, die Chance umzusteuern und die Erkrankung anzunehmen.

Was aber meiner Meinung nach ebenfalls gewürdigt werden sollte – und das war dem Artikel von Bernhard Grom nicht so zu entnehmen – ist die Arbeit sog. spiritueller oder religiöser Begleiter. Dass es bisher keine Forschungsergebnisse gibt, inwieweit geistige Heilung im weitesten Sinne stattfindet und möglich ist, sollte nicht zu einer vorschnellen Ablehnung derselben führen. Immerhin haben z. B. schamanische Rituale eine wesentlich längere Tradition als unsere moderne Forschung von sich behaupten kann. Wir sollten uns davor hüten, nur das (anzu)erkennen, was wir kennen. Dabei stimme ich den Autoren Richard und Freund zu, dass mit spiritueller Begleitung/geistiger Heilung etc. das Feld der Richtlinien-Psychotherapie verlassen

wird. Jedoch erscheint es mir denkbar, nicht nur an christliche Seelsorger, sondern ggf. auch an Heiler anderer Traditionen zu verweisen. Dort gemachte Erfahrungen können dann wiederum Thema in der Psychotherapie sein, sofern der Therapeut dem informiert und aufgeschlossen gegenüber steht und sich der Andersartigkeit des therapeutischen Vorgehens bewusst bleibt. So wie es sowohl begrüßt als auch teils belächelt wird, wenn Somatiker, an den Grenzen ihrer ärztlichen Kunst angelangt, den Patienten Psychotherapie empfehlen, könnten auch Psychotherapeuten am Rande ihrer Möglichkeiten auf die Idee kommen, an „geistige Heiler“ im weitesten Sinne für weitergehende Hilfe zu verweisen. Dazu wäre es natürlich wünschenswert, mehr über die Möglichkeiten und Grenzen anderer, geistiger Heiltraditionen zu wissen, um gezielt und verantwortungsbewusst vorgehen zu können – so wie ich mir das auch von meinen somatisch tätigen Kolleginnen und Kollegen in Bezug auf die Psychotherapie wünsche (und oft auch erlebe).

Für die Zukunft wünsche ich mir, dass die oft anzutreffende Scham bzgl. des Sprechens über spirituelle/religiöse Erfahrungen weiter abnimmt. Einen breiten Austausch über Herangehensweisen im Umgang mit spirituellen Fragen in der Psychotherapie der unterschiedlichen Schulen, einen offeneren Austausch über spirituell-religiöse Erfahrungen jenseits von Vorurteilen, die stärkere Betonung dieses Lebensbereiches in der Psychotherapieausbildung sowie der Selbsterfahrung und Supervision, fände ich sehr bereichernd.

*Dipl.-Psych. Meike Pudlatz,  
Hamburg*

## Zu „Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft“ von Eva Jaeggi, *Psychotherapeutenjournal* 4/2012, Seiten 319-324.

### Auch im Geiste der Wirtschaft

Martin Herbers

Liebe Frau Jaeggi,

ich bin zufällig ein Psychotherapeut, der ebenso Philosophie wie Linguistik studiert hat – die beiden Nachbardisziplinen, von denen Sie sich „Schulstreit schlichtende“ Erkenntnisse erhoffen. Vor diesem Hintergrund kann ich Ihre Ausführungen völlig verstehen, sie aber nicht teilen.

Ich bin der Meinung, die Gegenüberstellung von Konfession und Profession ist für unseren Beruf als Psychotherapeuten und den sog. Schulstreit möglicherweise von Bedeutung, aber keineswegs zentral. Der Konflikt entspringt meines Erachtens vielmehr aus der Professionalisierung selbst. Dass unser Beruf eine Profession ist, bedeutet nicht nur, dass es Ausbildungs- und Qualitätsrichtlinien gibt, sondern ebenso, dass es Berufsverbände gibt und dass unsere Tätigkeit dem Gelderwerb dient. Psychotherapie ist nicht alleine eine Frage wissenschaftlicher Erkenntnis und wissenschaftlicher Redlichkeit. Psychotherapie ist auch ein Markt. Ein wirtschaftlicher Markt, ein Markt der Eitelkeiten und ein Feld der Politik. Es geht also auch um Geld, Ansehen und Macht. In Zeiten, in

denen die Kassensitze von Kassen und MVZ zu unglaublichen Kursen aufgekauft werden und in denen es für Psychologen kaum noch möglich ist, eine Kassenzulassung zu bekommen, erscheint es mir eigenartig weltfremd, wenn der wirtschaftliche Aspekt derart ausgeblendet wird, wie es in Ihrem Artikel der Fall ist. Psychotherapie ist auch ein Geschäft. Es herrschen Markt- und Wettbewerbsbedingungen. Niemand verkauft seine Ware gut, wenn er dem Kunden sagt, das Konkurrenzprodukt sei ebenso gut wie das eigene. An den Universitäten herrscht genauso wenig wie in anderen Institutionen der „Geist der Wissenschaft“, wenn es um Stellenbesetzungen, die Verteilung von Posten und Geldern geht. Diese Auseinandersetzungen werden im Geiste der Politik betrieben, deren Medium laut Luhmann in erster Linie die Macht ist, oder eben im Geiste der Wirtschaft, deren Primärmedium das Geld ist. Dass die Beitrittsbedingungen zu unserer Profession nicht am „Geiste der Wissenschaft“ hängen, mussten z. B. die Kollegen aus der Gesprächspsychotherapie sehr schmerzhaft am eigenen Leibe erfahren. Die weitaus besten Verkäufer und Politiker sind seit geraumer Zeit die Kollegen aus der Ver-

haltenstherapie, das muss man neidlos anerkennen.

Es gibt nicht den geringsten Anlass, zu hoffen, dass sie den Wettbewerbsvorteil, den sie sich ja fleißig erworben haben, wieder aus der Hand geben werden. Wenn wir uns erkundigen, was Psychologiestudenten heute an von der Verhaltenstherapie dominierten Universitäten über die Psychoanalyse oder tiefenpsychologische Therapie zu hören bekommen oder wie mit analytischen Bewerbern in Stellenbesetzungsverfahren an psychologischen Fakultäten umgegangen wird, kann man tiefe Einblicke darin erhalten, wie dieser Wettbewerb funktioniert.

Soweit ich das sehen kann, spielt „der Geist der Wissenschaft“ dabei überhaupt keine Rolle, es sei denn im foucaultschen Sinne, nach dem der Wissensdiskurs selbst ein Machtdiskurs ist.

Mit freundlichen Grüßen

Martin Herbers,  
Hamburg

## Die (Selbst-)Kritik in der universitären Psychologie institutionalisieren

Thorsten Padberg

Eva Jaeggi stellt in ihrem Artikel „Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft“ einen zentralen Punkt des psychotherapeutischen Selbstverständnisses heraus: „Natürlich wollen wir alle unsere wissenschaftlichen Wurzeln (...) nicht ganz vergessen, schon das Wort allein adelt ja den Beruf.“ (S. 319) Und sie stellt im Anschluss die drängende Frage „Was

aber bedeutet das wirklich?“ Als Antwort skizziert sie Anforderungen an eine „Ausbildung im Geiste der Wissenschaft“: die Fähigkeit zur *theoretischen Selbstreflexion*, die damit verbundene Erkenntnis der eigenen *Glaubenssätze* und *Menschenbilder* und schließlich ein Bewusstsein für die eigene *Wortwahl* bei der Beschreibung therapeutischer Prozesse.

Ich stimme Eva Jaeggi in allen diesen Punkten zu. Es scheint ein vielen Psychologen verlorengegangenes Wissen zu sein, dass man nicht nur auf dem Weg der empirischen Überprüfung „von der Konfession zur Profession“ gelangen kann. Zu Recht bemängelt Jaeggi, „dass im Psychologiestudium oft gar keine Denkbewegungen gemacht werden“, die die von ihr geforder-



ten Antworten auf die Frage nach der Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie liefern könnten.

Es scheint fast wie ein Rätsel, dass es ausgerechnet der Psychologie, die das wissenschaftliche Fundament der Ausbildung von Psychotherapeuten bereitstellen soll, an Selbstreflexion mangelt. Ich möchte im Folgenden einige wissenschaftsgeschichtliche Hinweise dazu geben.

Wie ist die heute an den Universitäten zu meist gelehrt, naturwissenschaftlich orientierte Psychologie entstanden? Die akademische Psychologie entwickelt sich Ende des 19. Jahrhunderts aus der Idee, die Philosophie bedürfe einer physiologischen Basis für ihre Erkenntnisansprüche. Sie ist zunächst ein rein epistemologisches Projekt und von der Praxis abgelöst (vgl. Danziger, 1990; Schmidt, 1995). Typisch ist Eduard Benekes Hoffnung, „die ganze Philosophie zur Naturwissenschaft der menschlichen Seele“ machen zu können. Um Kants Anschauungsformen genauer zu fassen und über seine Konzeptionen hinaus zu gehen, beginnen Helmholtz und andere, Kants kritische Studien der Vernunft mit physiologischen Untersuchungen der Wahrnehmung anzureichern. Dass die naturwissenschaftliche Psychologie später mit dem Behaviorismus eine pragmatische Wende nimmt, ändert nichts daran, dass die Grundlagen des Faches nicht für die Beschäftigung mit konkreten Individuen gedacht waren. Es ist u. a. diese „konstitutionelle Schwäche“, die ihr den Vorwurf eingetragen hat, sie sei eine kalte, technoide Disziplin, eine „Psychologie ohne Bewusstsein“ (Bruder, 1982). Gleichzeitig stiftet dieses Forschungsprogramm jedoch Ordnung und bringt bewährte Forschungsmethoden mit sich. Die Beschränkung auf einen der Physiologie entlehnten Methodenkanon, *der der philosophischen Reflexion explizit vorausgehen soll*, macht Erkenntnisse im Bereich der Grundlagen möglich, etwa zu Sinnesorganen und Empfindungen. Erkenntnistheorie wird zu Erkenntnisphysiologie oder eben „physiologischer Psychologie“. Die Grundlagen der naturwissenschaftlichen Psychologie basieren also geradezu auf dem *Ausschluss* von allzu viel Kritik und Reflexion.

Jaeggi, deren Erkenntnisinteresse der besseren Ausbildung von Psychotherapeuten gilt, bestimmt mit der *Selbstreflexion* und dem *Bewusstsein für Sprache* Wissenschaftlichkeit ganz anders. Sie bezieht sich dabei auf eine andere Wissenschaftstradition als die naturwissenschaftliche Psychologie, nämlich die geisteswissenschaftliche. Deren Anfänge lassen sich nicht einem einzigen Zeitpunkt zuordnen. Ein erster Ansatz findet sich in der antiken Polis, wo der geisteswissenschaftliche Diskurs als Ethik Handlungsorientierung im privaten und öffentlichen Leben geben soll (vgl. Scholz, 1991, 17ff.). Eine zweite Quelle geisteswissenschaftlichen Denkens ist die verstärkte Lektüre antiker Klassiker in der Renaissance, die zu einer „Wende zur Sprache“ führt (a. a. O.). Konsequenterweise finden sich solche Ansätze jüngst weniger in den Grundlagenfächern, sondern verstärkt im therapeutischen Bereich, der sich die Aufgabe gestellt hat, Menschen bei ihrer Lebensführung zu helfen. Dort hört man genau hin, wenn Klienten ihre Geschichten erzählen. Das hat die Sinne für die Alltagssprache geschärft. Es wundert deshalb nicht, wenn viele psychotherapeutische Schulen deutliches Interesse an sprachlichen Phänomenen zeigen.

Ein dritter, zeitloser Ursprung der geisteswissenschaftlichen Orientierung liegt in ihrer Neigung, Handlungen, Sprache, Geschichte und das eigene Selbstverständnis zu reflektieren (ebd., 32ff.). Sie sind eine kritische Instanz, die korrigierende Aussagen zu aktueller Praxis macht. Sie werden herangezogen, um Probleme zu lösen, die die Naturwissenschaften heraufbeschworen haben, bei ihrer Bewältigung aber um die Mittel verlegen sind. In bester geisteswissenschaftlicher Tradition reflektiert und kritisiert Jaeggi die gegenwärtige Praxis der psychologischen Lehre an den Universitäten, wo die wissenschaftstheoretischen und linguistischen „basics“ (...) immer wieder vergessen“ werden (S. 324).

Gegenwärtig ist in der Psychologischen Psychotherapie eine Situation entstanden, in der die naturwissenschaftlich orientierten Grundlagenwissenschaftler die psychotherapeutischen Praktiker instruieren sollen. Letztere stehen aber – aus den dargestellten praktischen Gründen – oft den

Geisteswissenschaften näher. Das hat zu einer Anomalie im Wissenschaftsbetrieb geführt: Große Teile der psychologischen Forschungsliteratur werden von den Praktikern nicht gelesen, Forscher und Praktiker gehen recht gereizt miteinander um (vgl. Padberg, 2012).

Ich hoffe, dass Eva Jaeggis kritischer Aufruf zur *Erweiterung* der psychologischen Ausbildung an den Universitäten gehört wird. Die zukünftigen Praktiker sollten auch Kenntnisse in den Disziplinen erhalten, die sich schon seit langer Zeit mit den Fragen beschäftigen, die sich Psychotherapeuten in ihrer täglichen Praxis stellen. Das käme einer Institutionalisierung von (Selbst-)Kritik in der universitären Psychologie gleich. Sie ist als Ratgeberin von aktuell lebenden Menschen auf eine ständige Reflexion ihrer Annahmen wie kaum eine andere Wissenschaft angewiesen.

Geschieht dies nicht, dürfte zwischen Universitäten und psychotherapeutischen Praktikern auch weiterhin häufig ein Verhältnis herrschen, das Thomas Szasz schon vor über 50 Jahren beschrieben hat:

„[Sie] sprechen nicht dieselbe Sprache und haben nicht die gleichen Interessen. So ist es dann auch nicht überraschend, dass sie nichts Gutes über- oder zueinander zu sagen haben. Und wenn sie doch kommunizieren, dann nur um den Standpunkt des jeweils anderen zu geißeln.“ (Szasz, 1961, S. 103)

Thorsten Padberg,  
Berlin

## Literatur

- Bruder, K. J. (1982). *Psychologie ohne Bewußtsein. Die Geburt der behavioristischen Sozialtechnologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Danziger, K. (1990). *Constructing the Subject: Historical Origins of Psychological Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Padberg, T. (2012). Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur? *Psychotherapeutenjournal*, 11 (1), 10-17.
- Schmidt, N. D. (1995). *Philosophie und Psychologie. Trennungsgeschichte*,

*Dogmen und Perspektiven.* Hamburg: rowohlt's enzyklopädie.

Scholz, G. (1991). *Zwischen Wissenschaftsanspruch und Orientierungsbedürfnis.*

*Zu Grundlage und Wandel der Geisteswissenschaften.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct.* New York: Hoeber-Harper.

## Zu „Coaching: Beratung oder Psychotherapie? Eröffnung einer Diskussion“, mit Beiträgen von J. Hargens und T. Moser, *Psychotherapeutenjournal* 2/2012, Seiten 88-93.<sup>1</sup>

### Selbstkenntnis und „innere Beweglichkeit“ als Bindeglied

Anja Funk-Klebe

Die bisher erschienenen Beiträge zum Thema Abgrenzung von Psychotherapie und Coaching haben bereits deutlich gemacht, wie unterschiedlich und vielfältig die Betrachtungen zu diesem Thema sein können.

Ich arbeite seit fast zwölf Jahren als analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP). Neben einer zuvor abgeschlossenen pädagogischen Ausbildung und mehrjähriger Tätigkeit auf diesem Gebiet, habe ich die Weiterbildung zur analytisch/tiefenpsychologischen KJP durchlaufen und im Anschluss eine systemische Beraterausbildung gemacht.

Auf der einen Seite habe ich es mit dem „klassischen therapeutischen Setting“ zu tun, indem ich meinen kleinen und großen Klienten überwiegend mit einer sog. „freischwebenden Aufmerksamkeit“ begegne und abwarte, welche ungelösten inneren Konflikte die Kinder und Jugendlichen z. B. unbewusst über ihr Spiel und das sog. „szenische Geschehen“ zum Ausdruck bringen.

Auf der anderen Seite führe ich parallel zur Arbeit mit den kleineren Klienten regelmäßig auch sog. „begleitende Gespräche“ mit den Bezugspersonen durch. In diesen Gesprächen begegne ich den Bezugspersonen in einer wertschätzenden inneren Haltung und stelle mich auf die Fragen und Zielvorstellungen der Bezugspersonen ein. Ich versuche, zusammen mit ihnen neue Perspektiven zu finden und zu ersten verändernden Schritten zu gelangen.

Neben meiner Tätigkeit als KJP arbeite ich zusätzlich im Bereich des Lifecoaching und berate Führungskräfte im mittleren Management sowie im Sozial- und Gesundheitswesen, wie sie den Kontakt und die Gespräche zu und mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Wertschätzung nachhaltig verändern können. Es gilt dabei, die betriebliche Atmosphäre zu verbessern und die individuelle Situation der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu berücksichtigen. Krankenstände können dadurch langfristig minimiert werden und auch die Führungskräfte selbst gehen gestärkt aus diesem Prozess hervor.

Beratungsgespräche im Lifecoaching-Bereich unterscheiden sich daher aus meiner Sicht nur geringfügig von den begleitenden Gesprächen mit den Bezugspersonen, die ich im Rahmen meiner Tätigkeit als KJP durchführe.

Auf der einen Seite geht es um die Kinder und Jugendlichen, wo es oftmals um eine Erweiterung der vorhandenen familiären Vorstellungen der Bezugspersonen geht, auf der anderen Seite um Menschen mit Führungsverantwortung, die ebenfalls in der Begleitung und Führung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die eigenen Grenzen gestoßen sind, weil der Umgang mit den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern meistens nicht zum Bestandteil ihrer Ausbildung gehörte und sie auch zuhause nicht das „nötige Rüstzeug“ für ihre komplexen Arbeitsanforderungen erhalten haben.

Daher ist es aus meiner Sicht für Menschen, Psychotherapeuten wie Coachs,

die sich auf beiden oder auch nur auf einem Arbeitsfeld bewegen, unbedingt erforderlich, dass sie sich über ihre eigene innere Haltung und Einstellung zu jeder Zeit des Gespräches, das sie gerade führen, bewusst sind. Sie tragen in den Gesprächen die Verantwortung und sollten wissen, zu welchem „Arbeitswerkzeug“ und in welche „Werkzeugtasche“ sie jeweils greifen.

Das bedeutet: Ich selbst sollte mich und meine eigenen Strukturen kennen und meine Handlungen einordnen und nachvollziehen können. Zudem sollte ich in meinen eigenen Vorstellungen möglichst beweglich bleiben und bereit sein, eigene Vorstellungen zu hinterfragen oder zu erweitern.

Diese innere Beweglichkeit stellt zugleich auch ein erfreuliches Bindeglied zwischen der Psychotherapie und dem Coaching dar!

Wir begegnen Menschen mit unterschiedlichsten Fragestellungen und Sichtweisen und jede menschliche Begegnung ermöglicht die Erweiterung der eigenen Erfahrungen.

Anja Funk-Klebe,  
Flensburg

<sup>1</sup> Weitere Zuschriften von Leserinnen und Lesern zu dieser Diskussion finden Sie auch in *Psychotherapeutenjournal* 3/2012, S. 231-233 und 4/2012, S. 328-332 (jeweils in der Rubrik „Kommentare zu erschienen PTJ-Artikeln“).

# Aktuelles aus der Forschung

Gesine Wieder

## Wodurch Paarinteraktion bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie gekennzeichnet ist – Implikationen für die therapeutische Praxis

### Einleitung

Die folgenden Studien beschäftigen sich mit der partnerschaftlichen Interaktion bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie (PSA). Um einen guten Einstieg in das Thema zu bekommen, stellen Sie sich bitte folgendes Szenario vor: Eine Patientin mit PSA möchte mit ihrem Partner zusammen einkaufen gehen. Kurz vor dem überfüllten Kaufhaus zögert sie, tatsächlich hineinzugehen. Ingeheim hat sie die Befürchtung, im Kaufhaus eine Panikattacke zu bekommen und möglicherweise zu sterben, da aufgrund der vielen Menschen der Notarzt nicht schnell genug bei ihr ankommen könnte. Mit ihrem Partner zusammen ist es zwar leichter, aber sie fühlt sich doch sehr abhängig von ihm. Der Partner der Patientin reagiert auf ihr Zögern hin unwirsch. Er kennt solche Situationen schon und hat die Erfahrung gemacht, dass er dann oft die Erledigungen allein

übernehmen musste. Er interpretiert ihr Verhalten daher als Bequemlichkeit und sagt ihr in dominantem Ton, sie solle sich nicht so anstellen und auch mal etwas machen. Die Patientin wird daraufhin noch unsicherer und kontert, dass er sie einfach nicht verstehen *wolle* und sie sich ein bisschen mehr Rücksicht wünsche. Daraufhin kommt es zum Streit, in dem sich beide gegenseitig kritisieren und Vorwürfe machen und von der Uneinsichtigkeit des jeweils anderen verletzt sind. Ins Kaufhaus geht die Patientin schließlich nicht mehr mit.

Hätte nun die Patientin eine Psychotherapie bei Ihnen aufgenommen mit dem Ziel, ihre Panik und die agoraphobe Vermeidung von bestimmten Situationen zu reduzieren, könnte dieses Interaktionsverhalten zwischen ihr und ihrem Partner für den Verlauf und Erfolg der von Ihnen durchgeführten Psycho-

chotherapie ungünstig sein. Mit dem ihr entgegengebrachten Unverständnis vonseiten ihres Partners und der sich erweiternden Unsicherheit ist es für die Patientin schwierig, die von ihr gefürchtete Situation aufzusuchen und selbst zu merken, dass ihre Befürchtungen ungerechtfertigt sind. Dadurch würde dem Ziel der von Ihnen durchgeführten Psychotherapie entgegengewirkt. Daher stellt sich die Frage, wie das Interaktionsverhalten der Partner aussehen sollte, damit eine PSA dadurch nicht weiter verstärkt wird und der Therapieerfolg unterstützt werden kann.

Die Forschung zu partnerschaftlicher Interaktion im Kontext von PSA boomte in den 1980er-Jahren, wobei vor allem Patientenfragebögen zur Untersuchung eingesetzt wurden. Seit Anfang des 21. Jahrhunderts gibt es vermehrt Bemühungen, den bestehenden

Wissensstand durch objektive Erhebungsverfahren, wie Video- und Sprachaufzeichnungen von partnerschaftlichen Diskussionen, zu bereichern. So wurden auch die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse allesamt durch Videoaufzeichnung gewonnen. Zu Beginn werden zwei Studien angeführt, die zeigen, wie das partnerschaftliche Interaktionsverhalten auf eine PSA wirkt. Die dritte Studie beschäftigt sich damit, wie problematische partnerschaftliche Kommunikation in der Psychotherapie der PSA aufgegriffen werden kann. Schließlich wird abgeleitet, welche Besonderheiten es in der eigenen psychotherapeutischen Praxis zu beachten gilt. Hierbei muss angemerkt werden, dass die vorgestellten Studien ausschließlich verhaltenstherapeutische Ansätze beschreiben. Die Übertragbarkeit auf andere Psychotherapieschulen muss gesondert betrachtet werden.

## Wie wirkt das partnerschaftliche Interaktionsverhalten auf die PSA?

*El-Baalbaki, G., Bélanger, C., Fredman, S. J., Baucom, D. H., Marcaurette, R. & Marchand, A. (2011). Marital interactions as predictors of symptoms severity in panic disorder with agoraphobia. International Journal of Psychological Studies, 3 (2), 107-122.*

Die Autoren zeigen anhand bisheriger Studien, dass Patienten mit PSA im Vergleich zu Personen ohne PSA als unterwürfiger, gehemmter, abhängiger und schlechter im Problemlösen eingeschätzt werden. Dies wollten die Autoren genauer untersuchen, indem sie das wechselseitige Verhalten von sowohl Patienten mit PSA als auch deren Partnern bei der Diskussion von Partnerschaftsproblemen filmten und auswerteten. Untersucht wurden N= 65 Paare, von denen einer der Partner in primärer Diagnose die Kriterien einer PSA nach DSM-IV erfüllte und kurz vor Beginn einer Therapie stand. Sowohl männliche (n= 19) als auch weibliche (n= 46) Patienten wurden eingeschlossen. Das ist ein großer Vorteil dieser Studie – bisher lag das Augenmerk auf weiblichen Patienten, da mehr Frauen als Männer eine PSA entwickeln. Die PSA-Patienten und ihre Partner wurden angewiesen, ein moderates partnerschaftliches Konfliktthema für 15 Mi-

nuten zu diskutieren mit dem Ziel, eine Lösung dafür zu finden. Dies wurde auf Video aufgezeichnet und im Hinblick auf die partnerschaftliche Interaktion ausgewertet.

Als Ergebnis fanden die Autoren, dass negative Problemlösungsmuster, im Einzelnen Kritik und Dominanzverhalten, sowohl bei dem Patienten als auch bei dem Partner mit einer höheren PSA-Symptomschwere des Patienten zusammenhängen. Das heißt, dass sich bei stärker erkrankten Patienten Patient und Partner kritisch gegenüberstanden und sich einander überlegen fühlten. Dabei äußerten weibliche PSA-Patientinnen im Vergleich zu männlichen mehr Kritik an ihrem Partner. Im Gegensatz dazu äußerten männliche Partner im Vergleich zu weiblichen mehr Kritik an den PSA-Patientinnen. Veranschaulicht werden können die Ergebnisse dieser Studie am eingangs angeführten Beispiel: Der Partner ist beim Zögern der Patientin ebenfalls kritisch gegenüber der Patientin eingestellt und drückt ihr gegenüber seine Dominanz aus. Eventuell ist der Partner mit den Einschränkungen, die die PSA der Patientin mit sich bringt, überfordert und fühlt sich dazu verpflichtet, das tägliche Leben beider Parteien in die Hand zu nehmen. Doch

auch die Patientin kritisiert ihren Partner mit der Aussage, dass er sie nicht verstehen wolle und sie sich Rücksicht wünsche, was wohl ein Versuch ist, Kontrolle in die Situation zu bringen. Die durch die Kritik des Partners ausgelöste Unsicherheit schließlich hält möglicherweise die Patientin davon ab, ins Kaufhaus zu gehen und sich ihrer Angst zu stellen.

Besser wären an dieser Stelle positive Kommunikationsmuster wie Support und Bestätigung gewesen. Diese Interaktionsstile auf Seiten des nichtagoraphobischen Partners waren in der vorliegenden Studie mit weniger Vermeidungsverhalten des Patienten assoziiert. Im eingangs beschriebenen Beispiel wäre förderlicher gewesen, wenn der Partner dem Zögern der Patientin gegenüber Verständnis zeigt und es der Patientin überlässt zu entscheiden, ob sie ins Kaufhaus geht oder nicht. Nach Meinung der Autoren löst diese Reaktion des Partners eher Sicherheit bei den Patienten aus, woraufhin sie gefürchtete Situationen wahrscheinlicher aufsuchen.

**Kommentar:** Diese Studie bestätigt lediglich zum Teil Ergebnisse früherer Arbeiten. So zeigten beispielsweise Chambless et al. (2002) ebenfalls, dass Partner von Patientinnen

mit PSA mehr Kritik aussprechen. Hingegen wurde dies in einer Studie von Peter et al. (1998) nicht gefunden. Im Gegensatz zu der hier beschriebenen Studie bestanden diese Stichproben jedoch lediglich aus weiblichen Agoraphobikerinnen und deren Partnern.

Kritisch anzumerken ist die Auswahl des Diskussionsthemas. Die Paare diskutierten lediglich partnerschaftsrelevante Themen, jedoch keine störungsrelevanten. Besser wäre ein Bezug sowohl zur Partnerschaft als auch zur PSA des Patienten. Im angeführten Beispiel wäre dies das Vermeiden von Einkäufen und Kaufhäusern und dessen Auswirkung auf die Beziehung.

Die vorliegende Studie wurde dennoch methodisch sehr gut durchgeführt und enthält einige wichtige Implikationen für die psychotherapeutische Praxis: So sollten in der Psychotherapie von Patienten mit PSA die Partnerschaftszufriedenheit und Interaktionsprozesse mit dem Partner erfragt werden. Beherbergen diese gegenseitige Kritik und Dominanzverhalten, sollten Maßnahmen getroffen werden, die partnerschaftliche Interaktion zu verbessern, um der Aufrechterhaltung der PSA weiter entgegenwirken zu können.

*Chambless, D., Blake, K. D. & Simmons, R. A. (2010). Attributions for relatives' behaviour and perceived criticism: Studies with community participants and patients with anxiety disorders. Behavior Therapy, 41, 388-400.*

Die Autoren stellen in diesem Artikel zwei Studien vor, zum einen mit einer nichtklinischen Stichprobe und zum anderen mit einer Stichprobe von Patienten mit PSA und Zwangsstörung. Im Folgenden soll lediglich die zweite Studie mit klini-

scher Stichprobe näher erläutert werden.

Die Autoren zeigen, dass die vom Patienten mit PSA wahrgenommene Kritik des Partners mit dem Behandlungserfolg zusammenhängt. Dabei

empfanden die meisten Patienten, dass der Partner bzw. Angehörige ihn in einer destruktiven anstatt konstruktiven Art und Weise kritisiert. Die Autoren wollten nun untersuchen, welche Meinung der Patient darüber hat, warum sein

Partner diese Kritik an ihm übt (Attribuierung des Patienten). Zusätzlich betrachteten sie umgekehrt das Kritikverhalten der Patienten mit PSA an ihren Partnern.

Dazu prüften die Autoren verschriftlichte Videoaufnahmen von zehnminütigen Problemlösediskussionen von insgesamt  $N=70$  Patienten und ihren Angehörigen auf negative Attribuierungen des Patienten bezüglich des Verhaltens seines Angehörigen. Das bedeutet, es wurde kodiert, ob die Patienten die Meinung hatten, das Verhalten des Angehörigen (z. B. eine kritische Äußerung) sei auf seine Persönlichkeit zurückzuführen, sei von ihm kontrollierbar und würde speziell von ihm gezeigt. Ebenso füllten die Patienten einen Fragebogen zur wahrgenommenen Kritik des Angehörigen aus. Zusätzlich wurde das tatsächliche Ausmaß der Kritik des Angehörigen am Patienten für die ganze Problemlösesituation beurteilt. Die meisten Patienten waren weiblich (81%) und die Stichprobe bestand aus  $n=29$  Patienten mit PSA und  $n=41$  Patienten mit einer Zwangsstörung nach DSM-III-R. Die Angehörigen waren zu einem Großteil die Partner der Patienten.

Die Autoren fanden in ihrer Studie, dass weibliche Patienten signifikant häufiger als

männliche negative Attribuierungen vornahmen. Diese gingen darüber hinaus mit der vom Patienten wahrgenommenen Kritik zusammen, das heißt, je stärker die Patienten diese negative Meinung über den Grund des Verhaltens ihres Partners hatten, desto mehr nahmen sie auch destruktive Kritik von ihrem Partner wahr. Allerdings war lediglich wichtig, dass die negative Attribuierung vom Patienten vorgenommen wurde und nicht wie oft die Patienten sie äußerten. Auf das Beispiel aus der Einleitung übertragen bedeutet das: Je mehr die Patientin denkt, die Beschwerde ihres Partners über ihr Zögern, ins Kaufhaus zu gehen, sei nicht auf die Situation, z. B. dass er unter Zeitdruck steht, sondern auf seine Persönlichkeit zurückführbar, desto mehr wird sie seine Äußerungen auch als destruktiv gemeinte Kritik wahrnehmen. Dass sie diese negative Attribuierung im Beispiel nur einmal äußert („Du *willst* mich nicht verstehen.“), hat keinen Einfluss darauf, wie stark sie sich von ihrem Partner kritisiert fühlt.

Des Weiteren wurde gefunden: Je mehr die Patienten destruktive Kritik von ihrem Partner wahrnahmen beziehungsweise je mehr die Patienten negative Attribuierungen über das Verhalten des Partners vornahmen, desto mehr Kritik

wurde vom Partner auch tatsächlich geäußert. Wiederum auf das anfängliche Beispiel übertragen heißt dies, dass es wahrscheinlich ist, dass die Patientin von ihrem Partner tatsächlich mehr kritisiert wird („Stell dich nicht so an.“), wenn die Patientin auch das Gefühl hat, stärker von ihm kritisiert zu werden beziehungsweise wenn sie ihm gegenüber negative Attribuierungen äußert („Du *willst* mich nicht verstehen.“). Als die Autoren die tatsächliche Kritik und die Attribuierungen zusammengekommen als Prädiktoren für die wahrgenommene Kritik betrachteten, verschwand der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen und der tatsächlichen Kritik. Dies bedeutet, ob die Patienten die geäußerte destruktive Kritik des Partners auch als solche wahrnehmen, hängt davon ab, worauf die Patienten das Verhalten bzw. die Äußerungen ihres Partners zurückführen (z. B. auf Stress versus Persönlichkeit).

**Kommentar:** Diese Studie von Chambless, Blake und Simmons (2010) ist zwar methodisch gut gesichert, allerdings eher unübersichtlich beschrieben, was sicherlich an den schwierig abzugrenzenden Termini „wahrgenommene Kritik“, „tatsächlich geäußerte Kritik“ und „Attribuierungen“ liegt.

Die Ergebnisse legen für die psychotherapeutische Arbeit nahe, dass es für die Erfragung partnerschaftlicher Interaktionsprozesse nicht nur wichtig ist, wie der Partner sich verhält, sondern auch, wie der Patient dieses Verhalten *interpretiert* und Attribuierungen für das Verhalten zuweist. Der Zusammenhang zwischen der Kritik des Partners am Patienten – sowohl tatsächlich als auch vom Patienten wahrgenommen – und den Attribuierungen des Patienten könnte eine Negativspirale der gegenseitigen Kritikäußerung und -wahrnehmung darstellen: Je mehr Kritik geäußert wird, desto eher werden negative Attribuierungen des Verhaltens vorgenommen, woraufhin wieder mehr Kritik geäußert wird etc. Daher ist es wichtig, in einem frühen Stadium der Psychotherapie bei derartigen Interaktionsschwierigkeiten zu intervenieren, damit diese sich nicht weiter verhärteten.

Nichtsdestotrotz kann konstruktive Kritik des Partners sicherlich auch eine förderliche Funktion haben. Sie kann den Patienten antreiben, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen bzw. weiterzuführen, und so zur Reduktion der Angstsymptomatik beitragen, wie unter anderem Löhr, Schewe, Baudach und Hahlweg (2003) aufzeigen.

## Wie kann das partnerschaftliche Interaktionsverhalten in der Psychotherapie aufgegriffen werden?

Chambless, D. L. (2012). *Adjunctive couple and family intervention for patients with anxiety disorders. Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68 (5), 548-560.

Die Autorin beginnt ihren Artikel mit der Beobachtung, dass eine schwierige Beziehung der Patienten zu nahestehenden Angehörigen ein Grund dafür ist, dass eine nicht unbeachtliche

Zahl von Patienten mit Angststörungen die kognitive Verhaltenstherapie abbricht oder nicht von ihr profitiert. Dabei scheinen nicht die generelle Unzufriedenheit mit der Be-

ziehung an sich, sondern spezifische Aspekte des Umgangs miteinander eine Rolle zu spielen. Hier führt sie vor allem Kritik und Feindseligkeit des Angehörigen gegenüber dem Pa-

tienten an, genauso wie übertriebene Emotionalität dem Patienten gegenüber und die Unterstützung beim Vermeiden von angstbesetzten Situationen.

Diese Argumente aufgreifend, stellt die Autorin eine familienfokussierte Therapie für Angststörungen (FFT-AD) als Zusatz zur kognitiven Verhaltenstherapie vor. Illustriert wird der Ablauf der FFT-AD an zwei Fallstudien, welche leider keine Patienten mit PSA, sondern mit Zwangsstörung und Generalisierter Angststörung beschreiben. Die Autorin postuliert jedoch, dass die FFT-AD ebenso bei anderen Angststörungen greift.

Die FFT-AD ist eine Weiterentwicklung der familienfokussierten Therapie, welche aus der Schizophrenie-Forschung kommt und das Ziel hat, übertriebene Emotionalität, Ablehnung, wahrgenommene Kritik des Partners dem Patienten gegenüber und die Unterstützung des Patienten beim Vermeiden von angstbesetzten Situationen vonseiten des Partners zu reduzieren. Ebenso soll der Partner dazu angeregt werden, Veränderungen des Patienten während der Psychotherapie zu ermutigen. Die FFT-AD ist eine flexible und vergleichsweise kurze Behandlung mit bis zu zwölf Sitzungen und kann sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppentherapien eingesetzt werden. Es ist egal,

ob der Patient mit seinem Partner oder einem Familienmitglied teilnimmt, die FFT-AD kann sich an verschiedene zwischenmenschliche Probleme anpassen. Im Folgenden soll beim Beschreiben des Ablaufs der FFT-AD auf die Partnerschaft Bezug genommen werden.

Zu Beginn der FFT-AD erarbeitet der Therapeut die speziellen Probleme des Paares, indem er Problemsituationen diskutiert und lässt, die für das Paar bedeutend sind. Der Therapeut kann die Problemlösediskussion als Dritter im Raum beobachten oder sie auf Video aufzeichnen. Dabei sollte er notieren, ob das Paar zu einer positiven Problemlösung kommt und wie es miteinander kommuniziert. Die Beobachtungen teilt der Therapeut dem Paar mit und fragt die Partner nach ihrer Einschätzung. Im Folgenden kann der Therapeut aus verschiedenen Methoden des FFT-AD die jeweils für das Paar passenden auswählen, womit die FFT-AD sehr flexibel anwendbar wird. Diese können beispielweise sein: Herausfiltern, welche Rolle die Angststörung in der partnerschaftlichen Beziehung spielt, Psychoedukation, Training zur Verbesserung der Kommunikation (z. B. aktives Zuhören, positive Kommunikation erhöhen, nach einer positiven Verhaltensänderung fragen, nach einer Reduktion negativen Verhaltens fragen), Re-

duktion der Unterstützung des Partners gegenüber dem Patienten beim Vermeiden von angstbesetzten Situationen. Die Autorin empfiehlt, dass der eigentliche Therapeut des Patienten und der Therapeut der familienfokussierten Therapie für Angststörungen nicht ein und dieselbe Person sein sollten, um dem Partner nicht das Gefühl zu geben, dass sich der Therapeut und „sein“ Patient gegen ihn verbünden könnten. Aus Effizienzgründen kann der Therapeut des Patienten jedoch die FFT-AD zusätzlich durchführen.

**Kommentar:** Diese Studie bietet sehr gute Anregungen, wie partnerschaftliche Probleme im Umgang miteinander am besten schon frühzeitig in der Psychotherapie der PSA aufgegriffen werden können. So soll der Partner des Angstpatienten mithilfe der zusätzlichen FFT-AD lernen, auf die Bedürfnisse des Patienten zu hören und ihn zu unterstützen. Im besten Fall führt die FFT-AD dazu, dass durch das angeeignete unterstützende Verhalten des Partners der Patient sich traut, die von ihm gefürchtete Situation aufzusuchen, um schließlich zu merken, dass seine Angst, z. B. in einer bestimmten Situation umzufallen, verrückt zu werden oder zu sterben, unberechtigt ist. Dadurch würde einem möglichen Therapieabbruch vonseiten des Patienten entgegengewirkt und eine

Grundlage geschaffen, dass sich der Patient auf die Psychotherapie einlassen kann und sich somit der Therapieerfolg verbessert. Übertragen auf das eingangs beschriebene Beispiel bedeutet das, wie schon in der ersten Studie beschrieben, dass der Partner auf das Zögern der Patientin mit Verständnis reagieren und gleichzeitig die Patientin ermutigen sollte, ins Kaufhaus zu gehen. Falls sich die Patientin dies trotzdem nicht zutraut, sollte der Partner auch dies respektieren und der Patientin die Entscheidung überlassen.

Ansonsten kann die FFT-AD dem Paar zumindest helfen, einander in Bezug auf die Angsterkrankung besser zu verstehen und die Kommunikation miteinander zu beleben.

Schwierig ist es sicherlich, wenn der Partner sich mit der Erkrankung des Patienten „eingesetzt“ hat und den Patienten in seinem Vermeidungsverhalten stark unterstützt (z. B. ohne Widerspruch beständig den Chauffeur des Patienten gibt oder sämtliche Besorgungen erledigt). So könnte dem Paar die Einsicht fehlen, dass das Verhalten des Partners zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt. Dies sollte in der eigentlichen Psychotherapie des Patienten ergründet und bearbeitet werden, um die langfristige Wirksamkeit der Psychotherapie zu sichern.

## Zusammenfassung: Welche Besonderheiten gilt es in der psychotherapeutischen Praxis zu beachten?

Das Interaktionsverhalten von Patienten mit PSA und ihrem Partner kann sich negativ auf die Entstehung oder Aufrechterhaltung der PSA auswirken.

Darüber hinaus beeinträchtigt ein kritisches Interaktionsverhalten die Qualität der Partnerschaft und somit das Wohlbefinden im täglichen Leben

des Patienten und seines Partners. Es sollte daher möglichst frühzeitig ein Baustein der therapeutischen Arbeit mit dem Patienten mit PSA sein, beste-

hende interaktionelle Schwierigkeiten mit dem Partner zu erfragen. Vor allem ist dabei auf gegenseitige (wahrgenommene oder tatsächliche) Kritik,

Dominanzverhalten und Attribuerungen für Verhalten zu achten. Bestehen tatsächlich Schwierigkeiten, sollte eine Handlungsstrategie entworfen werden, wobei vor allem wichtig ist, der Reduktion von Angstsymptomen förderliche Kommunikationsstrukturen wie Support und Bestätigung zwischen den Partnern zu fördern.

Dafür kann die familien-fokussierte Therapie (FFT-AD, siehe oben) für Angststörungen als Zusatzbaustein eingesetzt werden. Hierbei ist es für den ausführenden Therapeuten wichtig, nicht nur dem Patienten, sondern auch dem Partner gegenüber empathisch aufzutreten, um den Belastungen auf beiden Seiten gerecht zu werden. Ziel des Zusatzbausteines sollte es sein, Verständnis füreinander aufzubauen und somit negative Ansichten darüber, warum der Partner ein bestimmtes Verhalten zeigt, abzubauen. Auf Seiten des Patienten bedeutet dies, zu erarbeiten, dass der Grund für die wahrgenommene Kritik des Partners beispielsweise in äußeren Umständen (z. B. Zeitdruck) oder der spezifischen, auf die PSA bezogenen Situation (z. B. Überforderung beim Versuch, den Patienten zu unterstützen) liegen kann. Auf Seiten des Partners ist sicherlich die Psychoedukation, ebenfalls Bestandteil der FFT-AD, eine förderliche Methode. Neben der reinen Schulung zu Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung sollte der Partner dabei lernen, dass das Vermeidungsverhalten und be-

stimmte Interaktionsmuster mit der PSA zusammenhängen und keine beabsichtigten Charakterfehler des Patienten sind (z. B. Bequemlichkeit). Ebenso sollte der Partner nicht das Bild bekommen, dass der Patient ein hilfloses Opfer seiner Krankheit ist und nicht die Ressourcen hat, die PSA bewältigen zu können. Der Partner muss lernen, dass der Umgang mit der PSA allein Sache des Patienten ist und er in seiner Rolle den Patienten lediglich durch bestimmte Verhaltensweisen an der richtigen Stelle unterstützen kann, damit sich die Angst weiter reduziert. So sollte der Partner den Patienten ermutigen, die Inhalte der Psychotherapie auf sein alltägliches Leben zu übertragen und dem Patienten zudem das Gefühl geben, dass dies für ihn auch machbar sei.

Inwiefern die dargestellten Ergebnisse auch auf die therapeutische Kommunikation übertragbar sind, ist eher unklar, da Sie als Psychotherapeut natürlich eine ganz andere Rolle einnehmen als der Partner der Patienten – egal, welcher Psychotherapieschule Sie sich zugehörig fühlen. Sicherlich ist es in jeder Psychotherapie wichtig, dem Patienten gegenüber Verständnis zu zeigen, und es sollte darauf geachtet werden, eigene negative Ursachenzuschreibungen über das Verhalten des Patienten kritisch zu hinterfragen. Überdies zeigen Keijsers, Schaap, Hoogduin & Lammers (1995), dass sich das Kommunikationsverhalten ohnehin den Erfordernissen der

Stundenziele in der Psychotherapie der PSA anpasst. Unabhängig davon, welche Vorstellungen Sie selbst von der besten Kommunikationsstrategie gegenüber Ihren Patienten haben, um den Therapieerfolg zu unterstützen, mangelt es bisher an Studien, die dies im Kontext der PSA untersuchen.

### Literatur

- Chambless, D. L., Fauerbach, J. A., Floyd, F. J., Wilson, K. A., Remen, A. L. & Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioral observation study. *Journal of Abnormal Psychology, 111* (3), 502-512.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C., Hoogduin, C. A. L. & Lammers, M. W. (1995). Patient therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification, 19* (4), 491-517.
- Löhr, C., Schewe, K., Baudach, M. & Hahlweg, K. (2003). Zum Zusammenhang von Partnerschaftsqualität und Therapieerfolg bei agoraphobischen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32* (1), 10-13.
- Peter, H., Kaiser, G., Baron, G., Bauermann, A., Dahme, B. & Hand, I. (1998). Interaktionsstile von Agoraphobikerinnen und deren Partnern – Eine Untersuchung unter Verwendung des Kategoriensystems für Partnerschaftliche Interaktion (KPI). *Verhaltenstherapie, 8* (3), 170-179.



**Gesine Wieder**, Dipl.-Psych., ist seit 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden und promoviert dort zum Thema „Kommunikation bei Panikstörung mit Agoraphobie“. Sie arbeitet derzeit in einem Kooperationsprojekt zwischen dem Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité sowie der Humboldt-Universität Berlin, welches den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Therapieergebnis bei manualisierter Expositionstherapie untersucht.

### Dipl.-Psych. Gesine Wieder

Technische Universität  
Dresden  
Institut für Klinische Psychologie  
und Psychotherapie  
Chemnitzer Straße 46  
01187 Dresden  
wieder@psychologie.tu-dresden.de

# Buchrezensionen

**Ochs, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.) (2012). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 469 Seiten. 49,95 €.**

Wiebke Hanke

In kaum einem anderen therapeutischen Verfahren scheint aufgrund von ständiger Rekursivität und Zirkularität von Erkenntnis- & Handlungsprozessen das Ineinanderwirken von Erhebung, Diagnostik und Therapie derart verwoben wie in der systemischen Denk- und (Be-)Handlungsweise. Das von Ochs und Schweitzer herausgegebene Forschungshandbuch liefert nun den ersten breit angelegten Versuch, den „Mehrwert“ des systemischen Ansatzes gegenüber anderen Zugängen darzustellen und die kritisierte vorherrschende Praxeologie durch wissenschaftlich fundierte Beiträge zu ergänzen. Ziel der Herausgeber ist es, verengende Darstellungen reiner RCT-Studien (*randomized controlled trials*, RCT) auf dem Wege der weiteren Integration von quantitativen und qualitativen Methoden zu überwinden und damit eine systemische Perspektive zu ermöglichen.

Der Band ist gegliedert in sechs Teile. Zunächst heben Ochs und Schweitzer die Fruchtbarkeit des „unverbrauchten, systemischen Nährbodens“ hervor und Schiepek bietet einen einführenden Überblick über die Besonderheiten der Methodologie und Methoden systemischer Forschung.

Im zweiten Teil des Werkes, „Grundlagen und Forschungsfelder“, informiert Hollstein-Brinkmann über den Einsatz systemischer Forschungsmethoden im Bereich der sozialen Arbeit. *Richtiges Fragen lernen* liegt im Fokus des systemtheoretisch orientierten Beitrages von Muraitis und von Schlippe. Von Sydow stellt *Meta-Inhaltsanalysen zur Wirksamkeit systemischer Therapie bei Erwachsenen, Kindern*

*und Jugendlichen* vor und argumentiert auf Grundlage der Ergebnisse konsequent für eine Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Arnold stellt sich im Hinblick auf die *systemische Bildungsforschung* der Frage, ob und inwiefern systemische Gestaltungs- und Erklärungsansätze zur Dekonstruktion klassischer, empirischer Forschungsparadigmen beitragen können. In Bezug auf die Gestaltpsychologie der *Berliner Schule* befasst sich Kriz in einem anspruchsvollen Beitrag mit den Wirkungsweisen systemtheoretischer Ansätze. Baecker verdeutlicht den Zugewinn systemtheoretischer Begrifflichkeiten für die *empirische Forschung*. Pointiert und humorvoll beantwortet Simon abschließend die Frage danach, was unter *systemischer Forschung* verstanden werden kann.

Das Spektrum der „Qualitativen Forschungsmethoden und -ansätze“ reicht von der *fallrekonstruktiven Familienforschung* als Steckpferd systemischer Praxisforschung, der *Integration von Konversations-, Narrations- und Metaphernanalyse* (Buchholz) unter Betonung der Integration einer affektiven Komponente über *phänomenologische Ansätze in der Familien(therapie)forschung* von Dahl und Boss, als Vertreter der subjektiven Erkenntnistheorie(n), *Grounded Theory* bis hin zu *Diskursanalyse und narrativer Analyse* (Burck) sowie *qualitative Organisationsanalyse* (Froschauer & Lueger). Das Kapitel erscheint als Appell an (systemische) Praktiker als geübte Fragesteller, bereits vorhandene Kompetenzen für eigene Forschung nutzbar zu machen.

Standardisierte, quantitative Methoden wie *multiple Zeitreihenanalysen* (Tschacher), der *Familieninteraktionsforschung* (Reich & Stasch), *standardisierte Fragebogenverfahren* (Aguilar-Raab) und der *Score-15* (Stratton, Bland, Janes & Lask) scheinen zunächst schwer vereinbar mit systemisch-konstruktivistischen Prämissen. Diesen Zwiespalt überwinden die AutorInnen des vierten Teils, „Quantitative Forschungsmethoden und -ansätze“, indem sie sich insbesondere Fragen des Prozesses und der Wirkmechanismen von Therapie annehmen und zugleich die Subjektivität dieser Erhebungsmethoden betonen.

Der Teil „Mixed Methods“ fällt im Vergleich zu den übrigen und der Bedeutsamkeit für das Forschungshandbuch relativ kurz aus und umfasst eine Vorstellung des *Repertory Grid Interviews* zur Erforschung der persönlichen Konstrukte. Um dem Anspruch systemischer Forschung nach Multiperspektivität gerecht zu werden, votiert Ochs dafür, sich mittels *Methodenvielfalt* der Erfassung des „systemischen Moments“ anzunähern, indem quantitatives Datenmaterial durch qualitativ Erhobenes validiert wird.

Im letzten Teil stellt Ochs einen Leitfaden zur *Gestaltung eines eigenen Forschungsvorhabens* vor, der von der Entwicklung der Fragestellung bis hin zur Ergebnispublikation potenzielle Höhen und Tiefen beleuchtet. Abschließend betont Schweitzer die Notwendigkeit, systemische Forschungsprojekte gruppenspezifisch als eine Gemeinschaftsaufgabe zu begreifen, in der die *Beziehungsarbeit* im Forschungsteam und zu -partnern eine relevante Herausforderung darstellt.



Insgesamt bietet der Band gut informierende und anregende Beiträge zur systemischen Forschung, deren Handlungstipps und spezifische Perspektiven sich freilich ebenso wie die begrifflichen und methodi-

schen Vorschläge in der weiteren Praxis nachhaltig bewähren müssen. Es bleibt zu hoffen, dass dieser Band, der für die systemische Ausbildung und (Forschungs-)Arbeit zum Kanon gehören sollte, auch über

die Grenzen systemischen Denkens zu einiger Beachtung kommen wird.

*Dipl.-Psych. Wiebke Hanke,  
Kassel*

**Hartmann-Kottek, L. (2012). Gestalttherapie. Lehrbuch. Mit aktualisiertem Beitrag zur Forschung von Dr. Uwe Strümpfel. 3., vollst. überarb. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer. 315 Seiten. 44,95 €.**

**Klaus Schubert**

Wie alle Auflagen zuvor besticht auch die 3., vollständig überarbeitete Auflage wieder durch ihre Klarheit in der Gliederung und in den Ausführungen. Die Autorin Lotte Hartmann-Kottek nimmt ihre Leser(innen) mit in den Kontakt auf eine Gedankenreise in die eigene und spannende Welt der Gestalttherapie. Uwe Strümpfel als Mitautor führt auch in dieser Auflage den aktuellen Forschungszustand der Gestalttherapie aus. Vorgestellt werden Daten aus über 100 Forschungsarbeiten zu Psychotherapieprozess und -ergebnis. Vergleichsstudien belegen, dass die Effekte der Gestalttherapie vergleichbar sind mit denen anderer Psychotherapieformen oder sogar besser. In der berufspolitischen Auseinandersetzung in Deutschland ist die Gestalttherapie wie auch andere verwandte humanistische Verfahren noch auf dem Weg, ihren gebührenden Platz in der Psychotherapielandschaft einzunehmen, den sie anderenorts weltweit bereits hat. Dass sie auf diesem Weg inzwischen auch in Deutschland zu einem beachteten Psychotherapieverfahren geworden ist, ist mit ein großes Verdienst der Autorin. Und sie versteht es, Leser(inne)n die historischen Wurzeln der Gestalttherapie, ihre wissenschaftliche Verortung in Neurobiologie, Physik und Philosophie ebenso prägnant und anschaulich darzulegen, wie ihre Verbindungen zu psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Denkansätzen aufzu-

zeigen. Durch das Weglassen einiger anschaulicher Beispiele gestalttherapeutischer Arbeit verliert die neue Auflage im Vergleich zu den Voraufgaben streckenweise an Lebendigkeit. Das Fehlen der Quintaloga, in denen hilfreich die dargelegten Inhalte auf einer Alltagsebene reflektiert wurden, wird der/die ein oder andere interessierte Leser(in) vermissen. Andererseits achtet auch die Neuauflage darauf, sowohl die theoretischen Ausführungen zu präzisieren als auch die Aussagen der Fremdbeiträge der 2. Auflage zu verdichten, sodass die Vielfalt und Aussagekraft in gestraffter Form erhalten bleibt. Dadurch, dass die vorliegende Auflage verschlankt wurde, wird die zentrale Besonderheit der Gestalttherapie als „humanistisches Psychotherapieverfahren, das dem humanistischen Menschenbild verpflichtet ist, das einen phänomenologischen Zugangsweg nutzt, ein gestaltpsychologisch orientiertes Systemdenken besitzt, das das psychodynamische Neurosenverständnis mit umschließt und das ferner von Anfang an über erfahrungs- und übungszentrierte sowie experimentierfreudige Vorgehensweisen verfügt“ im Sinne einer guten Gestalt zum Verständnis-Vordergrund. In den zentralen Kapiteln „Krankheits- und Störungslehre“, „Behandlungsmethodik“ sowie „Setting-Varianten und Anwendungsbereiche“ wird die gesamte Vielfalt des gestalttherapeutischen Ansatzes in seinen Chancen für psychiatrische und psychosomati-

sche Patient(inn)en auch für den „Neueinsteiger“ nicht nur nüchtern dargestellt. Leser(innen) werden in ihrem eigenen Erleben angesprochen und zu eigenen Erfahrungsexperimenten angeregt. So wird die Lektüre des Buches nicht zu einem „langweiligen Muss“, sondern zu einem „anregenden Interesse“ für den Denkansatz und die Arbeit mit der Gestalttherapie. Leser(innen) erhalten vielfältige Anregungen zur gestalttherapeutischen Arbeit mit den kreativen Medien Körper, Bewegung, Musik, Poesie und mit künstlerisch gestaltenden Ausdrucksformen. Man spürt beim Lesen die über Jahre erworbene Kompetenz der Autorin, die sie einfache Worte finden lässt, mit denen sie nicht nur Fakten und Daten vermittelt. Sie lädt auch ein zu einem umfassenden und ganzheitlichen Verständnis für den Menschen. Sie erfüllt damit ihr Engagement, dass Gestalttherapie „wissenschaftliche Ausrichtung, therapeutisch solides Handwerkszeug und künstlerisches Engagement“ verbindet. Ein Muss für jede/n engagierte/n Kollegin/Kollegen, die/der an wirksamer und gleichzeitig mitmenschlich förderlicher Psychotherapie interessiert ist. Es ist ein Lehrbuch für die psychotherapeutische Arbeit in Klinik und Praxis sowohl für „alte Hasen“ wie für Neugierige, die über ihren therapeutischen Horizont schauen wollen.

*Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schubert,  
Berlin*



# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## Konsequenzen der neuen Bedarfsplanung – neue Niederlassungsmöglichkeiten und verantwortungsbewusste Vorbereitung der Nachbesetzungsverfahren

### Verbesserung auf dem Land

Das Positive zuerst: In ländlichen bzw. eigenversorgten Regionen (neuer Typ 5) wird es bundesweit etwa 1.350 zusätzliche Praxissitze geben. Nicht überall, aber doch in vielen Regionen (Beispiele siehe Tabelle 1). Interessenten können sich dort um eine Zulassung bewerben. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie schreibt vor, dass die neuen Vorgaben bis zum 1. Juli 2013 umgesetzt sein und somit zu diesem Zeitpunkt auch neue Sitze ausgeschrieben werden müssen. Die Anzahl der neuen Niederlassungsmöglichkeiten ergibt sich aus dem von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Einvernehmen mit den Krankenkassen erstellten Bedarfsplan. Es besteht die Möglichkeit, aufgrund regionaler Besonderheiten von den Vorgaben der Bundesrichtlinie abzuweichen.

Nicht alle Sitze können sofort besetzt werden. Denn bis Ende 2013 sind noch etwa 200 Sitze für psychotherapeutisch tätige

### Patientenrechtegesetz in Kraft

Am 26. Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Das Gesetz regelt im Wesentlichen bereits durch richterliche Urteile begründete Patientenrechte im Bürgerlichen Gesetzbuch. Dazu gehören insbesondere die Informations- und Aufklärungsrechte im Behandlungsvertrag sowie Dokumentation und Einsicht in die Patientenakte. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit dem Gesetz, die Patientenrechte transparenter zu gestalten und dazu beizutragen, bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abzubauen. Die Bundespsychotherapeutenkammer prüft derzeit eine Ergänzung der Muster-Berufsordnung, um die dort verankerten Rechte von Patienten in der Praxis zu unterstützen.

Ärzte reserviert und für die Zulassung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesperrt. Die reservierten Arztsitze werden als vergeben gezählt, egal ob sie tatsächlich besetzt sind oder nicht.

Vor der Zulassung läuft das reguläre Bewerbungsverfahren. Interessenten sollten sich bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung informieren. Es gibt eine Besonderheit: Offene Planungsbereiche, also Planungsbereiche, in denen Zulassungen

ohne Praxiskauf und Nachbesetzung möglich sind, gab es in diesem Umfang bisher kaum.

### Bestenfalls Sicherung des Status quo in den Städten

In Großstädten (alter Kreistyp 1) jedoch nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen um etwa 20 Prozent niedrigeren Versorgungsbedarf als 1999 an. Das führt dazu, dass Kreis- und Großstädte zukünftig einen noch höheren Ver-

Tabelle 1: Auswahl von Planungsbereichen mit zusätzlichen Praxissitzen<sup>1)</sup>



Planungsbereich	KV	Einwohner	PT <sup>2)</sup>	PT/100.000 Einwohner	zusätzliche Praxissitze	davon Praxissitze, die ggf. durch den Mindestversorgungsanteil Ärzte bis Ende 2013 blockiert werden
Emsland	Niedersachsen	313.056	33,5	10,7	26,5	10,5
Hochsauerlandkreis	Westfalen-Lippe	267.601	25,4	9,5	24,5	4,5
Kleve	Nordrhein	307.807	34,3	11,1	24,0	2,5
Ostalbkreis	Baden-Württemberg	310.733	35,0	11,3	23,5	9,0
Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld	Sachsen-Anhalt	263.548	23,0	8,7	23,0	10,5
Cörlitz, Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Sachsen	276.924	28,0	10,1	20,0	6,0
Harz	Sachsen-Anhalt	232.343	21,4	9,2	20,0	6,5
Schwäbisch Hall	Baden-Württemberg	188.420	17,7	9,4	18,5	3,0
Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern	Mecklenburg-Vorpommern	163.217	11,0	6,7	18,5	4,0
Bautzen	Sachsen	321.511	38,5	12,0	18,5	5,5

Quelle: eigene Berechnungen, Niederlassungszahlen Anfang 2011, Einwohnerstand nach BBSR, 31. Dezember 2010

1) Die Zahlen sind vorläufig. Verbindlich sind die voraussichtlich ab Juli 2013 vorliegenden Bedarfspläne.

2) Psychotherapeut

Tabelle 2: Anstieg des Versorgungsgrades (VSG) in Großstädten ohne Neuzulassungen<sup>1)</sup>

Planungsbereich	KV	PT <sup>2)</sup> /100.000 Einwohner	Kreistyp	AVZ <sup>3)</sup> bis 2012	Versorgungszone	AVZ ab 2013	VSG bis 2012	VSG ab 2013
Leverkusen, Stadt	Nordrhein	56,9	1	2.577	2	7.641	146,5	434,4
Remscheid, Stadt	Nordrhein	46,6	1	2.577	2	7.617	120,0	354,8
Fürth, Stadt	Bayern	44,0	1	2.577	2	7.360	113,3	323,6
Solingen, Stadt	Nordrhein	40,3	1	2.577	2	7.588	103,8	305,6
Bremen, Stadt	Bremen	61,3	1	2.577	1	3.102	157,9	190,0
Bielefeld, Stadt	Westfalen-Lippe	58,6	1	2.577	1	3.078	150,9	180,2
Berlin, Bundeshauptstadt	Berlin	61,9	1	2.577	1	3.031	159,4	187,5
Frankfurt am Main, Stadt	Hessen	67,6	1	2.577	1	2.969	174,2	200,7
Hamburg, Freie und Hansestadt	Hamburg	54,7	1	2.577	1	3.022	140,9	165,3
Nürnberg, Stadt	Bayern	46,9	1	2.577	1	3.082	120,9	144,6

Quelle: BPTK, eigene Berechnungen nach den Vorgaben der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Basis der Niederlassungszahlen, Stand: Frühjahr 2011

1) Die Zahlen sind vorläufig. Verbindlich sind die voraussichtlich ab Juli 2013 vorliegenden Bedarfspläne.

2) Psychotherapeut

3) Allgemeine Verhältniszahl

sorgungsgrad aufweisen, ohne dass es dort einen einzigen Psychotherapeuten mehr gibt (siehe Tabelle 2).

### Entscheidung über Nachbesetzung

Die irreführenden Versorgungsgrade können negative Konsequenzen haben, wenn sie bei der Frage, ob eine Praxis nachbesetzt werden kann, eine Rolle spielen soll-

ten. Der Zulassungsausschuss kann seit dem 1. Januar 2013 einen Antrag auf Nachbesetzung einer Praxis in rein rechnerisch überversorgten Gebieten ablehnen, „wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“ (§ 103 Absatz 3a Satz 2 SGB V). Da die Versorgungsgrade wenig zur Versorgungslage in einem Planungsbe-

ausschüsse wahrscheinlich regelmäßig andere Kriterien hinzuziehen. In erster Linie ist an die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten zu denken. Ab 2013 sollen Krankenkassen und KVen in ihren Gesamtverträgen für die fachärztliche Versorgung Wartezeiten vereinbaren, die den Patienten im Regel- und im Ausnahmefall noch zumutbar sind. Wenn gleichzeitig sichergestellt wird, dass

### Wie Bedarfsplanung bisher funktionierte

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie regelt in erster Linie, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten sich in einer Region niederlassen dürfen. Sie enthält darüber hinaus Regelungen zur Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung – beispielsweise bei Sonderbedarf – soweit diese nicht bereits im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) enthalten sind.

In der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde grundsätzlich jedem Landkreis bzw. jeder kreisfreien Stadt (Planungsbereich) für jede Arztgruppe eine Allgemeine Verhältniszahl (AVZ) zugeordnet. Die Verhältniszahl regelt das Verhältnis von Einwohnern zu einem Arzt/Psychotherapeuten und damit, für wie viele Einwohner jeweils ein Arzt/Psychotherapeut der jeweiligen Arztgruppe für die Versorgung ausreichen soll. Gilt beispielsweise für eine Arztgruppe eine AVZ von 5.000 und leben in einem Landkreis 100.000 Einwohner, so folgt daraus, dass dort 20 Ärzte/Psychotherapeuten dieser Arztgruppe arbeiten sollen. Es gab bis Ende 2012 14 Arztgruppen (Hausärzte, fachärztliche Internisten, Psychotherapeuten, Augenärzte, Frauenärzte etc.).

Die Verhältniszahlen wurden aber nicht anhand eines realen Versorgungsbedarfs ermittelt, sondern anhand eines Stichtags. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass Versorgungsstrukturen, die sich über Jahrzehnte entwickelt haben, irgendwie den Bedarf abbilden. Zur Ermittlung der AVZ wurden die Landkreise und Städte in neun Kategorien von Planungsbereichen und die Sonderregion Ruhrgebiet eingeteilt. Für jede Kategorie wurde ermittelt, wie viele Einwohner zum Stichtag tatsächlich im Durchschnitt auf einen Arzt/Psychotherapeuten der jeweiligen Arztgruppe kamen. Dieser Durchschnitt wurde dann als bedarfsgerecht definiert und festgelegt, dass dieses Verhältnis unabhängig von der Entwicklung der Krankheiten und des Fortschritts der Behandlungsverfahren auch zukünftig beibehalten werden soll.

Für die Arztgruppen wurde grundsätzlich ein Stichtag im Jahre 1990 festgelegt. Für Psychotherapeuten galt abweichend ein Stichtag im Jahr 1999, obwohl es die neu geschaffenen Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten überhaupt erst seit dem 1. Januar 1999 gab und somit keine entwickelten Versorgungsstrukturen vorhanden waren. 1990 wurde für die Ermittlung der AVZ der Durchschnitt Westdeutschlands zugrunde gelegt, 1999 hingegen der Durchschnitt Gesamtdeutschlands. Durch die Einbeziehung der aufgrund des Systembruchs weitaus ungünstigeren Versorgungslage in der ambulanten Psychotherapie in Ostdeutschland ergaben sich dadurch für die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ schlechtere Verhältniszahlen als bei den anderen Arztgruppen.



Tabelle 3: Minderung des Versorgungsgrades (VSG) in ländlichen Kreisen ohne Neuzulassungen<sup>1)</sup>

Planungsbereich	KV	PT <sup>2)</sup> /100.000 Einwohner	Kreistyp	AVZ <sup>3)</sup> bis 2012	Versorgungszone	AVZ ab 2013	VSG bis 2012	VSG ab 2013
Garmisch-Partenkirchen	Bayern	24,4	9	23.106	5	6.173	564,7	150,9
Lüchow-Dannenberg	Niedersachsen	20,3	9	23.106	5	6.319	469,5	128,4
Uelzen	Niedersachsen	19,1	9	23.106	5	6.181	442,4	118,3
Haßberge	Bayern	16,5	9	23.106	5	5.836	380,5	96,1
Rhön-Grabfeld	Bayern	15,7	9	23.106	5	5.914	362,3	92,7
Soltau-Fallingb.ostel	Niedersachsen	12,9	9	23.106	5	5.990	297,9	77,2
Dithmarschen	Schleswig-Holstein	11,9	9	23.106	5	6.109	274,3	72,5
Vogelsbergkreis	Hessen	19,1	7	16.615	5	6.077	317,3	116,0
Nordfriesland	Schleswig-Holstein	11,7	9	23.106	5	6.052	270,9	71,0
Freudenstadt	Baden-Württemberg	18,4	7	16.615	5	5.867	304,9	107,7

Quelle: BPTK, eigene Berechnungen nach den Vorgaben der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Basis der Niederlassungszahlen Stand: Frühjahr 2011

- 1) Die Zahlen sind vorläufig. Verbindlich sind die voraussichtlich ab Juli 2013 vorliegenden Bedarfspläne.
- 2) Psychotherapeut
- 3) Allgemeine Verhältniszahl

mit einer angemessenen Erhebung die Wartezeiten im Bereich der Psychotherapie planungsbereichspezifisch ermittelt werden, erhalten die Zulassungsausschüsse hiermit ein wichtiges Kriterium an die Hand, um zu beurteilen, ob Praxissitze aus Versorgungsgründen nachbesetzt werden müssen. Der Zulassungsausschuss kann sich seit 2013 gegen den Willen des Praxisinhabers dafür entscheiden, den Sitz nicht nachzubesetzen. Dafür ist eine Mehrheit im Zulassungsausschuss erforderlich. Das heißt, weder die Vertreter der Ärzte und Psychotherapeuten noch die Vertreter der Krankenkassen können allein mit ihren Stimmen eine Stilllegung beschließen.

Vorher war im Prinzip jede Praxis auf Antrag des Praxisinhabers auszuschreiben und nachzubesetzen. Das galt auch in rechnerisch überversorgten Gebieten und egal aus welchen Gründen die Praxis aufgegeben wurde.

Eine ausführliche Darstellung der Handlungsoptionen für Psychotherapeuten (Niederlassung und Rückgabe der Zulassung) finden Sie in einem BPTK-Spezial unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de). Eine Niederlassungsberatung bietet die Kassenärztliche Vereinigung.

### „Privilegierte Praxisnachfolger“

Gibt es jedoch einen sogenannten privilegierten Praxisnachfolger, der die Praxis fortführen möchte, so ist das Nachbesetzungsverfahren zwingend durchzuführen. Die

privilegierten Praxisnachfolger sind: Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Kind, angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes und der Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde.

Gibt es einen solchen Bewerber, so ist das Nachbesetzungsverfahren zwingend durchzuführen. Die Bewerber sind aber nur insoweit privilegiert, als in jedem Fall ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden muss, wenn sie beabsichtigen, sich zu bewerben. Eine Verpflichtung, sie auch auszuwählen, gibt es nicht. Bisher haben die Zulassungsausschüsse diesen Bewerbern eine hohe Bedeutung beigemessen und sie regelmäßig auch ausgewählt.

Entscheidet sich ein Zulassungsausschuss jedoch gegen einen privilegierten Bewerber, weil er einen anderen Bewerber für geeigneter hält, so kann er anschließend beschließen, doch auf die Nachbesetzung zu verzichten, wenn ihm eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich erscheint.

### Vorbereitung des Nachbesetzungsverfahrens

Psychotherapeuten, die ihrer Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen über ihre Tätigkeit als Vertragspsychotherapeut hinaus nachkommen möchten, können die Nachbesetzung ihrer Praxis verantwortungsvoll vorbereiten.

Es kann sinnvoll sein, potenzielle Nachfolger zunächst anzustellen oder im Rah-

men von sogenanntem Jobsharing mit ihm oder ihr zusammenzuarbeiten. Dies bietet die Möglichkeit, dass der zukünftige Nachfolger eingearbeitet werden kann und bei Übernahme der Praxis bereits bestens mit den Gegebenheiten vor Ort vertraut ist. Das Gesetz „honoriert“ dies, indem es diese Bewerber insoweit privilegiert, dass ein Nachbesetzungsverfahren dann durchgeführt werden muss. Auch bei der Auswahl kommt diesem Umstand erhebliches und nach der bisherigen Praxis regelmäßig entscheidendes Gewicht zu. Allerdings – und dies ist die Schwierigkeit – müssen sich beide verpflichten, nicht mehr Leistungen zu erbringen, als der bisherige Alleinhaber der Praxis im Durchschnitt der letzten vier Quartale erbrachte.

### Versorgungsgründe für die Nachbesetzung nennen

Der Zulassungsausschuss kann die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens nur ablehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Daher sollten im Antrag von vornherein Versorgungsgründe genannt werden, die eine Nachbesetzung der Praxis notwendig machen.

### Individuelle Betrachtungsweise

Letztlich ist für die Beurteilung, ob eine Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sein könnte, eine individuelle Betrachtungsweise erforderlich, die nicht nur die Eigenschaften der Praxis selbst berück-

sichtigt, sondern auch die Gegebenheiten vor Ort. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, wie sich bei Verzicht auf die Nachbesetzung die Versorgungslage darstellt.

### **Eine Praxis, die versorgt, ist nicht überflüssig**

Ein Indiz dafür, dass eine Praxis notwendig ist, liegt auf der Hand: Die Praxis erfüllt ih-

ren Versorgungsauftrag. Ist dies beispielsweise aufgrund von Krankheit nur begrenzt der Fall, sollte bereits im Antrag auf Nachbesetzung begründet werden, warum dem so ist.

### **Was der G-BA neu beschlossen hat**

Bei der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eigentlich nur die Planungsbereiche neu gefasst. Die alten Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) hat er fortgeschrieben und an die neuen Raumordnungskonzepte und aktualisierten Einwohnerzahlen angepasst. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie unterscheidet vier Versorgungsebenen: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung.

Planungsbereiche sind bei der hausärztlichen Versorgung die sogenannten Mittelbereiche, die kleiner sind als die bisherigen Planungsbereiche (Landkreise und kreisfreie Städte). Sie erhalten alle eine einheitliche AVZ.

Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung einschließlich der Psychotherapeuten (zehn Arztgruppen) sind – wie bisher – grundsätzlich die Landkreise und die kreisfreien Städte die Planungsbereiche. Von ihnen gibt es aber nunmehr nur noch fünf Typen und die Sonderregion Ruhrgebiet (statt neun und der Sonderregion Ruhrgebiet) mit jeweils einer anderen, aus den alten Zahlen abgeleiteten AVZ. Im Ruhrgebiet bleibt es bei der alten AVZ.

Bei Psychotherapeuten wurde die AVZ für Planungsbereiche in ländlichen Regionen angepasst, sodass dort jetzt eine bessere Versorgung als bisher erreicht wird. In Großstädten, den Kernstädten der bisherigen Kategorie 1, geht der G-BA davon aus, dass 20 Prozent weniger Psychotherapeuten als 1999 für die Versorgung ausreichen – trotz durchschnittlicher Wartezeiten von acht bis neun Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten und einem weiter ansteigenden Behandlungsbedarf bei psychischen Erkrankungen.

Planungsbereiche für die spezialisierte fachärztliche Versorgung (vier Arztgruppen) sind die Raumordnungsregionen, die in der Regel aus etwa vier bis sechs Landkreisen bestehen. Alle erhalten die gleiche AVZ.

Die gesonderte fachärztliche Versorgung (acht Arztgruppen) wird auf der Ebene des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geplant – also auf Ebene der Bundesländer mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, das zwei KVen hat. Hier wurde eine einheitliche Verhältniszahl neu festgelegt.

Für die Arztgruppen wurde grundsätzlich ein Stichtag im Jahre 1990 festgelegt. Für Psychotherapeuten galt abweichend ein Stichtag im Jahr 1999, obwohl es die neu geschaffenen Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten überhaupt erst seit dem 1. Januar 1999 gab und somit keine entwickelten Versorgungsstrukturen vorhanden waren. 1990 wurde für die Ermittlung der AVZ der Durchschnitt Westdeutschlands zugrunde gelegt, 1999 hingegen der Durchschnitt Gesamtdeutschlands. Durch die Einbeziehung der aufgrund des Systembruchs weitaus ungünstigeren Versorgungslage in der ambulanten Psychotherapie in Ostdeutschland ergaben sich dadurch für die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ schlechtere Verhältniszahlen als bei den anderen Arztgruppen. Dies wird nun fortgeschrieben. Der historische Planungsfehler wird nicht korrigiert.

## **Bipolare Störungen auch psychotherapeutisch behandeln**

Lange Zeit galt die bipolare Störung als eine Krankheit, die nur medikamentös behandelbar ist. In den vergangenen Jahren sind jedoch auch wirksame psychotherapeutische Ansätze in Ergänzung zur Pharmakotherapie entwickelt worden. Diese waren das Thema einer BPTK-Veranstaltung im Dezember 2012 aus der Reihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“.

### **Psychotherapie ergänzt Pharmakotherapie**

In seinem Vortrag zur S3-Leitlinie „Bipolare Störungen“ erläuterte Prof. Dr. Martin Hautzinger (Universität Tübingen), dass Psychotherapie – immer in Ergänzung zu einer medikamentösen Behandlung – zwar nicht in den manischen Phasen, aber

in den depressiven Phasen sowie zur Rückfallprophylaxe wirksam sei. Wirksamkeitsnachweise lägen bisher für vier Therapieansätze vor: die kognitive Verhaltenstherapie, die familienfokussierte Therapie, die interpersonelle Rhythmustherapie sowie psychoedukative Ansätze. Patienten mit bipolaren Störungen könnten häufig nicht zwischen normalen und besonders

starken Veränderungen ihrer Stimmungen unterscheiden. Wichtiges Ziel in der Psychotherapie sei es deshalb, den Patienten für Alarmsignale zu sensibilisieren, mit denen eine neue Krankheitsphase beginnen kann. Dies ermögliche es häufig, eine manische Phase z. B. durch tägliche Therapeutenkontakte und/oder eine Veränderung der Medikation abzufangen. Zudem sei es wichtig, den Patienten mögliche Risikofaktoren bewusst zu machen, zu denen ein unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch ebenso wie eine unzureichende Pharmakotherapie zählten. Das Rückfallrisiko könne durch die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie um bis zu 40 Prozent verringert werden (verglichen mit der Standardbehandlung), ergänzte Hautzinger.

### Phasenübergreifende therapeutische Begleitung

Wie erfolgreich eine sektorenübergreifende, vernetzte Behandlung von Patienten mit bipolaren Störung sein kann, berichtete Prof. Dr. Thomas Bock, Leiter der Spezialambulanz für Psychosen und Bipolare Störungen am UKE Hamburg. Die Zahl der stationären Behandlungen konnte im „Hamburger Modell“ halbiert werden. Es kam zu einer deutlichen Verringerung von Zwangseinweisungen und der Anteil der

Psychotherapie an der Behandlung konnte von fünf auf 52 Prozent gesteigert werden. Gleichzeitig konnten die Kosten der Gesamtbehandlung deutlich gesenkt werden. Bestandteile des integrierten Versorgungsmodells seien eine kontinuierliche Begleitung durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Home-Treatment, eine Krisentagesklinik und eine Krisenstation sowie Selbsthilfegruppen. Alle Beteiligten verbinde außerdem eine psychotherapeutische Grundhaltung. Eine gute Beziehung sei die Voraussetzung für eine erfolgreiche Medikation und nicht umgekehrt.

### Vernetzte Behandlung auch ambulant möglich

Dass eine vernetzte und multiprofessionelle Behandlung auch in einer ambulanten Praxis möglich ist, zeigte der Vortrag von Dr. Britta Bernhard, niedergelassene Psychotherapeutin aus Olching bei München. Häufig wüssten Psychiater und Psychotherapeuten zu wenig über die Arbeit der jeweils anderen Berufsgruppe. Interdisziplinäres Wissen über bipolare Erkrankungen und Offenheit seien auf beiden Seiten notwendig für eine gute Zusammenarbeit. Eine vernetzte ambulante Behandlung blesse den Patienten in seinem gewohnten Umfeld und helfe somit, die Krankheitsbelastung zu verringern. Viele ambulante



Monika Konitzer, Vizepräsidentin der BPTK

Therapeuten scheuten jedoch davor zurück, Patienten mit bipolaren Störungen zu übernehmen. Eine bessere Verankerung entsprechender Inhalte in Ausbildungscurricula und Fortbildungsangeboten sei deshalb wünschenswert.

### Barrieren in den Köpfen abbauen

Dem pflichtete auch BPTK-Vizepräsidentin Monika Konitzer in ihrem Schlusswort bei. Nach einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2012 tauchen bipolare Störungen unter den 20 häufigsten Diagnosen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht auf. Gemessen an dem hohen Anteil der Patienten, die wegen ihrer Erkrankung in Kontakt mit dem Gesundheitswesen waren, deutet dies auch auf Probleme hin, solche Patienten an ambulante Therapeuten zu vermitteln.



v. l.: Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Thomas Bock, Dr. Britta Bernhard

## Anstellung im Fokus – BPTK & ver.di

Vergütung und Leitungsfunktionen von Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken waren die zentralen Themen der ersten gemeinsamen Fachtagung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di am 18. Januar 2013 in Berlin, an der rund 70 Interessierte teilnahmen.

### Ausbildung und Niederlassung

Ver.di-Bundesvorstandsmitglied Ellen Paschke schilderte in ihrem Grußwort den Einsatz ihrer Gewerkschaft für eine neue Entgeltordnung im Gesundheitsbereich. BPTK-Vizepräsident Dr. Dietrich Munz erläuterte, dass bei der Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes der Fokus auf der ambulanten Versorgung gelegen habe. Für den stationären Bereich fehle es daher zum Teil an den gesetzlichen Anpassungen im SGB V, um eine Gleichstellung von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) mit Fachärzten sicherzustellen. Ein zweites zentrales Problem sei der Status und die Bezahlung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) während der „Praktischen Tätigkeit“. Bei der diskutierten Reform der Psychotherapeutenausbildung müssen das Berufsbild weiterentwickelt und stärker die verschiedenen stationären Tätigkeitsfelder berücksichtigt werden.

### Gleichstellung im stationären Bereich

Johann Rautschka-Rücker, Geschäftsführer der Landespsychotherapeutenkammer Hessen, beschrieb die rechtlichen Besonderheiten im stationären Bereich: Das Nebeneinander der gesetzgeberischen Kompetenzen von Bund und Ländern, die ausgeprägten Hierarchien im Krankenhaus und den Machtanspruch des ärztlichen Berufsrechts. Der Begriff der Facharztgleichstellung sei rechtlich nicht definiert, sondern Ausdruck professionellen Selbstverständnisses von Psychotherapeuten aufgrund einer gleichwertigen Qualifikation. PP und KJP erfüllten den Facharztstandard im Haftungsrecht aufgrund ihrer Befugnis zur Di-

agnostik, Indikationsstellung und psychotherapeutischen Behandlung von Störungen mit Krankheitswert. Entsprechend seien PP und KJP auch im Krankenhaus stets selbstständig und eigenverantwortlich und nie als Heilhilfsberuf tätig, auch wenn sie ggf. in Delegation durch einen Facharzt tätig seien. Bei der Krankenhausleitung durch einen Psychotherapeuten bestehe – so Rautschka-Rücker – jedoch ein Auslegungsproblem, weil Psychotherapeuten keine Krankenhausbehandlungen veranlassen dürften.

Aus tariflicher Sicht berichtete Frau Gabriele Gröschl-Bahr, Bereichsleiterin Tarifpolitik, Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen bei ver.di, über die seit über fünf Jahren laufenden Eingruppierungsverhandlungen im Gesundheitsbereich. Eine angemessene Berücksichtigung der psychotherapeutischen Ausbildung in der Entgeltordnung und die facharztanaloge Eingruppierung und Vergütung von PP und KJP sei unvermindert das Verhandlungsziel von ver.di.

### Tarifarbeit und Mitbestimmung

Praxisbeispiele erfolgreicher betrieblicher Mitbestimmung und Tarifarbeit von Psychotherapeuten in Krankenhäusern stellten Juliane Dohren und Klaus Thomsen vor. Diese Beispiele umfassten sowohl die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wie auch den Abschluss einer Rahmenvereinbarung zur Ausbildung von PP und KJP im Pfalzkrankenhaus bzw. im Dampf-Tarifvertrag. In den Verhandlungen konnten jeweils erfolgreich Vergütungen von PiA, approbierten Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Leitungsfunktion erreicht werden, die ihren Tätigkeiten angemessen sind.



Am Rednerpult: Ellen Paschke, Bundesvorstandsmitglied ver.di

### Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen

Zum Abschluss fand eine Podiumsdiskussion zu Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen statt, die durch zwei Impulsreferate der leitenden Psychotherapeuten Peter Missel, AHG-Kliniken Daun, und Tilman Kluttig, Zentrum für Psychiatrie Reichenau, eingeleitet wurde. Die Beispiele zeigten, dass die Übernahme von Leitungsfunktionen durch Psychotherapeuten häufig Folge eines längeren Entwicklungsprozesses ist, der eng mit deren gewachsener Kompetenz und Verantwortung zusammenhängt. Zukünftig sei es wichtig, dass die Stellen der sogenannten „Leitenden Psychologen“ tatsächlich mit Psychotherapeuten besetzt würden und Stellenausschreibungen sowohl für Leitungspositionen als auch auf Stationsebene für PP erfolgten. Eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes sei eine Chance, die zu einer Erweiterung der Befugnisse von Psychotherapeuten führen müsse, um insbesondere auch Einweisungen ins Krankenhaus und Rehabilitationsbehandlungen veranlassen zu können.

### Geschäftsstelle

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



# Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieses Jahr werden wir uns beim Landespsychotherapeutentag am 22. Juni 2013 in Stuttgart dem Thema Arbeit und psychische Gesundheit zuwenden. Noch vor wenigen Jahren wurden Psychotherapeuten gelegentlich belächelt, wenn sie auf die erkennbare Zunahme der Krankenschreibung und Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen aufmerksam machten. Zwischenzeitlich bestätigen Studien oder beispielsweise der Stressreport 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin<sup>1</sup>, dass psychische Belastungen und Stress in der Arbeitswelt in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen und sich seit 2006 „auf hohem Niveau stabilisiert“ haben. Die subjektive Wahrnehmung der Belastung habe, so diese Studie, jedoch bis heute ebenso zugenommen wie die damit verbundenen Beschwerden, die immer häufiger mit dem Begriff Burnout gekennzeichnet werden.

Es ist unsere Aufgabe als Psychotherapeuten, den betroffenen Menschen Hilfe und Behandlung anzubieten. Wir haben jedoch gleichzeitig die Aufgabe, zu verdeutlichen, dass die Menschen in der modernen Arbeitswelt mit Arbeitsbedingungen konfrontiert sind, die psychisch belasten und krank machen. Die Arbeitswelt darf nicht so gestaltet sein, dass persönliche

Belastungssituationen, mit denen wir alle immer wieder konfrontiert sind, dazu führen, dass Betroffene dann über keine Ressourcen mehr verfügen, diese Krise durchzustehen, sondern psychisch dekompensieren. Dass persönliche Faktoren die psychische Belastung mit beeinflussen, darf nicht als Begründung dienen, dass jeder selbst Sorge für die Bewältigung der beruflichen (psychischen) Herausforderungen zu tragen hat. Letztlich sind auch Arbeitgeber für die Rahmenbedingungen von Arbeit verantwortlich und aufgefordert, entsprechende Maßnahmen am Arbeitsplatz oder auch außerhalb zu unterstützen.

Neben den möglichen Ursachen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz werden wir uns beim Landespsychotherapeutentag mit Präventionsmaßnahmen und der Frage beschäftigen, was in der psychotherapeutischen Behandlungspraxis zu beachten ist, wenn Arbeitsbelastungen und/oder Mobbing eine bedeutsame Rolle für die psychische Erkrankung spielen. Hier ist individuelle psychotherapeutische Hilfe für die Betroffenen wichtig, sie kann jedoch ohne Änderung der Arbeitsbedingungen zu kurz greifen, um einen Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

Bitte merken Sie sich den Termin des Psychotherapeutentages vor, wir würden uns

sehr freuen, wenn wir Sie in großer Zahl begrüßen dürften.

Insbesondere wollten wir auch auf die gesundheitspolitische Dimension dieses Themas eingehen. Die große Zahl von Krankschreibungen und Frühberentungen verdeutlicht den hohen Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen. Die aktuellen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem bezüglich der Bedarfsplanung höchsten Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung in unserem Gesundheitssystem, tragen diesem Bedarf allerdings wenig Rechnung. Die Bedarfsplanungszahlen des G-BA unterstellen in Baden-Württemberg weiterhin in ca. 25 Landkreisen eine Überversorgung! Beachten Sie zu diesem Thema neben unseren Erläuterungen unten auch die Ausführungen auf den Seiten der Landespsychotherapeutenkammer. Diese reflektieren die Lage im Bund und beleuchten auch die Situation in Baden-Württemberg.

Ihr Kammervorstand

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

<sup>1</sup> Abrufbar unter [www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

## Gespräch mit dem Schulpräsidenten des Regierungspräsidiums Freiburg bezüglich Ganztageschulen und Vereinbarung von Psychotherapieterminen

Wiederholt wurde an die Kammer die Befürchtung herangetragen, dass es Kindern und Jugendlichen in Ganztageschulen schwerer möglich sei, regelmäßige Termine bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wahrzunehmen. Dies war

Anlass für ein Gespräch mit dem Schulpräsidenten im Regierungspräsidium Freiburg, R. Bosch. Dieser erläuterte in dem Gespräch mit Mitgliedern des Kammervorstandes (Martin Klett, Dr. Roland Straub) und des Ausschusses PTI (Ullrich

Böttinger) zunächst ausführlich das Modell der Gemeinschaftsschulen und den Stand der Umsetzung. Dabei wurde deutlich, dass nach dem von der aktuellen Landespolitik präferierten Modell der Gemeinschaftsschulen gemeinsames Ler-



nen auch mehr Flexibilität bezüglich außerunterrichtlicher Termine bedeuten kann, da individuelles Lernen in diesem Modell zentrales Anliegen ist. Von daher könnten Kinder künftig prinzipiell sogar leichter z. B. für Psychotherapien freigestellt werden, da sie keinen allgemeinen Unterrichtsstoff versäumen würden. Angedacht sei auch, dass die Schulen Räume bereitstellen, um individuelle Förderung an die Schule zu holen. Dadurch

wären auch Räume an der Schule gegeben, die von verschiedenen Therapeuten genutzt werden könnten. Eine über die bestehenden gesetzlichen Regelungen hinausgehende sei, wie Schulpräsident Bosch hervorhob, nicht denkbar. Eine Unterrichtsbefreiung liege ja ohnehin im Verantwortungsbereich eines Schulleiters, pauschale Befreiungstatbestände vom Unterricht würden erhebliche neue Probleme schaffen.

Die Frage nach dem Tätigkeitsfeld von Schulpsychologen (die der Abteilung Schule und Bildung der Regierungspräsidien zugeordnet sind) war ebenfalls Thema. Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass die Kammer bzw. Psychotherapeuten zwar nicht in Konkurrenz zu den Schulpsychologen stehen, dennoch bestehe seitens der Kammer der Wunsch nach gegenseitigem Austausch, um ins Gespräch zu kommen über die erhebliche Schnittmenge gemeinsamer schulbezogener Themen.

## **Berufs- und strafrechtliche Problemstellungen im psychotherapeutischen Praxisalltag – Veranstaltungen der LPK Baden-Württemberg in Heidelberg und Tübingen**

Im Januar und Februar 2013 fanden, dieses mal in Heidelberg und Tübingen, wieder zwei gut besuchte Fortbildungsveranstaltungen der LPK zu berufs- und strafrechtlichen Problemen im psychotherapeutischen Praxisalltag statt.

Diese wurden von den Kammeranwälten Michael Mächtel und Manfred Seeburger durchgeführt, jeweils ein LPK-Vorstandsmitglied (Kristiane Göpel, Birgitt Lackus-Reitter) sowie Ass. jur. Stephanie Tessmer, Ressort Recht der LPK-Geschäftsstelle, waren ebenfalls anwesend.

Dabei wurde insbesondere die Bedeutung der berufsrechtlichen Regelungen

bezüglich Abstinenzgebot und Schweigepflicht sowie auch deren strafrechtliche Relevanz thematisiert. Ein weiterer Schwerpunkt der Veranstaltung lag in der Erklärung und Darstellung des Ablaufs von berufsrechtlichen Verfahren anhand von anschaulichen Fallbeispielen. An dieser Stelle wurde von den Zuhörern eine Reihe von interessanten Fragen gestellt, welche die Referenten kompetent und präzise beantworten konnten. Dabei betonten die Kammeranwälte, dass sie den Zuhörern auch Ängste vor einer gegen sie gerichteten Patientenbeschwerde nehmen wollten, die sich in den meisten Fällen als unbegründet erweise. Es zeigte sich ein deutliches Bemühen der Kam-

meranwälte an einer Klärung der Sachverhalte, mit dem Ziel, sowohl der Kollegenschaft als auch den BeschwerdeführerInnen/PatientInnen gerecht zu werden und wenn möglich auch die oft durch Missverständnisse entstandenen Konflikte beizulegen.

In den lebhaften Diskussionen wurde deutlich, wie viel Interesse an diesen Themen in der Mitgliedschaft besteht. Obwohl nun bereits in allen vier Landesteilen durchgeführt, ist mehrfach der Wunsch nach einer Fortsetzung dieser interessanten und anregenden Veranstaltung geäußert worden. Dem wird die Kammer gerne nachkommen.

## **Reform der Bedarfsplanung durch den G-BA – Konsequenzen für die psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde mit der Verabschiedung der letzten Gesundheitsreform durch das Versorgungsstrukturgesetz beauftragt, die Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung neu festzulegen. Für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung wurden nach Bevölkerungsdichte fünf Versorgungszonen (Kreistypen) festgelegt und die Versorgungsdichte, d. h. Anzahl Psychotherapeuten je hunderttausend Einwohner, neu definiert. Dabei wurde der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland Rechnung getragen. Hierbei wird der als notwendig erachtete Versorgungsgrad an Psychotherapeuten im Vergleich zur bisherigen Bedarfsplanung in ländlichen Gebieten höher, in städtischen

und dicht besiedelten Regionen niedriger als bisher festgelegt. So wird in der Bedarfsplanungsrichtlinie beispielsweise für die Landkreise Ostalbkreis, Schwäbisch Hall, Biberach, Neckar-Odenwald oder Hohenlohekreis die Notwendigkeit neuer Psychotherapeutenplätze gesehen. In den städtischen Regionen wie Freiburg, Heidelberg, Tübingen, Mannheim oder Stuttgart bleiben die Verhältniszahlen nahezu unverändert, sodass nach der Bedarfsplanungsrichtlinie dort weiterhin eine nominell starke Überversorgung besteht. Es bleibt abzuwarten, wie der Landesausschuss, der mit versorgungspolitischen Begründungen regionale Abweichungen von den Bedarfsplanungszahlen beschließen kann, die Versorgungssituation in den als überversorgt

ausgewiesenen Regionen bewerten wird. Mehrere Krankenkassen haben unmissverständlich signalisiert, dass sie in vielen Regionen eine Überversorgung im Bereich der Psychotherapie sehen und somit dort frei werdende Sitze nicht nachbesetzt werden müssten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat im Gegensatz hierzu mehrfach geäußert, dass in keiner Region in Baden-Württemberg eine Überversorgung im Bereich Psychotherapie festzustellen sei. Man darf gespannt sein, wie in den paritätisch mit Vertretern der Leistungserbringer und den Kassen besetzten Zulassungsausschüssen mit den Neuausschreibungen in nominell überversorgten Gebieten umgegangen werden wird. Zwar muss bei Stimmengleichheit ein Sitz erneut ausgeschrie-

ben werden, die Kassen können aber gegen einen so zustande gekommen Beschluss direkt vor Gericht klagen, denn hierbei wird der Beschluss nicht – wie ansonsten vorgeschrieben – im Berufungsausschuss verhandelt.

Die Nachfrage der Hilfe suchenden Patienten und die langen Wartezeiten für ein Erstgespräch und eine psychotherapeutische Behandlung verdeutlichen, dass das psychotherapeutische Behandlungsangebot bestehen bleiben muss. Hier sollte

den Krankenkassen das Wohl aller psychisch erkrankter Patienten wichtig sein – eine differenzierte und an der Notwendigkeit und dem Wunsch des Patienten orientierte Behandlung ist unbedingt in allen Regionen weiterhin sicherzustellen.

## Landespsychotherapeutentag 2013 – das Programm steht

Der Landespsychotherapeutentag 2013 stellt das Thema Arbeit und psychische Gesundheit bzw. Psychische Belastungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz in den Fokus. Viele inzwischen vorliegende Studien und Routinedaten, z. B. der gesetzlichen Krankenkassen, weisen seit Jahren auf deutlich steigende Arbeitsunfähigkeitszeiten und -fälle aufgrund psychischer Erkrankungen hin. Sie gehen von einem Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen Erkrankungen aus.

Zu diesem Thema haben wir hochkarätige Experten mit langjährigen Erfahrungen an unterschiedlichen Schnittstellen gewinnen können. Nach Grußworten von Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz und Sozialministerin Katrin Altpeter werden Dr. Gerhard Bort und Prof. Joachim Bauer aus arbeitsmedizinischer sowie aus präventiver Sicht erläutern, welche Möglichkeiten zur Identifikation bestehen sowie auch vor allem zur Vermeidung arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen. Dirk Scholtysik geht im Anschluss auf das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Unfallversicherung mit Fokus auf Rehabilitation sowie Psychotherapie ein. Speziell mit dem Thema Mobbing am Arbeitsplatz und Arbeitsplatzkonflikten beschäftigt sich seit vielen Jahren Michael Zieglmayer. Er konzentriert sich in seinem Beitrag u. a. auch auf die möglichen Konsequenzen für die ambulante Psychotherapie. Abschließend zeigt Dr. Andrea Wittich bzgl. des für Gesundheitsberufe wichtigen

Arbeitsplatzes Krankenhaus die dort häufig vorkommenden arbeitsbedingten Belastungen und Erkrankungen auf und thematisiert die Möglichkeiten der gemeinsamen Bewältigung u. a. durch kontinuierliche Supervisions- und Coachingarbeit.

Wir würden uns sehr freuen, wenn diese für unsere psychotherapeutische Arbeit bedeutsamen Themen Ihr Interesse finden würden und Sie viele Impulse mitnehmen könnten. Wir laden Sie sehr herzlich dazu ein!

## Planungen zur Verbesserung stationärer und teilstationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Behandlungskapazitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg waren wiederholt als nicht ausreichend kritisiert worden. Die Landesregierung hat deshalb 2008 be-

schlossen, die stationäre und teilstationäre Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu verbessern. Die damaligen Beschlüsse wurden zwischenzeitlich umgesetzt und es wurde

eine erste Umfrage in den Kliniken durchgeführt. Zur Bewertung der Umfrage und zur Überprüfung des aktuellen Standes der stationären und teilstationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versor-

### PROGRAMM

#### Landespsychotherapeutentag 2013 „Arbeit und Psychische Gesundheit – Psychische Belastungen/ Erkrankungen am Arbeitsplatz“

Samstag, 22.06.2013 – Le Méridien, Willy-Brandt-Straße 30, Stuttgart

- 10:15** Begrüßung (*Dr. Dietrich Munz, Präsident*)
- 10:20** Grußwort (*Katrin Altpeter, MdL, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*)
- 10:45** Prävention und Identifikation psychischer Belastungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz aus arbeitsmedizinischer Sicht (*Dr. Gerhard Bort, Sozialministerium Baden-Württemberg, Referat 45 Arbeit und Gesundheit*)
- 11:30** Gesundheitsprävention durch Stärkung der Beziehungskompetenz: Lehrercoachinggruppen nach dem Freiburger Modell (*Prof. Dr. Joachim Bauer, Univ.-Klinikum Freiburg*)
- 12:15** Mittagspause
- 13:30** Leistungsspektrum und Reha-Management der Gesetzlichen Unfallversicherung bei psychischen Störungen (*Dirk Scholtysik, DGUV Berlin*)
- 14:15** Mobbing und Arbeitsplatzkonflikte als Hintergrund psychischer Erkrankungen – Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung (*Michael Zieglmayer, Reha-Klinik Glotterbad, Glottertal*)
- 15:00** Arbeitsplatz Krankenhaus: Wenn Beschäftigte psychologische Unterstützung brauchen (*Dr. Andrea Wittich, Univ.-Klinikum Freiburg*)
- 15:45** Abschlussdiskussion: Podium & Plenum
- 17:00** Ende

gung von Kindern und Jugendlichen wurde vom Landeskrankenhauseusschuss eine Arbeitsgruppe einberufen, in der neben den leitenden Ärzten der Einrichtungen und der Landeskrankenhausegesellschaft auch die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Landesärzte- und Landespsychotherapeutenkammer eingeladen wurden.

In Baden-Württemberg sollen in den über 30 Einrichtungen zur stationären und teilstationären Versorgung zukünftig 872 Behandlungsplätze zur Verfügung stehen, von denen schon jetzt 586 Betten und 240 tagesklinische Plätze eingerichtet sind.

Der größte Anteil der behandelten Kinder und Jugendlichen ist zwischen 11 und 15

Jahre alt (knapp 3.500 Patienten), gefolgt von den 16 bis 18-Jährigen (2.150 Fälle) und den 6 bis 10-Jährigen (mit 1.370 Patienten). Die häufigsten Diagnosen sind erwartungsgemäß aus dem Bereich der ICD-10-Ziffern F90 bis F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, 2.702 Fälle), auffallend viele Kinder und Jugendliche werden jedoch auch mit Diagnosen F40 bis F49 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, 1.150 Fälle) sowie mit affektiven Störungen (F30 bis F39, 844 Fälle) stationär und tagesklinisch behandelt. Die Behandlungsdauern sind in allen Krankenhäusern sehr heterogen, zwischen 26 und 81 Tagen bei stationärer und 5 bis 48 Tagen im teilstationären

Bereich. Krankenhäuser, die über eine Tagesklinik verfügen, weisen im stationären Bereich eine kürzere durchschnittliche Verweildauer auf.

Die Arbeitsgruppe wird sich anhand dieser Umfrageergebnisse damit befassen, wie die stationäre und teilstationäre Versorgung verbessert werden kann. Hierbei ist zu prüfen, wie eine verbesserte sektorübergreifende Versorgung geschaffen werden kann, um die ambulante Weiterbehandlung sicherzustellen. Hierzu ist eine bessere Zusammenarbeit auch mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erforderlich, die jedoch nur regional organisierbar sein wird.

## Termine

**Psychotherapeutische Notfallversorgung** am 23.03.2013 in Freiburg mit PD Dr. G. Pieper und Prof. Dr. J. Bengel. **Ziele:** Auffrischung des Kenntnisstands und Information über die Organisation der Notfallversorgung. 9 Fortbildungspunkte. Übersicht: Diagnostik von Belastungsstö-

rungen, Frühinterventionen und psychologische Versorgung, Strukturen der Notfallversorgung. **Termin:** Samstag 23.3.2013, 10.00 bis 17.00 Uhr, **Ort:** KVBW, Sundgauallee 27, 79114 Freiburg. **Teilnehmerzahl:** 100, **Teilnahmegebühr:** kostenfrei.

### 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

## Bekanntmachung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg Zweite Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Vom 24. März 2012

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat am 24. März 2012 folgende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg in der Fassung vom 17. März 2007 (Psychotherapeutenjournal 2/2007, S. 167, Einhefter S. 2), zuletzt geändert durch Satzung zur Änderung der Hauptsatzung vom 13. Oktober 2007 (Psychotherapeutenjournal 1/2008, S. 44, Einhefter S.1), beschlossen:

### § 1

1. § 7 der Hauptsatzung wird wie folgt geändert:

1.1 In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „vier Jahre“ ersetzt durch die Worte „fünf Jahre“.

1.2 Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Amtszeit der Mitglieder des gemeinsamen Beirats beträgt vier Jahre. § 7 Abs. 3 S. 2 gilt entsprechend für die Berufung der Mitglieder des gemeinsamen Beirats. Die näheren Einzelheiten regelt § 24 dieser Satzung.“

### § 2

#### Ermächtigung zur Neubekanntmachung

Präsident und Schriftführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Hauptsatzung in der zum Zeitpunkt geltenden Fassung mit neuer Paragraphen- und Nummerierungsfolge bekannt zu machen sowie Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

### § 3

#### In-Kraft-Treten

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung tritt am 08.02.2014 in Kraft.

Vorstehende Satzung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg 27.02.2013 vom (Az.: 5415.2-4.5.1) hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 11.03.2013

gez. Dipl.- Psych. Dr. Dietrich Munz  
Präsident der  
Landespsychotherapeutenkammer

# Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologi- schen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

## „Überwindung der Sektoren in der psychotherapeutischen Versorgung“: Nikolaus Melcop bei Fachtagung zu PEPP im Bayerischen Landtag

Kammerpräsident Melcop hielt am 30.1.2013 im Bayerischen Landtag einen Vortrag zum Thema „Überwindung der Sektoren in der psychotherapeutischen Versorgung“ im Rahmen der Veranstaltung „Das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) – Lernen statt Stillstand!“ vor ca. 120 Vertreter/innen aus Politik und psychiatrischen und psychosomatischen Institutionen. Veranstalter waren die Barmer GEK Bayern und Healthcare Bayern e. V., Schirmherrin Staatsministerin a. D. Christa Stewens. Ausgehend von der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungslage betonte Melcop die Bedeutung der Psychotherapie bei der Behandlung psychischer Erkrankungen und die fehlenden Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich. Für eine Verbesserung der Versorgung, insbesondere in Bezug auf die Sektorengrenzen, sei eine Verbesserung der Prävention und die Stärkung der psychotherapeutischen Akutversorgung erforderlich – z. B. mithilfe von offenen Sprechstunden, Krisendiensten sowie Beratungs- und Gruppenangeboten. Wichtig seien auch verstärkte konzeptionell-fachliche und personelle

Verknüpfungen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Eine entscheidende Rolle spiele schließlich die systematische Planung und Vorbereitung der ambulanten Weiterbehandlung. Für die Versorgung von Patient/innen mit schweren psychischen Erkrankungen seien unterschiedliche Lösungsansätze denkbar wie u. a. die Einführung von Fallpauschalen, eine bessere Vergütung von Haus- und Krankenhausbesuchen und Erhaltungstherapie.

**Insgesamt seien Qualitätsstandards mit Psychotherapie als zentralem Angebot, eine sektorübergreifende Bedarfsplanung und ausreichende finanzielle Ressourcen erforderlich.** In die weiteren Diskussionen um Qualitätsstandards in der Versorgung sollten insbesondere die fachlichen Anforderungen von den Beteiligten deutlich aktiver als bisher eingebracht werden.

In den drei anderen Vorträgen wurden gesundheitsökonomische Aspekte, Versorgungsdaten und Chancen des PEPP aus Sicht der Krankenkasse und – aus Sicht der psychiatrischen Kliniken – Gefahren für die



*Kammerpräsident Nikolaus Melcop im Bayerischen Landtag.  
(Foto: Nina Sarubin)*

Patientenversorgung bei der Umsetzung des PEPP referiert. In der Diskussion wurde dann die Sorge vor einer rein ökonomischen Orientierung mit Nachteilen für die Patientenversorgung mehrfach von den Teilnehmenden hervorgehoben. Chancen des PEPP wurden benannt, z. B. aus Sicht der psychosomatischen Kliniken.

## Rund 280 neue KV-Sitze ab Herbst in Bayern, aber viele Gebiete angeblich „überversorgt“

Am 1.1.2013 ist nun die neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft getreten, mit der auch eine neue Verteilungssystematik für Sitze in der ambulanten Versorgung gesetzlich Krankenversicherter einhergeht. Wir gehen derzeit davon aus, dass ca. 280 neue Niederlassungsmöglichkeiten in den

ländlichen Regionen Bayerns entstehen und gleichzeitig weite Teile Bayerns als „überversorgt“ ausgewiesen werden. Bis Mitte Februar liegen jedoch noch keine endgültigen Zahlen vor, wie viele Sitze in welchen Regionen genau neu ausgewiesen werden. Auf der Grundlage der neuen

Richtlinie und des sog. Bedarfsplans wird das zuständige Gremium, „Landesausschuss“, in dem Vertreter der Krankenkassen und der KV entscheiden, die gültigen Zahlen für die verschiedenen Regionen voraussichtlich im Sommer bekannt geben. Danach werden freie Sitze offiziell ausge-

schrieben und dann Bewerbungen darauf möglich sein. Schon seit 1. Januar gilt die Regelung, dass Sitze, die in Gebieten mit ausgewiesener sog. „Überversorgung“ abgegeben werden, vom Zulassungsausschuss nur unter bestimmten Bedingungen auch für die Weitergabe freigegeben werden können. Nach dem aktuell noch gültigen Bedarfsplan gilt ganz Bayern als

„überversorgt“. Zu den Bedingungen für eine Weitergabe zählen Versorgungsnotwendigkeiten oder die Weitergabe an sog. privilegierte Personen (Ehepartner, Kinder, Berufsausübungsgemeinschaftspartner und Angestellte). Auch wenn wir momentan annehmen, dass die Zulassungsausschüsse in Bayern die Versorgungsnotwendigkeiten vernünftig einschätzen und Weiterga-

ben von Sitzen an Kolleg/innen nicht aufgrund vermeintlicher „Überversorgung“ verhindern werden, sollten sich Kolleg/innen, die einen KV-Sitz in der nächsten Zeit abgeben wollen, bitte möglichst frühzeitig gut informieren! Weitere Informationen entnehmen Sie bitte auch den Informationen der Berufsverbände und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

## Behandlungsmöglichkeiten bei Onlinesucht: Kammer nimmt zum Beschluss des Bayerischen Landtags Stellung, die Staatsregierung möge berichten

Die PTK Bayern hat gegenüber dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Stellung bzgl. aktueller wissenschaftlicher Erfolgsprognosen von psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bei Pathologischem Internetgebrauch (PI) genommen. Ungeachtet einiger noch ungeklärter Forschungsfragen in dem jungen Forschungsfeld sind sich Fachleute einig,

dass PI Krankheitswert erlangen und zu erheblichen Folgeschäden für die Betroffenen, ihr soziales Umfeld und die Gesellschaft führen kann. Wirksamkeitsnachweise für wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren bei der Behandlung anderer Abhängigkeitserkrankungen, die seit Jahren vorliegen, lassen sich einigen Therapiestudien zufolge auf PI mit guten Behandlungserfolgen über-

tragen, insbesondere die psychotherapeutische Behandlung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Auch psychodynamische Psychotherapieverfahren können aufgrund ihrer Evidenzbasierung zur Behandlung von PI empfohlen werden, v. a. bei Vorliegen komorbider psychischer Störungen, für die sich psychodynamische Psychotherapieverfahren bewährt haben.

## Psychotherapie mit alten Menschen: erfolgreich, aber noch viel zu selten

Am 8.12.2012 fand in Nürnberg die gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) organisierte Fortbildungs- und Informationsveranstaltung „Psychotherapie im Alter“ statt. Nach der Eröffnung referierte Prof. Meinolf Peters, Honorarprofessor an der Universität Marburg und Geschäftsführer des Instituts für Alternspsychotherapie und angewandte Gerontologie, zum Thema „Psychodynamische Psychotherapie über Sechzigjähriger“. Peters lud

mit seinem Vortrag zur Selbstreflexion und Reflexion der therapeutischen Beziehung mit Patient/innen über 60 sowie der entwicklungspsychologischen Aufgaben alter Menschen ein. Danach hielt Prof. Martin Hautzinger, Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Universität Tübingen, einen Vortrag mit dem Titel „Integrative kognitive Verhaltenstherapie bei Älteren“. Über die Psychotherapie im engeren Sinne hinaus

stellte Hautzinger dar, welchen Beitrag ein verhaltenstherapeutischer Ansatz auch bei der konkreten Bewältigung von Erkrankungen wie Demenz, Parkinson, Diabetes o. ä. leisten kann. Vertiefende Workshops der beiden Referenten am Nachmittag rundeten die Veranstaltung ab. Die Präsentationen der Fachvorträge der beiden Experten können auf der Kammerwebsite in unserer Meldung vom 14.12.2012 heruntergeladen werden.

## Jubiläumsbroschüre anfordern: Erinnerungsreise in die letzten zehn Jahre der PTK Bayern

Liebe Kammermitglieder, kommen Sie mit auf eine kleine Erinnerungsreise in die letzten zehn Jahre der PTK Bayern.

Fordern Sie sich die Broschüre an, die wir dazu erstellt haben. Vor zehn Jahren wählten unsere Kammermitglieder zum ersten Mal ihre Vertreter in die Delegiertenversammlung und die Delegierten den Vorstand – die Gründung der Psychotherapeu-

tenkammer Bayern war vollzogen. Die Broschüre lässt Stationen der Entwicklung der Berufsvertretung der bayerischen Psychologischen Psychotherapeut/innen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen abwechslungsreich und mit vielen Fotos noch einmal Revue passieren. Wir möchten damit die Meilensteine der ersten Dekade unserer Kammer dokumentieren und zum Erinnern und Nachdenken anregen.

Diejenigen Mitglieder, die sich für die Festveranstaltung am 26.4.2013 angemeldet haben, erhalten die Broschüre an diesem Tag persönlich. Alle andere können sich auch – bereits jetzt – ein Exemplar der Festschrift sichern, indem Sie uns per E-Mail an [info@ptk-bayern.de](mailto:info@ptk-bayern.de) eine Bestellung schicken, die wir nach dem Druck ausführen werden.

## Über 300 Teilnehmer/innen bei PiA-Demo in München

Der Aufruf war erfolgreich: Am 14.11.2012 versammelten sich um 12 Uhr in München am Wittelsbacherplatz Psychotherapeut/innen in Ausbildung (PiA), Studierende, approbierte Psychotherapeut/innen und Vertreter/innen von Verbänden zur Auftaktkundgebung. Mit dabei auch die Vorstandsmitglieder Birgit Gorgas und Benedikt Waldherr, die die Unterstützung der PTK Bayern bekräftigten. Während der gesamten Veranstaltung machten die PiA und ihre Mitstreiter/innen mit Trillerpfeifen,



*Vorstandsmitglied Birgit Gorgas ermutigte die Teilnehmer/innen, sich weiter für ihre Rechte und die notwendige Reform der Ausbildung einzusetzen. (Foto: Marie Schneider)*



*Schlusskundgebung vor der Bayerischen Staatskanzlei. Lisa Brendel, PiA-Sprecherin für die PTK Bayern (rechts außen am Banner), erläuterte die Forderungen der PiA nach Vergütung und Ausbildungsreform. (Foto: Marie Schneider)*

Megafonen und Slogans wie „Null Euro sind ein Hohn – drum fordern wir mehr Lohn“ auf sich aufmerksam und verteilten Flugblätter an Passant/innen. Am gleichen Tag gingen PiA bundesweit in weiteren zehn Städten auf die Straße, um für eine Reform der Ausbildung und damit eine

Verbesserung der Bedingungen zu demonstrieren. In Berlin wurden dem Bundesgesundheitsministerium rund 9.000 Protest-Unterschriften überreicht. Die Presseinformationen der PiA aus Bayern und Berlin finden Sie in unserer Homepagemeldung vom 19.11.2012.

## Kammer informiert über rechtliche Fragestellungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Am 15.12.2012 fand in München eine Fortbildungsveranstaltung der Kammer zu den besonderen rechtlichen Fragestellungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen statt. Vizepräsident Peter Lehdorfer erläuterte in seiner Einführung, dass die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen neben den fachlichen Besonderheiten auch in einen rechtlichen Rahmen eingebettet ist, der sich auf unterschiedliche Rechtsbereiche wie z. B. das Berufsrecht, das Sozialrecht und das Zivilrecht erstreckt. Im Anschluss stellte Thomas Schmidt, Rechtsreferent der Kammer, typische rechtliche Konstellationen dar, die häufig auch in Anfragen an die Kammer thematisiert werden. Schwerpunkte waren neben Grundzügen

des Rechts der elterlichen Sorge insbesondere Fragen der Aufklärung und der wirksamen Einwilligung in eine Behandlung sowie die Themen Schweigepflicht und Einsichtnahme in die Patientenakte. Dabei wurde auch auf das durch den Bundestag verabschiedete Patientenrechtegesetz eingegangen. Zudem wurden



*Thomas Schmidt (links), Rechtsreferent der PTK Bayern, mit Vizepräsident Peter Lehdorfer. (Foto: Johannes Schuster)*

die praktischen Auswirkungen des Anfang 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) diskutiert. Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung sieht dessen

§ 4 vor, dass Psychotherapeut/innen unter bestimmten Voraussetzungen die Situation auch mit den Personensorgeberechtigten erörtern oder bei diesen auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken sollen.

Auch eine Befugnis zur Information des Jugendamts ist dort näher geregelt. Weitergehende Informationen zu diesen Themen haben wir für Sie im Mitgliederbereich der Kammerwebsite bereitgestellt.

## Fortbildung „Pathologisches Glücksspielen – Know-how für Psychotherapeut/innen“



*Die Expert/innen der Fortbildungsveranstaltung (v. l.): Dr. Jörg Petry, Dr. Volker Premper, Dr. Felix Wedegärtner, Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Eva Korell und Konrad Landgraf. (Foto: Astrid Petersdorff)*

Die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) und die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) waren Kooperationspartner der PTK Bayern für die Fortbildungsveranstaltung „Pathologisches Glücksspielen – Know-how für Psychotherapeut/innen“ (26.1.2013 in München). Kammerpräsident Nikolaus Melcop betonte bei seiner Eröffnung vor

knapp 60 Kolleg/innen die gesellschaftliche Relevanz der Glücksspielsucht und die dringende Notwendigkeit besserer und effektiver staatlicher Regulierungen als präventive Maßnahmen einerseits als auch die eines größeren Angebots an niedrigschwelligen und effektiven Behandlungsangeboten insbesondere durch Psychotherapeut/innen andererseits. Konrad

Landgraf, Geschäftsführer der Landesstelle Glücksspielsucht, stellte die Arbeit der LSG vor und wies in seiner Begrüßung u. a. auf das Online-Präventionsspiel „Spielfieber“ für Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren hin. Eva Korell, Psychologische Psychotherapeutin, erläuterte die Grundlagen pathologischen Glücksspielens, Dr. Volker Premper, AHG Klinik Schweriner See, Lübstorf, informierte über Diagnostik und Komorbidität und Behandlungsansätze. Dr. Jörg Petry, Allgemeine Hospitalgesellschaft (AHG), Düsseldorf, führte im ersten Workshop in das Thema „Therapeutische Methoden der Behandlung von pathologischen Glücksspielern“ ein. Dr. Felix Wedegärtner, Medizinische Hochschule Hannover, stellte die Psychodynamik der Glücksspielsucht und entsprechende Behandlungsansätze vor. Die Präsentationen der Fachvorträge der Experten haben wir auf unserer Website in unserer Homepage-meldung vom 29.1.2013 zum Herunterladen bereitgestellt.

## Kurznachrichten

### 11. Suchtforum in Nürnberg mit 230 Teilnehmer/innen ausgebaut

Der Titel der beiden Suchtforen 2012 in München (18.4.) und Nürnberg (7.12.) war „Ältere Süchtige – Süchtige Ältere“. Ziel war es auch in Nürnberg, sämtlichen Gesundheitsberufen ein gemeinsames Grundwissen zum Thema „Sucht im Alter“ zu vermitteln. Melanie Huml, Staatssekretärin im Bayerischen Gesundheitsministerium, sagte in ihrem Grußwort: „Ältere Suchtkranke leiden oft im Verborgenen. Die Behandlung von Suchterkrankungen gibt Menschen in jedem Alter die Chance, ihre Lebensqualität und Würde bis ins hohe Alter zu bewahren.“

### Begrüßungsveranstaltung für neue Mitglieder

Rund 70 neuapprobierte Mitglieder und ca. 40 PiA, die zum ersten Mal mit eingeladen wurden, nahmen an der Veranstaltung am 19.1.2013 in München teil. Nikolaus Melcop informierte über die Aufgaben und die Struktur der Kammer. Vizepräsident Bruno Waldvogel ging auf die Fortbildungsrichtlinie und die Berufsordnung ein.

### Neu: Psychotherapeutenjournal für PiA

Ausbildungsteilnehmer/innen in der Psychotherapieausbildung an Instituten in Bayern können künftig auf Anfrage das Psychotherapeutenjournal erhalten – die

Kosten übernimmt die Psychotherapeutenkammer Bayern.

Bei Interesse kann an uns eine E-Mail mit den vollständigen Adressdaten sowie einem Ausbildungsnachweis (z. B. kurze schriftliche Bestätigung des Ausbildungsinstituts) geschickt werden: pia@ptk-bayern.de.

### Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert bzw. an denen sie teilgenommen hat: 25 Jahre Aids-Beratungsstellen in Bayern am 30.11.2012; Mitgliederversammlung des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt

München am **5.12.2012**; Sitzung des Beirats des Münchner Bündnisses gegen Depression am **5.12.2012**; 18. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **10.12.2012**; Bayerische Krankenhausgesellschaft: Jahreshauptversammlung und Fachgespräch mit dem Geschäftsführer der BKG, Siegfried Hasenbein, am **14.12.12** und **23.1.13**; „Entzugskosten – Zum 70. Jahrestag des Hungererlasses des Bayerischen Innenministeriums“ am **10.1.2013**; „Neue Perspektiven für die Psychotherapeutenausbildung“ (Hamburger Impulse und AG des Länderrats) am **16.1.** und **17.1.2013**; Mitgliederversammlung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG) am **22.1.2013** (Vorstandsmitglied Heiner Vogel wurde in neuen Vorstand gewählt); Verabschiedung des Vorstandsvorsitzenden der Bayerischen Versorgungskammer und Amtseinführung seines Nachfolgers am **25.1.2013**; Gründungssitzung der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention am **31.1.2013**; Fachgespräch zur Bedarfsplanung in der Kammer mit Vertreter/innen von Berufsverbänden und Zulassungsausschüssen am **2.2.2013**; Gespräch mit dem Vorstand der KVB zu Versorgungs-, Vergütungs- und Ausbildungsfragen am **19.2.2013**.

### Bevorstehende Veranstaltungen

**12. Suchtforum** mit dem Titel „Neue Drogen hat das Land“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 1. Termin: 10.4.2013, 13.30 bis 18.00 Uhr in München. 2. Termin: 24.7.2013 in Nürnberg.

**10-Jahres-Jubiläum der PTK Bayern und 5. Bayerischer Landespsychotherapeutentag (LPT):** Festveranstaltung am 26.4.2013; LPT am 27.4.2013. Beide Veranstaltungen finden im Münchener Gastteig statt und sind nahezu ausgebucht. Es sind nur noch wenige Restplätze über eine Warteliste frei.

**Kernkompetenzen in Leitungsfunktionen:** Einführungskurs für PP und KJP in Führungsfunktionen. Termin: 5.6.2013, 10.00 bis 18.15 Uhr in München.

**Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung:** Vortrag mit den Schwerpunkten u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen“. Termin: 19.7.2013, 10.00 bis 14.15 Uhr in München.

**Psychotherapie bipolarer Störungen (Workshop):** Termin: 19.10.2013, 10.00 bis 14.00 Uhr in München.

### Weitere Veranstaltungen in Planung

**Psychoonkologie:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 24.7.2013 in Augsburg.

**Psychotherapie mit alten/älteren Menschen:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 21.9.2013 in München.

**Schmerz:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 25.9.2013 in Nürnberg.

**Psychoonkologie:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 23.10.2013 in Nürnberg.

**Philosophie und Psychotherapie: Sind Emotionen Kognitionen?** Termin: 9.11.2013 in München.

**Die Berufsordnung unter Berücksichtigung des Patientenrechtegesetzes:** 23.11.2013 in München.

**Psychotherapie mit alten/älteren Menschen:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 7.12.2013 in Augsburg.

**Schmerz:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 11.12.2013 in Regensburg.

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

### Vorstand der Kammer:

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

### Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9, 80336 München  
Post: Postfach 151506, 80049 München  
Tel. 089 / 51 55 55-0, Fax -25  
Mo – Do 9.00 – 15.30,  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
[info@ptk-bayern.de](mailto:info@ptk-bayern.de)  
[www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)



## Neue Rahmenbedingungen für die Versorgung in Berlin – Bedarfsplanung und 90a Gremium

**Michael Krenz, Präsident  
Brigitte Kemper-Bürger,  
Geschäftsführerin**

### **Noch höherer rechnerischer Übersorgungsgrad in Berlin!**

Nach monatelangem Ringen ist kurz vor Weihnachten die neue Bedarfsplanungsrichtlinie von der Selbstverwaltung auf Bundesebene, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), verabschiedet worden und zum 1.1.2013 in Kraft getreten.

Für die Berliner PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen ein enttäuschendes Ergebnis. Trotz gebetsmühlenartigem Wiederholen der Hinweise auf die unzureichenden und fehlerhaften Planungszahlen aus dem Jahr 1999 (Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes) wurde an der Ermittlung des Bedarfs nichts grundlegend geändert. Auch die eindrucksvollen Wartezeiten von mehreren Wochen bis Monaten auf ein Erstgespräch bei einer/einem PsychotherapeutIn konnten den G-BA nicht überzeugen. Die Einteilung in neue Raumtypen hat für die Berechnung der Versorgungsgrade in Berlin zu einer weiteren Verschlechterung geführt: Die Hauptstadt gilt jetzt nach dem neuen Bedarfsplan für das Land Berlin mit 187% übersorgt.

### **Der „reale“ Bedarf ist höher!**

Mit Bezug auf die neuesten Zahlen von Herrn Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (zitiert aus dem Dt. Ärzteblatt für PP und KJP 2, Febr. 2013, S. 58 ff.) können wir davon ausgehen, dass ein Drittel der Berliner Bevölkerung jedes Jahr eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufweist. Angststörungen, Alkoholerkrankungen und Depressionen stehen dabei an oberster Stelle. Da PP und KJP hauptsächlich die ambulante

psychotherapeutische Versorgung sicherstellen, kann angesichts der oben dargestellten Zahlen und den langen Wartezeiten sicherlich nicht von einer Überversorgung gesprochen werden. Die neue Bedarfsplanung hat ferner den Demografiefaktor eingeführt, der zu einer besseren Versorgung von älteren Menschen führen soll. Für die psychotherapeutische Versorgung geht diese Rechnung allerdings nicht auf. Auch ca. ein Drittel der Älteren haben psychische Krankheiten, in Heimen wird ihr Anteil noch viel höher sein. Bei der Entwicklung des Demografiefaktors wurde aber davon ausgegangen, dass ältere Menschen seltener eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Zurzeit sind dies nur 1,5% der über 65-Jährigen. Bereits jetzt ist abzusehen, dass sich dieser Anteil in den nächsten Jahren gravierend ändern wird, wie es im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz diskutiert wurde.

### **Ein wichtiger Player: Der Zulassungsausschuss**

Die neu ausgerechneten Verhältniszahlen bedeuten aber nun nicht, dass sofort ca. 880 Sitze wegfallen werden, sondern der Zulassungsausschuss wird auch weiterhin in jedem einzelnen Fall entscheiden, ob

die zur Übergabe anstehende Praxis weiterhin zur Versorgung notwendig ist. Angesichts der nachweisbaren Wartezeiten und der hohen Nachfrage wird dies wohl der Fall sein.

### **Ein neues Landesgremium als Chance zur politischen Korrektur!**

Das Land Berlin hat ein Gesetz zur Einrichtung eines Landesgremiums nach § 90a beschlossen und die Psychotherapeutenkammer als stimmberechtigtes Mitglied in dieses Gremium berufen. Damit ist die Kammer Berlin an den Beratungen über die Regionalisierung der Versorgung unmittelbar beteiligt. Neben der regionalen Verteilung von Praxen und Versorgungseinrichtungen werden hier auch die IV-Verträge und sektorübergreifende Versorgungsstrukturen beraten. Obwohl nur als ein beratendes Gremium etabliert, werden hier die Bedarfsplanung und die versorgungspolitischen Konsequenzen aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert. Psychotherapie und Psychotherapeuten, vor allem ihre von der Gesundheitspolitik und den Krankenkassen geforderte bezirkliche (Um-)Verteilung stehen bei der Themenwahl oben auf der Agenda.

### **§ 90a SGB V Gemeinsames Landesgremium**

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.

## Psychisches Trauma – therapeutische Perspektiven – eine Veranstaltung im Rahmen der Reihe „Kammermitglieder stellen ihre Arbeit vor“ am 17.1.2013

### Dorothee Hillenbrand, Vizepräsidentin

Im Bereich der Traumaforschung und -behandlung hat sich in den letzten Jahrzehnten viel bewegt, neurologische Erkenntnisse wurden integriert, Behandlungsmethoden entwickelt, wissenschaftliche Dispute um die Zukunft „der“ Traumatherapie werden innerhalb der Profession und interdisziplinär geführt. Der Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ der Berliner Psychotherapeutenkammer organisierte im Rahmen der Reihe „Psychotherapeuten stellen ihre Arbeit vor“ am 17.01.2013 die Veranstaltung „Psychisches Trauma – therapeutische Perspektiven“. Eingeladen wurden zwei erfahrene und durch Veröffentlichungen und Fortbildungen bekannte KollegInnen: Oliver Schubbe als Verhaltens- und Familientherapeut, Institutsleiter, EMDR-Trainer (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing), Supervisor und Gutachter im Bereich psychoreaktiver Traumastörungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und Dr. Franziska Henningsen als Psychoanalytikerin mit jahrzehntelanger Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen, ebenfalls auch Gutachterin, Supervisorin, Dozentin, Autorin und Lehranalytikerin.

Zunächst stellte Oliver Schubbe ein Fallbeispiel aus seinem Auslandspraktikum während seiner Ausbildungszeit bei Virginia Satir vor. Ohne die Kenntnis traumaadaptierter Techniken und trotz erheblicher sprachlicher Schwierigkeiten beobachtete er große therapeutische Veränderungen bei Traumatisierten, wie er sie in Deutschland anfangs nicht mehr erreichen konnte: Dank seiner sprachlichen Schwierigkeiten hatte er offensichtlich so lange nachgefragt, bis die traumatischen Erinnerungen verarbeitet waren. Ähnlich tiefe und schnelle Veränderungen beobachtete er erst wieder, nachdem er bei Francine Shapiro EMDR gelernt hatte. Mit dieser Erfahrung und einem Überblick über die vorliegenden Wirksamkeitsstudien begründete er die These, dass es bei der Behandlung von Traumafolgen bedeutsame Wirksamkeitsunterschiede gäbe. Traumaspezifische

Techniken wie EMDR oder das neue Brainspotting könnten eine große Hilfe darstellen, um bei der Begleitung der Traumaverarbeitung kontinuierlich empathisch, konsequent traumafokussiert und für alle Ebenen der Verarbeitung offen zu bleiben.



Oliver Schubbe

Für Schubbe sind Grundlagen der Arbeit mit traumatisierten Menschen:

- das **therapeutische Bündnis** – trotz vieler Komorbiditäten, trotz erhöhter Suizidalität, trotz der hohen Prävalenz von sexuellem Missbrauch durch Psychotherapeuten, trotz z. T. weiter bestehender Täterkontakte, trotz nach wie vor bestehender Finanzierungslücken bei Psychotherapien,
- die **Empathie** des Psychotherapeuten – trotz emotionaler Taubheit und Überreaktionen, Inkongruenzen, Bindungsstörungen, Amnesien, Tabus und der Unfassbarkeit der Ereignisse,
- die Kenntnis des **biologischen Ankers der Symptomatik** im impliziten Gedächtnis, im Körpergedächtnis und in impliziten Beziehungs- und Interaktionsmustern
- und dafür eventuell der Einsatz **psychotherapeutischer Techniken**.

In einem zweiten Fallbeispiel stellte Schubbe die von dem Psychoanalytiker David Grand auf der Grundlage von EMDR und Somatic Experiencing entwickelte Behandlungstechnik „Brainspotting“ im Video vor. Untersuchungen zufolge diene der Lid-

schlag nur zum Teil der Befeuchtung und dem Schutz der Augen und zum zahlenmäßig überwiegenden Teil der Unterstützung von Aufmerksamkeitsprozessen. Umgekehrt können der spontane Lidschlag und reflexartige Augenreaktionen genutzt werden, um die Aufmerksamkeit bei der Traumaverarbeitung in einem erträglichen und für die Verarbeitung günstigen Toleranzfenster zu halten. In der Diskussion mit den anwesenden PsychotherapeutInnen begründete er den Einsatz dieser Technik als ein interaktives Vorgehen, das weniger Schritte als z. B. das EMDR-Standardprotokoll enthalte und dadurch beim Klienten schneller Aktionen und Effekte erziele.

Franziska Henningsen zeigte in ihrem Vortrag aus psychoanalytischer Sicht, wie in der therapeutischen Situation die traumatische meist unbewusste **Beziehungskonstellation** wiederbelebt und einer Bearbeitung zugänglich wird. Drei Grundannahmen sind dabei die Leitgedanken:

1. Eine traumatische Erfahrung kann im **seelischen Raum** gar nicht oder nur partiell repräsentiert werden und führt zu erheblichen Ich-Einschränkungen sowie diversen Symptomen.
2. Die Destruktivität des Traumas führt zu **Dissoziation und Spaltung**, vor allem des Affekts.
3. Bei **frühkindlicher Traumatisierung** hinterlassen die traumatischen Erfahrungen Spuren in der psychosomatischen Einheit zwischen Mutter und Kind, die im impliziten prozeduralen Gedächtnis gespeichert werden (Schore, 2007, S. 99 ff.) und zu Symbolisierungsstörungen sowie pathologischen fusionären Bindungen führen können.

In einer psychoanalytischen Behandlung geht es um Bearbeitung der traumatischen Beziehungskonstellationen in der Übertragung. Im ersten Fallbeispiel stellte sie eindrucksvoll, veranschaulicht durch kindliche Zeichnungen, den Behandlungsverlauf mit einem fünfjährigen Mädchen (Knochenmarksspenderin, Todesängste, Depression, Wut, Trauer) dar. Im gemeinsamen kreati-

ven Ausdruck wurde es der kleinen Patientin möglich, Bilder und Worte für ihre große Not zu finden. Eine Katamnese zeigte den Erfolg der Behandlung.



Dr. Franziska Henningsen

In einem zweiten Beispiel – einer hochfrequenten langjährigen Psychoanalyse eines jungen Mannes mit schwerem Trennungstrauma und psychosomatischen Symptomen – veranschaulichte Henningsen ihre Arbeitsweise mit Erwachsenen, ebenfalls mit Katamnese.

Henningsen wies auf die Unterschiede zwischen der dargestellten Psychoanalyse und der Psychotherapie von Patienten mit akuter oder chronischer PTBS hin, die von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder einer modifizierten analytischen Therapie profitieren können und kein hochfrequentes Vorgehen im Liegen vertragen. Die Differentialindikation für eine hochfrequente analytische Langzeittherapie bei Traumata hänge ab von der Kom-

plexität der Störung, dem Wirkungsgrad des Wiederholungszwangs und dem Ausmaß der frühkindlichen Traumatisierung.

Bei jeder Behandlung sind für sie eine Reihe technischer Besonderheiten zu beachten:

- Die Einhaltung des analytischen Rahmens (Zeit, Setting etc.), der Sicherheit gibt und eine triangulierende Funktion hat.
- Ein Methodenwechsel während der Behandlung sollte kritisch in Bezug auf die Übertragungssituation hinterfragt und verstanden werden, bevor man sich für ihn entscheidet.
- Der Therapeut ist tendenziell aktiver als in anderen Therapien, wenn es um das Benennen des Unaussprechlichen geht.
- Das individuelle Tempo des Patienten bei der Annäherung an seine traumatische Beziehungskonstellation ist zu respektieren.
- Bei der Behandlung von akuten PTBS-Kranken ist oft ein modifiziertes Vorgehen, das u. U. auch Stabilisierungstechniken einschließt, notwendig.

Die anschließende Diskussion der beiden sehr unterschiedlichen theoretischen Ansätze stellte Fragen nach Begrifflichkeiten – insbesondere nach einer Abgrenzung von „Komplexer PTBS“, „Beziehungstrauma“ (Hirsch, 2004) und der deskriptiven Diagnosen von ICD-10 oder DSM aber

auch nach der Bedeutung des Körpergedächtnisses und dessen unterschiedlicher Einbeziehung. Gefragt wurde auch nach der Einbindung und dem zeitlichen Umfang von „Brainspotting“ (15 Minuten pro Sitzung, anschließende Stabilisierungsphase) und nach „Nebenwirkungen“ der Behandlungen.

Oliver Schubbe und Franziska Henningsen stellten ihre psychotherapeutische Arbeit sehr eindrucksvoll dar und konkretisierten auf Nachfrage ihr Vorgehen und die Grundlagen ihrer Ansätze.

### Literatur

- Henningsen, F. (2012). *Psychoanalysen mit traumatisierten Patienten. Trennung, Krankheit, Gewalt*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hirsch, M. (2004). *Psychoanalytische Traumalogie – Das Trauma in der Familie. Psychoanalytische Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schore, A. N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schubbe, O. (2004). *Traumatherapie mit EMDR. Ein Handbuch für die Ausbildung* (2). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schubbe, O. (2009). Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

## Noch Plätze frei für zwei bundesweit ausgeschriebene Fortbildungen

### Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

In Kooperation mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer und Xenion – Psychologische Beratungsstelle für Flüchtlinge – veranstaltet die Psychotherapeutenkammer Berlin ab Juni 2013 eine weitere curriculare Fortbildung zum Thema „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“.

[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

### Eltern-, Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie

Im Mai 2013 startet wieder ein Durchlauf der curricularen Fortbildung in Eltern-, Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie. Die Fortbildung wird in Kooperation mit der International Psychoanalytic University unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner durchgeführt.

[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

### Redaktion

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

### Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030 887140-0; Fax -40  
[info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)  
[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

## Steuerungsmodell für komplex psychisch behandlungsbedürftige Menschen in der Diskussion

### Wird Bremerhaven Modellregion?

Auf Einladung der Abteilung Gesundheit des Senators für Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen hat eine Projektgruppe um Prof. Steinhart vom Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. am 26.11.2012 vor zahlreichen Akteuren aus dem Gesundheits-

und Sozialbereich ein Modell zur „Entwicklung eines personenorientierten, umfassenden, sektorübergreifenden, nicht an Partikularinteressen gebundenen Steuerungssystems für die psychiatrischen Hilfen in einer Region des Landes Bremen“ (EpusS) vorgestellt. Die neue

Abteilungsleiterin Gesundheit, Dipl.-Psych. Silke Stroth, signalisierte das ausgeprägte Interesse des Ressorts, ein solches Modell zunächst für die Region Bremerhaven zu erproben, um es in einem späteren Schritt auf die Stadt Bremen auszudehnen.

### Welche Ziele verfolgt das vorgeschlagene Modell?

Kernelement dieses Projektes soll sein, die bisherige Steuerung psychiatrischer Hilfen über sozialrechtlich definierte Maßnahmen durch eine Steuerung von „Personen in der Zeit“ über zeitbasierte Komplexleistungspauschalen zu ersetzen. Zu Beginn sollen als Zielgruppe alle Patienten der beiden Diagnosegruppen Schizophrenie (F2) und Affektive Störungen (F3) genommen werden. Als Fernziel wird die Einbeziehung aller F-Diagnosen nach ICD-10 angestrebt. Bei Hilfeplanungen soll zukünftig nicht mehr in „Institutionen“ gedacht werden, sondern in „Funktionen“, die individuell zugeschnittene Behandlungsarrangements für eine jeweils nötige Zeitphase ermöglichen. Als Beispiele werden „komplexe ambulante Behandlung“, „komplexe intensive Behandlung im

Krankenhaus“, „geschützter Aufenthalt“, „Behandlung im Lebensumfeld“, „Rückzugsraum“ und „Krisenintervention“ genannt. Die Prozesssicherheit und Kontinuität des patientenbezogenen Managements wird über einen Fallmanager gestaltet. Das Modell geht davon aus, dass für eine größere Zahl der Patienten der Haus- oder Facharzt das Fallmanagement übernimmt. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass Psychotherapeuten in diesem Modell nicht oder nur randständig erwähnt werden. In der Ausgangsanalyse wird die schon mehrfach widerlegte These erneut kolportiert, Psychotherapeuten würden nur leichte psychische Erkrankungen behandeln. Bei steigendem Komplexitäts- und Intensitätsgrad des Hilfebedarfes soll dann ein ambulantes multi-

professionell zusammengesetztes „Gemeindepsychiatrisches Team“ (GT) unter Verweis auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ diese Funktion übernehmen. Das GT soll rund um die Uhr einsatzbereit sein, bei Bedarf mobil-aufsuchend im Sinne des „Home-Treatment“ tätig sein und sowohl die akute als auch die längerfristige Behandlung von Patienten mit schweren Erkrankungen und komplexen Problemen übernehmen. Einzugsbereich für ein GT soll ein Sozialraum von etwa 60.000 Einwohnern sein. Die Multiprofessionalität dieser Teams beschränkt sich allerdings auf psychiatrische Fachkrankenpflege, Sozialarbeit und bei Bedarf ärztliche Kompetenz, diese bei geringerem Bedarf nur in Form von Supervision.

### Einbezug von psychotherapeutischer Kompetenz fehlt

Auch hier wird die Einbeziehung psychotherapeutischer Kompetenz nicht mitgedacht. Wenn sie auftaucht, dann nicht als integrativer Bestandteil, sondern nur in Form eines Angebotes, das dazu geholt werden kann. Es fällt auf, dass kein

inhaltliches Konzept für die Tätigkeit dieser Teams vorgelegt wird. Hier zeigt sich ein großer Unterschied z. B. zu den in Finnland erprobten Modellen, in denen der integralen Einbeziehung psychotherapeutischer Kompetenzen eine hohe

Bedeutung beigemessen wird. Dass Diagnose, Behandlungsplanung und Therapie in Deutschland dem Approbationsvorbehalt unterliegen, scheint in dem Modell keine erwähnenswerte Bedeutung zu haben.

### Managementgesellschaften als neue „Player“?

Für die finanzielle Steuerung wird eine Festlegung auf fünf bis sechs zeitbasierten Komplexleistungspauschalen angestrebt,

die prospektiv festgelegt werden. Als Rechtsmodell wird eine Managementgesellschaft vorgeschlagen, die als GmbH &

Co. KG konzipiert wird. Gesellschafter mit starkem Einfluss werden die Leistungsträger, die das Geld einbringen, während

Leistungserbringer als Kommanditisten nur geringen Einfluss erhalten sollen. Es drängt sich der Verdacht auf, dass die inhaltliche Arbeit, also das, was Patienten für sich in Anspruch nehmen können, vorrangig dem Geld und nicht dem Bedarf folgen soll.

Ein wesentliches Problem des Modells liegt in der „psychiatrischen“ Ausrichtung. So ist durchgängig von „psychiatrischer Versorgung“ und „psychiatrischen Hilfen“ und nicht von der „Versorgung psychisch kranker Menschen“ die Rede. Entsprechend finden die Empfehlungen der S3-Leitlinien z. B. zur Behandlung von Schizo-

phrenien, in denen der Einbezug von Psychotherapie regelhafter Bestandteil ist, keine entsprechende Berücksichtigung. Völlig offen bleibt die Einbeziehung der niedergelassenen Psychotherapeuten, aber auch der niedergelassenen Psychiater. Insgesamt mutet es an, als ob an einen Umbau des Gesundheitswesens hin zu mächtigen Managementgesellschaften gedacht wird, denen der psychisch kranke Mensch gegenübersteht. Notwendig erscheint, stärker vom Patienten aus zu denken, ihn in seiner Verantwortung zu sehen und zu einem gemeinsamen Vorgehen im Sinne des „Shared Decision Making“ zu

gelangen, ein Modell der partnerschaftlichen Behandler-Patient-Beziehung, das gekennzeichnet ist durch einen gemeinsamen und gleichberechtigten Entscheidungsfindungsprozess.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen diskutiert diese Entwicklungen intensiv. Seine Mitglieder beteiligen sich im Landespsychiatrieausschuss, in dem die Kammer Gaststatus hat, und in verschiedenen Arbeitsgruppen des Ausschusses an den Diskussionsprozessen und bringen die Kompetenzen der Psychotherapeuten in kritischer Weise ein.

## Neujahrsempfang der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen

Wie in den Vorjahren haben die Kammern der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen am 16. Januar 2013 zum gemeinsamen Neujahrsempfang eingeladen. Gesundheitsminister Dr. Hermann Schulte-Sasse nutzte dieses Forum, um seine Schwerpunkte für die zweieinhalbjährige Amtszeit zu benennen, die ihm bis zur Neuwahl der Bürgerschaft bleiben. Nach dem Rücktritt der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Renate Jürgens-Pieper, war der frühere Gesundheitsstaatsrat im Dezember 2012 als Parteilooser zurück in die politische Verantwortung gekehrt. In seiner Rede hob er insbesondere die Förderung der Palliativmedizin und die wirtschaftliche Stabilisierung der kommunalen Krankenhäuser hervor. Er verwies zudem auf seine Tätigkeit als neutrales Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach seinem Ausscheiden als Staatssekretär. Schulte-Sasse wertete seine Berufung in dieses Gremium als Beleg dafür, dass er sowohl von der Kassen- als auch von der Seite der Leistungs-



*Sie nutzten den Jahresempfang zum Austausch: (von links) Dr. Richard Klämbt, Präsident der Apothekerkammer Bremen, Karl Heinz Schrömgens, Präsident der Bremer Psychotherapeutenkammer, Gesundheitsminister Dr. Hermann Schulte-Sasse, Dr. Jörg Hermann, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Dr. Heidrun Gitter, Präsidentin der Bremer Ärztekammer, Dr. Dirk Mittermeier, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, und Dr. Wolfgang Menke, Präsident der Zahnärztekammer Bremen.*

erbringer als verständiger Gesprächspartner gesehen wird. Darin sehe er eine gute Basis für ein kooperatives Zusammenwirken der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen.

Die Ansprache der Gastgeber, die zwischen diesen Jahren zu Jahr rotiert, hielt in diesem Jahr der Vorsitzende der KV Bremen, Dr. Jörg Hermann. Er ging auf die verschiedenen gesundheitspolitischen Entscheidungen ein, die 2012 getroffen worden waren.

## Bestandsaufnahme im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Bremen

Mit der zunehmenden Etablierung von Ganztagschulen sowie der Neuzulassung einer Reihe von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch der Zunahme kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen, die

nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung arbeiten, hat es einige Veränderungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gegeben. Ein erweitertes Therapieangebot steht dabei einem enger wer-

denden Zeitfenster für ambulante Therapien aufgrund der verlängerten Schulzeiten entgegen.

Die Kammer nimmt diese Veränderungen zum Anlass, die Versorgungssituati-

on für Kinder und Jugendliche im Land Bremen neu zu bewerten. Aus diesem Grunde fand Anfang des Jahres eine Befragung aller Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Psychologischen Psychotherapeuten statt, die mit Kinder- und Jugendlichen arbeiten. In die Erhebung wurden sowohl die niedergelassenen tätigen als auch die im Angestelltenbereich arbeitenden Kammermitglieder einbezogen. Die Ergebnisse dieser Umfrage werden auf dem PKHB-Forum zur Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapie vorgestellt, das am Dienstag, 16. April 2013, um 20 Uhr im Fortbildungszentrum der Ärztekammer an der St.-Jürgen-Straße beginnt. Zu dieser Veranstaltung wurden auch Kooperationspartner aus dem Kinder- und Jugendlichenbereich eingeladen, um deren Blick auf die Versorgung und die Zusammenarbeit in die Diskussion einzubeziehen. Dazu zählen Vertreter der Kinderärzte, der Kinder- und Jugendpsychiater, der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik.

Die Psychotherapeutenkammer Bremen lädt alle Kammermitglieder, die in diesem Feld arbeiten, zu der Forumsveranstaltung ein. Es sollen verschiedene Perspektiven der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen beleuchtet und Anstöße für den interdisziplinären Austausch und eine stärkere Vernetzung verschiedener Dienstleister gegeben werden. Insbesondere auch die neu approbierten und zugelassenen Kolleginnen und Kollegen sind herzlich eingeladen, sich an diesem Austausch zu beteiligen.

## Arbeitsgruppe „Psychotherapeutische Versorgung in Bremen“ hatte erstes Treffen

Nachdem der Kammervorstand im September vergangenen Jahres die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema „Psychotherapeutische Versorgung in Bremen“ beschlossen hatte, fand am 15. Januar 2013 nunmehr das erste Treffen der Gruppe in der Bremer Psychotherapeutenkammer statt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich nach Angaben von Koordinator Dr. Michael Tillmann auf ihrem Treffen insbesondere mit der Frage der Vernetzung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Bremen beschäftigt. In den nächsten Sitzungen sollen neben dieser

wichtigen Frage folgende Themen bearbeitet werden: Psychotherapie für Migranten bzw. ältere Menschen, Angehörige von psychisch Kranken (Demenzkranken), Einweisungsrecht in eine Psychosomatische bzw. Psychotherapeutische Klinik, Möglichkeiten der Krankschreibung aus psychischen Gründen, Verringerung von Wartezeiten durch bessere Vernetzung, 10-Punkte-Programm-Berlin, Daten zur Kostenerstattung in Bremen, Vermeidung von Fehlverteilungen, Behandlung im Lebensumfeld (*Home Treatment*) statt stationärer Behandlung, Bedeutung des zukünftig zu-

nehmenden psychotherapeutischen Bedarfs für die ambulante Versorgung in Bremen.

„Wir sind noch in einer Phase der offenen Diskussion. Die inhaltliche Ausrichtung steht noch nicht fest“, sagte Michael Tillmann nach dem ersten Treffen. Weitere Ideen und Mitarbeitende seien deshalb erwünscht. Kammermitglieder, die Interesse an einer Mitarbeit in der Gruppe haben, sind eingeladen, am 16. April 2013 um 20 Uhr in die Bremer Psychotherapeutenkammer, Hollerallee 22, zu kommen.

## Bremer AOK beendet Recherche bezüglich Posttraumatischer Belastungsstörung

In der Vergangenheit hatte die AOK Bremen/Bremerhaven regelmäßig Psychotherapeuten angeschrieben, wenn im Psychotherapieantrag die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) vergeben worden war. Das hatte folgenden Hintergrund: Zum einen hatte sie die Sorge, dass ihre Versicherten, die infolge einer Gewalttat oder eines Unfalls eine PTBS entwickelt hatten, in nicht ausreichendem Maße über weitergehende Hilfsmaßnahmen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) bzw. der Berufsgenossenschaften, sofern diese zuständig sind, informiert werden würden. Zum anderen spielten Kostenüberlegungen eine Rolle, nämlich dass in solchen Fällen das Versorgungsamt bzw. die Berufsgenossenschaften die Kosten der psychotherapeutischen Behandlung übernehmen. Dahinter stand die – nicht ganz unberechtigte – Annahme, dass

kassenzugelassene Psychotherapeuten nicht ausreichend über die Verpflichtung aus dem § 294a, SGB V informiert seien, nach dem Leistungserbringer die Kasse informieren müssen, wenn entsprechende Anhaltspunkte vorliegen, dass andere Kostenträger zuständig sind. Die Psychotherapeutenkammer Bremen (PKHB) hatte zunächst die Position vertreten, dass die Kasse nicht berechtigt ist, von sich aus ohne hinreichenden Grund eine solche Anfrage zu stellen. Die bloße Vergabe der Diagnose PTBS reiche dafür nicht aus. Allerdings hatte die Kammer auch die Notwendigkeit gesehen, ihre Mitglieder über die sozialrechtlichen Implikationen zu informieren. Vor diesem Hintergrund war Anfang 2011 ein ausführliches gemeinsames Informationsschreiben der AOK und der PKHB erarbeitet worden, in dem die verschiedenen Leistungen des OEG und

der Berufsgenossenschaften und die Wege der Beantragung dargestellt wurden. Dieses Schreiben legte die Kasse ihrem Anschreiben in der Folge bei. Betont wurde aber auch die besondere Verantwortung der Psychotherapeuten, sorgfältig die psychische Verfassung des Patienten bei der Information und Beantwortung zu berücksichtigen.

Diese Anschreiben hatten jedoch immer wieder zu Irritationen bei Psychotherapeuten geführt, insbesondere dann, wenn es nicht um akut Traumatisierte ging, sondern Gewalttaten lange zurücklagen. Auf Initiative von Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens kam es Ende Januar 2013 zu einem Evaluationsgespräch im Haus der AOK. Direktor Manfred Adryan und die Abteilungsleiter Herr Markus und Herr Blanke legten entsprechende Zahlen vor: Im Zeit-

raum 2011/12 gab es 323 Fälle, in denen die AOK Behandler angeschrieben hat. In 247 Fällen haben die Behandler verneint, dass die Erkrankung durch Dritte verursacht worden war. 36 Behandler haben die Anfrage auch nach Erinnerung nicht beantwortet, 34 Behandler gaben eine positive Antwort. In 27 Fällen wurde das Versorgungsamt eingeschaltet. Es kam in einem Fall zu einem positiven Bescheid des Amtes. Karl Heinz Schrömgens nutzte das Gespräch, um darauf hinzuweisen, dass es insbesondere bei länger zurücklie-

genden Gewaltereignissen häufig nicht möglich sei, monokausal Ursachen zu bestimmen.

Angesichts des geringen Erfolges und des hohen Verwaltungsaufwandes erklärte sich die AOK bereit, ab sofort auf diese Anschreiben zu verzichten. Die PKHB versicherte, ihre Mitglieder weiterhin über die verschiedenen Kostenträger zu beraten und sie anzuhalten, Patienten entsprechende Hilfestellungen zu geben bzw. darauf zu verweisen, dass Mitarbeiter der

AOK bereit sind, eventuelle Anliegen von Versicherten zu unterstützen, Leistungen nach dem OEG zu beantragen. Diese Hilfestellung würde individuell erfolgen. Auch zeigte sich die AOK bereit, gegebenenfalls für Fortbildungsveranstaltungen der PKHB zu diesen Themen Referenten zur Verfügung zu stellen. Die AOK plant einen Flyer, um ihre Versicherten über das OEG und mögliche Ansprüche daraus aufzuklären. Die PKHB sicherte ihre Bereitschaft zu, an diesem Flyer unter fachlichen Gesichtspunkten mitzuwirken.

## KV Bremen erklärt: Keine Praxisaufkäufe und Praxisstilllegungen mehr

Auf Initiative der PKHB haben sich Ende Januar die KV-Vorstände Dr. Jörg Hermann und Günter Scherer sowie Dr. Sylvia Helbig-Lang, Hans Schindler und Karl Heinz Schrömgens zu einem gemeinsamen Gespräch getroffen. Im Vordergrund standen dabei die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie und der Honorarbeschlüsse auf die psychotherapeutische Versorgung im Land Bremen.

Dr. Hermann informierte darüber, dass die Empfehlungen zur extrabudgetären Vergütung nun auch für Bremen einvernehmlich mit den Krankenkassen vertraglich geregelt seien. Beide Seiten zeigten sich mit diesem Ergebnis zufrieden, wenn es auch nicht gelungen war, Sondervereinbarungen zu schließen, um eine mögliche Quotierung der nicht genehmigungspflichtigen

Leistungen dauerhaft zu verhindern. Die Einzelvergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapiesitzungen und die garantierte Vergütung der probatorischen Sitzungen in voller Höhe führen dazu, dass das Morbiditätsrisiko für die Versorgung psychisch kranker Menschen mittels Psychotherapie nun bei den Kassen liegt und nicht mehr durch Verteilungskämpfe innerhalb der KV beeinflusst wird.

Vor diesem Hintergrund erklärte sich der KV-Vorstand bereit, ab sofort auf den Aufkauf und die Stilllegung psychotherapeutischer Praxen auf der Basis von § 105 Abs. 3, SGB V zu verzichten. Diesem in Deutschland einzigartigem Vorgehen der Bremer KV waren in den zurückliegenden Jahren nahezu 30 Praxen zum Opfer gefallen. Auch bei der Abgabe von Psychothe-

rapiepraxen durch Veräußerung seitens der Praxisinhaber sieht die KV keine Notwendigkeit, auf den Zulassungsausschuss Psychotherapeuten einzuwirken, um aus Versorgungsgründen eine Neuausschreibung zu versagen. Die Vertreter der PKHB wiesen auf die langen Wartezeiten (8,7 Wochen in Bremen und 9,3 Wochen in Bremerhaven) hin, die psychisch kranke Menschen in Kauf nehmen müssen, bevor ein psychotherapeutischer Erstkontakt stattfinden kann.

Darüber hinaus wurde über Möglichkeiten diskutiert, wie trotz der Engpässe der Zugang zur Psychotherapie im Interesse der Patienten effektiver gestaltet werden kann. Beide Seiten erklärten sich bereit, mögliche Konzepte zu prüfen und in die Versorgungsdiskussion einzubringen.

## Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:

*Dr. Sylvia Helbig-Lang, Helga Loest und Karl Heinz Schrömgens.*

### Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer Bremen  
Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Fon: 0421 – 27 72 000  
Fax: 0421 – 27 72 002

Verwaltung@pk-hb.de  
www.pk-hb.de  
Geschäftszeiten:  
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr  
Mi 13.00 – 17.00 Uhr  
Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr

## 11. Allgemeine Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Unter dem Titel *Psychotherapeutische Versorgung – Schnittstelle ambulant/stationär* hat am 5. Dezember 2012 in den Räumen des Ärztehauses die 11. Allgemeine Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg stattgefunden. Insbesondere konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an diesem Abend über die Anwesenheit der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Cornelia Prüfer-Storcks freuen, die durch ihren Impulsvortrag in das Thema einleitete und dabei viele Aspekte der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg beleuchtete. In der anschließenden Podiumsdiskussion vertraten Prof. Michael Sadre-Chirazi-Stark vom Asklepios Westklinikum und Prof. Thomas Bock vom Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf hierbei die Sichtweise der in der Klinik tätigen Kolleginnen und Kollegen, Dipl.-Psych. Hanna Guskowski brachte als Vorsitzende des Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kasenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) die Perspektive der im ambulanten Sektor tätigen Kammermitglieder ein. Sozialpädagoge Ralf Karsten Krüger berichtete als Vertreter der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) über Veränderungsnotwendigkeiten aus der Sicht von Patientinnen und Patienten. Fünf verschiedene Personen und fünf verschiedene



*v.l.n.r.: Prof. Hertha Richter-Appelt, Prof. Michael Sadre-Chirazi-Stark, Prof. Thomas Bock, Dipl.-Psych. Hanna Guskowski, Prof. Rainer Richter, Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks*

Sichtweisen, die es an diesem Abend möglichst gemacht haben, nicht nur Themen wie das Entlassungsmanagement in Kliniken und die bessere Vernetzung der Kliniken mit den ambulanten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie zwischen diesen und allen weiteren Hamburger Akteuren des Gesundheitswesens, sondern auch die Reform der Bedarfsplanung, die Reform der Psychotherapieausbildung sowie das zukünftige Berufsbild der Profession von unterschiedlichen Seiten zu durchleuchten. Neben den teilweise unterschiedlichen Standpunkten gab es

in der Diskussion auch eine deutliche Gemeinsamkeit: Die Schnittstelle ambulant/stationär muss verbessert werden!

Die angeregte Podiumsdiskussion wurde im Plenum intensiv verfolgt und durch diverse Wortmeldungen ergänzt. Eine effektive Weiterentwicklung der Schnittstelle ambulant/stationär, so das Resümee von Prof. Rainer Richter am Ende der Veranstaltung, ist für eine gute psychotherapeutische Versorgung von besonderer Wichtigkeit und erfordert weitere Anstrengungen bei allen Beteiligten.

## Zehn Jahre Psychotherapeutenkammer Hamburg! – Ehrung der Kammergründer und Kammeraktiven

Eine feste Institution in der Hamburger Gesundheitslandschaft – das ist die Psychotherapeutenkammer Hamburg heute, nach zehn Jahren des kontinuierlichen Aufbaus, der stetigen Entwicklung der Aufgabenfelder sowie der Professionalisierung und der Verstärkung der politischen Einflussnahme. Ein Prozess, der durch das Psychotherapeutengesetz 1999 angesto-

ßen wurde, aber auch in der im Jahr 2002 folgenden Gründung unserer Kammer seinen Ursprung fand. Neben gesetzlichen Vorgaben und deren praktischen Umsetzungen durch die Behörde wurde dies vor allem durch das ehrenamtliche Engagement und die Vision einer Anzahl engagierter Hamburger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angestoßen.

Um diese Leistungen entsprechend zu würdigen, fand am 18. Januar 2013 anlässlich des 10. Jubiläumsjahrs in den Räumen der Geschäftsstelle eine Feier zu Ehren derjenigen Kammermitglieder statt, die sich um den Aufbau und das Wirken der Kammer verdient gemacht haben. Nachdem die rund 40 Gäste bei einer Foto-Diashow die Stationen der vergangenen





*Gründungsmitglieder und Wegbereiter*

zehn Jahre Revue passieren lassen konnten, warf Kammerpräsident Prof. Dr. Rainer Richter, selbst engagierter „Aufbauer“ der ersten Stunde, in seiner Eingangsrede einen Blick zurück in die Anfangszeit. Mit Ausschnitten aus einem frühen Protokoll einer Vorstandssitzung des Errichtungsausschusses sorgte er für Heiterkeit, denn weder Form noch Länge des vorgetragenen Protokolls entsprachen der heute üblichen sachlichen Schreibweise. Besonders unterhaltsam waren die vom damaligen Protokollanten eingeschobenen Randbemerkungen, die einen Einblick in Atmosphäre und Umgangsformen der damaligen Gremiensitzungen gaben. Sie machten aber auch deutlich, dass die Errichtung der Psy-

chotherapeutenkammer samt all ihrer Rahmenbedingungen ein Kraftakt war, der durch kontroverse und zugleich ergebnisreiche Diskussionen und viel Geduld aller Beteiligten gemeistert wurde.

Prof. Richter ging in seiner Rede zudem auf die Entwicklung der Kammer bis zu ihrer heutigen Form, mit ihrem aktuellen Standing in Politik und Psychotherapeuten-schaft, ein und richtete seinen Blick ein wenig sorgenvoll in die Zukunft. Die Kammer habe in ihrer bisherigen Arbeit schon Vieles erreicht, müsse nun aber angesichts der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie oder auch der Reform der Psychotherapeuten-ausbildung erneut Kräfte sammeln und sich deutlich und vor allen Dingen einheitlich zu diesen brisanten Themen positionieren.

Die Kollegin Julia Rasch, damals Vorsitzende des Errichtungsausschusses, schlug in ihrer anschließenden Ansprache weniger politische Klänge an. Sie erinnerte an die menschliche Seite der Kammer sowie die Entwicklungen in der Ausrichtung der Psychotherapie, die man stetig kritisch hinterfragen sollte, um auch problematische ge-

sellschaftliche Entwicklungen, wie eine zunehmende Arbeitsbelastung in der Bevölkerung, in der richtigen Weise aufzufangen.

Diese und sicherlich viele weitere Themen boten dann bis spät in den Abend eine Fülle an Gesprächsstoff für die Gäste, wobei sicherlich das Wiedersehen mit Kolleginnen und Kollegen und Wegbegleitern aus der Aufbauzeit der Kammer eine noch größere Freude darstellte. Ein delikates Buffet rundete den Abend ab und unterstrich zudem die angenehme Atmosphäre.

Ein großer Dank gebührt all denjenigen Kolleginnen und Kollegen, die in den vergangenen zehn Jahren, aber auch in der Zukunft, mit ihrem ehrenamtlichen Engagement in den Gremien der Kammer zum Wachstum und zur öffentlichen Anerkennung unserer Profession beitrugen und beitragen werden. Es ist auch ihrer motivierten und verlässlichen Mitarbeit zu verdanken, dass unsere Kammer zu einer effizienten berufsständischen Vertretung und einem unübersehbaren Akteur auf der gesundheitspolitischen Bühne Hamburgs herangewachsen ist.

## Die Kammer sind Wir! – Veranstaltungsreihe der Psychotherapeutenkammer Hamburg

### **Berufsausübungsgemeinschaft oder Einzelpraxis – Information, Pro & Contra**

Im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Die Kammer sind Wir!“ fand am 16. Januar 2013 eine Informationsveranstaltung zum Thema „Berufsausübungsgemeinschaft oder Einzelpraxis – Pro & Contra“ statt. In den Räumen des Ärztehauses in der Humboldtstraße versammelten sich an diesem Abend zahlreiche interessierte Kammermitglieder, um Näheres über die Vor- und Nachteile von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) im Vergleich zur Gründung einer Einzelpraxis zu erfahren.

Die Kollegen Dipl.-Psych. Claus Gieseke und Dipl.-Psych. Anja Helberg, beide auch Delegierte der Kammerversammlung, gestalteten als Projektleiter den Abend. Nach einem einleitenden Überblick von Anja Helberg über Aufgaben und Merkmale ei-



*Projektleiter Claus Gieseke und Anja Helberg*

ner psychotherapeutischen Praxis stellte Claus Gieseke in seinem ausführlichen Referat die unterschiedlichen Modelle des Job-Sharings, der örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sowie die Form der Partnergesellschaft vor. Als persönliche Erfahrungsquelle berichteten die Kammermitglieder Dipl.-Psych. Manfred Burmeister und Dipl.-Psych. Cornelia Bothe aus ihrem Praxisalltag in verschiedenen BAG. Frau Bothe teilte ihre Eindrücke, Erfahrungen und ihr Wissen mit

den Anwesenden, das sie anlässlich ihrer erst kürzlich erfolgten Übernahme eines halben Kassensitzes sammeln konnte; sie konnte motivieren und Tipps geben. Auch Herr Burmeister berichtete aus seinen eigenen vielfältigen Erfahrungen, da er in der Vergangenheit an der Gründung von BAG in verschiedenen Formen beteiligt gewesen ist, und beantwortete viele der aus der Zuhörerschaft aufgeworfenen Fragen.

Angesichts der großen Teilnehmerzahl und der zahlreichen interessierten Nachfragen und Diskussionsbeiträge aus dem Publikum lässt sich resümieren, dass das Thema Berufsausübungsgemeinschaft für unsere Kammermitglieder offensichtlich wichtig und aktuell ist. Die vermittelten Sachinformationen und der Austausch über Erfahrungen aus der Praxis waren sehr hilfreich, um einen guten Überblick über Wege zur Gründung und die Vor- und Nachteile einer Berufsausübungs-

gemeinschaft, im Vergleich zur Gründung einer Einzelpraxis, zu erhalten.

Wegen der großen Nachfrage fand deshalb am 20. Februar 2013 eine Wiederholung dieser Veranstaltung statt.

Ein herzlicher Dank geht an die Projektleiter und Referenten, die diese beiden Veranstaltungen im Rahmen ihres Ehrenamtes ermöglicht haben.

### Praxisübergabe und Praxisnachfolge

Nicht nur politisch hochaktuell und durch die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung sowie der veränderten Zulassungsbedingungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) interessant, sondern auch angesichts der Altersstruktur der Hamburger Psychotherapeutenkammer, ist die Praxisübergabe und Praxisnachfolge unter den Mitgliedern der Psychotherapeutenkam-

mer Hamburg ein gefragtes Thema. Der Andrang zur Info-Veranstaltung aus der Reihe „Die Kammer sind Wir!“, die genau dieses Thema am Abend des 25. Januar 2013 aufgriff, war groß und zeigte damit zum einen die Informationslücke im Allgemeinen – und speziell auf die neuesten Entwicklungen bezogen –, zum anderen aber auch, dass viele approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich die Möglichkeit erhofften, Ratschläge sowie Kontakt zu Praxisabgebern zu bekommen, um lange Wartezeiten auf einen ganzen oder halben KV-Sitz zu umgehen. Umso bedeutsamer waren deshalb die Präsentationen, Tipps und Fachinformationen der geladenen Referentinnen und Referenten: Juristin Dr. Kathrin Nahmmacher, Steuerberater Stephan Blöcker und Kollege Dipl.-Psych. Claus Gieseke. Der anschließende Austausch in kleineren Arbeitsgruppen, in denen sich die Teilnehmer noch detaillierter über die zuvor vor-



Projektleiterin und Referenten des Abends

gestellten Themen KV-Zulassung, rechtliche und steuerliche Aspekte einer Praxisübergabe, Formen der Weitergabe von Kassensitzen miteinander unterhalten konnten, bildete zusammen mit einem kleinen Imbiss den Abschluss eines gelungenen Abends. Die Veranstaltung wird wegen der großen Nachfrage am 5. April 2013 wiederholt.

Ein herzlicher Dank geht an die beiden Projektleiterinnen, Dipl.-Psych. Gerda Krause und Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu, die diese Veranstaltung auf ehrenamtlicher Basis ermöglicht haben.

## Fortbildungsveranstaltung zum Thema Akuttraumatisierung bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Großschadensereignissen und im Einzelkontext

Die AG Notfallpsychotherapie der Psychotherapeutenkammer Hamburg ist im Rahmen der PSNV (Psychosozialen Notfallversorgung) Ansprechpartner und Koordinator für die notwendige psychotherapeutische Hilfe bei Ereignissen, die für Einzelne oder für Gruppen schwer traumatisierend wirken. Mithilfe einer Liste von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die sich für diese Arbeit zur Verfügung stellen, kann die AG Notfallpsychotherapie rasche psychotherapeutische Hilfe organisieren.

Um mit traumatisierten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, bedarf es einer jeweils besonderen Qualifizierung und der besonderen Beachtung der eigenen Psychohygiene. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg versucht diesem Aspekt Rechnung zu tragen, indem sie teilnehmerzentrierte Fortbildungen anbietet. Für eine Fortbildung zum Thema Akuttraumatisierung bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Großschadensereignissen und im Einzelkontext konnte Dipl.-Psycho-

login Sylvia Wunderlich gewonnen werden. Sie arbeitet als Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis mit Kassenzulassung für Erwachsene und Kinder und Jugendliche in Erfurt. Durch ihre Arbeit als Traumatherapeutin bei der Behandlung der Schüler und Lehrer des Gutenberg-Gymnasiums in Erfurt konnte Sylvia Wunderlich ihre praktischen Erfahrungen in der Akutversorgung und in der längerfristigen traumatherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vertiefen. Einer ihrer Arbeitsschwerpunkte liegt in der kombinierten neuropsychologisch-traumatherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nach Verkehrsunfällen und anderen Unfall- oder Überfallereignissen, aber auch bei schweren körperlichen Erkrankungen.

Die eintägige Fortbildungsveranstaltung, die am 18. November 2012 in den Räumen der Hamburger Psychotherapeutenkammer stattfand, ermöglichte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen gründlichen Überblick über die Theorien und Methoden der Notfallpsychotherapie für Betroffene, Angehörige und Helfende.

Die Erscheinungsbilder akuter Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, die Diagnostik, die Unterscheidung von Notfallintervention und früher Intervention und die Besonderheiten bei Großschadensereignissen waren dabei wichtige Themen.

Den größten Raum nahmen aber die praktische Arbeit mit Fallbeispielen ein, bei deren Bearbeitung die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Vorgehen in der Versorgung akut traumatisierter Menschen ebenso wie spezifische Interventionsstrategien in der Frühintervention üben konnten.

Dass alle drei Fortbildungstermine kurz nach Veröffentlichung ausgebucht waren, spricht für sich und zeigt, wie hoch der diesbezügliche Bedarf ist. Die Folgetermine der KJP-Notfall Fortbildung finden am **Samstag, 23. März 2013** sowie am **Samstag, 14. September 2013** in den Räumen der Geschäftsstelle, Hallerstraße 61, statt. **Restplätze** gibt es jedoch nur noch für die Veranstaltung im September. Eine Anmeldung über [info@ptk-hamburg.de](mailto:info@ptk-hamburg.de) ist notwendig.

## Netzwerk Asperger-Syndrom – Hilfe auch für Erwachsene

Kennen Sie das Asperger-Syndrom? Wissen Sie, wie man es diagnostiziert, welche besonderen Symptome und Ausprägungen es hat?

Wenn Sie diese Fragen mit einem Nein beantworten, dann sind Sie damit nicht allein. Das Asperger-Syndrom, das zu den „Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (ICD-10 F84.0) und damit zum Spektrum des Autismus gehört, ist in fachärztlichen und psychotherapeutischen Kreisen immer noch wenig bekannt. Im Psychologie-Studium und in der psychotherapeutischen Ausbildung tauchen Autismus und das Asperger-Syndrom häufig nicht in den Curricula auf. Dabei liegt laut aktuellen Studien die Prävalenz der Autismus-Spektrum-Störungen bei 0,5-1%, so die Psychologische Psychotherapeutin Brit Wilczek in ihrem Bericht zur Versorgungslage hinsichtlich störungsspezifischer Diagnostik und Psychotherapie für Erwachsene mit Autismus/Asperger-Syndrom.

Was machen dann aber die Menschen, die vom Asperger-Syndrom betroffen sind? Die Therapie wird abgebrochen oder in der Hoffnung weitergeführt, dass es „schon irgendwann besser wird“. Aber das Erleben, „nicht ganz verstanden zu werden“ oder anders ausgedrückt „das Misslingen des Anderen“ (Fachtagung Rottenburg 2010) wächst auf beiden Seiten und hinterlässt sowohl beim Patienten als auch beim behandelnden Therapeuten ein Gefühl der Unsicherheit bzw. der Frustration, schreibt Brit Wilczek weiter. Das leidvolle und störungsspezifische Empfinden von „Anders-Sein“, „Unverstanden-Sein“ und von Erwartungshaltungen, die – scheinbar – aus eigenem Unvermögen oder aus einem unterstellten Mangel an Bereitschaft nicht erfüllt werden können, gehören dabei zur Symptomatik des Asperger-Syndroms. Doch was genau charakterisiert dieses nun?

Das Asperger-Syndrom als eine tiefgreifende Entwicklungsstörung betrifft zum einen die Funktionen der Wahrnehmungsverarbeitung und zum anderen soziale Fähigkeiten wie spontane Empathie und Steuerung der sozialen Interaktion. Es werden störungsspezifische Bewältigungsstrategien

wie die Herausbildung von Spezialinteressen, Ordnungssystemen, Gleichhaltungstendenzen und stereotype Verhaltensweisen bis hin zu motorischen Manierismen entwickelt, die allerdings individuell sehr unterschiedliche Ausprägungen aufweisen.

**Wahrnehmungsverarbeitung:** Aufgrund mangelnder bzw. fehlender Filterfunktionen strömt auf einen Menschen mit Asperger-Syndrom – insbesondere zu Beginn seiner Entwicklung – eine enorme Fülle von Reizen ein. Der Asperger-Autist kann sich von seinen viel genaueren Eindrücken der Realität nicht lösen, kann sie zu keinem einheitlichen Bild integrieren, auch wenn er dies mit großer intellektueller Anstrengung versucht. Das wahrgenommene Chaos kann nur durch teilweisen Rückzug bzw. Konzentration auf bestimmte, gleichbleibende bzw. klar strukturierte, wiederkehrende Reizmuster ansatzweise bewältigt werden. Asperger-Autisten leiden demzufolge einerseits an dekompensierenden Folgen chronischer Überforderung, wie ausgeprägten Ängsten und Aversionen, und entwickeln andererseits eigenwillige Spezialinteressen. Der Asperger-Autist lässt sich beschreiben als eine Person, „die die Welt anders als andere betrachtet“ (Attwood, 2008, S.15).

**Besonderheiten in der sozialen Interaktion:** Das Asperger-Syndrom geht mit einer gravierenden Einschränkung der sozialen Wahrnehmung sowie der Fähigkeit zur Deutung sozialer Signale einher. In den unterschiedlichen theoretischen Konzepten zur Asperger-Störung werden vor allem ein Defizit an kohärenter Konstruktion des Anderen und der Mangel, eine „Theory of Mind“ (ToM) zu bilden, beschrieben. „Theory of Mind“ beschreibt die Fähigkeiten, Gedanken, Überzeugungen, Wünsche und Absichten anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen, um deren Verhalten einschätzen und um vorhersagen zu können, was sie als Nächstes tun werden.“ (Attwood, 2008, S. 143). Andere werden demnach als bedrohlich erlebt und Begegnung vermieden. Dadurch misslingt es Menschen mit Asperger-Syndrom schon früh, eine sichere Bindung bzw. gute innere Objekte aufzubauen. Asperger-Autisten sind zwar durchaus fähig, Emotionen bei sich und anderen wahrzu-

nehmen, aber es ist ihnen nahezu unmöglich, daraus ein kohärentes Bild ihres Gegenübers zu entwickeln. Aus der Unfähigkeit, emotionale und soziale Signale des Gegenübers richtig zu deuten und angemessen zu reagieren, ergibt sich eine angstvolle soziale Orientierungslosigkeit, die meist entweder mit Vermeidungsverhalten oder mit übertriebener Selbstbezogenheit und sozialem Kontrollbedürfnis kompensiert wird.

**Besonderheiten im Denken und Lernen:** Menschen mit autistischen Störungen denken meist ausgesprochen logisch und verfügen nicht selten über ein außergewöhnliches Gedächtnis. Beide Fähigkeiten sind eine wertvolle Ressource, können jedoch in der Interaktion und Kooperation mit ihren Mitmenschen wegen der begrenzten Fähigkeit der Autisten zu wechselseitigem Gespräch und ihrer Neigung zu langen Monologen über Spezialthemen zum Problem werden. Aufgrund eines Bedürfnisses nach Exaktheit und Vollständigkeit und einer mangelnden Fähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, neigen Asperger-Autisten zu Perfektionismus. Daraus resultiert häufig eine Einschränkung bei der sinnvollen Planung und Ausführung von Alltagshandlungen, sie fühlen sich vom eigenen Anspruch oft überfordert oder gelähmt.

Schreitet die Aufklärung des Asperger-Syndroms in den letzten Jahren im Kinder- und Jugendbereich weiter fort, sind es vor allem Erwachsene, die mit ihrem spezifischen Störungsbild kaum geeignete Hilfe finden.

In Hamburg formiert sich nun das Netzwerk Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter, das das Informationsdefizit und den Versorgungsengpass bezüglich des Asperger-Syndroms verbessern und ein regionales Netzwerk von fachlich qualifizierten Ärzten und Psychotherapeuten spannen möchte. **Weitere Informationen unter:** [www.autismus-institut.de](http://www.autismus-institut.de).

### Geschäftsstelle

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax 040/226 226 089  
Internet: [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de)  
E-Mail: [info@ptk-hamburg.de](mailto:info@ptk-hamburg.de)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

über 30 Jahre gab es in Hessen keine geschlossene Heimerziehung, in der Presse oft als „Kinderknast“ bezeichnet. Kinder unter 14 Jahren und damit rechtlich schuldunfähig, die Straftaten begingen und für die das geschlossene Heim *ultima ratio* war, wurden in anderen Bundesländern untergebracht. Nach wie vor ist das erzieherische Konzept umstritten. Studien des Deutschen Jugendinstituts legen nahe, dass die vom Familiengericht wegen Selbst- oder Fremdgefährdung angeordnete



Alfred Krieger

freiheitsentziehende Maßnahme eben kein „Knast“ sein muss und für manche Kinder Chancen bietet. Das hängt im Kern davon ab, ob es gelingt, eine stabile Beziehung zwischen Kind und Betreuern zu entwickeln.

Im Oktober 2012 eröffnete in Sinntal im Main-Kinzig-Kreis eine „intensivpädagogische Wohngruppe“ mit geschlossener Unterbringung. Drei Kinder sind derzeit in dem für acht Kinder konzipierten Haus für bis zu zwei Jahre untergebracht. Ich habe mit Frau Sartorius und Herrn Dr. Ochs diese Einrichtung im Januar besucht. Wir waren überrascht, dass neben der sozialpädagogischen, psychologischen und psychiatrischen Betreuung kein originär psycho-

therapeutisches Angebot außerhalb der Institution vorgesehen ist.

Das Problem der Kinder scheint mir nicht die vorübergehende Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu sein, die sie nach einem Stufenplan zurückgewinnen können. Der Wunsch der Kinder nach einem Ort für sich, nach Intimität scheint groß zu sein. In einer Psychotherapie könnten die Kinder etwas von sich vor den Erwachsenen und den anderen Kindern „wegsperrern“ und könnten innere Freiheit und Sicherheit trotz oder gerade wegen der äußeren Einschränkung entwickeln.

Es grüßt sie herzlich

Alfred Krieger

## Mehr Therapie, mehr Sicherheit!

Einen Therapieplatz zu finden ist für viele Menschen schwierig, insbesondere für ehemalige Sexualstraftäter. Dies soll sich nun ändern. Eine gemeinsame Kooperation der Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen) mit dem Verein „Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.“ ([www.fbh-ev.de](http://www.fbh-ev.de)) und dem Hessischen Ministerium für Justiz unterstützt therapieorientierte ehemalige Sexualstraftäter. Ziel der konzertierten Initiative ist es, den ca. 125 erwachsenen Sexualstraftätern in Hessen eine verbesserte Versorgung mit Psychotherapie zu gewährleisten.



Yvonne Winter

Wissen stellt die Grundbedingung für eine wissenschaftlich fundierte und qualifizierte Psychotherapie dar. Zu den Eckpunkten des Kooperationsprojektes gehören regelmäßige, spezifische Fallsupervisionen durch erfahrene Supervisoren, zusätzlich ist eine spezielle curriculare Fortbildung für die Psychotherapie mit Sexualstraftätern geplant. Für die Teilnahme an dieser Fortbildung sowie an speziellen Fachtagungen der Bewährungshilfe wurden Zuschüsse durch die Kooperationspartner in Aussicht gestellt. Besonders für approbierte Kollegen ohne Kassenzulassung könnte dieses Tätigkeitsfeld von Interesse sein. Rechtlich gesehen unterliegt die psychotherapeutische Betreuung von ehemaligen Sexualstraftätern nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen, sondern dem Bewährungsrecht. Deshalb wird die Finanzierung des Projektes über die Bewährungshilfe gewährleistet. Die Honorierung der Therapiesitzungen orientiert sich am üblichen Stundensatz einer GKV-Behandlung und kann auch darüber liegen.

Die in der Bevölkerung weit verbreitete Angst vor Sexualstraftätern entspricht nicht den realen Zahlen, sie wird vielmehr durch intensive Medienberichterstattung beeinflusst. Tatsächlich beträgt der Anteil der Sexualstraftaten nur 0,8% an allen Delikten. Eine wissenschaftlich fundierte und qualifizierte therapeutische Tätigkeit, die die Zahl der Wiederholungstaten senkt und damit präventiv wirkt, hat eine hohe berufspolitische und gesellschaftliche Relevanz. Deswegen fördert die LPPKJP Hessen diese Zusammenarbeit nachdrücklich. Sie sichert damit zugleich ein umfassendes Tätigkeitsfeld für ihre Mitglieder und schafft darüber hinaus Qualitätsstandards auf wissenschaftlich-heilkundlichem Niveau.

Die LPPKJP Hessen, der Verein für Bewährungshilfe und das Justizministerium führen am 23.8.2013 im Saalbau Gutleut in Frankfurt am Main eine Veranstaltung zu ihrem Kooperationsprojekt durch. Näheres wird rechtzeitig angekündigt.

Yvonne Winter  
(Mitglied des Vorstands)

## Psychotherapie in Deutschland – etwas Besonderes?

Am 18. und 19.01.2013 fand in Frankfurt am Main eine gemeinsame Fachveranstaltung mit dem Titel „Psychotherapie in Deutschland – etwas Besonderes? Vielfalt, Spezialisierung, Rationierung“ der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen) statt. Damit konnte zum dritten Mal ein gemeinsamer Fachtag beider Kammern für die in der Psychotherapie tätigen Kolleginnen und Kollegen vom „Gemeinsamen Beirat“, einem Gremium der LPPKJP Hessen und der LÄKH, veranstaltet werden. **Martin Franke**, PP und einer der Vorsitzenden des Gemeinsamen Beirats, eröffnete diesen mit 170 Interessierten gut besuchten Fachtag. Er betonte in seinen Eröffnungsworten auch die gute Zusammenarbeit zwischen den beiden Kammern, die eine wichtige Grundlage sei, um auf die zukünftigen Herausforderungen der psychotherapeutischen Versorgung gemeinsam einwirken zu können.

### Psychotherapie in der Psychosomatik

Den öffentlichen Vortrag am Freitagabend bestritt **Prof. Dr. Peter Joraschky** aus Dresden, moderiert von **Dr. Wolfgang Merkle**. Prof. Joraschky zeichnete den psychotherapeutischen „Sonderweg“ und dessen historische Entwicklung in Deutschland, besonders auch innerhalb der psychosomatischen Medizin, nach. Hierbei verwies er auf die „Weltmarktführerposition“ der Psychotherapie im internationalen Vergleich. Zudem nannte Joraschky nochmals empirische Versorgungsforschungsdaten zur Psychotherapie und erinnerte an eine Untersuchung von Zielke, nach der ein Euro Investition in stationäre Psychotherapie zwei Euro Folgekosten spart. Abschließend plädierte er für eine multimodulare anstelle einer verfahrensbezogenen Psychotherapie.

Den Samstag eröffnete **Jochen Klauenflügel** als ärztlicher Vorsitzender des Gemeinsamen Beirats. Ebenso sprachen die beiden Kammerpräsidenten **Alfred Krieger** (LPPKJP Hessen) und **Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach** (LÄKH) Grußworte, die auf der Homepage der Kammer nachgelesen werden können ([www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)).

### Allgemeine Wirkprinzipien relevanter als Verfahrensbezogenheit



*Prof. Dr. Jürgen Kriz referiert zur Verfahrensvielfalt in der Psychotherapie.*

Den ersten Vortrag am Vormittag hielt **Prof. Dr. Jürgen Kriz**, Osnabrück, moderiert von **Else Döring**. Er referierte zur Vielfalt der Methoden in der Psychotherapie und zitierte eine Untersuchung von Cock et al. (2010), nach der nur 2% der befragten Psychotherapeuten sich eindeutig einem einzigen Psychotherapieverfahren zuordnen. Diese Ergebnisse seien u. a. Hinweise darauf, dass allgemeine Wirkfaktoren, wie etwa die Wirkprinzipien von Klaus Grawe, relevanter seien als der Verfahrensbezug.

### Zur Bedeutung der Psychagogik im letzten Jahrhundert



*Prof. Dr. Ulrich Müller hebt die Bedeutung der Pädagogik für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen hervor.*

**Prof. Dr. Ulrich Müller**, Mitglied des Vorstands der LPPKJP Hessen und Lehrender an der Hochschule Hannover, trug als zweiter Hauptreferent am Samstag vor. Sein Vortrag, der von **Prof. Dr. Frank Dammasch** moderiert wurde, hatte den Titel „Die Zukunft liegt bei den Kindern“. Müller verdeutlichte unter anderem die historische und fachliche Bedeutung der Pädagogik

und der Erziehungswissenschaften für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

### Ethische Dimensionen des Psychotherapeutischen Gesprächs



*Prof. Dr. Giovanni Maio spricht zur Ethik des psychotherapeutischen Gesprächs.*

**Prof. Dr. Giovanni Maio** aus Freiburg widmete sich ethischen Fragen zur Rationierung von Psychotherapie. Hierbei appellierte er, den Ethos des Heilens und des psychotherapeutischen Gesprächs nicht der Logik des Managements, der Ökonomisierung und der Rationierung zu opfern. In neun Thesen erläuterte er diese Fragestellungen eindrucksvoll aus einer philosophischen Perspektive.

Am Nachmittag fanden fünf Workshops statt. **Prof. Dr. Joraschky** stellte in seinem Workshop die Frage „Warum gibt es die Psychosomatik?“. **Prof. Dr. Elmar Brähler** (Leipzig) zeigte mit eigenen Studien, wie sich die ambulante psychotherapeutische Versorgung aus der Sicht der Patienten darstellt. Das Thema „Psychotherapie in der Psychiatrie“ behandelte **Prof. Dr. Martin Ohlmeier** (Kassel). Versorgungsfragen von Kindern in Familien mit psychischen Erkrankungen beleuchteten **Ariadne Sartorius** (Mitglied des Vorstands der LPPKJP Hessen) und **Dr. Matthias Ochs** (Wiesbaden/Heidelberg). Aus genderspezifischer Sicht betrachtete **Dr. Hans-Geert Metzger** die Rolle von Jungen und Männern in der Psychotherapie.

*Ariadne Sartorius  
(Vorstandsmitglied),  
Dr. Matthias Ochs  
(wissenschaftlicher Referent)*

## Sexuelle Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend

Am 16.11.2012 fand im Gallus-Saalbau in Frankfurt am Main eine mit rund 170 TeilnehmerInnen gut besuchte Fachveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen) in Kooperation mit dem Hessischen Sozialministerium (HSM) zum Thema „Sexuelle Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend“ statt, die von **Dr. Heike Winter**, Vizepräsidentin der LPPKJP Hessen, eröffnet wurde.

### Hohe Dunkelziffer und Einladung zur Kooperation für PsychotherapeutInnen

**Angela Wagner** von der Frankfurter Beratungsstelle Frauennotruf eröffnete ihre Ausführung mit einigen Zahlen; laut einer repräsentativen Befragung hätte jede siebte Frau mindestens einmal in ihrem Leben Erfahrung mit schwerer sexualisierter Gewalt gemacht. In Deutschland gebe es im Schnitt 8.000 Vergewaltigungen im Jahr, wobei die Dunkelziffer wesentlich höher liege, da man schätze, dass nur jede zwanzigste Vergewaltigung gemeldet würde. Die biopsychosozialen Folgen für die Mädchen und Frauen seien aber unabhängig davon oft schwerwiegend und langanhaltend. Wagner appellierte abschließend an die anwesenden PsychotherapeutInnen, sich bei der Beratungsstelle Frauennotruf zu melden, wenn sie bereit sind, diese oft traumatisierten Klientinnen zu behandeln, und ermutigte dazu.

### Juristische Hintergrundinformationen für PsychotherapeutInnen

Die Frankfurter Rechtsanwältin **Marianne Grahl** referierte zu wichtigen juristischen Aspekten und Hintergrundinformationen für PsychotherapeutInnen und BeraterInnen. Konkret sprach sie über Straftatbestände, Strafrechtliche Verjährung, Grundsätze und Verlauf des Strafverfahrens, Rechte und Pflichten der Betroffenen,

Schweige-/Aussagepflicht der Beraterin/Therapeutin sowie zu Schadensersatz und Schmerzensgeld. Was die Grundsätze des Strafverfahrens betrifft, machte sie darauf aufmerksam, dass das Legalitätsprinzip gilt – d. h., dass Staatsanwaltschaft und Polizei tätig werden müssen, wenn aufgrund konkreter Tatsachen der Anfangsverdacht einer Straftat besteht. Für Betroffene bedeutet dies, dass eine „Anzeigeerstattung“ Ermittlungstätigkeit und Strafverfolgung auslöst – unabhängig vom Willen der Betroffenen. Auch sei es wichtig, so Grahl, dass sich Betroffene darüber klar sind, dass im Zweifel für den Angeklagten entschieden werde, also Freispruch, wenn das Gericht nicht voll überzeugt ist, dass der Angeklagte die vorgeworfene Tat begangen hat.

### Erschütterung des Vertrauens in zwischenmenschliche Interaktionen bei Betroffenen

**Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner**, Lehrende für Klinische Psychologie und Soziale Arbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin, trug zu psychotherapeutischen Behandlungsansätzen für betroffene Jugendliche vor. So seien folgende traumatherapeutische Ansätze gut evaluiert: Exposition, kognitive Verfahren, EMDR (konfrontativ); KIDNET (narrative Expositionstherapie für Kinder); Trauma Systems Therapy (systemisch); PITT, MPTT (psychodynamisch imaginativ); Ego-State-Therapie (hypnotherapeutisch); EFT (integrativ-kreativ). Wichtige Ziele der Psychotherapie bei sexualisierter Gewalt seien Selbstwirksamkeit und Selbstakzeptanz, Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierung, Beziehungsregulation und Bindungsfähigkeit. Gahleitner betonte vor allem den letztgenannten Aspekt, nämlich Betroffene dabei zu unterstützen, das Vertrauen in zwischenmenschliche Interaktionen zurückzugewinnen – und hierfür neben der therapeutischen Beziehung soziale Netzwerke aufzubauen.

### Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) der PTBS – eine wirksame stationäre Intervention

**Dr. Regina Steil** von der „Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Goethe Universität, Frankfurt am Main, stellte psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) nach sexualisierter Gewalterfahrung in der Kindheit vor. Einführend teilte sie Effektstärken zu Meta-Analysen zu Psychotherapie bei PTBS mit: Diese liegen je nach Meta-Analyse und Behandlungsansatz zwischen 0.72 und 1.51, also vorwiegend im hohen bis sehr hohen Bereich. Ausführlicher stellte Steil die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) der PTBS als zwölfwöchige stationäre Intervention vor; deren Ziel sei, Patienten zu ermöglichen, trauma-bezogene und andere schmerzliche Emotionen willentlich aktivieren, aushalten und abschwächen zu können.

### Probleme des begleiteten Umgangs und partielle Schweigepflichtentbindung von PsychotherapeutInnen

In der abschließenden Podiums- und Plenumsdiskussion, die von der Journalistin der Frankfurter Rundschau **Jutta Rippegather** geleitet wurde, die auch zuvor die Referentinnen anmoderierte, wurde auf das Problem des begleiteten Umgangs zwischen Tätern und Opfern eingegangen sowie auf die Möglichkeit und Nützlichkeit der partiellen Schweigepflichtentbindung von PsychotherapeutInnen. Abschließend wurde der Konsens formuliert, dass die notwendige und hilfreiche Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen, zu der die sehr erfolgreiche Fachveranstaltung einen bedeutsamen Schritt darstelle, noch intensiviert werden solle.

*Dr. Matthias Ochs  
(wissenschaftlicher Referent)*

## Die Ständige Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten

Bei der Gründung der LPPKJP Hessen wurde zur Repräsentation des 2. Heilberufes

mit der Ständigen Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin-

nen/-therapeuten (KJP-AG) eine besondere Form gewählt. Die in den Ausschüssen

und im Vorstand vertretenen KJP können in der KJP-AG die relevanten KJP-Themen diskutieren und sich damit gegenseitig unterstützen. So wurden in der Berufsordnung spezifische Regelungen für die Behandlung minderjähriger Patientinnen und Patienten entwickelt, die auch in die Musterberufsordnung eingeflossen sind. Besonderheiten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind immer wieder Thema im Ausschuss Beschwerde und Schlichtung, z. B. wegen der Nichteinbeziehung des sorgeberechtigten, aber getrennt lebenden Elternteiles. Angesichts des neuen Patientenrechtegesetzes tauchen KJP-Fragestellungen auf: Ab wann können Jugendliche einen Behandlungsvertrag schließen? Wer darf Einsicht in die Patientenakte nehmen, gerade bei strittigen Trennungsfällen oder bei Verdacht auf Missbrauch? Wie kann die Schweigepflicht gegenüber den Patienten trotz des Einsichtnahmerechts der Sorgeberechtigten gesichert werden?

Oft werden aktuelle gesellschaftspolitische Themen aufgegriffen. So wurde die Umstellung der Gymnasialzeit auf G8 kritisch reflektiert und auf mögliche negative Folgen für die seelische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen hingewiesen. Fragen des Kinderschutzes haben uns wiederholt beschäftigt. In der 2012 verabschiedeten Spielhallenverordnung hätten wir uns bessere Regelungen zur Suchtprävention bei jugendlichen Nutzerinnen und Nutzern ge-

wünscht. Bei den Frühen Hilfen in Hessen werden aus unserer Sicht psychotherapeutische Angebote zu wenig einbezogen. Hinsichtlich neuer Präventionsangebote wurden in der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE) Themen zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eingebracht. Intensiv wurde die Debatte um eine Regelung der Beschneidung minderjähriger Jungen geführt. Die Frage, welche Position stärker zu gewichten sei, die des Schutzes vor einem körperlichen Eingriff ohne medizinische Indikation oder die Ausübung religiöser Rituale, fand auch in unserer Gruppe kein einheitliches Votum.

Bei den Hessischen Psychotherapeutentagen (HPT) werden spezielle KJP-Foren angeboten. „Stress in der Schule“ ist als KJP-Thema für den HPT 2013 geplant. Bei der Veranstaltung des Gemeinsamen Beirats der LPPKJP Hessen und LÄK gab es einen Vortrag zur Geschichte und Bedeutung der Kindertherapie und einen Workshop zur Situation von Kindern in Familien mit psychisch kranken Eltern.

Seit Jahren beschäftigen wir uns mit der prekären Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Hierzu wurde eine eigene Studie zur Versorgungslage in Hessen erstellt. Sowohl gegenüber der KV Hessen als auch dem Sozialministerium wurde auf die bestehende Unterversor-

gung hingewiesen. Durch die 20%-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden Sitze neu geschaffen, jedoch behob dies nicht die Unterversorgung in ländlichen Gebieten.

Bezüglich der zukünftigen Ausbildungsstruktur (postgradual/Direktstudium) und des Erhalts des eigenen Heilberufes spricht sich die KJP-AG angesichts der besonderen erforderlichen Kompetenzen mehrheitlich für die postgraduale Ausbildung und den Erhalt der bislang möglichen Zugänge zur Ausbildung aus. Das akademische Zugangsniveau muss einheitlich für beide Ausbildungen (PP, KJP) auf den Master-Abschluss angehoben werden. Die KJP-AG fordert die Bezahlung der Praktischen Tätigkeit während der Ausbildung, wobei es keine Unterschiede zwischen den psychologisch ausgebildeten und den (sozial-) pädagogischen Ausbildungsteilnehmern geben dürfe.

Die unterschiedlichen tariflichen Eingruppierungen von PP und KJP im TVöD sind fachlich nicht haltbar, da für beide Berufe die gleiche psychotherapeutische Ausbildung erforderlich ist, die mit der gleichen Staatsprüfung abgeschlossen wird. Nach 13 Jahren PsychThG steht leider eine einheitliche Eingruppierung für PP und KJP auf Facharztniveau noch immer aus.

*Marion Schwarz  
(Sprecherin der KJP-AG)*

## Mitteilungen der Geschäftsstelle

### 7. Hessischer Psychotherapeutentag „Burnout – out?“ Zur Psychotherapie einer „Zeitkrankheit“ 12./13. April 2013 Johann Wolfgang Goethe-Universität Casinogebäude, Frankfurt am Main

#### Festvortrag:

- Prof. Dr. Wilhelm Schmid (Berlin),  
„Ausbrennen und wieder zu Kräften kommen – Selbstverlust und Selbstfreundschaft“

#### Hauptvorträge:

- Prof. Dr. Frank Jacobi  
„Verbreitung des Burnouts“
- Prof. Dr. Christian Dörmann  
„Burnout und Arbeitswelt“

#### ■ Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl

„Sozialpsychologisch-psychoanalytische Aspekte des Burnouts“

#### Foren zu folgenden Themen:

- Kinder und Burnout
- Verhaltenstherapie und Systemische Therapie bei Burnout
- Burnout in Coaching und Psychotherapie
- Burnout-Prophylaxe für Psychotherapeuten

## Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Gottlieb Burger (Wettenberg)  
Ingeborg Schramm (Frankfurt)

#### Redaktion:

Yvonne Winter, Dr. Matthias Ochs

#### Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611. 53168 0  
Fax 0611. 53168 29  
E-Mail: post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Rechtzeitig vorsorgen für den Verhinderungsfall

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) hatte in ihrer Sitzung am 21.04.2012 eine wesentliche Änderung der Berufsordnung beschlossen. Danach hat jeder niedergelassene Psychotherapeut (mit oder ohne Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung) eine Person seines Vertrauens als sogenannten Beauftragten für den Verhinderungsfall zu verpflichten und der PKN zu melden. Der Beauftragte darf im Verhinderungsfall organisatorisch notwendige Maßnahmen des Psychotherapeuten ergreifen, z. B. den Patienten über den Verhinderungsfall informieren, Termine absagen oder verschieben und, Vollmacht vorausgesetzt, im Rahmen von Praxisveräußerungen und Nachbesetzung Informationen über die Praxis erteilen. Falls der Beauftragte nicht selbst Psychotherapeut ist, hat er zusätzlich einen approbierten Ansprechpartner zu benennen, der vom Beauftragten hinzugezogen werden muss, wenn Anfragen zur Beantwortung und Maßnahmen, wie z. B. die Abrechnung, zu ergreifen sind, die einen Zugriff auf die Patientenakte notwendig machen.

Mit der Neufassung der Berufsordnung verfolgte die PKN drei Ziele:

1. Die Eigenvorsorge des PP und KJP soll gefördert werden und in eine rechtliche Form gebracht werden.
2. Die Familienangehörigen und Erben von PP und KJP sollen vor dem Vorwurf einer Schweigepflichtverletzung bei plötzlicher Verhinderung oder Tod des PP oder KJP berufsrechtlich und strafrechtlich geschützt werden.
3. Es soll sichergestellt werden, dass anfragende Patienten, Krankenkassen oder Rentenversicherung etc. fachkundige Antworten erhalten. Insbesondere die

Begleitung eines Patienten bei der Akten-einsicht erfordert besondere Kenntnisse und Fähigkeiten. Deshalb kann hier nur der approbierte Beauftragte tätig werden.

Wir hatten bereits über die Satzungsänderung in der Ausgabe 2/2012 des Psychotherapeutenjournals berichtet.

Im November 2012 wurden alle betroffenen Mitglieder aufgefordert ihren Beauftragten bzw. Ansprechpartner zu benennen. Zwischenzeitlich ist eine Vielzahl von Rückmeldungen eingegangen. Ein Großteil der Mitglieder befürwortet die Neuregelung, da sie die gewünschte Rechtssicherheit schafft. Die an uns gerichteten Fragen und Kritikpunkte haben wir aber ebenso ernst genommen und möchten sie deshalb gerne in diesem ersten Zwischenbericht aufgreifen.

Folgende Fragestellungen wurden an uns gerichtet.

### **Wieso wurde eine Regelung in der Berufsordnung getroffen?**

Es galt im Rahmen des zulässigen Gestaltungsspielraums der Kammer eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis zu schaffen, die einen Zugriff auf Patientendaten erlaubt, ohne dass der Patient zuvor schriftlich um Einwilligung gebeten werden müsste. Denn unbefugt im strafrechtlichen Sinne wird ein Patientengeheimnis dann nicht weitergegeben, wenn entweder eine (mutmaßliche) Einwilligung des Patienten vorliegt oder eine gesetzliche Offenbarungspflicht oder Offenbarungsbefugnis besteht. Dabei ist nicht unsere Zielsetzung, eine Rechtsgrundlage für berufsrechtliche Sanktionen zu schaffen.

Das Niedersächsische Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) erlaubt es der PKN,

in ihrer Berufsordnung Regelungen zur Einhaltung der Schweigepflicht zu treffen. In Abstimmung mit dem zuständigen Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration konnte geklärt werden, dass auf dieser Grundlage auch eine solche gesetzliche Offenbarungsbefugnis in der Berufsordnung geschaffen werden kann.

Deshalb ist die Einschaltung des Beauftragten bzw. Ansprechpartners ohne vorherige Zustimmung der Patienten zulässig.

### **Wird das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient nicht durch diese Satzungsänderung beeinträchtigt?**

Auch in den zuständigen Gremien der PKN war als mögliche Alternative diskutiert worden, ob man seine Patienten gleich zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung mit einer Erklärung für den Verhinderungs- oder Todesfall des Psychotherapeuten konfrontieren wolle. Einhellige Meinung war jedoch, dass dies aus therapeutischen Überlegungen nicht sinnvoll wäre.

Zudem liegt es gerade im Interesse des Patienten, dass sein Therapeut rechtzeitig nach einer Vertrauensperson sucht, die im Verhinderungsfall als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Einschneidender wäre die Situation für einen Patienten, der nach Jahren Informationen zu seiner Behandlung erlangen möchte, aber nicht weiß, an wen er sich wenden soll. Wir haben leider Fälle erlebt, in denen es nicht einmal einen Angehörigen gab, der als Ansprechpartner zur Verfügung gestanden hätte. Oder uns lagen keine Informationen zu Angehörigen vor. Wer wäre in diesem Fall Ansprechpartner für den Patienten und den weiterbehandelnden PP oder KJP?



Selbstverständlich steht es dem Psychotherapeuten trotz der Regelung in der Berufsordnung offen, den Patienten bereits zu Beginn der Behandlung über die Person eines Beauftragten/Ansprechpartners zu informieren.

### **Der Patient muss im Falle des Versterbens des Therapeuten doch ohnehin einen neuen Therapeuten suchen, wozu also diese Regelung?**

Der Beauftragte bzw. Ansprechpartner führt nicht die Behandlung des Patienten fort. Er trifft lediglich organisatorische Vorkehrungen. Der Tätigkeitsbereich des Beauftragten bzw. Ansprechpartners ist deshalb auch eng umgrenzt. Dem Patienten bleibt es selbstverständlich unbenommen, die Behandlung bei einem anderen Psychotherapeuten fortzusetzen. Keinesfalls soll ihm das Recht auf freie Wahl seines Psychotherapeuten genommen werden.

Der weiter behandelnde Psychotherapeut benötigt jedoch die Patientenunterlagen. Diese kann ihm der Beauftragte ohne die Gefahr eines Verstoßes gegen die Schweigepflicht übermitteln.

### **Wieso wurde außerdem eine Meldepflicht geschaffen?**

Wir haben uns aus folgenden Gründen dafür entschieden, dass der Beauftragte der PKN namentlich zu melden ist: Erfahrungsgemäß wenden sich die Patienten an die Kammer, wenn ihr Psychotherapeut aufgrund von Krankheit oder Tod nicht erreichbar ist. Mit den vorliegenden Kontaktdaten kann dem Patienten rasch geholfen werden. Mit der bloßen Information, dass es aufgrund der entsprechenden Berufspflicht einen Beauftragten für den Verhinderungsfall geben müsse, ist dem Patienten oder anderen anfragenden Dritter wenig geholfen. Sie brauchen einen konkreten Ansprechpartner, an den sie sich wenden können. Und ist der verhinderte Kollege für den Patienten nicht erreichbar, dann stehen die Mitarbeiter der Kammer vor dem gleichen Problem.

Es ist hingegen nicht unsere Intention, unsere Mitglieder durch Androhung und Festsetzung von Zwangsgeldern zur Erfüllung

ihrer Meldepflicht anzuhalten. Die große Zahl der bisher eingegangenen Meldungen macht deutlich, dass wir vielmehr nach zahlreichen Gesprächen und Telefonaten das Verständnis unserer Mitglieder für unser Anliegen wecken konnten.

### **Wieso muss ich für den Todesfall vorsorgen? Meine Erben können doch tätig werden?**

Anlass für die Satzungsänderung war unter anderem auch die schwierige Situation der Erben. Im Regelfall sind die Erben vor Eintritt des Erbfalles mit Fragen der Schweigepflicht nicht befasst. Das kann bei Eintritt des Todesfalls zu einer Überforderung führen. Nach den strafgesetzlichen Regelungen stehen dem schweigepflichtigen Psychotherapeuten die Personen gleich, die das Geheimnis vom Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt haben. Verstöße der Erben gegen die Schweigepflicht können also strafrechtlich geahndet werden und so empfindliche Strafen mit sich bringen. Es entsteht damit das besondere Problem, dass die Erben einerseits die Unterlagen für den Verstorbenen aufbewahren und gegebenenfalls auf Verlangen herausgeben müssen, andererseits aber Kenntniserlangung von den Inhalten zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen könnte.

So können die Angehörigen die Termine des Praxisinhabers im Regelfall auch nicht einfach telefonisch oder schriftlich absagen, ohne sich in eine juristische Grauzone zu begeben und rechtliche Sanktionen fürchten zu müssen.

### **Wieso muss ich zusätzlich einen approbierten Ansprechpartner benennen, wenn sich doch mein nichtapprobierter Praxismitarbeiter/Ehegatte/EDV-Experte besser mit dem Abrechnungsprogramm und den organisatorischen Abläufen in der Praxis auskennt?**

Nach § 203 Abs. 3 Strafgesetzbuch (StGB) unterliegen die sog. berufsmäßig tätigen Gehilfen ebenfalls der Schweigepflicht. Sie sind befugte Mitwisser, sodass eine Datenweitergabe an sie nicht strafrechtlich zu ahnden wäre. Deshalb ist der Praxisinhaber



### **Was tun im Verhinderungsfall?**

ber auch berufsrechtlich verpflichtet, seine Mitarbeiter über die gesetzliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu belehren. Die Belehrung ist schriftlich zu fixieren.

Hingegen ist nicht jeder in der Praxis mitarbeitende Ehepartner oder EDV-Experte ein solcher Gehilfe im Sinne des StGB. Vielmehr ist jeweils individuell zu prüfen, ob die betreffende Person aus Sicht der Patienten in den weisungsgebundenen internen Bereich der auf Vertrauen begründeten Sonderbeziehung zwischen Psychotherapeut und Patient einbezogen ist. Mögliche rechtliche Unsicherheiten sollen dabei nicht zu Lasten der Angehörigen oder Mitarbeiter eines Praxisinhabers gehen.

Der nichtapprobierte Ehegatte oder EDV-Experte kann damit zwar als Beauftragter mit dem entsprechend eingegrenzten Tätigkeitsbereich eingesetzt werden. Da ein nichtapprobierter Beauftragter mangels fachlicher Kompetenz aber keine inhaltlichen Anfragen beantworten kann, ist die Benennung eines approbierten Ansprechpartners auch aus fachlicher Sicht erforderlich. Es ist damit zu rechnen, dass der Patient Auskünfte haben möchte, die nicht einfach durch die Lektüre der Dokumente zugänglich sind und einer Interpretation bedürfen. Auch muss insbesondere bei Kindern und Jugendlichen als Patienten darauf geachtet werden, dass gegenüber dem Anfragenden nur die Teile offen gelegt werden, für die eine Berechtigung besteht.

Ist der Ansprechpartner mit den internen Gegebenheiten und Abläufen der Praxis des Praxisinhabers nicht vertraut, kann ihn aber der nichtapprobierte Beauftragte mit seinem Fachwissen unterstützen.

### **Muss ich meinen Beauftragten/Ansprechpartner finanziell entschädigen?**

Wir haben in den unseren Mitgliedern zur Verfügung gestellten Mustervereinbarungen zur Beauftragung im Verhinderungsfall eine prinzipielle Regelung vorgesehen. Die Tätigkeit als Beauftragter/Ansprechpartner soll unentgeltlich erfolgen. Macht der Beauftragte bei der Ausführung des Auftrags Aufwendungen, die er für erforderlich halten darf, sind ihm diese zu erstatten. Lediglich das Verfassen von Arztbriefen und die Begleitung von Patienten bei der Einsichtnahme in die eigene Patientenakte könnten kostenpflichtige Leistungen sein, für die ggf. der Beauftragte auch eine Vergütung bekommen könnte. Eine Anerkennungsgebühr für zeitintensive Tätigkeiten, wie z. B. die Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder die Begleitung des Praxisverkaufs, könnte ggf. individuell vereinbart werden. Dies liegt im Ermessen des Praxisinhabers. Eine generelle Bezahlung für diese prinzipielle Bereitschaft halten wir für unangemessen.

### **Kann ich als eingesetzter Beauftragter/Ansprechpartner**

### **kündigen, wenn der Auftraggeber verstorben ist?**

Gerade auch im Falle des Todes des Praxisinhabers hat der Beauftragte die Besorgung der ihm übertragenen Aufgaben fortzusetzen, bis der Erbe des Praxisinhabers anderweitige Fürsorge treffen kann.

### **Wie finde ich einen Beauftragten/Ansprechpartner?**

Nach aktuellem Kenntnisstand gibt es eine gute Vernetzung unserer Mitglieder über die Intervisions- und Supervisionskontakte, als insofern eine gegenseitige Verpflichtung erfolgt. Die PKN fördert die kollegiale Zusammenarbeit ihrer Mitglieder und unterstützt die Vernetzungsstrukturen überall dort, wo es sinnvoll erscheint und der Entlastung der Mitglieder und Patienten dient. Deshalb wäre es auch möglich, dass sich Mitglieder eines Qualitätszirkels untereinander als Beauftragte einsetzen.

Da uns teilweise Schwierigkeiten bei der Suche eines Beauftragten signalisiert wurden, haben wir aber dennoch die ursprünglich gesetzte Meldefrist bis zum 30.06.2013 verlängert. Die Suche erweist sich zwar in städtischen Ballungsräumen in der Regel als unproblematisch, im ländlichen Raum stellt sich die Situation jedoch ganz anders dar. Gerade deshalb ist es sinnvoll, die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen möglichst frühzeitig zu treffen, damit im Verhinderungsfall sofort eine Vertrauensperson zur Verfügung

steht, die direkt von der Kammer benannt werden kann.

Der Beauftragte muss nicht Mitglied der Psychotherapeutenkammer sein, auch Ärzte oder Ärztinnen können verpflichtet werden. Neben der Recherche über [www.psych-info.de](http://www.psych-info.de) empfehlen wir deshalb auch die ergänzende Suche auf der Homepage [www.arztauskunft-niedersachsen.de](http://www.arztauskunft-niedersachsen.de). Auch können angestellte PP oder KJP oder Mitglieder einer anderen Landespsychotherapeutenkammer der PKN gemeldet werden.

### **Kann ich auch einen Heilpraktiker als Ansprechpartner einsetzen?**

Nein. Im Gegensatz zu Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Ärzten sind Heilpraktiker keine Geheimnisträger im Sinne des Strafgesetzbuches. Insofern kommt ein Zugriff eines Heilpraktikers auf Ihre Patientenunterlagen ohne eine ausdrückliche Einwilligung der Patienten nicht in Betracht. Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen stellt ausschließlich auf Geheimnisträger im Sinne des Strafgesetzbuches ab.

Gerne stehen wir auch für weitere Fragen unserer Mitglieder zu den Satzungsregelungen zur Verfügung. Bitte scheuen Sie sich nicht, telefonischen oder schriftlichen Kontakt zu uns aufzunehmen.

## **Die Geschäftsstelle der PKN – Da sind wir fast in Unterlagen versunken**

In unserer Reihe kurzer Interviews mit den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle stellen wir Ihnen heute Claudia Peter vor. Sie zählt mit über zehn Jahren Zugehörigkeit zur Geschäftsstelle zu den erfahrensten Kräften.

### **Wie sieht Ihr Aufgabenbereich in der PKN aus, Frau Peter?**

Mein Arbeitsschwerpunkt liegt in der Akkreditierungsstelle und in der Bearbeitung von Psych-Info.

### **Was alles leistet die Akkreditierungsstelle und gehört damit zu Ihren Aufgaben?**

Die Bearbeitung der Akkreditierungsanträge der Veranstalter von Fortbildungsangeboten sowie das Führen und Verwalten der Fortbildungskonten unserer Mitglieder.

Seit dem Inkrafttreten der Fortbildungsordnung 2004 hat sich einiges getan. Seit 2007 haben wir nun die gemeinsame Akkreditierungsstelle mit der Psychotherapeutenkammer Bremen.

Der erste Nachweiszeitraum für die Fortbildungspflicht endete im Juni 2009. Dazu gehörte, dass uns unsere Mitglieder ihre Teilnehmerbescheinigungen von Fortbildungsveranstaltungen der letzten fünf Jahre eingereicht haben. Wir sind in den Unterlagen fast versunken. Da waren einige studentische Hilfskräfte notwendig, um die Mengen an Papieren zu bewältigen. Das Ausstellen von Fortbildungszertifikaten ist in Niedersachsen nicht zwingend erforderlich, denn die Übermittlung der Erfüllung der Fortbildungspflicht ist mit einem auto-



Claudia Peter

matischen Datentransfer geregelt. Hierzu und zu weiteren Themen haben wir ein aktuelles Merkblatt entwickelt, das auf der Homepage der PKN eingestellt ist.

**Hinsichtlich der Software und Dateneingabe hat sich bei den Fortbildungskonten ja auch für die Mitglieder eine Veränderung ergeben.**

Ich denke, dass sich viele von unseren Mitgliedern noch an die Einführung an das PAZ-Tool erinnern werden. Leider hatte es bei der Übermittlung immer wieder an ei-

nigen Stellen. Aus diesem Grund haben wir für unsere Veranstalter eine Online-Plattform programmiert, die sie mit ihren persönlichen Zugangsdaten aufrufen können. Über die Eingabe in der Online-Plattform werden die Fortbildungspunkte auf die Fortbildungskonten übertragen.

**Gibt es typische, immer wiederkehrende Fragen von Mitgliedern oder Veranstaltern?**

Unsere Mitglieder fragen nach, warum auf ihre Fortbildungskonten nicht alle Fortbildungsveranstaltungen, an denen sie teilgenommen haben, aufgebucht sind. In der Regel sind es durch eine andere Heilberufekammer akkreditierte Veranstaltungen. Leider werden uns diese Punkte nicht elektronisch übermittelt und die entsprechenden Teilnehmerbescheinigungen sind bei uns einzureichen.

**Wie können sich unsere Mitglieder eigentlich beim Online-Psychotherapeutesuche-Portal Psych-Info anmelden?**

Ich lege für unsere Mitglieder, außer den PiA, unabhängig davon, ob Sie freiberuflich, selbstständig oder angestellt/beamtet

als Arbeitnehmer tätig sind, einen Datensatz an. Die weitere Bearbeitung des Datensatzes ist von unseren Mitgliedern selbst vorzunehmen. Der Datensatz wird danach von mir frei geschaltet.

**Gibt es etwas, das Sie den Mitgliedern auf diesem Wege gern mitteilen würden?**

Ich kann nur sagen, dass ich immer gern telefonisch für unsere Mitglieder da bin und soweit ich kann, mit Rat und Tat zur Seite stehe.

**Liebe Frau Peter, vielen Dank für das Gespräch.**

**Geschäftsstelle**

Roscherstr. 12  
30161 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

## Bekanntmachung

### Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2013

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 27.11.2012 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2013 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 09.05.2012 (Nds. GVBl. S. 100), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 06.07.2011 (niedersächsisches ärzteblatt 8/2011 S. 38, Psychotherapeutenjournal 3/2011 S. 308, ZKN Mitteilungen 9/2011 S. 530), bekannt gemacht.

Hannover, den 27.11.2012

Dr. Martina Wenker  
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

## Kammerversammlung am 14. Dezember 2012 in Dortmund

Die unzureichende Reform der Bedarfsplanung und die viel zu geringe Honorarsteigerung in der ambulanten Psychotherapie waren zwei der herausragenden Themen der Kammerversammlung vom 14. Dezember 2012 in Dortmund. Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, stellte in ihrem mündlichen Vorstandsbericht die Ergebnisse der Vergütungsverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung dar. Danach ist ab dem 1. Januar 2013 eine Anhebung des Orientierungspunktwertes gültig, die bei niedergelassenen Psychotherapeuten eine minimale Anhebung der Vergütung pro Sitzung um 73 Cent bedeutet. „Dies führt inflationsbereinigt zu Einkommensverlusten“, kritisierte Präsidentin Konitzer diesen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, dem allerdings noch eine weitere Vergütungsverhandlung auf Landesebene folgen wird. „Psychotherapeuten stehen am unteren Ende der Einkommenspyramide“, stellte Konitzer fest. „Eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit ist bis heute nicht realisiert.“ Der Bewertungsausschuss hatte ferner empfohlen, die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie und probatorische Sitzungen künftig extrabudgetär zu vergüten, zusätzliche psychotherapeutische Praxissitze auf höchstens 1.150, vor allem in ländlichen Regionen, zu begrenzen und bis Mitte 2013 die Psychotherapie-Richtlinie zu überprüfen.

### Resolutionen zur Gesundheitspolitik und Vergütung

Die Kammerversammlung bekräftigte in drei Resolutionen zentrale Positionen der nordrhein-westfälischen Psychotherapeutenchaft: Die geplante Reform der Bedarfsplanung gefährdet danach die psychotherapeutische Versorgung, eine mini-



*Kammerversammlung am 14. Dezember 2012*

male Honorarsteigerung von lediglich 73 Cent je psychotherapeutischer Sitzung ist inakzeptabel und eine Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien darf nicht vorrangig aufgrund von ökonomischen Erwägungen erfolgen, sondern muss sich an Versorgungsnotwendigkeiten und dem Nutzen für die Patienten orientieren. (Die Resolutionen finden Sie am Ende des Berichts).

Zur Vergütung forderte die Kammerversammlung insbesondere: „Die Psychotherapeutenkammer NRW fordert die Gesundheitspolitik und den Gesetzgeber auf, die bisher nur allgemein gehaltene Bestimmung zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im § 87 Abs. 2b SGB V so zu konkretisieren, dass Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz ein Einkommen erzielen können, wie es ein im fachärztlichen Versorgungsbereich tätiger Vertragsarzt erreichen kann. Außerdem muss ein jährlicher Abgleich der Einkommen der Psychotherapeuten mit denen der Fachärzte gesetzlich vorgeschrieben und die Höhe der Vergü-

tung psychotherapeutischer Leistungen entsprechend angepasst werden.“

### Reform der Bedarfsplanung

Konitzer erläuterte, dass der Grad der Überversorgung bei der Zulassung von nie-



*Präsidentin Monika Konitzer*



v. l. Olaf Wollenberg, Andreas Pichler, Matthias Fink, Ferdinand von Boxberg

dergelassenen Psychotherapeuten zur gesetzlichen Krankenversicherung künftig noch an Bedeutung gewinne. Bisher habe es nur die Möglichkeit gegeben, freiwillig auf die Zulassung zu verzichten (§105 Abs. 3 SGB V) und dafür finanziell gefördert zu werden. Das Nachbesetzungsverfahren sei bislang zwingend durchzuführen gewesen, wenn der ausscheidende Psychotherapeut wollte, dass seine Praxis weitergeführt wird. Jetzt werde immer in einem ersten Schritt geprüft, ob die Praxis aus Versorgungsgründen fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 3a SGB V, neu ab 1.1.2013).

Bundesweit würden ab 2013 rund 6.700 Praxissitze als überversorgt ausgewiesen, gegenüber 1.380 Sitzen, die vor allem in ländlichen Gebieten zusätzlich geschaffen werden. „Schon heute ist die Versorgung bei durchschnittlichen Wartezeiten von drei Monaten nicht sichergestellt“, kritisierte Konitzer. In NRW entstanden durch die Reform der Bedarfsplanung knapp 60 Sitze zusätzlich, fast 1.600 Sitze würden jedoch als überversorgt ausgewiesen. Die „Sonderregion“ Ruhrgebiet bliebe in der

Bedarfsplanung bestehen, mit der Folge, dass auch weiterhin die Großstädte zwischen Duisburg und Dortmund wesentlich schlechter psychotherapeutisch versorgt seien als alle anderen Großstädte in Deutschland. „Das ist Sparen zu Lasten psychisch kranker Menschen“, stellte die NRW-Präsidentin fest. „Historische Planungsfehler werden nicht korrigiert. Es bleibt beim Aufsatzjahr 1999. Es bleibt bei Psychotherapeuten beim Raumordnungsbezug Gesamtdeutschland und nicht, wie bei den anderen Arztgruppen, Westdeutschland. Das ist keine Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien.“

Konitzer berichtete, dass die Psychotherapeutenkammer NRW inzwischen 8.607 Mitglieder habe, für die insgesamt 35 Veranstaltungen durchgeführt worden seien. Neben zahlreichen Fortbildungen gehörten dazu auch zwei „Tag(e) der Neuapprobierten“, die Festveranstaltung zum zehnjährigen Bestehen der Psychotherapeutenkammer NRW „Psychische Gesundheit im Fokus“ in Düsseldorf, der 8. Jahreskongress Psychotherapie in Bochum zum Thema „Psychotherapie bei Eltern und Kindern – Wirkungen und Nebenwirkungen“. Ferner seien 150 Berufsaufsichtsverfahren in Bearbeitung, davon mehrere vor Berufsgerichten. Zum Alltagsgeschäft gehörten auch die Fortbildungsakkreditierungen und -zertifikate, die Aufnahme in Sachverständigenlisten und die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“, über die inzwischen 39 Kammerangehörige verfügten. Die Mitglieder seien fortwährend über Sprechstunden beraten und in Mitgliedermai-

lings, Newslettern und über die NRW-Seiten des Psychotherapeutenjournals informiert worden.

### Neues Psych-Entgeltsystem

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat am 19. November 2012 einen neuen Entgeltkatalog für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser per Ersatzvornahme eingeführt, nachdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband sich nicht einigen konnten. Damit können ab dem 1. Januar 2013 in der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen Tagespauschalen erprobt werden, bis dann in 2017 nach diesen Pauschalen vergütet wird. Die Zuordnung zu den Pauschalen erfolgt insbesondere über Haupt- und Nebendiagnosen. So gilt z. B. für alle Suchterkrankungen eine Pauschale. Das neue Finanzierungssystem hat das Kürzel „PEPP“ – Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik.

Aus der Sicht der PTK NRW ist das neue PEPP-System eine Chance, den Psych-OPS weiterzuentwickeln, die Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern stärker an Behandlungsleitlinien zu orientieren sowie eine angemessene Vergütung aufwändiger Behandlungen zu ermöglichen. „Die Notwendigkeit für Stellen von approbierten Psychotherapeuten in Krankenhäusern wird besser darstellbar“, betonte Präsidentin Monika Konitzer. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hatte die Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministe-



v. l. Dr. Wolfgang Groeger, Barbara Lubisch, Bernhard Moors

rium begrüßt, da das neue PEPP-System dadurch mit realen Krankenhausdaten erprobt werden und das neue Finanzierungssystem sich lernend entwickeln könne.

### **BPTK-Befragung angestellter Psychotherapeuten**

Hermann Schürmann, Vizepräsident der PTK NRW, berichtete über die für Februar 2013 von der BPTK geplante bundesweite Befragung aller angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ihrer beruflichen Situation. Die Befragung werde anonym zusammen mit dem renommierten IGES-Institut durchgeführt. Ziel ist es, verlässliche Daten über die berufliche Position, Tätigkeitsspektren, (Führungs-)Aufgaben und Funktionen der angestellten Psychotherapeuten zu erhalten. Eine verbesserte Datenlage ist wichtig, um die Interessen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten z. B. in Krankenhäusern, aber auch in Beratungsstellen besser vertreten zu können. Die PTK NRW bittet deshalb dringend um breite Unterstützung und Mitwirkung aller angestellten Psychotherapeuten.

### **Ausbildung**

Die Kammerversammlung bekräftigte ihre Forderung nach einer leistungsgerechten Vergütung für Psychotherapeuten in Ausbildung (Resolution vom 9. Dezember 2011) und nahm den Bericht der Kommission Ausbildung entgegen, die über Chancen und Risiken der vom Bundesgesundheitsministerium vorgeschlagenen Direktausbildung in Psychotherapie berät.

### **Leitbild der Psychotherapeutenkammer NRW**

Kammerpräsidentin Monika Konitzer stellte die Auswertung der Leitbilddiskussion von der vergangenen Kammerversammlung vor. Die Ziele des Leitbildprozesses würden geteilt. Wesentliche Ziele seien: ein aussagekräftiges Leitbild, mit dem sich Vorstand, Kammerversammlung und Geschäftsstelle identifizieren können, die Entwicklung einer gemeinsamen Handlungsorientierung und ein einheitliches Verständnis der grundsätzlichen Ausrichtung, der Funktion und der Hauptaufgaben der Psychotherapeutenkammer. Ein wesentlicher Punkt sei dabei, die Funktionen von Präsident/in, Vorstand insgesamt, einzelner Vorstandsmitglieder, der Kammerversammlung, der Ausschüsse und Kommissionen zu klären und ein „realistisches Idealbild“ zu erarbeiten. Der Vorstand erstellt jetzt einen überarbeiteten Leitbildentwurf. Danach soll das Leitbild in der Kammerversammlung beraten und verabschiedet werden. Die Kammerversammlung beschloss im Rahmen des Leitbildprozesses, Möglichkeiten einer stärkeren regionalen Ausrichtung der Kammeraktivitäten zu diskutieren und zu erarbeiten.

### **Diskussion: Beiträge je nach Einkommen?**

Hermann Schürmann stellte die Eckpunkte des Vorstands zu einer neuen Beitragsordnung zur Diskussion, bei der sich die Höhe der Kammerbeiträge nach der Höhe der Einkommen der Kammermitglieder richtet.



*Vizepräsident Hermann Schürmann*

Schürmann erläuterte, dass die PTK NRW bestimmte Aufgaben nach dem Heilberufsgesetz NRW zu erfüllen habe. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sei die Kammer berechtigt, von ihren Mitgliedern Beiträge zu erheben. Dabei müssten sich die Beitragseinnahmen nach den prognostizierten Kosten richten (Kostendeckungsprinzip). Durch das Bundesverwaltungsgericht sei außerdem festgelegt worden, dass die Beiträge sich nach dem Äquivalenzprinzip sowie dem Gleichheitsgrundsatz bzw. Willkürverbot richten müssten. Aus dem Äquivalenzprinzip folge, dass die Höhe der Beiträge in keinem Missverhältnis zum Wert der Mitgliedschaft stehen dürfe. Die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben sei ein immaterieller Wert für die Mitglieder. Der Beitrag müsse deshalb nicht zu einem unmittelbaren wirtschaftlichen Vorteil für die Mitglieder führen. In der Praxis sei der Gleichheitsgrundsatz weitaus wichtiger.



*v. l. Ursula Gersch, Gerhild von Müller, Peter Müller-Eikermann, Gerd Hoehner*



v. l. Nicola Diebelberg, Cornelia Beeking, Heidi Rosenow

Für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine öffentlich-rechtliche Körperschaft bedeute dies, dass den wesentlichen Verschiedenheiten der Mitglieder Rechnung getragen werden müsse. Das Bundesverwaltungsgericht habe wiederholt konkretisiert, dass Beiträge die steuerpflichtigen Einkünfte der Mitglieder aus ihrer beruflichen Tätigkeit zur Grundlage haben dürfen. Mit der Höhe der beruflichen Einkünfte nehme auch der materielle und immaterielle Nutzen der Kammer zu. Außerdem entspreche es dem Gedanken der Solidargemeinschaft, wirtschaftlich schwächere Mitglieder auf Kosten der Leistungsstärkeren zu entlasten, sodass jeder unterschiedlich zu den Kosten der Körperschaft beitrage.

Schürmann stellte außerdem die Umfrageergebnisse zur wirtschaftlichen Situation der Kammermitglieder vor. Danach verteile sich das Jahreseinkommen nahezu gleichmäßig über die Einkommensklassen ab 20.000 bis 80.000 Euro und mehr. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfügten im Durchschnitt über ein geringeres Einkommen als Psychologische Psychotherapeuten.

Schürmann plädierte deshalb dafür, die bestehende Beitragsordnung der PTK-NRW, nach der alle Mitglieder grundsätzlich den gleichen Einheitsbeitrag zahlen, zu ändern. Sie solle durch eine Beitragsordnung ersetzt werden, in der sich die Beiträge grundsätzlich nach den Einkünften aus selbstständiger und nichtselbstständiger psychotherapeutischer Tätigkeit richten. Maßgeblich sei der Steuerbe-

scheid des vorvergangenen Jahres. Der Kammerbeitrag errechne sich dann mittels eines Prozentsatzes vom Jahreseinkommen („Hebesatz“). Das Mitglied stufe sich selbst in eine Beitragsklasse ein. Die Geschäftsstelle überprüfe die Einstufung jährlich bei zehn Prozent der Mitglieder oder bei begründetem Verdacht. Ferner solle es Ausnahmeregelungen geben, um unzumutbare Härten zu vermeiden.

In der anschließenden Diskussion berichtete Gerd Hoehner, Mitglied des Finanzausschusses, dass die Mehrheit der Finanzausschussmitglieder nicht zu der Überzeugung gekommen sei, dass ein dringender Handlungsbedarf bestehe, die Beitragsordnung zu ändern. Er könne nicht erkennen, welches Problem damit beseitigt werden solle. Die Vorsitzende des Finanzausschusses, Uschi Gersch, erläuterte, dass die Einkommen von Ärzten und Psychotherapeuten nicht vergleichbar seien, bei Ärzten gebe es eine andere Dimension an Einkommen, sodass sich die Gerechtigkeitsfrage anders stelle. Andere Mitglieder der Kammerversammlung hielten die Eckpunkte des Vorstandes für hilfreich und zielführend. Gerade niedere Einkommensklassen seien durch den Einheitsbeitrag hoch belastet. Diese Ungerechtigkeit müsse behoben werden. Weitere Delegierte betonten, die Einkommen der Kammerversammlungsmitglieder seien nicht repräsentativ für die gesamte Mitgliedschaft der Kammer. Vor allem die niedrigeren Einkommen der Frauen, die den Großteil der Kammermitglieder bilden, müssten berücksichtigt werden. Ein Einheitsbeitrag sei ungerecht. Wer mehr

Einkommen erziele, könne auch mehr beitragen. Präsidentin Monika Konitzer mahnte ebenfalls, nicht die eigenen Interessen in den Vordergrund zu stellen, sondern sich der Verantwortung gegenüber allen Kammerangehörigen bewusst zu sein.

Der Kammerversammlung lagen Anträge der Fraktionen Kooperative Liste und der Fraktion Bündnis KJP vor, den Vorstand zu beauftragen, einen Entwurf für eine Änderung der Beitragsordnung entsprechend den Vorstandseckpunkten vorzulegen. Nach längerer Beratung wurde ein Antrag angenommen, mit dem der Vorstand beauftragt wurde, zusätzlich dazu auch alternative Entwürfe vorzulegen, z. B. Beibehaltung des Regelbeitrags mit erweiterten Ermäßigungsmöglichkeiten.

### **Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung**

Da die Höhe der Aufwandsentschädigungen seit zehn Jahren unverändert geblieben war, beschloss die Kammerversammlung eine Anpassung der Aufwandsentschädigungen für die Teilnahme an Sitzungen von 40 auf 50 Euro pro Stunde. Die Vorstandspauschalen wurden entsprechend angepasst. Außerdem werden zukünftig ausscheidende Vorstandsmitglieder ein Übergangsgeld erhalten.

### **Haushalt**

Die Kammerversammlung entschied über den Jahresabschluss 2011. Das Jahr schloss mit einem Überschuss von rund 155.000 Euro ab, bedingt sowohl durch ein höheres Aufkommen an Kammerbeiträgen als

auch niedrigere Ausgaben für Personal als im Haushaltsplan angesetzt. Die Kammerversammlung entlastete den Vorstand und beschloss, den Überschuss der Rücklage zuzuführen und Rückstellungen für die Übergangsgelder zu bilden.

Vizepräsident Hermann Schürmann erläuterte, dass der Vorstand geprüft habe, ob für die PTK NRW der Erwerb einer Immobilie wirtschaftlich und rechtlich möglich sei, um eigene Räume für die Geschäfts-

stelle und Fortbildungen sowie sonstige Veranstaltungen zur Verfügung zu haben. Schürmann erläuterte, dass der Kauf einer Immobilie nicht aus den Rücklagen und nur mit Beitragserhöhungen zu finanzieren sei. Nach Einschätzung des Vorstands sei deshalb aktuell ein Immobilienwerb nicht wirtschaftlich. Stattdessen wurde im Haushaltsplan berücksichtigt, dass in 2013 weitere Räume am bisherigen Standort der Geschäftsstelle angemietet werden.

Nach längerer Diskussion verabschiedete die Kammerversammlung mit deutlicher Mehrheit den Haushaltsplan 2013 wie vom Vorstand beantragt.

### **Amtliche Bekanntmachung**

#### **Auslage Haushaltsplan 2013**

Der Haushaltsplan 2013 kann in der Zeit vom 8. bis 19. April 2013 in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

## **Resolution: Bedarfsplanung gefährdet psychotherapeutische Versorgung**

Psychisch kranke Menschen warten in NRW durchschnittlich mehr als drei Monate auf einen ersten Termin beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Bis zum eigentlichen Beginn der Behandlung vergehen dann im Durchschnitt noch einmal weitere drei Monate. Im Ruhrgebiet sind diese Wartezeiten aufgrund einer völlig verfehlten Bedarfsplanung noch gravierender. Dort warten die Patienten auf einen Ersttermin über vier Monate. Diese Wartezeiten sind eindeutig zu lang und für die Patienten unzumutbar. Trotzdem weist die bestehende Bedarfsplanung aufgrund der fehlerhaften Verhältniszahlen diese Regionen als „überversorgt“ aus.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen haben mit Beschluss des Erweiterten Bewer-

tungsausschusses vom 22. Oktober 2012 eine Finanzierungszusage für bundesweit maximal 1.150 zusätzliche psychotherapeutische Praxen vereinbart. Zugleich aber können aufgrund der bisherigen Bedarfsplanung bundesweit ca. 6.700 psychotherapeutische Praxen im Falle eines Nachbesetzungsverfahrens stillgelegt bzw. aufgelöst werden. Für NRW bedeutet dies, dass ca. 50 bis 60 Praxissitze entstehen können, während zugleich der Abbau von ca. 1.560 Praxissitzen droht. Dies kann dazu führen, dass in Regionen, die – trotz langer Wartezeiten – derzeit rechnerisch als „überversorgt“ gelten, mehr als die Hälfte der bestehenden Psychotherapiepraxen aufgelöst werden können. Besonders betroffen ist dabei auch das Ruhrgebiet, wo bereits jetzt eine eklatante strukturelle Unterversorgung mit Psychotherapie besteht.

Die PTK NRW sieht mit großer Sorge, dass auch die neue Bedarfsplanung nicht die notwendige Korrektur der Verhältniszahlen beinhalten könnte und dass bei der Umsetzung dieser Bedarfsplanung eine weitere Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in NRW droht. Daher fordert die PTK NRW alle Beteiligten in der Gesundheitspolitik und den zuständigen Gremien (z. B. G-BA) auf, bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie (insbesondere bei der Festlegung neuer Planungsbereiche und der Neuberechnung der Verhältniszahlen von Einwohner/Psychotherapeut) die Sicherung der Versorgung auf dem heutigen Niveau sowie eine Verbesserung in strukturschwachen und ländlichen Regionen zu gewährleisten.

## **Resolution: Honorargerechtigkeit für Psychotherapeuten**

Die PTK NRW begrüßt den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und probatorischen Sitzungen zukünftig extrabud-

getär zu finanzieren. Dies ist die Grundlage für die Finanzierung dringend benötigter zusätzlicher ambulanter Behandlungskapazitäten.

Der Beschluss ändert jedoch nichts an der schwierigen finanziellen Lage der niedergelassenen Psychotherapeuten. Das Honorar für eine Sitzung Psychotherapie wird zum 1. Januar 2013 lediglich um 73 Cent



v. l. Dr. Paul Dohmen, Ulrich Meier, Wolfgang Schreck, Alfons Bonus



pro Sitzung angehoben. Damit erhöht sich der Umsatz für eine einstündige Psychotherapiesitzung innerhalb von fünf Jahren (Anfang 2009 bis Ende 2013) nur um 0,2% pro Jahr. Dies ist angesichts einer Geldentwertung von jährlich 2% ein massiver realer Einkommensverlust.

Psychotherapie ist eine Leistung, die nicht an Praxispersonal oder Praxisvertreter delegiert werden kann. Aufgrund ihrer festen Zeitgebundenheit ist diese Leistung auch nicht schneller zu erbringen oder anderweitig vermehrbar. Daher profitieren Psychotherapeuten nicht von der Zunahme der Menge der abrechenbaren Leistungen, wie sie in den jährlichen Gesamtvergütungsverhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vereinbart werden.

Psychotherapeuten liegen weiterhin weit abgeschlagen an der untersten Stelle im

Vergleich zum Einkommen somatisch tätiger Ärzte. Sie verdienen – bei gleicher Arbeitszeit – im Durchschnitt etwa die Hälfte aller anderen Arztgruppen und etwa ein Drittel bis ein Viertel im Vergleich zu den spezialisierten Internisten. Seit der Honorarreform 2009 geht diese Einkommensschere zwischen somatisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten stetig auseinander.

Die Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen war bisher weder willens noch in der Lage, diese gravierenden Einkommensunterschiede zu beheben. Aus diesem Grund musste das Bundessozialgericht seit 1999 in mehreren Urteilen dafür sorgen, dass den Psychotherapeuten zumindest ein gewisses Mindesthonorar zugestanden wird. Es ist nicht länger zumutbar, dass Psychotherapeuten ihren Anspruch auf eine angemessene Vergütung

ihrer Leistungen immer wieder über jahrelange gerichtliche Auseinandersetzungen einklagen müssen und ihnen außerdem der damit einhergehende Zinsverlust nicht erstattet wird.

Die PTK NRW fordert daher die Gesundheitspolitik und den Gesetzgeber auf, die bisher nur allgemein gehaltene Bestimmung zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im § 87 Abs. 2b SGB V so zu konkretisieren, dass Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz ein Einkommen erzielen können, wie es ein im fachärztlichen Versorgungsbereich tätiger Vertragsarzt erreichen kann. Außerdem muss ein jährlicher Abgleich der Einkommen der Psychotherapeuten mit denen der Fachärzte gesetzlich vorgeschrieben und die Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen entsprechend angepasst werden.

## Resolution: Innovationen nur zum Nutzen der Patienten

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 zur extrabudgetären Vergütung wurde eine Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband getroffen, nach der bis zum 30. Juni 2013 die Psychotherapie-Richtlinien und das Gutachterverfahren weiterentwickelt werden sollen. Insbesondere seien die Angemessenheit der unterschiedlichen Behandlungsdauer der verschiedenen Verfahren und das Verhältnis von Einzel- zu Gruppentherapie zu überprüfen. Damit wird erstmalig eine honorar-

politisch motivierte Festlegung für eine im und vom G-BA durchzuführende Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien vereinbart.

Die PTK NRW begrüßt die Absicht, die seit 40 Jahren nur wenig veränderten Psychotherapie-Richtlinien heutigen Erfordernissen anzupassen. Es müssen z. B. Möglichkeiten zur langfristigen, niederfrequenten Psychotherapie bei chronischen psychischen Erkrankungen sowie zur kurzfristigen Akutbehandlung geschaffen werden,

wie sie in den derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinien nicht vorgesehen sind. Die Möglichkeiten zur Durchführung von Gruppentherapien sollten verbessert und der bürokratische Aufwand auf das Nötigste beschränkt werden.

Angesichts der zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen weist die Psychotherapeutenkammer NRW darauf hin, dass die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien nicht vorrangig von ökonomischen Erwägungen bestimmt werden darf. Die PTK NRW fordert daher, dass die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien sich an den Versorgungsnotwendigkeiten und dem Nutzen für die Patienten zu orientieren hat. Dabei sind fachliche Kriterien und die Ergebnisse der Forschung zu berücksichtigen. Einschränkungen bei notwendigen Behandlungen verletzen das Wohl der Patienten und werden daher entschieden abgelehnt.

### Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 01. Oktober 2008 gebe ich bekannt:

Frau Birgit Dürfeld, Wahlkreis Arnsberg, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen WL“ hat am 14.11.2012 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr Prof. Dr. Rainer Sachse, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen WL“.

gez.  
Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter

### Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 01. Oktober 2008 gebe ich bekannt:

Herr Prof. Dr. Rainer Sachse, Wahlkreis Arnsberg, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen WL“ hat am 13.12.2012 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Anke Judtka, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen WL“.

gez.  
Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter

### Geschäftsstelle

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

## 2. Ostdeutscher Psychotherapeutentag 2014 mit internationaler Referentenbesetzung – OPK-Präsidentin Andrea Mrazek im Interview



OPK-Präsidentin Andrea Mrazek

Erneut richtet die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) vom 21. bis 22. März 2014 den Ostdeutschen Psychotherapeutentag (OPT) aus – zum zweiten Mal und mit vielen Partnern. Die Veranstaltung wird rund 500 Fachleute aus dem deutschsprachigen Raum sowie aus den USA zusammenbringen. Die Gesamtleitung des 2. OPT liegt bei der Präsidentin der Kammer, Andrea Mrazek. Für das *Psychotherapeutenjournal* sprach Andrea Mrazek über die Findung des Leitthemas „Psychotherapeutische Beziehungen“ für den 2. OPT, die Zusagen namhafter Referenten sowie ihre persönlichen Höhepunkte am 21./22. März 2014.

### Wie kam es zur Auswahl des Leitthemas „Psychotherapeutische Beziehungen“?

Es entstand aus der Idee heraus, dass natürlich für alle Therapieverfahren die Bezie-

hungsgestaltung ein wesentlicher Punkt ist. Darüber sind sich alle einig, trotz der Verschiedenheiten. Und auf der anderen Seite entstand die Idee vor dem Hintergrund, dass in der OPK fünf Bundesländer zusammenarbeiten und Beziehungen dabei eine große Rolle spielen. Außerdem müssen Psychotherapeuten, wie überall in der Medizin, darlegungsfähig sein, dass das, was sie machen, wirksam ist. Insofern ist es hoch spannend zu sehen, was wir über Beziehungsgestaltung aus der Praxis, aber auch aus der Forschung wissen. Diese beiden Dinge zusammenzuführen, war die Idee zum 2. OPT.

### Was macht die Aktualität des Themas aus?

Der Dialog zwischen der reichen Erfahrung unserer in der Versorgung der Menschen arbeitenden Kolleginnen und Kollegen und den Ergebnissen aus der Wissenschaft. Wenn man praktisch arbeitende Psychotherapeuten nach dem Wesentlichen ihrer Arbeit fragt, wird die Gestaltung der therapeutischen Beziehung genannt werden. Alle sind daran interessiert, die Prozesse, die dabei stattfinden, besser zu verstehen und besser zu gestalten. Dafür möchten wir empirische Belege heranziehen und den Erfahrungsschatz der Kollegen ins Spiel bringen. Es sollen beide Linien nicht nebeneinander laufen, sondern miteinander ins Gespräch kommen.

### Welchen Stellenwert soll der OPT im wissenschaftlichen Diskurs in Deutschland haben?

Wir verstehen uns primär nicht als Wissenschaftskongress. Wir verstehen uns eher als Praxis und Wissenschaft verbindendes Element. Im Vordergrund steht, den Aus-

tausch zu fördern, so wie wir das als OPK durch den kammereigenen Forschungsausschuss bereits tun. Manchen Forschungsprojekten fehlt die Praxisrelevanz, trotz der Aufgeschlossenheit dafür. Wir würden gern Forschung sehen und Forschung unterstützen, aber zu Themen, die sich in der Praxis stellen und die die Kollegen mit ihren Fragen und Anregungen aus der Praxis bereichern können.

### Auf welche Referenten freuen Sie sich persönlich nach jetzigem Planungsstand der Veranstaltung am meisten?

Ich freue mich sehr, dass wir unsere Plenumsvorträge auch international besetzen konnten. Ganz besonders attraktiv ist es, dass die beiden führenden Wissenschaftler von der American Psychological Association, Herr Professor Louis Castonguay sowie Herr Professor John Norcross, zugesagt haben. Beide leiteten jeweils wesentliche Arbeitsgruppen zu diesem Thema und werden zum OPT ihre Ergebnisse präsentieren. Die Teilnehmer des 2. OPT erwartet eine umfangreiche Übersicht über den Kenntnisstand zum Thema therapeutische Beziehungen. Außerdem hat sich Prof. Norcross neben seinem Plenumsvortrag zu einem Vertiefungs-Workshop bereit erklärt. Somit ist Platz für Fragen der Teilnehmer – eine einmalige Chance und eine große Sache. Die Perspektiven ergänzen werden Frau Professor Kirsten von Sydow sowie Herr Professor Rainer Sachse mit ihren Plenumsvorträgen. Weitere namhafte Wissenschaftler und Praktiker aus unterschiedlichen Therapierichtungen werden Workshops abhalten und mit Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis ihre Erfahrungen teilen und zur Diskussion stellen. Insgesamt freue ich mich auf einen lebendigen Austausch.

### **Leipzig als Veranstaltungsort ist ebenfalls sehr attraktiv.**

Wir möchten den OPK-Mitgliedern und den Gästen am Kammerort in Leipzig natürlich einiges bieten. Und mit unserem Rahmenprogramm tun wir das auch. Die Eröffnung findet in der wunderschönen Leipziger Oper statt. Für den Abend geht es in das erst kürzlich eröffnete Gondwanaland im Zoo. Die Seminare und Workshops finden in der Universität statt. Der Veranstaltungsort liegt zentral zwischen Oper, Gewandhaus und der neu fertigge-

stellten Fassade der Paulinerkirche. Also ein ganz toller Veranstaltungsort, der Gelegenheit gibt, auch die Stadt kennenzulernen oder neu zu entdecken. Wir werden die Teilnehmer gastlich empfangen und ich möchte Interessierte schon jetzt ganz herzlich 2014 nach Leipzig einladen. Anmeldungen für den 2. OPT sind offiziell ab September dieses Jahres möglich.

*Wie schon zum 1. OPT ist die Hygieia von Gustav Klimt das optische Erkennungsbild für den 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag.*



## **Fortbildung zur „Notfallpsychotherapie“ am 10. April 2013 in Erfurt**

Ende 2011 hatte die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) mit dem Thüringer Sozialministerium (TMSFG) als erste Landesbehörde im OPK-Gebiet eine Vereinbarung zur Notfallpsychotherapie geschlossen. Die Kammer verpflichtete sich, nach Großschadensereignissen qualifizierte psychotherapeutische Hilfe bereitzustellen, das TMSFG sagte Unterstützung bei der Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen zu.

Damit eine psychotherapeutische Notfallversorgung effektiv bereitgestellt werden kann, müssen weitere organisatorische Probleme gelöst werden. Beispielsweise muss abgestimmt werden, wie Einsatzleistungen oder Betroffene nach Großscha-

densereignissen geeignete Psychotherapeuten erreichen können, ob und unter welchen Umständen psychotherapeutische Hilfe auch am Ereignisort notwendig ist u. ä. Zudem sollen die Grenzen zu anderen Angeboten der psychosozialen Notfallversorgung, beispielsweise zur Notfallseelsorge, noch klarer gezogen werden.

Die OPK lädt daher alle interessierten Kolleginnen und Kollegen zur Fortbildungsveranstaltung „Notfallpsychotherapie“ am 10. April 2013 von 14.00 bis 17.00 Uhr in Erfurt herzlich ein. Dort werden zunächst Erfahrungen aus vergangenen Großschadensereignissen vorgestellt und diskutiert. Danach wird ein Modell für die zukünftige Organisation von Notfallpsychotherapie

besprochen. Ziel der Fortbildung ist es einerseits, die Teilnehmer auf mögliche Aufgaben und Abläufe in solchen Situationen vorzubereiten. Andererseits sollen die Ergebnisse der Diskussion in die Entwicklung von wirksamen Versorgungsstrukturen einfließen. Langfristig könnte ein „Thüringer Modell“ der Notfallpsychotherapie auch in anderen Bundesländern genutzt werden.

Die Fortbildung ist von der OPK akkreditiert, die Teilnahme kostenfrei. Weitere Informationen und den genauen Ablauf der Veranstaltung finden Sie unter [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de).

*Dr. Gregor Peikert  
Vorstandsmitglied der OPK*

## **„Wir haben noch keine klare Definition von Über- und Unterversorgung“ – Eine fachlich fundierte Debatte ist in Berlin gefragt**

Die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene Reform der Bedarfsplanung hat erneut lediglich eine Stichtags-Lösung gebracht. Eine an sachgerechten Kriterien orientierte Bedarfsplanung steht nach wie vor aus. Von der zum 1. Januar 2013 geänderten Bedarfsplanungsrichtlinie versprechen sich Politik und Selbstverwaltung dennoch eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Kerstin Ditrach, Wissenschaftliche Referentin der OPK, sprach mit Dietrich Monstadt, Bundestagsabgeordneter und Berichterstatter für Psychiatrie und Psychotherapie, über den politischen Blick aus Berlin auf das Thema.

***Wie würden Sie einem völlig Fachfremden das Thema „Bedarfsplanung“ erklären?***

Bedarfsplanung soll zum Ziel haben, eine sachgerechte Versorgung in allen ärztlichen Bereichen abzubilden. Ein Parameter, der dabei zu berücksichtigen ist, gibt Auskunft über die Struktur der Region, ob urbaner Bereich oder ländliche Region.

***Was war der politische Wille hinter den Empfehlungen des Bewertungsausschusses?***

Der politische Wille ist natürlich die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Sie soll vor allen Dingen im ländlichen Raum sichergestellt und Überversorgung punktuell abgebaut werden. Die 1.500 zusätzlichen Therapieplätze entstehen also primär im ländlichen Raum. Das war übrigens nicht einfach durchzusetzen, da haben wir lange dran gearbeitet. Für meinen Wahlkreis Schwerin-Ludwigslust-Parchim, der überwiegend ländlich strukturiert ist, führt das nach derzeitigen Schätzungen zu 23 neuen Therapieplätzen. Das stellt eine spürbare Verbesserung dar. In den anderen ostdeutschen Ländern sieht das durchaus ähnlich aus. Außerdem

schaffen wir durch die extrabudgetäre Vergütung auch eine spürbare Verbesserung.

**Welche Ziele sind aus Ihrer Sicht noch offen geblieben? Was wären weitere Schritte?**



*Dietrich Monstadt  
MdB Mecklenburg-Vorpommern*

Wir haben noch keine klare Definition von Über- und Unterversorgung. Und wir sehen weiteren Reformbedarf innerhalb des Systems der Selbstverwaltung, zum Beispiel bei den zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren. Ich glaube jedoch nicht, dass die Politik entscheiden kann. Das muss im Rahmen der Selbstverwaltung passieren.

**Wo sehen Sie bei den psychotherapeutischen Verfahren Änderungsbedarf?**

Mir wurde berichtet, manche analytischen Therapeuten kommen nur auf 23 Patienten im Jahr. Das bedeutet nahezu ein familiäres Verhältnis. De facto läuft das klar in eine Unterversorgung. Da muss mehr Effizienz entstehen, auch wenn im Einzelfall eine enge Betreuung wichtig sein mag. Im Hinblick auf die Honorarentwicklung der niedergelassenen Psychotherapeuten muss mehr passieren. Sieht man sich die Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an, in denen zum Beispiel steht, dass im Schnitt ein Psychotherapeut einen monatlichen Umsatz im Jahr 2011 von 6.000 Euro hat, dann ist diese Gruppe

von anderen Arztgruppen deutlich abgeschlagen. Wenn der Sicherstellungsauftrag durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistet werden soll, dann muss klar sein, dass auch Psychotherapeuten adäquat bezahlt werden.

**Die Einkommensverteilungen sprechen da eine deutliche Sprache, ja.**

Ich setze mich dafür ein, dass man die Arbeit mit psychischen Erkrankungen als gleich sinnvoll bewertet wie zum Beispiel die Entfernung eines Blinddarms. Die Krankheitstage durch psychische Erkrankung nehmen massiv zu. Und wer nicht geheilt wird, bleibt krank. Darauf muss man in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung-Vertreterversammlung hinwirken: Adäquate Mehrheitsverhältnisse führen zu einer realistischen Wahrnehmung der Problemlage der Psychotherapeuten und letztlich zu einer adäquaten Bezahlung.

**Das ist klassisch eine Rolle der Selbstverteilung, die an diesem Punkt nicht sonderlich gut zu funktionieren scheint. Wo sehen Sie Einflussmöglichkeiten der Politik?**

Einflussmöglichkeiten sehe ich nur in Form gesetzlicher Maßnahmen. Das scheint mir aber nicht der richtige Weg zu sein. Hier sollten wir einen Prozess in Gang setzen und den Rahmen abstecken, so wie wir es mit den 1.500 extrabudgetierten Sitzen getan haben. Die Selbstverwaltung ist der Schlüssel und sollte so wenig wie möglich reglementiert werden. Die Selbstverwaltung kann vieles besser beurteilen als die Politik. Ich kann aus Berlin nicht entscheiden, welche Anzahl von Therapeuten wir z. B. in meinem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern brauchen, wo diese sitzen sollten und wie die Einkommenssituation ist. Wir müssen laufend evaluieren, wo nachgesteuert werden muss.

**Wir befürchten, dass ohne eine Definition, was Unter- und Überversorgung wirklich sind und wie man sie fachgerecht feststellt, Sitze dort abgebaut werden, wo Überversorgung nur auf dem Papier besteht.**

Das ist nicht der politische Wille. Dass in dem einen oder anderen Fall Überversorgung abgebaut werden muss, steht fest.

Aber das kann nur bedeuten, dass diese Stellen an anderen Orten neu besetzt werden.

**Wie kommen wir zu einer sachgerechten Bedarfsplanung, die sich an Morbiditätsgesichtspunkten orientiert?**

Den Ball will ich mal zurückspielen. Bevor wir uns da in der Politik Gedanken machen, müssen die Berufsgruppe und die Kassenärztliche Vereinigung sich selbst erst mal Gedanken machen, in welche Richtung die Entscheidung gehen soll. Ansonsten wäre dies ein gravierender Eingriff in die Selbstverwaltung.

**Darf ich das so verstehen, dass wir mit einem Vorschlag zur sachgerechten Bedarfsplanung bei Ihnen auf offene Ohren stoßen?**

Sagen wir mal, ich bin gesprächsbereit. Ich fänd es besser, wenn Sie nicht auf mich zukommen, sondern innerhalb der Selbstverwaltung sehen, dass Sie Gehör finden – das ist doch der Ansatz. Die Rahmenbedingungen, die wir gestalten konnten, haben wir erst mal auf den Weg gebracht.

**Es heißt im Entwurfspapier des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dass diese sachgerechte Festlegung erst einmal für alle Fachgruppen erfolgt, außer für die Psychotherapeuten.**

Der Entwurf des G-BA liegt vor, ist auch im Stellungnahmeverfahren, da kann gegebenenfalls noch nachjustiert werden. Da können wir uns gern noch einmal ergänzend unterhalten, wenn dieses Verfahren durchlaufen ist und wenn die Ergebnisse aus nachvollziehbaren Gründen zu hinterfragen sind. Aber ich denke, der Zeitpunkt ist einfach zu früh.

**Die Psychotherapie ist nach wie vor eine noch ganz junge Berufsgruppe. Unsere Stimme ist im politischen Berlin noch nicht lange angekommen. Was raten Sie uns?**

Ich nehme wahr, dass Ihre Berufsgruppe in Berlin offensichtlich nicht so Gehör findet wie andere Gruppen. Wobei natürlich die Darstellung der eigenen Interessen ein

Stück weit ihre originären Interessen abbildet. Wenn ich sehe, wie bei gesetzgeberischen Abläufen und Missständen andere Gruppen massiv auf uns zukommen und

wie lange wir gebraucht haben, Kenntnis von Ihren speziellen Problemen zu bekommen, dann muss ich sagen, dass Sie in der Außendarstellung, im Wahrnehmen Ihrer

Interessen, vielleicht auch in der Bündelung Ihrer Interessen eindeutigen Nachholbedarf haben.

## OPK-Fortbildung 2013 kurz und knapp

Das Jahr 2013 steht in Sachen Fortbildung bei der OPK ganz im Zeichen des Berufsrechtes sowie der Sachverständigentätigkeit. An neun Terminen in neun Städten Ostdeutschlands werden die Juristin der OPK, Ina Roßmann, und Rechtsanwalt und Rechtsberater der OPK, Hartmut Gerlach, das Wissen zu rechtlichen Grundlagen psychotherapeutischer Arbeit unserer Mitglieder auffrischen und mit Fällen untermauern. Die Veranstaltung beginnt jeweils mit einem allgemeinen Überblick über die rechtlichen Grundlagen (Grundgesetz, Sozialrecht, Heilpraktikergesetz usw.). Daran schließt sich das Thema Berufs- und Standesrecht an. Hierbei wird besonders die Berufsordnung der OPK im Fokus stehen. Erläutert werden spezielle Punkte wie Sorgfaltspflicht, Aufklärungspflicht, Doku-

mentations- und Aufbewahrungspflicht, Schweigepflicht usw. Den Abschluss bilden interessante und aufschlussreiche Fälle aus der täglichen Praxis. Dabei sollen Lösungsansätze mit dem jeweiligen Referenten, dem Vorstand und den Kammerversammlungsmitgliedern gefunden und diskutiert werden. Auf Grundlage der Diskussionen sollen dann in der Folge mögliche Anpassungen der Berufsordnung vorgenommen werden.

Die OPK hat sehr erfolgreich ein Fortbildungsprogramm für psychotherapeutische Sachverständige eingeführt. Dadurch können sich Mitglieder als Gutachter für Behörden, Gerichte und andere Institutionen qualifizieren. Die Nachfrage von potenziellen Auftraggebern nach Sachverständigen

ist groß. Im Fokus der Gutachterfortbildung stehen zum Beispiel Fragestellungen zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage, sozialmedizinische Einschätzungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Rentenrecht, zum Kinder- und Jugendhilfegesetz, zu Umgangs- und Sorgerecht und vieles mehr. Wer die OPK-Fortbildung erfolgreich absolviert und seine Qualifikation bei der Erstellung von Gutachten nachgewiesen hat, kann sich auf unserer OPK-Sachverständigenliste eintragen lassen. Diese Sachverständigenliste finden Sie auf der Homepage der OPK unter: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de).

Weitere Fortbildungsangebote der OPK für 2013 erfahren Sie ebenfalls unter [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de).

## Die Bedeutung und Versorgung psychischer Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung – Das Psychotherapeutenverfahren

Am 1. Juli 2012 ist das neue Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung in Kraft getreten. Ziel ist es, Menschen, die durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit an psychischen Störungen leiden, adäquat und rechtzeitig zu versorgen.

Die Gesetzliche Unfallversicherung (UV) ist Teil der Sozialversicherung in Deutschland. Sie wird getragen von den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. In ihr sind bundesweit ca. 75 Millionen Menschen versichert. Aufgabe der UV gemäß § 1 SGB VII ist es, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wieder herzustellen und sie gegebenenfalls bzw. ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Die UV ist dabei

für den gesamten Rehabilitationsprozess verantwortlich, von der Akutbehandlung über die medizinische und berufliche Rehabilitation einschließlich der sozialen Teilhabeleistungen bis hin zur Pflege.

Der Rehabilitationsauftrag erstreckt sich auch auf psychische Gesundheitsschäden, die unmittelbar nach dem Arbeitsunfall entstehen oder sich nachfolgend entwickeln. Die Prävention und Rehabilitation von psychischen Gesundheitsstörungen nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gewinnt für die UV zunehmend an Bedeutung, u. a. wegen steigender Fallzahlen und z. T. komplikationsreicher Heilverläufe. Das gilt für die „rein“ psychischen Traumatisierungen (z. B. Überfahrtraumata bei Lokführern, Raubüberfälle in Handel und Banken, körperliche Angriffe im Pflegebereich) genauso wie für Unfallopfer mit (gravierenden) körperlichen Verletzungen, die durch das Erleben eines schweren Unfalls und dessen Folgen psychische Folgestörungen erleiden.

### Das Phasenmodell

Diese Entwicklung war Anstoß für die 2008 veröffentlichten Empfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen. Kernstück ist das sogenannte Phasenmodell, in dem die einzelnen Aktions- und Betreuungsphasen aufgezeigt und die jeweiligen Handlungsverantwortlichen (Betriebe, UV-Träger, Leistungserbringer) benannt werden. Gemäß eines proaktiven *stepped-care*-Ansatzes sollen Risikobereiche und Risikopersonen frühzeitig identifiziert und die auf der jeweiligen Stufe notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Für die Prävention und Rehabilitation von körperlich-organischen Gesundheitsschäden nach Arbeitsunfällen existieren seit Jahrzehnten etablierte Verfahren (z. B. Durchgangsarztverfahren), die eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Es zeigte sich jedoch, dass diese überwiegend auf

den chirurgisch-orthopädischen Bereich ausgerichteten Verfahren auf den Bereich der psychischen Verletzungen nicht einfach übertragbar waren. Hier konnte bei der Inanspruchnahme von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten weder auf ein etabliertes Netzwerk erfahrener Traumatherapeuten zurückgegriffen werden, noch gab es Verfahrens- und Prozessstrukturen, die es den Unfallversicherungsträgern ermöglichten, ihrer gesetzlichen Aufgabe zur Steuerung der Heilverfahren nachzukommen. Es galt somit ein Konzept zu entwickeln, welches von der (Primär-)Prävention über Akutintervention, Stabilisierung, Weiterbehandlung bis hin zur sozialen und beruflichen Reintegration eine nahtlose Verknüpfung sicherstellt und die Handlungsverantwortlichen auf den unterschiedlichen Ebenen einbezieht. Auf Unternehmensebene entwickelte und eingesetzte Präventionsmodelle müssen dabei mit den sich anschließenden Rehabilitationskonzepten abgestimmt sein. Schließlich ist es von entscheidender Bedeutung, frühzeitig die Fälle zu identifizieren, die einer rechtzeitigen und effektiven psychischen Behandlung bedürfen.

Mit Akutintervention bzw. Erstbetreuung sind kurzfristige Maßnahmen gemeint, die während oder unmittelbar nach dem traumatisierenden Ereignis einsetzen und die Betroffenen begleiten sollen. Eine solche Betreuung nach Schockunfällen ist besonders effektiv, wenn bereits vor Auftreten erwarteter Ereignisse (Gefährdungsbeurteilung) ein zielgerichtetes betriebliches Konzept und eine Schulung der verantwortlichen Erstbetreuer erstellt wurde. Die Unfallversicherungsträger übernehmen die Beratung beim Aufbau solcher branchenspezifischen Erstbetreuungskonzepte, die

Ausbildung der Ersthelfer bzw. die entsprechende Qualitätssicherung. Wenn Unternehmen bereits in diesem Stadium der Frühintervention auf (externe) professionelle psychologisch ausgebildete Netzwerkpartner zurückgreifen, kann der Übergang von der Erstbetreuung zur anschließenden Stabilisierungsphase fließend sein.

Nicht alle Betroffenen benötigen nach Schockerlebnissen eine professionelle Intervention (Betreuung oder Behandlung). In der Mehrzahl der Fälle sind die Selbstheilungskräfte groß genug und Beschwerden klingen von selbst wieder ab. Ist dies nicht der Fall, so müssen weitere Maßnahmen zur Stabilisierung (z. B. probatorisch-psychotherapeutische Sitzungen) und Behandlung rechtzeitig eingeleitet werden. Um dies sicherzustellen, ist in Risikofällen ein enger Kontakt zwischen Unfallversicherungsträgern, Versicherten, Unternehmern und anderen Akteuren von entscheidender Bedeutung. Im Jahre 2001 wurde erstmals das Modellverfahren „Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden“ (Modellverfahren) entwickelt. Ziel war es, durch Festlegung von Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer und Therapie sowie durch klar definierte Verfahrensabläufe zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beizutragen.

### Reha-Management und Teilhabe am Arbeitsleben

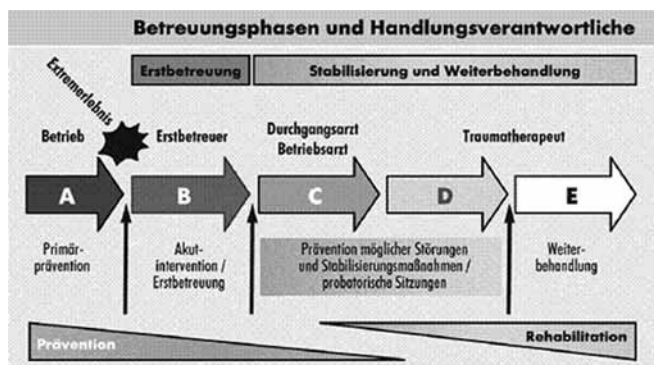
Um frühzeitig die notwendigen Leistungen einzuleiten, Schnittstellen zu vermeiden und so möglichst eine schnelle Wiedereingliederung in Arbeit und Gesellschaft zu erreichen, setzt die UV hierzu Reha-Manager ein. Sie verfügen nicht nur über die nötigen fachlichen Kenntnisse, sondern auch über die erforderliche Sozial- und Methodenkompetenz. Zentraler Aspekt ihrer Arbeit ist der persönliche Kontakt zu den Betroffenen und die Einbeziehung aller

am Reha-Verfahren Beteiligten wie Ärzte, Therapeuten, Ausbilder und Arbeitgeber.

Wesentliche Elemente sind die persönliche Beratung durch den Reha-Manager, die zielorientierte Steuerung der Heilverfahren gemeinsam mit Versicherten, Ärzten, Therapeuten und Arbeitgebern sowie eine nahtlose Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung. Bei psychischen Gesundheitsstörungen kommt den Reha-Managern eine besondere Funktion bei der Vermittlung an geeignete Psychotherapeuten und Einrichtungen zu. Dies trifft besonders dann zu, wenn die berufliche oder private Situation der Versicherten eine Wiedereingliederung problematisch erscheinen lassen. So rückt unter anderem das wichtige Ziel der schnellen Wiedereingliederung in das Berufsleben, wenn immer möglich an den alten (vorhandenen) Arbeitsplatz, noch stärker in den Fokus der Steuerung durch die Unfallversicherungsträger und in die Behandlungsziele der Therapeuten. Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen ist für den Heilverlauf wie auch für die allgemeine Lebensqualität der Versicherten eine schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz – auch während der laufenden Behandlung – oft von besonderer Bedeutung. Es muss deshalb von Anfang an darauf geachtet werden, dass der vorhandene Arbeitsplatz während der laufenden Therapie nicht verloren geht und dass unterstützende Maßnahmen (z. B. Arbeitserprobungen) frühzeitig zum Inhalt der Behandlungsziele gemacht werden. Hier kommt den Reha-Managern der Unfallversicherungsträger sowie deren Kontakt zum Arbeitgeber, aber auch den behandelnden Therapeuten, eine zentrale Rolle zu. Letztere sollen die UV-Träger im Reha-Management unterstützen und bei längeren Therapien u. a. berufliche Wiedereingliederungsziele und Maßnahmen in ihre Behandlungspläne integrieren.

### Das neue „Psychotherapeutenverfahren“

Unfallchirurgische Kliniken und ambulante Durchgangsarzte können in allen Behandlungsphasen mit Unfallverletzten konfrontiert werden, für die eine auf das eigene Fachgebiet begrenzte Behandlung unzureichend bleibt. Insbesondere in Fällen, in denen Heilverläufe hinter der „normalen“



Phasenmodell „Prävention und Rehabilitation“

verletzungstypischen Entwicklung zurückbleiben, sind psychologische Konsultationen angezeigt. In den BG-Unfallkliniken wurden deshalb psychotraumatologische Ambulanzen eingerichtet.

Das zum 1. Juli 2012 in Kraft getretene „Psychotherapeutenverfahren“ (PT-Verfahren) der Gesetzlichen Unfallversicherung regelt die ambulante psychotherapeutische Versorgung in der UV: [www.dguv.de/landesverbaende/de/med\\_reha/psych/index.jsp](http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/psych/index.jsp).

Das neue PT-Verfahren besteht aus den Anforderungen und der Handlungsanleitung. In den Anforderungen werden die fachlichen und sonstigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Zulassung von Psychotherapeuten und deren Zusammenarbeit mit den UV-Trägern geregelt. Die angewandten Behandlungsverfahren müssen evidenzbasiert sein und sich an den einschlägigen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) orientieren. Beteiligt werden psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation in einem der drei anerkannten Richtlinienverfahren, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte der in den Anforderungen abschließend genannten Facharztbezeichnungen, die zusätzlich über spezielle Fachkenntnisse in Form von Fortbildungen in der leitliniengerechten Diagnostik und Behandlung von typischen psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (z. B. akute Belastungsstörung, Angststörung, Depression, Anpassungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Schmerzstörung) verfügen. Zum Nachweis praktischer Erfahrungen wird eine bestimmte Zahl von entsprechenden Behandlungsfällen gefordert. Die behandelnden Psychotherapeuten sollen die UV-Träger bei der Fallsteuerung und im

Reha-Management aktiv unterstützen und dabei das Ziel eines möglichst schnellen beruflichen Wiedereinstiegs früher und stärker in den Fokus der Behandlung einbeziehen als bisher (z. B. Belastungsproben, Fahrtrainings etc.).

Wichtige Änderungen ergeben sich auch im Verfahrensablauf. Die Handlungsanleitung zum neuen PT-Verfahren enthält die Regularien zum Verfahren im einzelnen Behandlungsfall. Weiterhin gilt, dass die Chronifizierung eines psychischen Gesundheitsschadens unbedingt vermieden werden muss. Die Netzwerktherapeuten sind zur Übernahme eines UV-Falles in die Behandlung innerhalb einer Woche verpflichtet. Beibehalten wurde die zügige Intervention durch unkomplizierte Bewilligung von bis zu fünf probatorischen Sitzungen. Im Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag der UV, die Heilverfahren engmaschig zu steuern und möglichst zeitnah eine berufliche und soziale Eingliederung zu erreichen, erfolgt die Bewilligung weiterer Therapiesitzungen regelmäßig auf Antrag und Berichterstattung nach jeweils zehn Sitzungsterminen. Damit keine Behandlungslöcher entstehen, sollten Weiterbehandlungsanträge rechtzeitig gestellt bzw. abweichende Regelungen im Einzelfall individuell zwischen Therapeuten und UV-Trägern abgestimmt werden.

Nach Inkrafttreten des neuen PT-Verfahrens werden regelmäßig obligatorische Einführungsveranstaltungen bzw. Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Inhalte sind neben dem PT-Verfahren die Rahmenbedingungen der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere die Leistungsvoraussetzungen (Ablösung der Unternehmer-Haftpflicht, Kausalität) sowie Besonderheiten der Kommunikation mit der Sachbearbeitung für die Fallsteuerung bzw. das Reha-Management.

Die Honorierung der Berichte und psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis „Psychotherapeutenverfahren“: [www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/verguetung/index.jsp](http://www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/verguetung/index.jsp).



**Dirk Scholtysik**  
Referatsleiter Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung (DGUV) Berlin

Die Berichts-Vordrucke finden Sie unter [www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp](http://www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp).

Interessierte Psychotherapeuten können sich gerne an den für sie regional zuständigen Landesverband der DGUV wenden, der auch über die Zulassung entscheidet. Sie erhalten von dort alle weiteren wichtigen Informationen sowie die Antragsunterlagen. [www.dguv.de/landesverbaende/de/index.jsp](http://www.dguv.de/landesverbaende/de/index.jsp).

#### Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)

# LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

## Herzlichen Glückwunsch, Alfred Kappauf!

Alfred Kappauf feierte im vergangenen Dezember seinen 60. Geburtstag. Wenn ein Mensch 60 wird, dann gibt es viel zu erzählen. Von ihm selbst, seiner Familie, Freunden, Bekannten, Verwandten ... eine bunte Geschichte entfaltet sich. Bei Alfred Kappauf kommt noch ein Kapitel hinzu. Wie bei kaum jemandem sonst sind sein Name und damit seine Person und sein Wirken eng verbunden mit dem Aufbau und der Entwicklung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Dass er von Beginn an der Kammer als Präsident vorstand, ist beileibe kein Zufall. Es ist das Ergebnis einer runden Mischung aus solider, über Jahrzehnte gewachsener berufspolitischer Kompetenz und gründlicher Fachlichkeit, aus Zielstrebigkeit und tatkräftiger Beharrlichkeit, aus visionärer Leidenschaft und pragmatischer Kompromissbereitschaft, aber sicher auch aus Humor und Gelassenheit.

Alfred Kappauf würde nie zulassen, die Erfolgsgeschichte der Kammer zu sehr an seine Person zu knüpfen. Dafür war und ist

ihm das Teamworking viel zu wichtig, die enge Kooperation mit Vorstand und Geschäftsstelle, der ständige Austausch mit Berufskollegen. Und präsidiale Allüren oder gar Macht-Arroganz dürften ihm selbst weniger freundlich gesonnene Zeitgenossen kaum vorhalten können.

Aber bei aller Bescheidenheit: Ohne ihn würden heute noch einige Meilensteine, die das Profil der Kammer RLP prägen, wie z. B. die Weiterbildungsordnung oder das novellierte Landeskrankenhausgesetz, am Wegesrand liegen und auf den Platz ihrer Bestimmung warten.

Alfred Kappauf hat sich selbst hin und wieder als Überzeugungstäter bezeichnet und ist als solcher rückfallgefährdet, dies zuletzt zeigend, indem er sich entgegen seiner ursprünglichen Absicht für eine dritte Amtsperiode zur Verfügung stellte.

Hier zu schreiben, Alfred Kappauf habe die besten Jahre seines Lebens der Kammer gewidmet und stünde nun im Zenit seiner Schaffenskraft, täte ihm womöglich un-



Alfred Kappauf

recht, ... wissen wir denn, was noch kommt?

Eigentlich, lieber Alfred, wenn wir das mal so ganz persönlich sagen dürfen, wollten wir Dir hier nur noch einmal in aller Öffentlichkeit Danke sagen und alles herzlich Gute wünschen für die nächsten Jahre und den Anlass beim Schopfe nehmen, um mit lautem Knall eine Flasche Siebeldinger Königsgarten Blanc de Noirs Brut zu entkorken und auf Dein Wohl anzustoßen ...

## Jahresempfang der Wirtschaft: Die Kammer dabei

Mittlerweile zum vierzehnten Mal fand am 18. Februar 2013 in Mainz mit ca. 5.000 Teilnehmern der sogenannte Jahresempfang der Wirtschaft statt, eine Veranstaltung, die von der Industrie- und Handelskammer (IHK) Rheinhessen und der Handwerkskammer (HWK) Rheinhessen federführend organisiert wurde und an der insgesamt zwölf Kammern der Wirtschaft und der freien Berufe teilnahmen. Sie gilt als die größte Veranstaltung zum Jahreswechsel von regionalen Wirtschaftsverbänden in Deutschland. Explizites Ziel dieser

Veranstaltung war und ist der Dialog der mittelständischen Unternehmen und der freien Berufe mit der Politik.

Aus der Perspektive der Wirtschaft wurde schon im Vorfeld der Veranstaltung von dem Hauptgeschäftsführer IHK, Herrn Patzke, die steigende Kostenbelastung der Unternehmen, die Schulden- und Ausgabesituation der öffentlichen Hand, den Fachkräftemangel, die bürokratische Regulierungsdichte kritisiert und eine mittelstandsfreundliche Gestaltung der Energiewende

und dringend notwendige Investitionen in die Verkehrsinfrastruktur angemahnt. Dies betonte auch Karl Josef Wirges, Präsident der HWK Rheinhessen, in seiner Begrüßungsansprache und wurde pointiert im Schlusswort von Dr. Harald Augter, Präsident der IHK Rheinhessen, aufgegriffen, der mit klaren Worten die Wettbewerbshemmnisse durch unzählige Steuergesetze und die Regulierungsdichte durch die Politik monierte. Dr. Michael Rumpf, Präsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz, der erkennbar vor dem





*Frau Bundeskanzlerin Dr. Merkel im Kreis der Kammerverep- treter beim Jahresempfang der Wirtschaft*

Hintergrund der Bundestagswahl vor dem „Wegfall des liberalen Elementes in der Politik“ warnte, öffnete dann sprachlich die Türen für die Hauptrednerin des Abends, Frau Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel.

Getragen von einer großen wohlwollen- den Akzeptanz der Zuhörerschaft zog dann Frau Dr. Merkel eine durchweg positive Bilanz ihrer Kanzlerschaft in dem jetzt beginnenden Wahlkampf. Die soziale Marktwirtschaft würde gelebt, nachdem es 2009 hier einen einmaligen Einbruch gegeben habe. Steuererhöhungen wie auch Steuer- senkungen schloss sie aus und warb vehement für die Anerkennung ausländischer

die seelischen Belastungsgrenzen der Menschen berücksichtigt und nicht zum gesundheitsschädigenden Faktor wird, war und ist ein Anliegen, das Herr Kappauf, Präsident der Landespsychotherapeuten- kammer Rheinland-Pfalz, für diese Veran- staltung formulierte. Denn, was für die körperliche Belastbarkeit selbstverständlich akzeptiert wird, muss auch für psychische Belastungsgrenzen gelten. So nimmt die Zahl der Neuberentungen wegen vermin- derteter Erwerbstätigkeit für psychische Er- krankungen von 2001 auf 2010 laut Reha- Bericht der Rentenversicherung 2012 in Deutschland von 50.000 auf über 70.000 zu und laut Gesundheitsreport der BAR-

Abschlüsse, um dem auch von den Vor- rednern monierten Fachkräftemangel entgegnet werden zu können, eine potenzielle Entwicklung, die möglicherweise für die Heilberufe insgesamt nicht ganz unproblematisch sein dürfte.

Dass die Arbeitswelt so gestaltet werden muss, dass sie auch

MER GEK 2012 für Rheinland-Pfalz haben im Vergleich von 2010 zu 2011 die AU-Tage je 100 Versicherte in der ICD-Kategorie Psychische und Verhaltensstörungen um 23,4% zugenommen, und sie liegen zu- sammen mit den Neubildungen in 2011 mit etwa 40 AU-Tagen mit Abstand an der Spitze aller Diagnosegruppen. Obwohl der Anstieg der Erkrankungszahlen sich seit Jahren in den Gesundheitsstatistiken ab- zeichnet, ist es erstaunlich, dass Krankenkassen, Sozialversicherungsträger sowie Unternehmen sich erst jetzt alarmiert zeigen – eine Problematik, die in den Reden der Veranstaltung leider keine Erwähnung fand.

Insgesamt schien die Veranstaltung für die meisten Beteiligten wie ein Heimspiel mit wechselseitiger Wertschätzung, Lob und Anerkennung und der Gewissheit, vieles doch richtig zu machen. So konnte man dann am Ende der Veranstaltung im Foyer, vorausgesetzt keine klaustrophobischen Ängste von Krankheitswert zu haben, bei rheinland-pfälzischem Wein und bei Bedarf auch mit Bier, Wasser und Brezel im innigen Gespräch mit Kolleginnen und Kol- legen mal vergessen, dass in der katholi- schen Domäne Mainz doch eigentlich Fas- tenzeit ist.

## Weiterbildung für Psychotherapeuten: Neuropsychologische Psychotherapie

Weiterbildung für Psychotherapeuten – das war eine umstrittene Sache. Während die Kammer RLP schon sehr früh und damit auch wegweisend Weiterbildungsord- nungen (WBO) erlassen und dadurch die fachliche Spezialisierung über die Appro- bation hinaus ermöglicht und organisiert hat, ist dies in anderen Kammern bis heute nicht unumstritten. Die Neuropsychologi- sche Psychotherapie war eine der ersten Weiterbildungsgänge, die seitens der Kam- mer in eine Ordnung gefasst wurde, und sie ist ein Erfolgsmodell, wie wir heute feststellen können.

Nachdem im Februar 2012 die Richtlinie Ambulante Neuropsychologie verabschie- det worden ist, fand im Sommer 2012 in Mainz eine Informationsveranstaltung der LPK RLP zum Themenbereich Ambulante Neuropsychologie statt. Auf reges Interes-

se stießen dabei die Vorträge von Frau Dr. Albs-Fichtenberg zur Richtlinie Ambulante Neuropsychologie, von Dieter Best zum Themenbereich Abrechnung, Kostener- stattung und Niederlassung sowie von Frau Dr. Naumann, die die Weiterbildungs- ordnung der LPK RLP darstellte und auch Möglichkeiten aufzeigte, sich nachträglich bzw. unter Bezug auf bereits absolvierte Weiterbildungselemente im Bereich Neu- ropsychologie zu qualifizieren.

Frau Dr. Naumanns motivierender Appell, sich gemäß der modernen und an un- terschiedliche berufliche Lebensläufe ange- passten WBO RLP anerkennen zu lassen, trug erste Früchte. 2012 fragten bei der LPK RLP vermehrt Interessenten nach und woll- ten sich etwa über Möglichkeiten der Weiter- qualifizierung informieren. Aktuell gibt es in RLP fünf anerkannte Supervisoren in Neuro-

psychologie, zwei Weiterbildungsermächtigte und 24 Kolleginnen und Kollegen mit der Zusatzbezeichnung Neuropsychologie.

Im März 2013 beginnt in einem rheinland- pfälzischen Ausbildungsinstitut das erste Ausbildungscurriculum, in dem Ausbil- dungsinhalte der Psychotherapieausbil- dung sowie neuropsychologische Weiter- bildungsinhalte unter Nutzung aller Über- schneidungsbereiche und Synergien aufei- nander abgestimmt sind, andere Ausbil- dungsinstitute sind ebenfalls auf dem Weg. Nach Abschluss verfügen diese Ab- solventen dann über die Approbation und die Voraussetzung für die Anerkennung der Weiterbildung in Neuropsychologie ge- mäß der WBO RLP.

Ein erstes Meinungsbild nach fast einem Jahr Ambulante Neuropsychologie Richtli-

nie zeigt zudem, dass die ambulante neuropsychologische Therapie von Menschen mit Hirnschädigungen oder -verletzungen im Rahmen von Kostenerstattungen in Rheinland-Pfalz überwiegend zügig und konstruktiv ermöglicht wird und sich die

Versorgungssituation daher erkennbar verbessert hat. Mit Wirkung vom 1. Januar 2013 treten nun auch neue EBM-Ziffern zur Neuropsychologie in Kraft; damit ist eine weitere wichtige Voraussetzung zur Integration der ambulanten Neuropsychologie in das

Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen erfüllt. Viele positive Schritte – auch wenn es noch einiges zu tun gibt, um Menschen mit hirnganischen Erkrankungen eine zeit- und ortsnahe ambulante Neuropsychologie zu ermöglichen.

### Studiert, approbiert – was nun?

Studiert, approbiert, Mitglied in einer Psychotherapeutenkammer – aber angekommen!? Neumitglieder sind in der LPK RLP herzlich willkommen, auch wenn es erfahrungsgemäß noch lange nicht bedeutet, dass sie sich auch im Gewirr der Regelungen und Befugnisse der Institutionen auskennen.

Um den Übergang etwas zu erleichtern und um sich mit der neuen beruflichen Heimat vertraut machen zu können, hat die LPK RLP zwei Initiativen ergriffen: Erstens bietet sie regelmäßig **Existenzgründungsseminare** an, die sich vor allem auf die Privatpraxisgründung beziehen, und zweitens lädt die LPK RLP jährlich ihre neuen Mitglieder zu einer **Begrüßungsveranstaltung** ein. Am 9. Januar 2013 war die erste dieser Veranstaltungen, und sie war gleich sehr vernünftig.

Der Vorstand hatte eingeladen und stand komplett für Fragen oder ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

Zu Beginn gab G. Borgmann-Schäfer (Vorstand) eine 45-minütige Einführung in die Organisationsstruktur der Kammer, ihre gesetzlichen Aufgaben, ihre Berufsordnung, ihre Ziele, ihr Mitgliederservice und ihre aktuellen Projekte. Anschaulich wurden die Aufgabengebiete, indem die Vorstandmitglieder direkt und konkret ihr Tun schildern konnten. Außerdem wurde die Einbettung der Psychotherapeutenkammer innerhalb der gesundheitspolitischen Strukturen erläutert: Wie ist das Ministerium mit der Kammer verbunden, wie sind die Abgrenzungen zur Kassenärztlichen Vereinigung oder zum Arbeitgeber. Bei dem anschließenden Glas Begrü-

ßungssekt wurde es sehr entspannt, und es kam zu einem regen Austausch der Generationen. Wie ist die berufliche Situation des Nachwuchses, und wie sind die Vorstände eigentlich zur Berufspolitik gekommen?

Bilanz der Veranstaltung aus Sicht des Vorstandes: Dies war eine sinnvolle und kurzweilige „Sitzung“.

Bilanz aus Sicht eines Teilnehmers: „Endlich habe ich mal den Unterschied zwischen KV und Kammer verstanden.“

Der Vorstand freut sich auf die nächste Begrüßungsveranstaltung im kommenden Jahr. Natürlich dürfen dann auch diejenigen gerne dazu kommen, die dieses Jahr terminlich verhindert waren.

### Politik und Gesundheitsakteure im Dialog

Unter der Überschrift „Zukunft der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ lud die Landtagsfraktion der GRÜNEN in RLP am 24. November 2012 maßgebliche Akteure der rheinland-pfälzischen Gesundheitsversorgung ein zu einem Austausch über die Zukunftsfähigkeit unserer Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung.

An der Diskussion mitbeteiligt war, neben der Ärztekammer, den Krankenkassen, Pflegeorganisationen und Verbraucherverbänden auch die Psychotherapeutenkammer RLP.

Deren Präsident, Alfred Kappauf, betonte in seinem Statement, dass die Probleme der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum weniger im demographischen Wandel begründet seien als in der Ökonomisierung. Es bestehe in der Gesundheitspolitik eine sehr starke Outputkontrolle und damit einhergehend ein Dokumentationswahn. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient werde zunehmend zu einem Vertragsverhältnis. Das führe zu einem Vertrauensverlust in der Arzt-Patient-Beziehung, was im Facharztverhältnis weniger problematisch sei als im Hausarztverhältnis. Spezialisierte Facharztleistungen werden besser

honoriert als die „Zuwendungsmedizin“. Der Versorgungsgrad auf dem Land liege bei 1/10 des Versorgungsgrades in städtischen Versorgungsgebieten.

Zur Lösung bzw. Milderung zunehmender Versorgungsengpässe müsse verstärkt auf Präventionsmaßnahmen gesetzt werden.

Einen ausführlichen Bericht über die Veranstaltung finden Sie im Internet unter folgendem Link: [http://gruene-rlp.de/themen/volltext-themen/article/zukunft\\_der\\_medizinischen\\_versorgung\\_im\\_laendlichen\\_raum/](http://gruene-rlp.de/themen/volltext-themen/article/zukunft_der_medizinischen_versorgung_im_laendlichen_raum/)

## Lebhaft nachgefragt: Grundlagen des Rechnungswesens – Steuertipps für Psychotherapeuten

Die Broschüre „Grundlagen des Rechnungswesens – Steuertipps für Psychotherapeuten“ trifft offenbar auf großes Interesse auch bei Mitgliedern anderer Landeskammern. Wer sie bekommen möchte, möge bitte die Schutzgebühr in Höhe von 3,00 € pro Stück plus 5,00 € Porto-kostenpauschale per Vorkasse auf unser

Konto bei der Deutschen Ärzte- und Apothekerbank Mainz, Konto-Nr. 528 33 37, BLZ 300 606 01 überweisen. Wichtig ist, dass der Name und die Adresse auf dem Überweisungsträger deutlich angegeben sind. Die Broschüre inkl. Rechnung werden dann von der Geschäftsstelle zugestellt.



## Dieses Jahr wieder: Tagung und Herbstfest

Ebenfalls hinweisen wollen wir auf die Veranstaltung „Schöne neue Welt? Krankheit und Behandlung im Wandel der Zeit“ am 28. September 2013, 14:00 bis 18:00 Uhr – im Anschluss an die Tagung findet das Herbstfest statt. Seit der rasanten Entwicklung des Internets und anderer neuer Medien nimmt die Individualisierung der Menschen ständig zu. Um ein Gefühl von Gemeinschaft zu haben, muss

man nicht mehr das Haus verlassen, sondern findet sich ein in einer virtuellen Community oder „trifft sich mit Freunden“ im Netz. Was hat diese Entwicklung hin zur Individualisierung für Folgen in Bezug auf unsere Normen? Werden durch Individualisierung und Virtualisierung neue Risikopotenziale geschaffen für Krankheit und Gesundheit? Schafft oder befördert sie (neue) psychische Erkrankungen? Viel-

leicht helfen neue Medien auch neue Behandlungsmethoden zu schaffen, aber für wen und um welchen Preis? Diese Fragen sollen bei der Veranstaltung gestellt und beantwortet werden. Veranstaltungsort ist die „Alte Mensa“, Campus der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz. Eine persönliche Einladung geht Ihnen im Frühjahr zu.

### Ankündigung

Am 13. April 2013 findet die nächste Sitzung der Vertreterversammlung in der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen.

Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung!

### An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit:

G. Borgmann-Schäfer, J. Kammler-Kaerlein, PD Dr. U. Porsch, Dr. A. Benecke, Dr. B. Albs-Fichtenberg, RA H. Gerlach, S. Rosenbaum

### Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de  
Telefonische Sprechzeiten:  
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr und zusätzlich  
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

## Berichtigung der Bekanntmachung von Satzungen der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 13. Dezember 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter S. 3 bis 21)

Die Worte „vom Datum der Ausfertigung“ in der jeweiligen Unterzeile unter den folgenden Satzungsüberschriften

1. „Neufassung der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz“
2. „Neufassung der Berufsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (BO LPK RLP)“

3. „Neufassung der Beitragsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (BeitragsO LPK RLP)“

4. „Neufassung der Entschädigungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (EntschO LPK RLP)“

5. „Neufassung der Gebührenordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (GebO LPK RLP)“

6. „Neufassung der Fortbildungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (FobO LPK RLP)“

werden jeweils durch folgende Worte „vom 14. November 2012“ ersetzt.



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Veranstaltung zum Patientenrechtegesetz

Der Einladung der Kammer zur Veranstaltung „Patientenrechtegesetz – Auswirkungen auf die Berufspraxis“ folgten am 7. November 2012 rund vierzig Kammermitglieder. Die Anwesenden bekundeten großes Interesse an den durch die geplanten Gesetzesänderungen aufgeworfenen Fragen und Konsequenzen für den Berufsalltag, nachdem das Gesetz am 29. November 2012 vom Bundestag verabschiedet wurde und zum 1. Januar 2013 mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten sollte.

Laut Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verfolgt der Gesetzesentwurf, der an eine seit mehr als zwei Jahrzehnten geführte Diskussion um das Thema Patientenrechte anknüpft, „das Ziel, Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen. Die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte soll verbessert werden. Patientinnen und Patienten sollen auch im Falle eines Behandlungsfehlers stärker unterstützt werden. Zugleich schaffen die Regelungen auch Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe im Versorgungsprozess“ (zit. gem. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums der Justiz vom 29.11.2012).

Rechtsanwalt Manuel Schauer und die Mitglieder des Ausschusses Berufsordnung, Gabi Comrad-Müller, Michael Antes und Bernhard Morsch, hatten für die saarländischen Kammermitglieder die Veranstaltung zum Patientenrechtegesetz vorbereitet. Inhaltlich wurden insbesondere die

Regelungen der Aufklärung von Patienten, ihre Einwilligung in die Behandlung sowie die Dokumentation und Einsichtnahme in die Behandlung in den Blick genommen.

Im ersten Informationsteil der Veranstaltung erläuterte Herr Schauer zunächst die rechtlichen Grundlagen bzw. Änderungen, die durch das Patientenrechtegesetz erwartet werden können (zum Veranstaltungszeitpunkt war das Gesetz noch nicht verabschiedet). Im Anschluss daran stellte Bernhard Morsch den Bezug der gesetzlichen Regelungen zur Berufsordnung der PKS her, und schließlich gab Michael Antes einen ersten Ausblick, welche Auswirkungen das Gesetz auf den Arbeitsalltag haben wird.

Im zweiten Teil des Abends diskutierten die Teilnehmer mit dem Kammerjurist, den Kollegen des Ausschusses und des Vorstands die aufgeworfenen Fragen. Der Vergleich der Gesetzesregelungen im neuen Patientenrechtegesetz und den bereits in der Berufsordnung der Kammer getroffenen Regelungen zeigte, dass ein Großteil der Pflichten an die Durchführung der Psychotherapie bereits in den Berufspflichten verankert ist. Ergänzungen durch das Patientenrechtegesetz bestehen v. a. im Hinblick auf die hinzugekommene Dokumentation der durch den Psychotherapeuten erfolgten Aufklärung des Patienten (§ 630e BGB), u. a. über Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, ggf. Behandlungsalternativen und mögliche Behandlungsrisiken, sowie die Klärung der Rahmenbedingungen der Behandlung, z. B. Honorarregelungen, Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz und die voraussicht-



*Bernhard Morsch, RA Manuel Schauer*



*Michael Antes*

liche Gesamtdauer der Behandlung (s. a. § 7 Abs. 2 BO der PKS), die nun auch bei Änderungen im Behandlungsverlauf gesondert zu erfolgen hat (§ 630f BGB).

Die Verschärfung der Dokumentationspflichten für den Psychotherapeuten sowie die Erweiterung der Einsichtsrechte des Patienten werden in der Psychotherapeutenchaft besonders kritisch gesehen. Insbesondere analytisch tätige Psychotherapeuten befürchten hier negative Auswirkungen auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit.

Da zur Dokumentation ausnahmslos alle Dokumentationen des Psychotherapeuten

gehören, die er im Zusammenhang mit der Behandlung seines Patienten anfertigt, umfasst dies auch Aufzeichnungen, die sich der Psychotherapeut etwa während den Sitzungen macht. In Verbindung mit dem Recht des Patienten auf unverzügliche Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte (§ 630g BGB), sehen analytisch tätige Kolleginnen und Kollegen besondere Probleme, wenn beispielsweise dem Patienten auf Verlangen unmittelbar Einsicht in die Aufzeichnung von Gegenübertragungsgedanken gegeben werden müssen. Ob eine Verweigerung der Einsicht im Einzelfall möglich ist, wird die Auslegung der Einschränkung im Gesetzestext, „so weit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen (§ 630 g Abs. 1 S. 1 BGB)“, letztlich im Streitfall ergeben müssen. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu allerdings bereits, dass im Regelfall „ein begründetes Interesse des Behan-



delnden an der Nichtoffenbarung solcher Aufzeichnungen, in Abwägung zu dem Persönlichkeitsrecht des Patienten“ nicht zu sehen sei.

Berufs- und Fachverbände sind nach Verabschiedung des Gesetzes im Besonderen gefordert, auf eine Dokumentation hinzuwirken, die den Spagat schaffen kann zwischen den Anforderungen an die fachlich angemessene Durchführung der Psychotherapie durch den Psychotherapeuten und den Einsichtsrechten des Patienten in die komplette Behandlungsdokumentation. Günstig wäre es nach Einschätzung der Kammer, bereits in die Ausbildung entsprechende Inhalte zur sachgerechten Dokumentation aufzunehmen.

Ein weiterer Punkt betrifft genaue Regelungen für minderjährige oder nicht einsehtsfähige Patientinnen und Patienten, die vorübergehend nicht in der Lage sind, selbst über ihre Behandlung zu entscheiden. Insbesondere im Hinblick auf die Behandlung Schwerkranker weist der Berufsstand auf die Notwendigkeit einer Möglichkeit zur Behandlungsvereinbarung (ergänzend zur Patientenverfügung) hin, die im Gesetz hätte geregelt werden sollen, nun aber leider nicht aufgenommen wurde. Sie hätte das Recht auf Selbstbestimmung stärken können, da der Patient in Zeiten besserer Gesundheit für den Fall einer akuten Krise hätte vorsorgen können.

Aus dem Teilnehmerkreis der Fortbildungsveranstaltung kam die Anregung, dass im Zuge der Verunsicherung der Kolleginnen

und Kollegen durch die neuen gesetzlichen Regelungen, die Kammer doch Hilfestellung dabei geben möge, welche Anforderungen an die Durchführung einer ordnungsgemäßen Psychotherapie insbesondere bzgl. Aufklärung und Dokumentation gestellt werden. Die Veranstalter nahmen diese Anregungen auf und werden das Zusammentragen wesentlicher, ggf. standardisierter Informationen auf den Weg bringen. Der Kammerpräsident wies in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Notwendigkeit der Lektüre der Berufsordnung hin, in der alle Rechte und Pflichten der Berufsausübung aufgeführt sind. Bei vertieftem Interesse kann die Musterberufsordnung mit Kommentierung empfohlen werden, die hinsichtlich der berufsrechtlichen Regelungen Rechtshintergründe sowie deren Auslegung anhand von Beispielen aus dem Psychotherapiealltag enthält (Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Text und Kommentierung, Martin H. Stellpflug & Inge Berns, Psychotherapeuten Verlag, 2008).

Der Vorstand nimmt das Bedürfnis der Teilnehmer der Veranstaltung sowie die mit unserem Berufsethos verbundene hohe Bedeutung einer sachgerechten und rechtskonformen Berufsausübung zum Anlass, im Frühjahr 2013 erneut eine Veranstaltung zu den Auswirkungen des Patientenrechtegesetzes auf die Berufspraxis durchzuführen.

*Bernhard Morsch,  
Vorsitzender Ausschuss Berufsordnung*

## Expertenrat Psychiatrie

Am 6. Dezember 2012 traf sich der Saarländische Expertenrat Psychiatrie zu seiner letzten Sitzung im vergangenen Jahr.

Zunächst wurden anhand verschiedener Beispiele Kapazitätsmängel in den Psychiatrischen Kliniken des Saarlandes und deren Folgen thematisiert. Nach einer lebhaften und engagiert geführten Diskussion erschien diese Situation den Anwesenden so brisant und wichtig, dass beschlossen wurde, dazu eine Arbeitsgruppe zu bilden, um geeignete Lösungsvorschläge zu erar-

beiten. Diese wird sich außerhalb der regulären Sitzungen des Expertenrates treffen und ihre Ergebnisse dort vorlegen.

In der künftigen Arbeit des Expertenrates sollen u. a. folgende Themen im Vordergrund stehen:

- Häufigkeit von und Umgang mit Notfällen/Suizidgefährdung,
- diagnosebezogene durchschnittliche Verweildauern in den psychiatrischen Kliniken des Saarlandes,

- Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung – Krankenhausunterbringung ohne Behandlung.

Ein weiteres wichtiges Thema war die Reform der komplementären psychiatrischen Versorgung „ambulant vor stationär“, die Ende 2013 abgeschlossen sein soll. Herr Groß vom Fachressort des zuständigen Ministeriums zog eine insgesamt positive Bilanz und verwies insbesondere auf den erfolgreichen Ausbau der ambulanten Betreuungsangebote im Saarland. Diese hat-

ten vor Beginn der Reform praktisch keine Rolle im Leistungsangebot gespielt. Die in der ersten Phase der Reform noch gültige Deckelung der Platzzahlen sei aufgehoben, eine bedarfsgerechte Versorgung könne somit erfolgen. Die beiden Leistungstypen in diesem Versorgungssegment würden derzeit hinsichtlich einer Erhöhung des Betreuungsumfanges überprüft. Die bisher gültigen und vielfach kritisierten Leistungstypen im ambulanten Bereich ermöglichen für seelisch behinderte Menschen lediglich einen Betreuungsumfang von durchschnittlich sechs Stunden pro Woche. Vergleichbare Angebote für die Gruppe der geistig behinderten Menschen sehen hier immerhin neun Stunden wöchentlich vor. Wer einen höhe-

ren Betreuungsbedarf hat, dem bleibt nur der Weg ins intensiv betreute Wohnen, also in der Regel ins Heim.

Der Platzabbau im stationären Bereich erfolgt weiterhin nicht im ursprünglich geplanten Umfang, da die Bedarfssituation sich hier gegenläufig entwickelt.

Herr Groß informierte außerdem darüber, dass alle Leistungstypen in diesem Bereich auf den Prüfstand sollen. Parallel dazu seien im Landesamt für Soziales ein Hilfeplanungsverfahren sowie Hilfebedarfsgruppen in Arbeit, auf deren Grundlage in Zukunft alle Leistungen der Wiedereingliederungshilfe für seelisch Behinderte erbracht werden sollen.

Ein weiteres Thema war die häufig stigmatisierende und/oder sachlich falsche Darstellung von psychischen Erkrankungen in den Medien. Hierzu wird sich der Expertenrat mit einem Schreiben an die Vertreterinnen und Vertreter der saarländischen Presse wenden.

Die nächste Sitzung, die für den 27. Februar 2013 geplant ist, wird sich schwerpunktmäßig mit der Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher im Saarland befassen. Daran wird auch Katja Klohs-Eberle als KJP-Vertreterin unserer Kammer teilnehmen.

*Irmgard Jochum,  
Mitglied im Expertenrat Psychiatrie des  
Ministeriums für Soziales, Gesundheit,  
Frauen und Familie*

## Saarländisches Konsenspapier zu Standards für Ablauf und Betreuung der Praktischen Tätigkeit für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA)

Ziele dieses Konsenspapiers sind die klare Strukturierung und die Verbesserung der Qualität des Ausbildungsabschnitts der Praktischen Tätigkeit.

An der Erstellung dieses Papiers waren folgende Personen und Institutionen beteiligt: PiA-AnleiterInnen der meisten an der Ausbildung beteiligten saarländischen Kliniken, LeiterInnen aller vier saarländischen Ausbildungsinstitute (IVV, SIAP, SIPP, SITP), PiA-VertreterInnen aller vier Ausbildungsinstitute, PiA-Ausschuss der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische PsychotherapeutInnen bzw. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV) sieht im Rahmen der Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Jugendlichenpsychotherapeuten eine mindestens 1.800 Stunden umfassende Praktische Tätigkeit vor. Wenig differenzierte Vorgaben zur Durchführung der Praktischen Tätigkeit finden sich jeweils in § 2 der PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV.

### 1) Zeitdauer:

Die Dauer von mindestens einem Jahr in einer psychiatrischen klinischen Einrich-

tung sowie von einem halben Jahr an einer Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung ist gesetzlich festgelegt. Den AusbildungskandidatInnen sollen keine reduzierten PiA-ähnlichen Anschlussverträge nach Abschluss der Praktischen Tätigkeit angeboten werden. Wenn eine Anstellung nach der Praktischen Tätigkeit erfolgt, dann nur zu tariflich festgelegten Konditionen.

### 2) Anforderungen an die Institution:

In der Einrichtung werden verschiedene Krankheitsbilder behandelt. Den PiA sollte das Kennenlernen eines großen Spektrums an Störungsbildern ermöglicht werden, gegebenenfalls auch durch einen Abteilungs-/Schwerpunktwechsel während der PiA-Zeit.

Es muss gewährleistet sein, dass den PiA aufgrund des Ausbildungszwecks der Praktischen Tätigkeit neben der Erfüllung der Dienstaufgaben ausreichend Zeit für Vor- und Nachbereitung, Supervision, Intervention, Fortbildung und Dokumentation zur Verfügung steht.

Als Richtgröße soll eine Arbeitsbelastung von maximal 2/3 einer regulären Arbeitsstelle genommen werden. Die Möglichkeit der individuellen Anpassung des Arbeitsvolumens sollte gegeben sein, d. h., eine Fle-

xibilität der möglichen Anpassung der Anforderungen ist wichtig.

Als Richtgröße für das Verhältnis anleitender, fest angestellter, approbierter PsychotherapeutInnen und psychotherapeutischer/psychiatrischer bzw. psychosomatischer FachärztInnen zu PiA sollte mindestens ein Verhältnis von eins zu eins bestehen.

Für die Ausbildung ist die doppelte Besetzung aller psychotherapeutischen Gruppen mit einer/einem erfahrenen TherapeutIn und einer/einem PiA anzustreben.

Es soll auf eine angemessene Steigerung der Anforderungen an die PiA geachtet werden: z. B. zuerst Übernahme eher standardisierter bzw. psychoedukativer Gruppen und später stärker interaktionell orientierter Gruppen. Ähnliches gilt für die Schwere und Komplexität der Störungsbilder in den Einzeltherapien, die nach dem Ausbildungsstand der PiA selektiert werden sollten.

### 3) Vertrag:

Mit der Klinik wird ein Arbeitsvertrag abgeschlossen, der alle Rechte einer/eines regulären Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers mit einem Zeitvertrag beinhaltet sowie eine der Tätigkeit angemessene Vergütung festlegt. Notwendig ist eine Stellenbe-

schreibung mit Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten und mit klar definiertem Unter- bzw. Überstellungsverhältnis.

#### 4) Zeugnis:

Zum Abschluss wird ein qualifiziertes Arbeitszeugnis ausgestellt.

#### 5) Einarbeitung:

Die PiA haben Anspruch auf eine angemessene Einarbeitungszeit, welche auch bei Wechsel des Arbeitsbereichs oder bei Rotation zu gewährleisten ist. Bezüglich der Einarbeitungszeit soll ein bestimmter Mindestzeitraum zugesichert werden. Die Einarbeitung sollte als Richtgröße mindestens vier Wochen betragen und normalerweise vier bis acht Wochen dauern, in denen die PiA schrittweise in Absprache mit den Anleitern reguläre Arbeit übernehmen. Der Zeitraum sollte in individueller Absprache und je nach Kenntnisstand der/des PiA variierbar sein. Nach Beendigung der Einarbeitung soll ein orientierendes Feedback-Gespräch erfolgen. Formaler Anlass dafür könnte z. B. das Ende der Probezeit sein.

Erforderlich ist eine nach Absprache individuelle Anpassung der schrittweisen Übernahme von Verantwortung in Gruppen- und Einzelbehandlungen. Für das multiprofessionelle Arbeiten ist das Kennenlernen möglichst vieler Therapiebereiche der Institution anzustreben, wozu auch die Hospitation in z. B. Ergotherapie, Sporttherapie, Sozialtherapie und Kreativtherapien gehören kann.

Obligatorisch ist zu Beginn eine Einführung in die Strukturen und Abläufe der Klinik, in die Dokumentation sowie eine Vorstellung auf den Stationen bzw. in den verschiedenen Bereichen (siehe auch übliche Einarbeitungskonzepte der Kliniken für alle neuen Mitarbeiter).

Die AnleiterInnen sorgen für eine Balance zwischen dem Erhalt von Hilfe und Unterstützung und der Verfügbarkeit von Modellen für Therapie einerseits und direktem Erfahrungslernen durch selbstständiges Arbeiten andererseits. Neben dem Lernen durch erfahrene KollegInnen kann das Peer-Lernen eine Rolle spielen.

Für die AnleiterInnen ist durch die Institution für die Betreuung und Supervision der PiA eine angemessene Zeit ihrer Arbeitszeit einzuräumen.

#### 6) Arbeitsplatz:

Zur Durchführung der Arbeit gehört ein angemessener Arbeitsplatz, der die Ungestörtheit der Durchführung von Therapien und von therapeutischen Abläufen (Diagnostik, Dokumentation, Telefonate, Absprachen) ermöglicht. Wünschenswert wäre, unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation einer Institution, pro Vollzeitstelle ein eigenes Zimmer (d. h. für zwei halbe Stellen mindestens ein gemeinsames Zimmer).

Notwendig ist ein PC-Anschluss pro Zimmer, die Freischaltung für das Patientendokumentationssystem der Bereiche, in denen die PiA arbeiten, sowie E-Mail und wenn möglich ein Internet-Zugang pro Zimmer.

#### 7) Betreuung/Supervision/Intervision:

Die Anleitung umfasst eine engmaschige Betreuung und Supervision durch eine/einen Psychologischen PsychotherapeutIn, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn oder eine/einen auf dem Fachgebiet qualifizierten Facharzt/qualifizierte Fachärztin. Minimum für die Supervision ist eine Stunde pro Woche pro PiA (als Gruppen- oder Einzelsupervision). In die Supervision sollen mehrere der approbierten PsychotherapeutInnen (bzw. Fachärztinnen/Fachärzte) der Institution einbezogen werden. Für deren Urlaubszeiten muss eine Vertretung sichergestellt sein. Anzustreben ist bei ausreichend langer Zugehörigkeit zum Team auch der Einbezug der PiA in externe Supervision.

Zur Betreuung gehört neben dem Gelesen auch Unterstützung und Rückmeldung bzgl. Antragstellungen (z. B. Reha-Anträge) und Berichten.

Jede Klinik (oder Zusammenschluss von Kliniken bei geringerer PiA-Zahl) benennt eine/einen KoordinatorIn/AnsprechpartnerIn für die PiA-Angelegenheiten. Mit dieser/diesem sollen gemeinsame Treffen

der PiA der Institution stattfinden, in denen auch organisatorische Fragen geklärt werden können und eine begleitende Reflexion der Praktischen Tätigkeit stattfinden kann. Es besteht für die PiA einer Institution auch die Möglichkeit, eine/einen PiA-SprecherIn zu wählen.

#### 8) Fort- und Ausbildung:

Die Teilnahme an Fortbildungen, die während der Arbeitszeit in der Institution stattfinden, ist zu ermöglichen. Wenn (einzelne) Seminare und Veranstaltungen des Ausbildungsinstituts zum Teil in die Regelarbeitszeit hineinreichen, sollen sie anteilig auch auf die Arbeitszeit angerechnet werden.

Es sollte auch die Möglichkeit geben, dass Fortbildungen (außerhalb der Richtlinien-ausbildung) bezahlt werden, wenn sie für die Durchführung der Arbeit in der Klinik erforderlich sind (dann in der Regel auf „Anordnung“ der/des verantwortlichen BereichsleiterIn/Bereichsleiters).

Saarbrücken, 15.02.2013

*Erstellt von: PiA-AnleiterInnen saarländischer Kliniken, den saarländischen Ausbildungsinstituten (IVV, SIAP, SIPP, SITP), PiA-VertreterInnen aller vier Ausbildungsinstitute, PiA-Ausschuss der PKS.*

#### Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irmgard Jochum, Katja Klohs-Eberle, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong und Michael Schwindling.

#### Geschäftsstelle

Scheiderstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



auf den folgenden Seiten geben Klaus Thomsen und Detlef Deutschmann Informationen und erläutern die Haltung

des Vorstands zu den Themen Kostenerstattung sowie Praxiswertermittlung. Beide Themen betreffen auf unterschiedlichen Ebenen unsere Mitglieder und in der Folge auch die zu versorgende Bevölkerung. Und da es dabei um Geld geht, gibt es dazu kontroverse Meinungen.

Die Beschwerdeanlässe und die Entwicklung des Beschwerdemanagements stellt Bernd Schäfer dar. So sehr sich die Kammer bemüht, für Betroffene den Weg, sich zu beschweren, zu erleichtern, so sehr liegt der Kammer daran, die Anlässe dafür zu minimieren. Der Vorstand empfiehlt deshalb jedem Mitglied den Blick in die Berufsordnung und bei Unsicherheit die Beratung durch die PKSH-Geschäftsstelle.

Ausführlichere Hintergründe für die von der Kammerversammlung beschlossene Haushaltsgestaltung und Beitragsberechnung erläutert Detlef Deutschmann.

Auf Bundesebene befasst sich im Übrigen der Länderrat, dessen Leitung turnusgemäß momentan bei der PKSH liegt, intensiv mit dem Reformbedarf zur Psychotherapie-Ausbildung und bleibt am Thema Bedarfsplanung dran.

Ich wünsche eine informative und anregende Lektüre,

*Juliane Dürkop*  
Präsidentin

## Psychotherapie mit Kostenerstattung in Schleswig-Holstein

Nach Berechnungen der PKSH sind in Schleswig-Holstein ca. 150 Kammermitglieder niedergelassen, haben aber keine Kassenzulassung. Es kann vermutet werden, dass ein Großteil dieser KollegInnen PatientInnen behandelt, deren Therapien über die Kostenerstattung ihrer Krankenkassen finanziert wird. Das wären 13% unserer Kammermitglieder. In Schleswig-Holstein arbeitet jede/r vierte niedergelassene Kollege/Kollegin in einer Privatpraxis.

Über den Umfang von Kostenerstattungsbehandlungen kann man nur Ungefähres in Erfahrung bringen. Die einzelnen Gesetzlichen Krankenkassen schweigen sich darüber aus. Laut Deutsches Ärzteblatt vom Februar 2012 stiegen die Ausgaben für Kostenerstattung von 2005 bis 2010 von 10,4 auf 30,5 Mio. €, Tendenz weiter steigend. Zum Vergleich werden bei Wikipedia die Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung für 2008 folgendermaßen aufgeschlüsselt: GKV-Gesamtausgaben 153,6 Mrd. €, ambulante ärztliche Behandlung (inkl. Psychiater) 24,3 Mrd. €, stationäre

Psychiatrie 4 Mrd. €, ambulante Psychotherapie 1,5 Mrd. € und davon 900 Mio. € an niedergelassene Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) ([http://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche\\_Krankenversicherung#Psychotherapie](http://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche_Krankenversicherung#Psychotherapie)). Wenn man unterstellt, dass fast ausschließlich nichtärztliche PsychotherapeutInnen über Kostenerstattung abrechnen, kann man davon ausgehen, dass schätzungsweise jede 30. Psychotherapiestunde bei PP und KJP von den Gesetzlichen Krankenkassen nach § 13 (3) SGB V bezahlt wird.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat 2012 eine Broschüre veröffentlicht: „Kostenerstattung – Ein BPTK-Ratgeber für psychisch kranke Menschen“. Die BPTK reagiert damit auf die skandalösen Zahlen zu den durchschnittlichen Wartezeiten auf ambulante psychotherapeutische Behandlung und den erkennbar mangelnden Willen vonseiten der Politik (G-BA, Bundesgesundheitsministerium), die von der BPTK errechneten und drin-

gend benötigten 4.000 zusätzlichen Kassensitze für PP und KJP zu schaffen. Vom G-BA werden hingegen 1.150 neue Sitze in Aussicht gestellt, bei gleichzeitig drohender Gefahr, dass durch das neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz auch wieder bis zu 5.700 Sitze in „übersorgten Gebieten“ von den KVen aufgekauft und stillgelegt werden könnten. Nach Berechnungen der BPTK könnten allein in Schleswig-Holstein auf diese Weise per saldo bis zu 80 Kassensitze in Gefahr sein.

Die PKSH möchte sich dem Thema Kostenerstattung stärker widmen. Es fehlen Informationen über die regionale Verteilung von KollegInnen, die in Kostenerstattung behandeln, deren Behandlungskapazitäten und deren Erfahrungen mit den Krankenkassen vor Ort. Im Suchdienst der Kammer „Psych-Info“ sind ca. 35 KollegInnen aufgeführt, die über Kostenerstattung in Schleswig-Holstein behandeln. In der Psychotherapeutenliste des DPTV findet sich hingegen in unserem Land niemand unter der Kategorie Kostenerstattung. Die



PKSH wird daher alle Mitglieder, die niedergelassen sind und möglicherweise mit Kostenerstattung arbeiten, in der nächsten

Zeit anschreiben und befragen. Gibt es Wünsche an die Kammer und wie kann die Zusammenarbeit verbessert werden?

Interessenten können sich natürlich auch schon vorher an die Kammer wenden.

*Klaus Thomsen  
Vorstandsmitglied*

## Praxiswertermittlung beim (Ver-)Kauf einer psychotherapeutischen Praxis – ein ziemlich „Heißes Eisen“!

Hier gibt es nämlich einen klaren wirtschaftlichen Interessenkonflikt zwischen Praxiskäufer und -verkäufer, allerdings in der Realität fast ausschließlich im Rahmen der Nachbesetzungsverfahren von Vertragspsychotherapeuten (KV-Zulassungen). Reine Privatpraxen hingegen scheinen praktisch nicht veräußerlich und spielen hier keine Rolle. Dies ist umso bemerkenswerter, da die Kassenzulassung als solche gar nicht veräußerlich ist. Der Zulassungsausschuss hat im Nachbesetzungsverfahren allein nach in §103 Abs. 4 Satz 5 SGB V genannten Kriterien den am besten geeigneten Bewerber als Nachfolger auszuwählen. Die Höhe eventuell in Vorverträgen zwischen Verkäufer und Bewerber vereinbarter Kaufpreise darf hier gerade keine Rolle für die Auswahl spielen. Der Bewerber muss allerdings seine Bereitschaft erklären, den sogenannten „Verkehrswert“ zu zahlen. Der Gesetzgeber wollte hier offensichtlich ganz bewusst die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragspsychotherapeuten nur maximal in Höhe des „Verkehrswertes“, nicht aber in Höhe eines davon ggf. stark abweichenden „Marktwertes“ schützen. Leider hat es der Gesetzgeber bislang versäumt, konkrete Festlegungen dazu vorzunehmen, wie dieser „Verkehrswert“ zu ermitteln ist, sodass es hierzu in der Praxis immer wieder Konflikte zwischen Kammermitgliedern gibt.

Strittig ist dabei i. d. R. nur der sogenannte „ideelle Wert“ einer Praxis, nicht hingegen der „Sachwert“, d. h. der Wert von eventuell übernommenen Räumlichkeiten, Inventar etc. Aus Sicht der jüngeren Psychotherapeutengeneration, die gern irgendwann in eigener Praxis tätig werden möchte, haben sich in den vergangenen Jahren – wohl doch eher nach marktwirtschaftlichen Mechanismen – z. T. deutlich überhöhte Preise etabliert.

Nun ist es aber eine der zentralen gesetzlichen Aufgaben von Kammern, hinzuwirken auf ein gedeihliches Verhältnis der Kammermitglieder untereinander. In diesem

Sinne gab es zuletzt auf Bundesebene im Länderrat der Psychotherapeutenkammern wieder Anstrengungen, sich auf einheitliche Empfehlungen zur Ermittlung des Verkehrswertes einer Praxis zu verständigen. Auf dem letzten DPT war dazu explizit beschlossen worden, dass auch Vertreter der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in den Prozess mit einzubeziehen seien. Dabei wurde wohl davon ausgegangen, dass sie die Interessen potenzieller Praxiskäufer am besten kennen und vertreten könnten.

Der Vorstand der PKSH hat in seiner Stellungnahme in dem Abstimmungsprozess deutlich gemacht, dass nach seiner Überzeugung für die Bewertung des Verfahrens in erster Priorität wichtig sein müsse, dass es für alle inhaltlich nachvollziehbar tatsächlich das messe, was im Kern den „veräußerlichen Wert der Praxis“ ausmache (Stichwort: Validität des Verfahrens). Komplexe Formeln, die zwar zu exakten Ergebnissen führen, bei denen aber nicht oder nur teilweise nachvollziehbar sei, was eigentlich warum gemessen werde, sehe er hingegen als nicht geeignet an. Aus diesen Gründen lehnte der PKSH-Vorstand ein konkretes

Beispiel eines sogenannten „modifizierten Ertragswertverfahrens“ ab, auf das sich die Diskussion zuletzt zunehmend eingeeignet hatte. Der Vorstand der PKSH machte in seiner ausführlichen Stellungnahme auf verschiedene kritisch erscheinende Aspekte aufmerksam. Er lehnte das Verfahren aber vorrangig deshalb ab, weil es im Kern den ideellen Praxiswert einerseits herleitet aus dem Zeitraum, in dem mit einer übernommenen Praxis höhere Erträge zu erwirtschaften seien als mit einer neu gegründeten Praxis, diesen Zeitraum dann aber ohne nähere Begründung mit mindestens zwei, in der Regel sogar drei Jahren festschreibt, und dann diesen Zeitraum multipliziert mit der Höhe eines fiktiv definierten Ertragsunterschiedes zwischen einer Vertragspsychotherapeutenpraxis und einer Angestelltentätigkeit. Weil der so rechnerisch resultierende Wert inhaltlich nicht mehr sinnvoll interpretierbar erscheint, d. h. auch keinesfalls ein valides Maß für den „ideellen Wert“ einer Praxis darstellen kann, hat der Vorstand dieses Modell als ungeeignet abgelehnt.

Er plädierte alternativ dafür, ein Modell als weitere Diskussionsgrundlage zu verwenden, das davon ausgeht, dass sich der „veräußerliche Wert einer Praxis“ der Höhe nach ergibt aus dem zu erwartenden Ertragsunterschied zwischen einer übernommenen und einer unter gleichen Bedingungen neu gegründeten Praxis. Denn genau hierin besteht inhaltlich nachvollziehbar der wirtschaftliche Wert eines Praxiskaufes. Dieser Ansatz hält konsequent die Zulassung, die ja gerade nicht veräußerlich ist, aus der Berechnung heraus. Dieses Modell ließe sich sogar an Hand der den KVn vorliegenden Zahlen in zwischen teilweise empirisch überprüfen. Im KJP-Bereich wurden bereits neue Zulassungen ausgesprochen. Die Ertragsentwicklung könnte ins Verhältnis gesetzt werden zu jener von Praxen, die unter ähnlichen Bedingungen im gleichen Zeitraum übernommen wurden. Mit neuen Zulassungen im PP-Bereich werden auch hier bald entsprechend belastbare Zahlen vorliegen.

### Präsidentin im Gespräch mit der Ministerin Alheit

Am 5. Dezember 2012 kam es auf Einladung der Sozialministerin Kristin Alheit zu einem persönlichen Gespräch im Ministerium. Dabei hatte Juliane Dürkop als Präsidentin der PKSH die Gelegenheit, der Ministerin die aktuell unter den Nägeln brennenden Probleme für den Berufsstand und für die psychisch kranken Menschen im Land darzulegen. Schwerpunkte waren neben der unzureichenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aufgrund fehlerhafter Versorgungsplanung die Probleme in der Psychotherapie-Ausbildung und ihrer Reformbedürftigkeit. Die Ministerin zeigte sich gut informiert und außerdem sehr interessiert, sodass weitere Gespräche folgen werden.

Ein entsprechendes Verfahren wurde 2011 von Herrn Dr. W. Bürger veröffentlicht unter der Bezeichnung „Differenzwertmethode“ (In: Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik, Supplement zu VPP 2/2011, S. 14-19). Inzwischen wurde von dem Autor ein weiterer lesenswerter Beitrag veröffentlicht, in dem er mit seiner Koautorin, Frau K. Burgdorf, Hintergründe und Probleme zu diesem komplexen Sachverhalt sehr sachlich und umfassend

darstellt und dabei auch auf verschiedene rechtliche Aspekte eingeht (In: Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik, Supplement zu VPP 1/2013, S.15-29).

Der Vorstand der PKS H strebt hier weiterhin eine Empfehlung zur Praxiswertermittlung an, die im Sinne eines fairen Interessenausgleiches gleichermaßen von beiden Interessengruppen als inhaltlich begründet

nachvollzogen und akzeptiert werden kann. Nur so lassen sich nach seiner Überzeugung zukünftig unnötige, ggf. auch gerichtliche Auseinandersetzungen unter Kammermitgliedern vermeiden. Da es hier um das „liebe Geld“ geht, handelt es sich bei diesem Thema bisweilen um ein ziemlich „Heißes Eisen“.

*Detlef Deutschmann  
Vorstandsmitglied*

## Landeskrankenhausgesetz – Psychotherapeutenkammer gefragt

Die neue Landesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, für Schleswig-Holstein ein Landeskrankenhausgesetz auf den Weg zu bringen und im Januar mit diesem Vorhaben auch begonnen. Bisher gibt es in Schleswig-Holstein nur ein Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Dieses Gesetz enthält keine für unseren Berufsstand relevanten Bestimmungen. Jetzt liegt ein erster Referentenentwurf für ein Landeskrankenhausgesetz vor, in dem auch Pflichten der Krankenhäuser, z. T. mit der Beschreibung von Aufgaben und Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen, geregelt werden.

Die PKS H wurde hier in das Stellungsverfahren zu diesem Referentenentwurf eingebunden, was deutlich macht, dass die Psychotherapeutenkammer in der schleswig-holsteinischen Politik deutlich an Präsenz gewonnen hat. Mit einer ausführlichen Stellungnahme verfolgten wir das Ziel, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in diesem Gesetz facharztanalog zu verankern. Inwieweit unsere Änderungsvorschläge in einem nächsten Gesetzesentwurf berücksichtigt werden, stand bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht fest.

Zur Orientierung: Ein Referentenentwurf stellt einen ersten Schritt im Verfahren

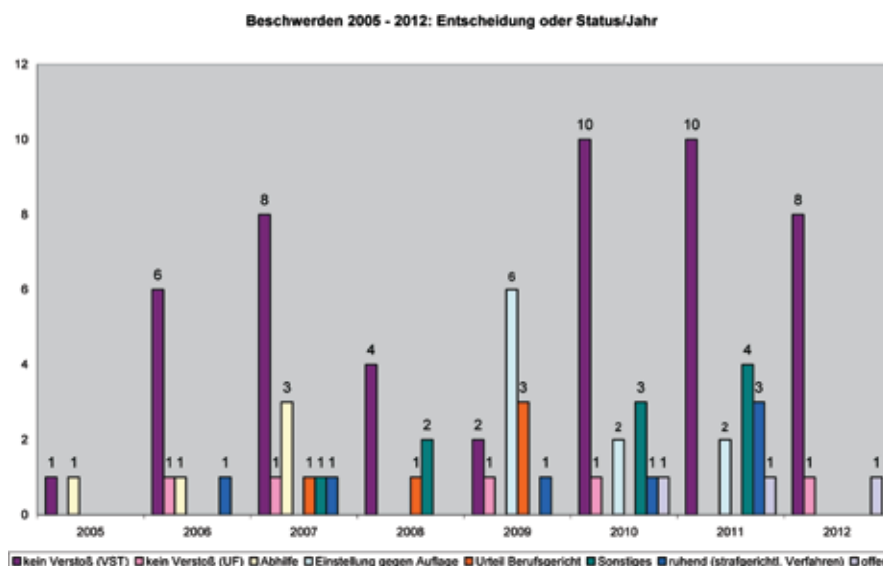
dar. Es wird weitere Entwürfe und weitere Stellungnahmerunden geben. Mit einem ersten Kabinettsentwurf ist dem Vernehmen nach ca. im Herbst 2013 zu rechnen. Die PKS H betrachtet dieses Gesetzgebungsverfahren als Chance, die im ambulanten Sektor realisierte Gleichstellung der Psychotherapeutenkammer mit den Fachärzten auch im stationären und teilstationären Kontext auf gesetzlicher Ebene herzustellen. Entsprechend werden wir uns einbringen und fortlaufend berichten.

*Bernhard Schäfer  
Vizepräsident*

## Beschwerdemanagement in 2012

Im Jahre 2012 hatte die Kammer bezogen auf dieses zentrale Aufgabengebiet erfreulicherweise relativ wenig zu tun. Insgesamt wurden zehn Beschwerden von PatientInnen gegen praktizierende Kammermitglieder eingereicht. Im Vergleich zu 2011 waren das nur halb so viele Beschwerden, was sich aber noch innerhalb der Schwankungsbreite der vergangenen Jahre bewegt. Gravierende Vorwürfe gab es nicht, die meisten bezogen sich auf das Verhalten von Kammermitgliedern, das von PatientInnen als unangemessen, verletzend etc. empfunden wurde. Relativ häufig sind dabei aus Patientensicht ungeschöne Beendigungen der Therapie Anlass für Beschwerdebriefe gewesen. Die meisten dieser Beschwerden konnten nach Stellungnahme der beschwerten Mitglieder zügig eingestellt werden, da sich berufsrechtliche Verstöße nicht feststellen ließen.

Insgesamt wurden in 2012 zehn Beschwerdefälle, darunter auch ältere, abgeschlossen.

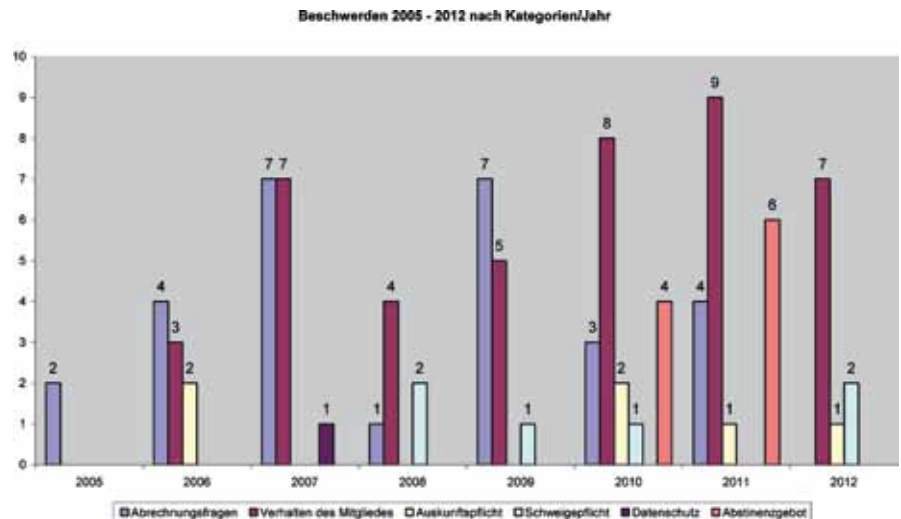


Neun Mal ergaben sich keine Hinweise auf berufsrechtliches Fehlverhalten. In einem Fall wurde das Verfahren gegen Zahlung eines Geldbetrages eingestellt. Letzteres bezieht sich auf den sogenannten berufsrechtlichen

Überhang nach strafrechtlichen Ermittlungen. In dem Fall wurde dem Bruder eines Patienten von einem Kammermitglied eine Packung eines Antidepressivums zugesandt, mit der Empfehlung, diese einzu-

nehmen. Hier sah die Kammer deshalb einen berufsrechtlichen Überhang gegeben, da mit dem Bruder des Patienten eine dritte Person involviert war und somit das Ansehen des Berufstandes in der Öffentlichkeit Schaden genommen hat.

Ein weiteres strafrechtliches Verfahren wurde in 2012 abgeschlossen. Einem Kammermitglied wurde vorgeworfen, noch innerhalb einer laufenden Behandlung eine sexuelle Beziehung zu einer Patientin aufgenommen zu haben. Sexuelle Handlungen in Behandlungsverhältnissen stehen nach § 174c StGB auch dann unter Strafe, wenn sie mit Zustimmung von PatientInnen zustande gekommen sind. Im vorliegenden Fall war der Sachverhalt unter den Beteiligten unstrittig, das Kammermitglied nicht vorbestraft und die Staatsanwaltschaft ging davon aus, dass eine Wiederholungsgefahr nicht bestehe. Sie erhob deshalb keine Anklage, sondern stellte das Verfahren gegen Zahlung von 10.000 € Schmerzensgeld an die Patientin und die Auflage einer Entschuldigung ein. Das Kammermitglied ließ sich hierauf ein und der Vorgang ist straf-



rechtlich damit abgeschlossen. Die Prüfung eines möglichen berufsrechtlichen Überhangs dauert noch an.

Auch wenn aktuell gegen ein weiteres Kammermitglied wegen möglicher Verstöße gegen § 174c StGB ermittelt wird, dürften solche Vorgänge nach Kenntnis der Kammer absolute Ausnahmen sein. Auch ist die Gesamtzahl der Beschwerden er-

freulich niedrig, tatsächliche berufsrechtliche Vergehen noch seltener. Wir freuen uns auch darüber, dass immer wieder Mitglieder ein geplantes Vorgehen bei der Kammer berufsrechtlich prüfen lassen, bevor sie es umsetzen. Dies ist im Zweifelsfall aus unserer Sicht ein guter Weg, berufsrechtlichen Verfahren vorzubeugen.

*Bernhard Schäfer  
Vizepräsident*

## Haushaltsplan und Beitragssätze 2013 sowie Jahresabschluss 2012

Haushalts- und Beitragsentscheidungen sind regelmäßig ein zentrales Thema der letzten Kammerversammlung des Jahres, so auch im November 2012. Im Zusammenhang mit der Vorstellung des Haushaltsplanes für 2013 wurde vom Finanzausschuss zunächst die wirtschaftliche Entwicklung in 2012 dargestellt. Zu diesem Zeitpunkt wurde prognostisch von einer geringfügigen Ausgabenüberschreitung zum Jahresende ausgegangen. Maßgeblich hierfür waren in erster Linie überplanmäßige Ausgaben für das 10-Jahres-Jubiläum der PKSH in Folge der unerwartet hohen Resonanz bei den Mitgliedern sowie Nachzahlungen für das Psychotherapeutenjournal (PTJ) für Vorjahre, erhöhte Aufwendungen für Öffentlichkeitsarbeit im Zusammenhang mit den zentralen Themen Bedarfsplanung und Wartezeiten-Studie, aber auch ungeplante EDV-Kosten im Rahmen der Optimierung der Online-Akkreditierung von Fortbildungen bzw. verschiedene notwendig erscheinende Anpassungen im Mitgliederverwaltungsprogramm. Durch im Verhältnis zum Haus-

haltsplan geringere Ausgaben in einer ganzen Reihe von Haushaltspositionen sowie abermals leicht gestiegene Mitgliederzahlen und damit Mitgliedsbeiträge konnte zum Jahresende inzwischen real sogar ein geringer Einnahmeüberschuss in Höhe von ca. 9.000 € festgestellt werden.

In der Haushaltsplanung für 2013 wurde im Vergleich zum Vorjahr insbesondere von Mehrausgaben für Gehälter der Geschäftsstellenmitarbeiter (auf Grund von Tarifanpassungen) sowie Miete und Nebenkosten für die Räumlichkeiten der Geschäftsstelle, aber auch in 2013 notwendige Investitionen in die Erneuerung der Serverstruktur ausgegangen. Zusätzlich mussten durch vom Deutschen Psychotherapeutentag beschlossene Erhöhungen der BPTK-Beiträge pro Kammermitglied um 7 €/Jahr auch hier erhöhte Ausgaben eingestellt werden. Da die Höhe des Mindestbeitrages in der 2008 eingeführten Beitragsstruktur wesentlich hergeleitet wurde aus der Summe der durch jedes Mitglied unmittelbar entstehenden Kosten pro Jahr, hier stellen die

Kosten für den BPTK-Beitrag und das PTJ die größten Teilbeträge dar, wurde im Sinne einer Aufrechterhaltung dieser Beitragssystematik von der Kammerversammlung einstimmig eine Erhöhung aller Beitragssätze um genau diese 7 € beschlossen.

Aufgrund der vorgelegten Haushaltsplanungen, die auch einstimmig verabschiedet wurden, wird auch für 2013 damit wieder von einem ungefähr ausgeglichenen Haushalt zum Jahresende ausgegangen. Die Beitragssätze liegen, wie entsprechende Vergleiche mit den übrigen Kammern zeigen, damit trotz der geringen Mitgliederzahl weiter eher im unteren Bereich.

*Detlef Deutschmann  
Vorstandsmitglied*

### Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2, 24103 Kiel  
Tel. 0431/66 11 990  
Fax 0431/66 11 995  
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr, Do: 13 – 16 Uhr  
E-Mail: info@pksh.de  
Homepage: 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.

12. Jahrgang, Ausgabe 1/2013

### Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München

### Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. And-

rea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

### Redaktion

Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach (V.i.S.d.P.)  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigelegte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

### Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69126 Heidelberg

### Druck

westermann druck  
38104 Braunschweig

### Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 3/2013 ist der 27. Juni 2013, für Ausgabe 4/2013 der 20. September 2013. Manuskripte sind elekt-

ronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind **urheberrechtlich geschützt**. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

# Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

 <p><b>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</b></p> <p><b>Baden-Württemberg</b> Jägerstraße 40 70174 Stuttgart Tel. 0711/674470-0 Fax 0711/674470-15 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@lpk-bw.de www.lpk-bw.de</p>	 <p><b>Psychotherapeutenkammer HAMBURG</b></p> <p><b>Hamburg</b> Hallerstraße 61 20146 Hamburg Tel. 040/226 226 060 Fax 040/226 226 089 Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr Fr 9.00 – 14.00 Uhr info@ptk-hh.de www.ptk-hh.de</p>	 <p><b>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer</b> Kickerlingsberg 16 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0 Fax 0341/462432-19 Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr Mi 14.00 – 17.00 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@opk-info.de www.opk-info.de</p>
 <p><b>PTK   Bayern</b></p> <p><b>Bayern</b> St.-Paul-Straße 9 80336 München (Post: Postfach 151506 80049 München) Tel. 089/515555-0 Fax 089/515555-25 Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 13.00 Uhr info@ptk-bayern.de www.ptk-bayern.de</p>	 <p><b>LPPKJP HESSEN</b></p> <p><b>Hessen</b> Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden Tel. 0611/53168-0 Fax 0611/53168-29 Mo 10.00 – 13.00 Uhr Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr post@ptk-hessen.de www.ptk-hessen.de</p>	 <p><b>LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz</b></p> <p><b>Rheinland-Pfalz</b> Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 55130 Mainz Tel. 06131/5703813 Fax 06131/5700663 Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr service@lpk-rlp.de www.lpk-rlp.de</p>
 <p><b>PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN</b></p> <p><b>Berlin</b> Kurfürstendamm 184 10707 Berlin Tel. 030/887140-0, Fax -40 Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr Di 14.00 – 19.00 Uhr info@psychotherapeutenkammer-berlin.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de</p>	 <p><b>pkn. Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</b></p> <p><b>Niedersachsen</b> Roscherstraße 12 30161 Hannover Tel. 0511/850304-30 Fax 0511/850304-44 Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr Beitragsangelegenheiten: Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr info@pknds.de www.pknds.de</p>	 <p><b>pks Psychotherapeutenkammer des Saarlandes</b></p> <p><b>Saarland</b> Scheidterstraße 124 66123 Saarbrücken Tel. 0681/9545556 Fax 0681/9545558 Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr kontakt@ptk-saar.de www.ptk-saar.de</p>
 <p><b>PK Psychotherapeutenkammer HB Bremen</b></p> <p><b>Bremen</b> Hollerallee 22 28209 Bremen Tel. 0421/27 72 000 Fax 0421/27 72 002 Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr Mi 13.00 – 17.00 Uhr Sprechzeit des Präsidenten: Di 12.30 – 13.30 Uhr verwaltung@pk-hb.de www.pk-hb.de</p>	 <p><b>Psychotherapeuten Kammer NRW</b></p> <p><b>Nordrhein-Westfalen</b> Willstätterstraße 10 40549 Düsseldorf Tel. 0211/522847-0 Fax 0211/522847-15 Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr Fr 8.30 – 14.00 Uhr info@ptk-nrw.de www.ptk-nrw.de</p>	 <p><b>pkSHI Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein</b></p> <p><b>Schleswig-Holstein</b> Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus 24103 Kiel Tel. 0431/661199-0 Fax 0431/661199-5 Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr Do 13.00 – 16.00 Uhr info@pksh.de www.pksh.de</p>

