

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wieder liegt eine neue Ausgabe des Psychotherapeutenjournals vor Ihnen, die ein breites Spektrum der „Welt der Psychotherapie“ abbildet. Sie spannt den Bogen über Entwicklungen in Psychotherapieschulen, integriert aber auch ethische und rechtliche Aspekte. Die Vielfalt der Texte ist ein Zeichen dafür, dass sich die Psychotherapie inzwischen in vielen Tätigkeitsfeldern und bei vielfältigen Störungsbildern erfolgreich etabliert hat und beachtliche Erfolge vorweisen kann. Zum einen wird in den Beiträgen ein Aufeinanderzugehen verschiedener therapeutischer Richtungen deutlich, zum anderen aber auch die Notwendigkeit, den Weg der Psychotherapie insgesamt kontinuierlich-kritisch zu begleiten.

Den letztgenannten Aspekt greift Giovanni Maio auf, indem er sich mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und dem Glauben an Planbarkeit und Machbarkeit auseinandersetzt. Er plädiert dafür, sich wieder mehr auf ein humanistisches Menschenbild und soziales Denken und Handeln zu besinnen und Psychotherapie als „verstehende Sorge um den Anderen“ zu begreifen. Damit wirft er die Frage auf, welche Position die Psychotherapie im Gesundheitswesen einnehmen wird und will – ein hochaktuelles Thema. Wir möchten dazu aufrufen, diese ethische Debatte weiterzuführen und würden uns über Diskussionsbeiträge freuen.

Eine andere Art der Begegnung verdeutlichen Gitta A. Jacob und Brunna Tuschen-Caffier in ihrem Beitrag zum Stellenwert imaginativer Techniken in der Verhaltenstherapie. Sie berichten über den aktuellen Forschungsstand zum Einsatz imaginativer Verfahren in der VT, die in anderen psychotherapeutischen Richtungen traditionell eine größere Rolle spielen, und plädieren dafür, diese Methoden stärker in die verhaltenstherapeutische Ausbildung einzubeziehen, da insbesondere schwer gestörte und schwierig behandelbare Patientinnen und Patienten davon profitieren könnten.

Auch auf die VT-Ausbildung bezieht sich der Artikel von Annette Kämmerer, Fried-

rich Kapp und Sabine Rehahn-Sommer. Die Verfasser betonen den Stellenwert von Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapie und legen ein Konzept vor, das neben fachlichen Fähigkeiten persönliche Kompetenzen und Beziehungsfähigkeit im psychotherapeutischen Handeln beinhaltet.

Ludwig Kraus et al. berichten von einer in Bayern durchgeführten empirischen Untersuchung zur Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung bei niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten durch Menschen mit Glücksspielproblemen. Die Beschäftigung mit diesem Behandlungsfeld macht deutlich, wie wichtig eine Vernetzung verschiedener Behandlungsmöglichkeiten in Zukunft sein wird und dass für Psychologische Psychotherapeuten die Weitervermittlung an andere Einrichtungen formal erleichtert werden muss (Überweisung, Einweisung). Aber auch wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind dazu aufgerufen, unsererseits die aktive Kommunikation mit anderen Einrichtungen zu verbessern. Dabei kommt der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, aber auch zwischen Psychotherapie und Beratungsstellen eine entscheidende Bedeutung zu.

Hochaktuell gestaltet sich der Beitrag von Lotte Hartmann-Kottek zur Gestalttherapie. Er gibt einen komprimierten Einblick in die Historie und den aktuellen Stand dieses Psychotherapieverfahrens, für das beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung beantragt ist.

Ans Herz legen möchten wir Ihnen auch das von Juliane Dürkop geführte Interview mit Lothar Wittmann: Es beinhaltet einen sehr persönlichen Rückblick auf die langjährige Tätigkeit als Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.

In der Rubrik „Recht: Aktuell“ diskutiert Johann Rautschka-Rücker rechtliche Aspekte der Internetpsychotherapie und greift damit die in der letzten Ausgabe angestoßene Diskussion auf.



In eigener Sache: Mit dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals gibt es Veränderungen im Redaktionsbeirat. Es scheiden zwei Mitglieder aus, die bereits seit den Anfängen mit dabei waren und den Teamgedanken des Gremiums wesentlich mit geprägt haben: Uta Cramer-Düncher und Jürgen Hardt, beide von der LPK Hessen. Ebenso verlässt uns Jürgen Hoyer von der OPK; ihm gilt das Verdienst, als Sitzungsleiter der Reaktionskonferenzen die manchmal ausufernden Diskussionsprozesse strukturiert und inhaltlich auf den Punkt gebracht zu haben. Und schließlich müssen wir ab der nächsten Ausgabe auch auf Karin Welsch verzichten. Ihrer geduldi- gen und sorgfältigen Tätigkeit als hauptamtliche Redakteurin ist es in den vergangenen fast sechs Jahren entscheidend zu verdanken, dass die Diskussionen und Ergebnisse der Redaktionskonferenzen so umgesetzt wurden, dass viermal pro Jahr eine inhaltlich und formal überzeugende Ausgabe des Psychotherapeutenjournals erscheinen konnte. Im Namen des Redaktionsbeirates danke ich allen Ausscheidenden aufs Herzlichste.

Und nun viel Interesse und Freude bei der Lektüre des aktuellen Heftes!

*Andrea Dinger-Broda  
(Rheinland-Pfalz)  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	129
<b>Originalia</b>	
<i>Dietrich Munz, Rainer Richter, Heiner Vogel</i> Redaktionelle Vorbemerkung . . . . .	132
<i>Giovanni Maio</i> Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie. . . . .	132
Mit der zunehmenden Zwangsorientierung an den Kategorien des Marktes werden der Psychotherapie Denksysteme übergestülpt, die ihren ethischen Auftrag grundlegend in Frage stellen, weil es nur noch um messbare Prozesse gehen soll. Damit aber wird der unverwechselbare Begegnungscharakter der Psychotherapie ignoriert und Anreize geschaffen, die die Psychotherapie von innen her aushöhlen.	
<i>Gitta A. Jacob, Brunna Tuschen-Caffier</i> Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie. . . . .	139
Emotionsfokussierende Techniken und Methoden haben in der Psychotherapie eine lange Tradition und werden in letzter Zeit zunehmend wieder stärker berücksichtigt. In dieser Arbeit wird der Stand der Forschung zu emotionsfokussierenden Techniken und der Bedeutung von Vermeidung vorgestellt sowie eine Systematik für den Einsatz dieser Methoden vorgeschlagen.	
<i>Annette Kämmerer, Friedrich Kapp, Sabine Rehahn-Sommer</i> Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung . . . . .	146
Selbsterfahrung ist ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten. Sie sollte sich an dem Forschungsstand der modernen Verhaltenstherapie orientieren. Wir schlagen sieben Bausteine vor, die Inhalt der Selbsterfahrung sein sollten.	
<i>Ludwig Kraus, Monika Sassen, Martina Kroher, Zainab Taqi, Gerhard Bühringer</i> Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern. . . . .	152
Um einordnen zu können, inwiefern die ambulante Behandlung durch niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten (PP) als weitere Säule neben Suchthilfeeinrichtungen bei der Versorgung von Personen mit Glücksspielproblemen anzusehen ist, wurde eine Befragung zu Angebot, Inanspruchnahme sowie therapeutischer Ausrichtung psychotherapeutischer Behandlung für pathologische Glücksspieler in Bayern durchgeführt.	
<i>Lotte Hartmann-Kottek</i> Gestalttherapie – heute . . . . .	157
Ein Überblick über die moderne Gestalttherapie, für die soeben die wissenschaftliche Anerkennung beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie beantragt wurde. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den gängigen Verfahren werden kurz beleuchtet, ein Beispiel lädt in die Praxis ein.	
<b>Interview</b>	
<i>Juliane Dürkop</i> Interview mit Dr. Lothar Wittmann, dem ehemaligen Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. . . . .	166
<b>Recht: Aktuell</b>	
<i>Johann Rautschka-Rücker</i> Internetpsychotherapie: Rechtslage, Einordnung, Regelungsbedarfe . . . . .	169
<b>Buchrezension</b>	
<i>Ludger Tebartz van Elst</i> Aspies e.V. (Hrsg.). (2010). Risse im Universum. Berlin: Weidler Buchverlag. . . . .	173

## Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .	175
Baden-Württemberg . . . . .	179
Bayern . . . . .	183
Berlin . . . . .	189
Bremen . . . . .	193
Hamburg . . . . .	197
Hessen . . . . .	201
Niedersachsen . . . . .	207
Nordrhein-Westfalen . . . . .	211
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .	216
Rheinland-Pfalz . . . . .	222
Saarland . . . . .	226
Schleswig-Holstein . . . . .	231
<b>Leserbriefe</b> . . . . .	235
<b>Kontakt Daten der Kammern</b> . . . . .	237
<b>Kammerversammlungen</b> . . . . .	238
<b>Impressum</b> . . . . .	240

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

Den Exemplaren der folgenden Landesammern liegen in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen bei:

- Hessen: Neuveröffentlichung von Satzungen

## Das Psychotherapeutenjournal ohne Werbung – leider kein Scherz!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das vorliegende Heft des Psychotherapeutenjournals erscheint, wie Sie feststellen können, ohne im Heft abgedruckte Werbeanzeigen.

Diese Entscheidung der Landesammern musste leider sehr kurzfristig getroffen werden, da sich ergeben hat, dass die Werbeeinnahmen des Psychotherapeutenjournals in steuerlicher Hinsicht neu bewertet werden müssen. Es laufen derzeit intensive Prüfungen. Sie sollen Lösungen finden, die es zulassen, dass das Psychotherapeutenjournal wieder Werbeanzeigen abdrucken kann – nicht zuletzt, weil auch viele Leser/innen diese immer sehr geschätzt haben und darin wichtige Informationen fanden.

*Nikolaus Melcop (für die Herausgeber)  
Heiner Vogel (für den Redaktionsbeirat)*

# Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie

Giovanni Maio

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

## Redaktionelle Vorbemerkung

Derzeit ist die Gesundheitspolitik mit der Bedarfsplanung und dem Versorgungsgesetz beschäftigt – nur zwei von vielen Begriffen, die auch uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den politischen Diskursen geläufig geworden sind und die nahezu unbemerkt unser Selbstverständnis als Psychotherapeuten, als Heilberuf bestimmen. Ein kranker Mensch ist hilfsbedürftig, er hat das Bedürfnis, behandelt zu werden. Die Transformation in „Bedarf“ verweist bereits auf die Verbindung zur Ökonomie: *„Bedarf ist ein mit Kaufkraft ausgestattetes Bedürfnis“*. Und wem fällt noch auf, dass „Versorgung“ etwas mit Sorge zu tun hatte und eigentlich auch immer noch zu tun haben sollte?

Von der „Ökonomisierung der Medizin“ versprechen sich manche die Rettung des Gesundheitssystems. Für andere ist der Begriff zum Menetekel geworden. Nur wenige Psychotherapeuten haben sich bisher die Mühe gemacht, die Folgen der Veränderungen des Gesundheitssystems auf die Psychotherapie vertieft zu reflektieren. Hierin liegt die Stärke des Beitrags von Giovanni Maio. Er stellt dem verbreiteten utilitaristischen Krankheitsverständnis und dessen Folgen für die Psychotherapie seine Sicht gegenüber, dass Krankheit ein höchst individuelles Schicksal in einer einmaligen Lebensgeschichte darstellt. (Psycho-)Therapie bedeutet dann zunächst Verständnis und Sorge um diesen Menschen und

damit verbunden Hilfe zur Akzeptanz der Erkrankung und zur individuellen Veränderung als Auseinandersetzung mit dem Lebenssinn und individuellen Schicksal. Seine Position stellt eine Herausforderung für unsere Profession, wenn nicht gar für alle Heilberufe dar.

Der Redaktionsbeirat verbindet mit dem Abdruck dieses Beitrags die Hoffnung auf eine rege Diskussion.

Für den Redaktionsbeirat

*Dietrich Munz (Baden-Württemberg)*  
*Rainer Richter (BPTK)*  
*Heiner Vogel (Bayern)*

**Zusammenfassung:** Das gesamte Gesundheitswesen folgt immer mehr den Kategorien des Marktes. Damit werden den Heilberufen Denksysteme übergestülpt, die ihrem Grundansatz, einen verstehenden Dienst am Menschen zu verrichten diametral entgegenstehen. Mit einer marktwirtschaftlichen Grundorientierung gehen Tendenzen zur Standardisierung und zur Modularisierung einher. Zugleich liegt ihr ein impliziter Glaube an die Machbarkeit, Objektivierbarkeit und Berechenbarkeit der Therapie zugrunde. Folge dieser Orientierung ist die systematische Ausblendung all dessen, was sich nicht in ein messbares und prozessuales System pressen lässt. In ethischer Hinsicht ist diese Entwicklung problematisch, weil mit der Übernahme dieser Denkkategorien der Kern dessen ausgehöhlt wird, worauf es in der Psychotherapie ankommt: nämlich die Kultur der authentischen und verstehenden Sorge um den anderen. In der Verbindung eines wirkmächtigen technisch-naturwissenschaftlichen Credo mit dem gegenwärtigen Trend zur Ökonomisierung aller Heilberufe wird das für überholt geglaubte mechanistische Menschenbild neu belebt. Daher wird dafür plädiert, eine entschiedene Distanz zum mechanistisch-prozessualen Denken der Ökonomie und Naturwissenschaft zu entwickeln. Psychotherapie bleibt darauf angewiesen, die Einzigartigkeit der Begegnung von Therapeut und Patient und den Kerngedanken einer Kraft des Verstehens neu ins Bewusstsein zu bringen.

*„Was der Mensch im Ganzen sei, kann nicht festgestellt werden in Experimenten und Laboratorien, nicht in Unterhaltungen und Ausfragen, nicht in einem objektiv vorweisbaren Material an Ausdruck, Leistungen, Hervorbringungen des Menschen [...] immer ist der Mensch mehr und anders, als von ihm gewusst und erkennbar wird.“*  
(Karl Jaspers)

Wir leben in einer Zeit, in der alle Bereiche des öffentlichen und zunehmend auch des privaten Lebens immer mehr nach den Kategorien des Marktes organisiert und strukturiert werden. Die heutige Denkströmung setzt ganz auf die Kategorien des Marktes und stülpt die Konzepte, die eigentlich nur für die Industrie gedacht

waren, zunehmend auch über die Bereiche, die sich bislang als genuin soziale Bereiche verstanden haben. Hier stellt sich aber die Frage: Wie viel von dem eigentlichen sozialen Gedanken kann bewahrt werden, wenn alle Organisationsstrukturen nur nach den Regeln des Marktes aufgebaut werden? Wie viel Soziales ist noch wiederzufinden in den Einheiten, die das Soziale gar nicht mehr in ihrem Namen führen und zunehmend auch nicht mehr in ihrem Bewusstsein? Die Heilberufe sind von diesem Ökonomisierungsschub zentral erfasst, und sie transformieren sich in einer grundlegenden Weise. Die Ökonomisierung der Heilberufe bedeutet einen Wandel vom Dienst am Menschen zum Kundendienst. Sie bedeutet einen Wandel von der Identität der Hilfe für Hilfesuchende zum unverbindlichen Angebot von frei wählbaren Dienstleistungen. In ethischer Hinsicht ist es notwendig, die tiefer liegenden Denkmuster, die mit dem Marktgedanken meist unmerklich mit eingeschleust werden, sichtbar zu machen und kritisch zu hinterfragen. Zentral für die Ethik ist die Frage, wie sich die Heilberufe durch die ökonomische Infiltrierung nicht nur von außen, sondern vor allem von innen her verändern. Diese Blickrichtung ist wesentlich, weil der Grundgedanke der Heilberufe durch das ökonomische Denken vor allen Dingen von innen her ausgehöhlt zu werden droht. Die marktökonomisch bedingten inneren Veränderungen der modernen Heilberufe seien im Folgenden in fünf Punkten zusammengefasst.

## 1. Prozesse sind wichtiger als Inhalte

Unter dem Diktat des Marktes werden die Abläufe in allen Bereichen der Heilberufe zunehmend so verstanden, wie sie in der Industrie verstanden werden, nämlich als Produktionsprozesse, die in ihren Abläufen nach Effizienzgesichtspunkten optimiert werden können. Nach einer betriebswirtschaftlich vermittelten Vorstellung ist das, was von den Heilberufen geleistet wird, das Herstellen. Es ist ein Herstellungsprozess, eine „poiesis“, wie Aristoteles es definiert hat und eben nicht das was Aristoteles als Praxis beschrieben hat. Für Aristoteles ist die Praxis dadurch charak-

terisiert, dass sie ihren Wert in sich trägt; das heißt, dass die Praxis allein dadurch dass sie existiert, bereits Sinn macht. Anders ist es bei der „poiesis“, die man als herstellende Tätigkeit beschreiben könnte. Die poiesis bezieht ihren Sinn und Wert allein aus der Güte des Produktes, das hergestellt wird. Und in der Psychotherapie haben wir genau diesen Wandel vor uns, dass aus einer in sich sinnstiftenden Praxis eine herstellende Tätigkeit werden soll, die eben nicht mehr in sich wertvoll zu sein hat, sondern nur insofern von Wert ist, als sie ein gutes Produkt produziert.

Wenn nach diesem betriebswirtschaftlichen Denken die Heilberufe nur noch eine herstellende Tätigkeit repräsentieren, dann bleibt dies nicht ohne Folgen für die Bewertung dessen, was da „hergestellt“ werden soll. Denn – und so lernen wir es im Zeitalter des Qualitätsmanagementsystems – das Herzustellende ist nicht etwas Einzigartiges, was nur von einem persönlichen Therapeuten hergestellt werden kann, sondern es muss etwas Austauschbares sein, etwas was vom einzelnen Therapeuten unabhängig zu sein hat, etwas beliebig Wiederholbares, etwas Kontrollierbares und auch etwas Garantierbares, weil man eben nur die Produkte kauft, bei denen ein Garantiestempel mitgeliefert wird. Und so soll im Zuge der Industrialisierung der Heilberufe auch die Handlung des Therapeuten zu einem austauschbaren, ausschließlich objektiv beurteilbaren und abprüfaren Herstellungsprozess werden, hinter dem nicht der einzelne persönliche Therapeut steht, sondern ein Prozessmanagement, das sich an festgelegten Regeln orientiert. Das Resultat ist, analog zur Industrie, die Modularisierung und Standardisierung.

Man wird hier unschwer erkennen können, dass die ökonomisch motivierten Standardisierungstendenzen, die zunehmend Eingang in alle Heilberufe finden, sich nur schlecht mit der lebensweltlichen Vorstellung vertragen, dass das Krankwerden immer ein Geschehen, ja ein Geschick ist, das den Menschen verändert. Das Krankwerden hinterlässt Spuren im Bewusstsein, und diese Spuren sind nicht einfach revidierbar, sondern gravieren sich in irgendeiner Form irreversibel im

Bewusstsein des Menschen ein. Ferner gilt es zu bedenken, dass das Gelingen des psychotherapeutischen Handelns im Sinne einer Herbeiführung der Linderung oder gar Heilung nie garantiert werden kann. Ebenso erkennen wir sofort, dass gerade der behandelnde Therapeut nicht einfach austauschbar ist, weil es sich bei jeder Psychotherapie letztlich um eine Begegnung von Menschen handelt, die jeweils einmalig und in dieser Hinsicht gerade nicht wiederholbar ist. Kein anderer hat dies treffender ausgedrückt als Karl Jaspers in seiner *Philosophie* von 1932: „Immer ist der Mensch in seiner Lage als ein Einzelner vor die Aufgabe gestellt, mit seiner Krankheit in seiner Welt eine Lebensform zu finden, die nicht allgemein entworfen und nicht identisch wiederholt werden kann.“ (Jaspers, 2008, S. 338). Die Situationen, in die der Patient gerät, sind stets einzigartige Situationen, Bestandteile eines Lebensvollzugs, die sich einer Kategorialisierung vonseiten eines Managementsystems entziehen und jeder standardisierten Behandlung widersetzen.

Die Situationen, in die der Patient gerät, sind jeweils nur in ihrer Unverwechselbarkeit angemessen beschreibbar, und sie lassen sich daher nur schwer in Zahlen und in marktgängigen Termini ausdrücken. Zwar lassen sich bestimmte Tätigkeiten des Therapeuten überprüfen, vergleichen, manchmal gar messen, aber es wird vergessen, dass die psychotherapeutische Behandlung sich immer in einer in sich unverwechselbaren Beziehung vollzieht und nicht ausschließlich als messbares Produkt einer Anwendung von Techniken oder von standardisierten Methoden betrachtet werden kann. Das Messen kann für viele Methoden wichtig sein, und das Problem ist ja nicht das Messen an sich, sondern die Vorstellung, dass mit dem Messen des Messbaren bereits das Ganze der Therapie eingefangen werden kann. Vergessen wird dabei, dass in dem Versuch des Messens das Wesentliche der psychotherapeutischen Behandlung dem Messenden sich entzieht. Je mehr die Heilberufe den Kategorien der zählenden Naturwissenschaft und der aufrechnenden Betriebswirtschaft folgen, desto mehr werden sie ihr Augenmerk vor allem auf die Anwendung der nachprüfaren Techniken

richten und vergessen, dass in diesen Verrichtungen der Kern ihrer therapeutischen Beziehung nicht wirklich aufgehen kann.

### 2. Schemata statt verstehende Begleitung

Die Ökonomie und mit ihr die Bestrebungen der Effizienzsteigerung zwingen unaufhaltsam zur Beschleunigung. Das Diktat des Marktes ist ein Diktat der Zeitökonomie; das heißt nichts anderes, als dass alle Abläufe so beschleunigt werden sollen, dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Gesundung von Menschen zentral ankommt, nämlich die Zeit, die Zeit für das wirkliche Verstehen, die Zeit für eine nachhaltige Behandlung, die Zeit für das Zulassen und Annehmen eines gemeinsamen Weges in mehreren Etappen. Das Gehen eines gemeinsamen Weges braucht Ruhe, Zuversicht und langen Atem; je mehr unter dem Zeitdiktat der rasche Erfolg sichtbar gemacht werden muss, desto mehr gerät die Beziehung unter einen Erfolgsdruck, der die langfristige und nachhaltige Hilfe geradezu verunmöglicht.

Mehr noch: Solange man die Psychotherapie im Zuge des Qualitätsmanagementdiktats als einen nach objektivierbaren Kriterien zu überprüfenden Therapieprozess betrachtet, wird man damit unweigerlich das ganze Augenmerk auf das Prozessuale, auf das Verrichten, auf das Machen richten. Psychotherapie wird auf diese Weise zu einer Anwendung eines qualitätsgesicherten Verfahrens, bei dem Güte und Sinn der Therapie in dem aufgeht, was verrichtet wird. Die Gleichsetzung der Psychotherapie mit einer industriellen Betätigung führt dazu, dass allein die Art und Weise der Verrichtung selbst zählt und alles andere absolut untergeordnet wird. Zu dem allem anderen, was hierbei geopfert wird, gehört nicht zuletzt die persönliche Zuwendung; diese Zuwendung, das einführende Anteilnehmen, das persönliche Engagement, all das wird in Zeiten des Qualitätsmanagements immer mehr als idealistische Beigabe betrachtet, als ein Sahnehäubchen, auf das man in unseren Zeiten auch verzichten kann, weil es eben Wesentlicheres gibt, nämlich die Einhaltung von Qualitätsstandards, zu denen die persönliche Zuwen-

dung kaum zählen kann, weil sich diese schlecht messen lässt.<sup>1</sup>

Die inneren Veränderungen der Heilberufe unter den Leitkategorien des Marktes sehen so aus, dass unter dem politisch verordneten Zeit- und Prozessdiktat die Kultur der Sorge zu verkümmern droht, weil eine Grundhaltung Platz greift, von der aus die Behandlung von hilfsbedürftigen Menschen als reine Handlung begriffen wird. Unter dem Marktsystem wird dem Handlungsaspekt ein enormer Wert beigemessen, weil sich eben das Handeln gut in ein Management einfügen und messen lässt. Damit aber wird zugleich die Haltung, mit der die Handlung vollzogen wird, immer mehr für irrelevant erklärt. Das hat auch eine gewisse Logik, denn wenn es sich bei der Therapie um einen Herstellungsprozess von qualitätsgesicherten Produkten handeln soll, dann ist es nur konsequent, dass die Haltung des Produzierenden für irrelevant erklärt wird, weil es eben in der Industrie ganz gleichgültig ist, mit welcher Einstellung der Mechaniker am Fließband das Produkt zusammenbaut. Hauptsache es sind die richtigen Teile in der richtigen Zusammensetzung montiert. Und so denkt man, dass es auch in der Therapie von Menschen so zugehen muss. Das ist aber ein grundlegender Kategorienfehler. Denn in der Psychotherapie geht die Behandlung gerade nicht darin auf, was getan wird, sondern die Güte einer Therapie bemisst sich auch und gerade danach, mit welcher persönlichen Einstellung und Motivation, mit welchem Geist sie vollzogen wird (Maio, 2011). Hier ist es eben nicht die Technik, nicht allein die Applikation einer bestimmten Methode, die ihre Wirkung entfaltet, sondern es kommt allem voran darauf an, in welchem Beziehungsgeschehen die Therapien erfolgen. Und diese Beziehung hat ganz wesentlich mit der Haltung und nicht mit der Handlung zu tun. Heilung ist als Resultat einer Begegnung zu verstehen; sie kann nicht adäquat als Produkt einer Anwendung erfasst werden. Das ökonomisierte System suggeriert in problematischer Weise, dass mit der Applikation des „Richtigen“ die Behandlung erschöpft sei. Dabei ist damit ihr Kerngehalt noch gar nicht berührt. Mit dem ökonomisch durchgetrimmten System wird damit zunehmend aus dem sinnstiftenden

Dienst am Menschen nicht mehr als eine „personennahe Dienstleistung“ gemacht, nach ökonomisch-verwaltungstechnischen Vorgaben und nach Vorschrift. Ist das aber noch Psychotherapie?

### 3. Vertragsbeziehung statt Vertrauensbeziehung

Im Zuge dieser übergeordneten Transformationen wird der Patient selbst zunehmend umdefiniert, indem er letzten Endes immer weniger als Patient im Sinne eines notleidenden Hilfesuchenden gesehen wird. Stattdessen ist der moderne Patient in vielen Fällen nunmehr Konsument geworden, ein anspruchsvoller Verbraucher von Gesundheitsleistungen (Hardt & Müller, 2009). Verräterischerweise wird im gesamten Gesundheitswesen der Begriff des Patienten umgewandelt in den hierfür sehr problematischen Begriff des Kunden. Was heute zwischen Therapeut und Patient verhandelt wird, soll in dieser neuen Kundenbeziehung kein wertvolles, unverzichtbares und einzigartiges Hilfsangebot des einen speziellen Therapeuten sein, sondern es soll eine beliebig austauschbare und von jedweden Dienstleistertherapeuten in gleicher Weise anzubietende Gesundheitsdienstleistung sein, die – selbstverständlich – erst überprüft werden muss, bevor sie in Anspruch genommen wird. An die Stelle einer personalen Beziehung ist eine rein sachliche Vertragsbeziehung getreten.

Und so verwandelt sich auch der moderne Therapeut zunehmend in einen Anbieter von Gesundheitsleistungen, der mit seinem Wissen und Können nicht mehr zugleich auch seine Person in den Dienst der Hilfe für in Not geratene Menschen stellt, sondern der nunmehr lediglich sein Wissen und seine Fertigkeiten in den Dienst einer Gesundheitsindustrie stellt. An die Stelle einer Fürsorgebeziehung tritt eine unverbindliche Dienstleistungsbeziehung. Der Dienstleistertherapeut soll innerhalb eines Industriekomplexes Gesundheitswesen nicht mehr anbieten als eine Sachleistung,

<sup>1</sup> Inwiefern das Messen der Zufriedenheit der Patienten das einfängt, worauf es bei der Therapie ankommt, ist eine keineswegs eindeutige, sondern schwierige Frage, die ich hier nicht vertiefen kann.

die im Rahmen eines Vertrages sozusagen abgewickelt wird. Der Vertrag kann im Vorfeld genau gemustert werden und man geht mit der Etablierung der Vertragskriterien keine Risiken mehr ein. Man ersetzt das eigentliche Vertrauensverhältnis, bei dem man in die Persönlichkeit emotional investiert, durch ein sachliches Verhältnis, bei dem man auf der sichereren Seite ist, weil man das vage und diffuse Vertrauen durch das evidenzgesicherte Überprüfenkönnen ersetzt. Dass man aber in der Ablösung des an die Persönlichkeit gebundenen Vertrauensverhältnisses durch ein sachlich-unpersönliches Vertragsverhältnis den Kerngehalt dessen aufgelöst hat, worauf der hilfeschuchende Patient existentiell angewiesen ist, wird hier kaum bedacht.

Ein Mensch in einer Krisensituation braucht eben keinen ausgewiesenen Ingenieur, bei dem alle Zahlen stimmen, sondern er wird angewiesen sein auf eine Persönlichkeit, bei der er sich aufgehoben fühlt. Diese Angewiesenheit auf Vertrauen ist für den Patienten sicher gefährlich, weil er sich damit in einer schwachen Position befindet, die natürlich auch ausgenutzt werden kann. Aber dieses Hoffenwollen auf eine Persönlichkeit, von der man menschlich verstanden wird, diese Sehnsucht des hilfeschuchenden Menschen nach einer Vertrauensperson wird man nicht abstellen können durch die Lieferung eines perfekten Produktes. Die Sehnsucht bleibt. Und das perfektere Funktionieren wird diese Hoffnung des Patienten nicht wirklich befriedigen können. Daher ist es entscheidend zu realisieren, dass die Begegnung von Patient und Therapeut unweigerlich auf ein Vertrauenkönnen angewiesen bleiben wird; dieses Verhältnis kann adäquat eben nur als ein Vertrauensverhältnis beschrieben werden, weil es hier um die ganze Existenz geht, um existentielle Erfahrungen, die Persönlichkeiten erfordern und keine Techniker.

Die Idealsituation, die angestrebt werden müsste ist doch die Ermöglichung eines Vertrauensverhältnisses, das sich nicht nur auf einen persönlichen Eindruck stützt, sondern auch unabdingbar gestützt werden muss durch die Gewissheit um die Beherrschung der Kunst der Psychotherapie. Das Beherrschen der Kunst und das Sein einer Persönlichkeit – in dieser Kombination liegt

die eigentliche Verheißung einer guten Psychotherapie. Der moderne Trend aber ignoriert vollkommen die Notwendigkeit der Persönlichkeit und reduziert die Kunst der Psychotherapie auf eine modularisierte Fertigkeit, streng nach Leitlinie und streng nach naturwissenschaftlich erhobener Empirie. Die Verbindung von Ökonomie und Naturwissenschaft macht aus der Kunst ein Handwerk und erklärt die Person des Therapeuten für unerheblich. Aber ist das wirklich noch Psychotherapie?

#### 4. Credo der Planbarkeit und Machbarkeit

Wenn man im Kontext der Psychotherapie nur von evidenzbasierter Wissenschaft, von verobjektivierbarer Wirksamkeit spricht, so hat man damit auch ein bestimmtes Grunddenken mit übernommen. Dieses Grunddenken setzt stillschweigend voraus, dass im Grunde jede Krankheit und jede Krise grundsätzlich steuerbar, planbar, beherrschbar ist, vorausgesetzt, man wendet die richtigen Mittel an, und sei es das Mittel der Psychotherapie. Der sowohl dem Markt als auch den Naturwissenschaften zugrundeliegende Gedanke ist der Glaube an die Machbarkeit der Welt, der Gedanke einer absoluten Kontrollierbarkeit der Ereignisse und Geschehnisse der Welt, ja des eigenen Lebens. Dem liegt nichts anderes zugrunde als ein akzentuierter Machbarkeitsglaube, ein Glaube, der am Ende auf der Annahme eines mechanistischen Menschenbildes beruht. Es ist das Bild des Menschen als *homme machine*, das heute mehr denn je der modernen Ausrichtung des Gesundheitssystems zugrunde liegt. Wir glaubten, uns von diesem Bild verabschiedet zu haben, aber mit der Ökonomie kommt das Bild noch mal durch die Hintertür wieder rein und wird damit übermächtiger denn je.

Das, was der Mensch fühlt und denkt lässt sich nicht auf der Ebene der Naturwissenschaft beschreiben und einfangen, weil Geist und Seele des Menschen nicht auf streng kausaldeterminierte Gesetze rückgeführt werden können. Weil der Mensch immer mehr ist, als was naturwissenschaftlich über ihn ausgesagt werden

kann, gerade deswegen wird die Therapie nicht automatisch glücken, sondern sie glückt eben nur dann, wenn vieles zusammenkommt. Zu diesem Vielen gehört die Berücksichtigung der Einzigartigkeit einer jeden Person, einer Einzigartigkeit, wie sie sich eben nur innerhalb einer einzigartigen Lebensgeschichte verstehen lässt. Nimmt man diese, nicht in Schemata zu pressende Einzigartigkeit als Ausgangspunkt, so wird man zu allererst den technologisch-industriellen Machbarkeitsglauben und den Standardisierungsansatz ablegen müssen, um sich überhaupt zu öffnen für die Tiefenschichten der Sinnkrise des Menschen. Eine echte Therapie, die den Anderen in seiner existentiellen Notlage ernst nimmt, wird sich von jedem heilungsmaterialistischen Ansatz befreien müssen, weil die Bewältigung von Krisen nicht durch objektivierbare Mittel „hergestellt“ werden kann, sondern weil sich diese Bewältigung doch nur ereignen kann als ein Geschehen. Die Hilfe, das Bewältigen, die Heilung ist kein Produkt, kein Erzeugnis, kein Resultat, sondern sie ist immer zugleich auch Geschick, das sich einstellt oder auch ausbleiben kann, selbst dann, wenn man alles „richtig“ gemacht hat. Gerade weil diese Hilfe sich der nackten Machbarkeit entzieht, gerade deswegen lässt sie sich nicht in ein Prozessmanagementsystem einzwängen. Die Bewältigung von Krisen wird vielmehr erst dann wirklich möglich, wenn ein globalerer Blick auf Krankheit und Gesundheit eröffnet und ermöglicht wird. Die Chance dieses globaleren Blicks besteht vor allen Dingen in dem Durchsichtigwerden für die Grenze: die Grenze des Machbaren, die Grenze des Wissbaren, die Grenze des Verfügbaren.

Der Psychotherapie als Hilfe zur Bewältigung könnte in einer so verstandenen Weise nicht zuletzt die Aufgabe zukommen, den Menschen am Ende zu öffnen für das Grundgefühl der Dankbarkeit für das Leben schlechthin. Gelänge es, diesem Grundgefühl Raum zu geben, hätte die Psychotherapie die Chance, die Ansprüche der Patienten an das eigene Leben und auch an die Heilberufe wieder zu minimieren. Denn genau hier zeigt sich die Janusköpfigkeit der machbarkeitsorientierten Botschaften, die von einer industrialisierten Psychotherapie ausgehen. Es wird nämlich Machbarkeit und Lösbarkeit suggeriert, mit der schwer-

wiegenden Folge, dass im Patienten Erwartungen und Ansprüche geweckt werden, die ins Unermessliche gehen. Wenn eben die Therapie ein Herstellungsprozess sein soll, so wird die Garantie mitgeliefert, und diese Garantie ist der größte Stolperstein für den Patienten, weil über ein solches implizites Versprechen der Patient selbst dazu verführt wird, sich in unermessliche Ansprüche zu verlieren. Diese Ansprüche tauchen auf, weil über das suggerierte Prozesshafte der Therapie der Eindruck erweckt wird, als würde die Lösung der eigenen Probleme durch die Psychotherapie frei Haus geliefert werden. Dass der Patient selbst beitragen muss und etwas in sich selbst in Gang setzen muss, wird dabei als Gedanke vernachlässigt.

Je mehr die Psychotherapie im Verkaufszusammenhang gesehen wird, desto mehr entsteht der Eindruck, dass der adäquateste Umgang mit einer solchen Psychotherapie das Konsumieren ist. Wenn es um die Herstellung von Produkten gehen soll, dann ist es nur folgerichtig, dass die Patienten glauben, sie könnten sich diese Produkte kaufen und bräuchten selbst nichts weiter dafür zu tun als – über die Krankenkasse – bezahlen zu lassen. Die damit verstärkte Haltung des Konsumierens unterminiert aber genau das, was für das Gelingen der Psychotherapie unabdingbar ist, nämlich die Anerkennung, dass die Arbeit der Bewältigung selbst zu leisten ist und dass der Therapeut hier nur unterstützen und etwas lenken kann aber nicht mehr. Hier zeigt sich, wie wenig geeignet das Leitmotiv des Kunden ist, der eben nur König sein will und von Grenze und von Dankbarkeit erst recht nichts erfahren möchte und der den Therapeuten eher dazu verleitet, ihn in seinem narzisstischen Verhartsein zu bestätigen. Wenn der Kunde König ist, dann wird der Dienstleistertherapeut das zu tun haben, was der Kunde als Narzisst, der auf nichts anderes als auf sich zu schauen braucht von dem Dienstleistertherapeuten auch erwartet, nämlich seine Wünsche zu erfüllen. Die Wünsche zu hinterfragen wird dem Therapeuten schwer fallen, weil der Kunde sich dann bald den Dienstleister suchen wird, der ihm nicht so unbequem vorkommt. Ein solcher Therapeut aber therapiert nicht mehr. Er erfüllt vielleicht Wünsche, liefert

Dienstleistungen. Aber ist das wirklich noch Psychotherapie?

### 5. Vernachlässigung des nicht messbar Eigentlichen

Das zentrale Element der Heilberufe ist nicht etwa das Machen von Gesundheit oder die Produktion der Heilung. Wäre dieses Machenkönnen das Eigentliche der Heilberufe, so wären sie dort und dann sinnlos, wenn sie die Heilung nicht mehr realisieren könnten. Wir erahnen aber, dass die Heilberufe auch dort und dann, wenn sie nicht heilen können, einen tieferen Sinn haben. Der Wert und der Kern der Heilberufe liegt eben nicht in dem Heilenkönnen, sondern vor allen Dingen darin, dass sich jemand eines anderen Menschen in seiner Hilfsbedürftigkeit annimmt. Diese Zuwendung zum anderen in dem Anliegen des Helfens ist der Kern dessen, was die Heilberufe ausmacht. Das Heilsame der Therapie wäre gerade nicht die Wirksamkeit, die sich in messbare Parameter gießen lässt. Vielmehr besteht doch das Heilsame der Therapie in der Art der Zuwendung, in der Kraft des authentischen Verstehens. Diese Grundbedingungen der therapeutischen Beziehung sind es, die das Heilsame der Therapie erst zur Entfaltung bringen können. Daher ist diese Beziehung der Kerngehalt der Therapie, und diese Beziehung kann als Beziehung nicht reduziert werden auf ein evidenzbasiertes Verfahren. Vergessen wird dabei, dass der Kern der Heilung etwas anderes ist und etwas anderes sein muss als ein veränderter Messwert. Das Messenwollen, das Nachweisenwollen kann dort wichtig sein, wo es darum geht, Therapie von der Scharlatanerie zu unterscheiden. Und man kann sich dem Messbaren in bestimmten Bereichen nicht entziehen. Aber man macht einen Fehler, wenn man aus dem Messbaren schließt, dass sich in dem, was gemessen werden kann bereits alles niederschlägt, worauf es bei einer guten Behandlung ankommt. Das ökonomische Zeitalter versucht mit aller Wucht, das Messenwollen zum Leitgedanken zu erheben und führt eine Totalität der Messbarkeit ein, die in dieser Exzessivität all das verkümmern lässt, was nicht messbar und zugleich entscheidend ist.

### 6. Gegenmodell: Psychotherapie als Zuwendung zum ganzen Menschen

Das Krankwerden stürzt den Menschen in die Krise. Die Selbstverständlichkeit, mit der man bis dahin in Gesundheit lebte wird gebrochen, alle bisherigen Perspektiven radikal in Frage gestellt. Krankwerden kommt nicht nur zum Sein hinzu, es verändert das gesamte Sein; es radikalisiert die Grunderfahrungen des Menschen und wirft letzte Fragen auf. Zu diesen Fragen gehören nicht zuletzt die Fragen nach dem Sinn. Fragen nach dem Sinn des Leidens, nach dem Sinn des Lebens, nach dem Sinn des Ganzen (Maio, 2010). Gerät dieser krank gewordene Mensch nun in die Hände der ökonomisierten modernen Heilberufe, die sich zudem als angewandte Naturwissenschaften verstehen, wird er sich unweigerlich einem Prozess der Verobjektivierung unterziehen müssen. Er wird gemessen, durchleuchtet, gerastert. Krisen aber lassen sich nicht per se durch Raster und nicht durch Objektivierungen lösen.

Die Krisen des Menschen stellen Fragen, auf die man nicht nur mit Standards und Schemata, sondern vor allen Dingen mit Antworten reagieren muss. Solange man die Lebenskrise mit der rein ökonomisch-naturwissenschaftlichen Lösung zu behandeln glaubt, sitzt man genau dem auf, was ich in Anlehnung an Heidegger als die ökonomische Verstelltheit des technischen Marktzeitalters bezeichnen würde. Durch die Orientierung an der Ökonomie und die einseitige Aufwartung von Schemata wird der Blick verstellt auf die viel grundlegendere Problematik, die das Kranksein aufwirft, nämlich die Existenzfrage schlechthin. In dieser Situation des Fragens und Suchens soll der moderne Therapeut nicht mit Antworten, sondern mit Leitlinien, mit Schemata, mit Qualitätsstandards reagieren. Damit aber würde er den Patienten letzten Endes in seiner Not alleine lassen, weil seine individuelle Biographie nicht in diese vorgegebenen Raster passen kann. In einer so entkernten Psychotherapie kann die Krise nicht bewältigt und können die innersten Probleme

des Menschen nicht gelöst werden. Mehr noch: diese Schemata widersprechen diametral dem Erwartungshorizont des hilfesuchenden Patienten, weil dieser nicht in dem Bewusstsein leben möchte, dass an seiner Person eine Methode angewendet wird, sondern er möchte das Gefühl haben, dass er in seiner Unverwechselbarkeit wahrgenommen wird und nicht als Austragungsort einer therapeutischen Wirkung.

Jede doppelblind kontrollierte Studie macht aus dem Patienten tendenziell ein Objekt; sie entzieht dem Patienten das an ihm Unverwechselbare, um zu generalisierbaren Aussagen zu gelangen. Es mag manche Therapiestudien geben, bei denen diese Abstraktion vom Individuum unter bestimmten Voraussetzungen auch sinnvoll sein kann, aber wenn man so weit geht, dass allein solche Studien letztlich ausschlaggebend sein sollen für die Aussage, ob man jemandem helfen kann oder nicht, so führt diese Totalisierung der Zahl zur vollkommenen Entkleidung des Wesentlichen, denn in aller Regel wird dem hilfesuchenden Menschen nicht dadurch geholfen werden, dass man seine Individualität herausfiltert, sondern eher dadurch, dass man diese seine einzigartig-individuelle Biographie zum zentralen Angelpunkt der Therapie macht. Selbst wenn man berücksichtigt, dass das Schema der Therapie für viele Patienten eine stabilisierende Funktion entfalten kann, wird man dennoch realisieren müssen, dass das Schema allein nicht ausreichen kann, wenn das Schema selbst nicht eingebettet ist in eine Beziehung, die der Unverwechselbarkeit der Patientengeschichte zuvor Raum und Ausdruck gegeben hat.

Die Behandlung eines psychischen Leidens kann nicht als Leistungsgegenstand betrachtet werden. Vielmehr kann diese Behandlung adäquat nur als ein totaler Dienst am Menschen erfasst werden. Als ein totaler Dienst von einem ganzen Menschen als Persönlichkeit für einen ganzen Menschen in all den vielfältigen Facetten seiner einzigartigen Lebensgeschichte. Das Verstehen dieser Lebensgeschichte braucht einen geschützten und dem Objektivierungsprozess entzogenen Raum. Die Psychotherapie kann nur dann eine Hilfe zur Krisenbewältigung des ganzen

Menschen sein, wenn sie sich nicht innerhalb eines arbeitsteiligen und ökonomisch vorgegebenen Prozesses der Modularisierung und Standardisierung in einem Dienstleistungsunternehmen einreicht, sondern wenn sie diese Denkmuster sprengt und sich auf ihre eigene Identität besinnt. Ihre Identität ist nicht loszulösen von der Persönlichkeit des Therapeuten, denn nur der Therapeut als Persönlichkeit wird zu dem durchdringen können, was ich als tiefe Therapie bezeichnen würde.

In einem ökonomisch-naturwissenschaftlichen Paradigma wird allzu oft der Gedanke vernachlässigt, dass das Heilsame der Therapie gerade in der, dem therapeutischen Gespräch entspringenden Kraft des Patienten liegen kann, die Dinge der Welt, sein eigenes Leben anders zu sehen als zuvor. Diese neue Kraft, die Welt anders zu sehen, wäre so etwas wie eine tiefe Therapie. Tiefergehende Therapie wäre somit nicht die naturwissenschaftlich messbare Wirkung einer Methode, sondern sie wird am Ende gerade dadurch zur echten Lebensstütze, wo sie eine ganz andere Kraft erst hervorbringt, nämlich die Kraft, die aus einer akzeptierenden Grundhaltung zu sich und der Welt freigesetzt wird. Eine tiefgehende Therapie könnte man somit als Hilfe zur Annahme der eigenen Begrenztheit, zur Annahme der Welt in ihrem Sosein, zur Annahme seiner selbst betrachten. Ein Therapeut in einem tieferen Sinne wird dem Patienten helfen, sich in ein gutes Verhältnis zu seinem Kranksein zu setzen; er wird ihm helfen, die Krankheit nicht nur wegmachen zu lassen, sondern sie selbst zu überwinden. Die Hilfe zur Annahme seiner Krankheit, die Hilfe zur Annahme seiner selbst ist wohl die am meisten unterschätzte Hilfe, die die Heilberufe anbieten können, sofern sie sich dieser ihrer Aufgabe bewusst bleiben und sich vom technisch-ökonomischen Paradigma befreien.

## 7. Abschluss

Eine Psychotherapie jenseits des ökonomischen Paradigmas ist heute dringender denn je, denn die Großwetterlage der modernen Heilberufe steuert genau auf das Gegenteil dessen zu, was eine gute Psychotherapie von ihrer Grundidentität

her sein sollte. Statt des Holistischen folgt die moderne Ausrichtung dem Partikularen und leistet der Standardisierung und Modularisierung der Behandlungsformen immer weiter Vorschub. Statt des Verstehens als Grundform der Behandlung von Krisensituationen steuern die modernen Heilberufe auf das Schema zu und auf die Nacktheit formaler Zahlen und Vorgaben. Statt eines geschützten therapeutischen Raums, der eine intensive Beziehung ermöglicht, steuern die modernen Heilberufe auf die Abschaffung der persönlichen Beziehung zu; alles soll ersetzbar und von jedweden Therapeuten in gleicher Weise angeboten werden können. In einer solchen Ära des Verschwindens des Begegnungscharakters von Heilung ist die Psychotherapie in ihren Grundfesten bedroht. Daher erscheint es im Interesse zukünftiger Patienten unabdingbar, dass die Psychotherapeuten sich auf den Kerngehalt ihrer Tätigkeit rückbesinnen und dafür eintreten, dass ihnen auch in Zeiten der Ökonomie die Freiheit gegeben wird, um Psychotherapeuten zu bleiben. Eine Freiheit, die ihnen ermöglicht, sich auf eine Beziehung zum Patienten einzulassen, ohne vom Diktat des objektivierbaren und schnellen Erfolgs verklavt zu werden. Diese Freiheit einzufordern ist eine ethische Verpflichtung der Psychotherapeuten, denn ansonsten besteht die Gefahr, dass der genuin soziale und damit ethische Charakter der psychotherapeutischen Praxis Zug um Zug an die Gesundheitsindustrie verkauft sein wird. Je mehr die ökonomisch bedingte Ausrichtung an den äußeren Parametern voranschreitet, desto mehr wird die Persönlichkeit des Therapeuten als zentrale Komponente der Therapie in den Hintergrund gedrängt. Patienten aber brauchen in ihrer Angewiesenheit keine auswechselbaren Dienstleister, sondern genau das Gegenteil davon. Dies neu ins Bewusstsein zu rufen, wird eine zentrale Aufgabe der Psychotherapeuten sein.

## Literatur

- Hardt, J. & Müller, U. (2009). Die Aufgabe der Psychotherapie in der Gesundheitswirtschaft. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3), 271-277.
- Jaspers, K. (2008). *Philosophie. Band II. Existenzzerhellung* (4. Auflage). Berlin: Springer.

Maio, G. (2010). Zur Hilflosigkeit der modernen Medizin im Hinblick auf die Frage nach dem Sinn. *Ethica*, 18 (1), 3-9.

Maio, G. (2011). *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch zur Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer.



*Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.*

Institut für Ethik und Geschichte der  
Medizin  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Stefan-Meier-Straße 26  
79104 Freiburg i. Br.  
[maio@ethik.uni-freiburg.de](mailto:maio@ethik.uni-freiburg.de)

# Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie

Gitta A. Jacob, Brunna Tuschen-Caffier

Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

**Zusammenfassung:** In den letzten Jahren werden Probleme der Emotionsregulation sowohl in der Ätiologieforschung als auch in der Fallkonzeption im Praxiskontext bei verschiedenen psychischen Störungen zunehmend stärker berücksichtigt. Im Zusammenhang damit haben imaginative Techniken, insbesondere das sogenannte imaginative Überschreiben, in der VT sehr an Bedeutung gewonnen. In diesem Beitrag wird der aktuelle Stand der Forschung zu imaginativen Techniken zusammengefasst. Als wichtiges Problem beim Einsatz imaginationsgestützter Techniken wird die sogenannte Experiential Avoidance vertieft behandelt. Darauf aufbauend werden einige Empfehlungen gegeben, anhand derer der Einsatz von Imaginationstechniken in der Psychotherapie geplant werden kann. Abschließend werden aktuelle Forschungslücken und -fragen diskutiert.

## Einführung

Als imaginativ werden therapeutische Methoden oder Techniken<sup>1</sup> bezeichnet, mit denen durch innere Vorstellungsbilder gezielt Emotionen ausgelöst und verändert werden. Solche Techniken haben in vielen therapeutischen Richtungen schon lange einen zentralen Stellenwert. In Therapieansätzen, die sich der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zurechnen lassen, wurden sie lange vor allem als Variante von Expositionsverfahren (Exposition in sensu) eingesetzt. Zudem wurde der Einsatz imaginativer Techniken vereinzelt bspw. zur Ziel- und Wertklärung (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) oder im Rahmen von Entspannungsverfahren vorgeschlagen.

In den letzten Jahren lässt sich jedoch in der VT eine Tendenz zum verstärkten Einsatz solcher Techniken beobachten (z. B. anhand der Themen bei Fortbildungskongressen und Fortbildungen), auch und gerade bei Patienten<sup>2</sup> mit schweren psychischen Störungen wie z. B. schwer traumatisierten Patienten oder Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei denen der Einsatz stark emotionsinduzierender Techniken lange als problematisch

galt. Dabei stellen manche Ansätze imaginatives Arbeiten ganz in den Mittelpunkt des therapeutischen Vorgehens, so dass hier eher schon von einer Methode als von einer Technik zu sprechen wäre (z. B. Brewin et al., 2009; Smucker & Niederee, 1995). Andere Ansätze, wie die Schematherapie (Jacob & Arntz, 2011; Young, Klosko & Weishaar, 2005), nutzen imaginative Techniken im Rahmen eines methodisch breiteren Vorgehens.

Die Betonung imaginativer Methoden geht einher mit zwei neueren Entwicklungen in der Klinischen Psychologie. Zum einen wird in letzter Zeit bei verschiedenen Störungen die Bedeutung innerer Vorstellungsbilder, die mit traumatischen Erlebnissen und/oder problematischen Emotionen verknüpft sind, immer deutlicher (Holmes & Mathews, 2010). Zum anderen werden emotionale Probleme und Schwierigkeiten der Emotionsregulation zunehmend als wichtige störungsübergreifende („transdiagnostische“) Probleme verstanden und behandelt (z. B. Berking et al., 2008). Damit findet in der VT aktuell eine gewisse Gegenbewegung zum störungsorientierten Vorgehen statt, das alldings nach wie vor sehr bedeutsam ist.

Im Folgenden wird der aktuelle Stand der relevanten Forschung zu imaginativen Techniken und Methoden jenseits von Konfrontationsverfahren, deren Wirksamkeit allgemein anerkannt ist, dargestellt. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf dem sog. „imaginativen Überschreiben“, da dies aktuell verstärkt Aufmerksamkeit sowohl in der Therapie als auch in der Forschung erhält. Zudem wird relativ ausführlich auf den Stand der Forschung zur sog. Experiential Avoidance (EA) eingegangen, die hohe Überlappung mit Konzepten wie Vermeidung oder Abwehr aufweist. Hohe EA bei Patienten spielt in der emotionsfokussierenden Arbeit mit imaginativen Techniken oft eine wichtige Rolle und muss beachtet werden, da sie einerseits auf ausgeprägte emotionale Probleme hinweist, und andererseits den Einsatz emotionsfokussierender Techniken behindert. Darauf aufbauend werden einige Empfehlungen für den Einsatz imaginativer Techniken in der VT zur Diskussion gestellt.

## Stand der Forschung

### Imaginatives Überschreiben

Seit Beginn der 1990er Jahre wurde „imagery rescripting“ als eine spezielle Technik des imaginationsgestützten Arbei-

<sup>1</sup> Wir orientieren uns in dieser Arbeit begrifflich an den Definitionen von therapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie. Manche Ansätze behandeln emotionsfokussierende Interventionen als Techniken, andere als Methoden, dies wird terminologisch berücksichtigt.

<sup>2</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Patienten und Patientinnen gemeint.

tens zunehmend von Vertretern der KVT aufgegriffen, insbesondere zur Behandlung von Patienten mit Störungen, deren Beginn vorwiegend in Kindheit und Jugend gesehen wird, damals zunächst vorwiegend Persönlichkeitsstörungen (PS) (Übersicht in Arntz & Weertman, 1999). Hintergrund war der klinische Eindruck, dass diese Patienten mit „traditioneller“ KVT nur schwer behandelbar zu sein scheinen. Zudem scheinen negative innere Bilder bei vielen psychischen Problemen eine Rolle zu spielen, was ebenfalls für den Einsatz imaginativer Techniken spricht, mit denen diese Bilder gezielt verändert werden können. So zeigt eine wachsende Zahl an Studien, dass nicht nur bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sondern auch bei einer Reihe weiterer psychischer Störungen, wie Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen und Psychosen, negative (häufig traumatische) innere Bilder auftreten und dass peritraumatische Angst assoziiert ist mit einem höheren Ausmaß an posttraumatischen intrusiven Bildern, aber nicht mit intrusiven Gedanken (Übersichten in Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010; Holmes & Mathews, 2010).

Beim imaginativen Überschreiben (Arntz & Weertman, 1999; Smucker & Niederee, 1995) wird der Patient gebeten, sich in seiner inneren Vorstellung in eine traumatische biografische Situation zu begeben, so dass die damit assoziierten Emotionen möglichst intensiv ausgelöst werden. Häufig werden dabei Kindheitserinnerungen aufgerufen. Je nach Ansatz wird das Trauma imaginativ vollständig erlebt oder nur soweit vorgestellt, bis die traumaassoziierten Emotionen deutlich spürbar sind. In der Folge werden die Bedürfnisse des Patienten in der traumatischen Situation erfragt und imaginativ erfüllt. Dabei kommt entweder die Person des Patienten als Erwachsener in der imaginierten Situation zu Hilfe, oder eine Hilfsperson, ggfs. der Therapeut, übernimmt diese Rolle. Typische Überschreibungs-Szenen beinhalten, dass ein traumatisiertes Kind aus der traumatischen Szene genommen wird, dass der oder die Täter konfrontiert und entmachtet werden und in der Folge das Kind Zuwendung, Versorgung und interpersonelle Sicherheit erfährt. Imaginatives Überschreiben unterscheidet sich von der Idee her

von „klassischer“ Exposition mit Reaktionsverhinderung, da nicht Habituation oder Löschung das Ziel der Intervention ist, sondern eine emotionale Neubewertung der Stimuli, die das emotionale Problem auslösen, angestrebt wird. Allerdings wird in neuerer Zeit auch bei der Konzeption der Wirkmechanismen der Exposition darauf hingewiesen, dass es bei dieser Interventionstechnik vermutlich nicht nur um Habituation oder Löschung, sondern auch um Neubewertung als Wirkmechanismus geht (Michael & Tuschen-Caffier, 2009). Das heißt, dass die Wirkmechanismen beider therapeutischen Zugänge letztlich noch zu überprüfen sind.

Als Therapiestudien zur *Wirksamkeit* von imaginativem Überschreiben lassen sich einerseits Studien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Schematherapie sensu Young und Kollegen (2005) sowie Arntz und van Genderen (2010) nennen, da in dieser Methode imaginative Techniken einen hohen Stellenwert besitzen. Die bisherigen randomisiert-kontrollierten Studien zeigen eine sehr hohe Wirksamkeit der Schematherapie auf eine große Bandbreite von Borderline-Symptomen und assoziierten Problemen sowohl bei Therapie im Einzelsetting (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) als auch im Gruppensetting (Farrell, Shaw & Webber, 2009).

Darüber hinaus wurden einige Pilotstudien zum alleinigen Einsatz von imaginativem Überschreiben durchgeführt. Sie zeigen, dass dieses Verfahren als Therapiemethode bei ganz unterschiedlichen Störungen wirken kann. Bisherige Studien zeigen gute Erfolge bei der PTSD (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007), auch nach dem Scheitern einer „klassischen“ Expositionsbehandlung (Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007), bei sozialer Phobie (Wild, Hackmann & Clark, 2007, 2008) und bei Depression (Wheatley et al., 2007; Brewin et al., 2009). Diese Studien weisen auch darauf hin, dass störungsübergreifende negative Emotionen, wie Schuld, Scham oder Ekel mit imaginativem Überschreiben gut behandelbar sind und dass bei PTBS imaginatives Überschreiben von Patienten besser akzeptiert wird als ein rein expositionsorientiertes Vorgehen (Arntz et

al., 2007). Dabei wurde für Patienten mit PS gezeigt, dass es gleichermaßen möglich ist, das imaginative Überschreiben mit aktuellen Situationen oder mit Situationen aus der Vergangenheit (z. B. Kindheitssituationen) durchzuführen (Weertman & Arntz, 2007).

Einzelne Studien befassen sich bisher auch experimentell mit imaginativem Überschreiben. So zeigten Hagensaars und Arntz (2010) mit dem sogenannten Trauma-Film-Paradigma, in dem Versuchspersonen einen Film betrachteten, der bekanntermaßen zu Intrusionen führt, und danach mit verschiedenen Techniken „behandelt“ wurden, dass eine „Behandlung“ mit imaginativem Überschreiben die Intensität und Häufigkeit von intrusiven Erinnerungen an den Film in der darauffolgenden Woche verringert im Vergleich zur „Behandlung“ mit anderen positiven Imaginationsübungen oder reiner Exposition. In einer Konditionierungsstudie von Dibbets, Poort und Arntz (2010) verringerte eine experimentelle Anwendung von imaginativem Überschreiben das Wiederauftreten von Angst (fear renewal), wenn der konditionierte und wieder gelöschte Angststimulus in einem neuen Kontext dargeboten wurde. Diese Ergebnisse können als erste Hinweise gewertet werden, dass imaginatives Überschreiben insbesondere die Bedeutung konditionierter Stimuli verändert, anstatt die Konditionierung zu löschen. Mehrere Studien konnten darüber hinaus zeigen, dass Imaginationsverfahren generell besser geeignet sind, positive Gefühle zu induzieren als kognitive Verfahren (Holmes, Lang & Shah, 2009; Jacob et al., 2011). Zudem scheinen positive selbstbezogene innere Bilder dazu zu führen, dass verstärkt auch positive Selbstrepräsentationen abgerufen werden – d. h., wenn Menschen dazu gebracht werden, sich selbst innerlich in einem positiven Kontext zu sehen, steigen ihr Selbstwert und ihre Selbstkonzeptklarheit (Stopa, 2010). Insgesamt zeigen sich also auch in experimentellen Studien positive Effekte von imaginativem Überschreiben auf die aktuelle Affektlage.

### Experiential Avoidance

Vermeidung von negativen Affekten stellt klinischen Erfahrungen zufolge ein häufiges Problem in Psychotherapien dar

(Grosse Holtforth, Grawe, Egger & Berking, 2005). In der aktuellen Forschung steht hierfür insbesondere das Konzept der Experiential Avoidance (EA). Es hat einen besonderen Stellenwert in Überlegungen zu emotionsfokussierenden Methoden, wobei damit allerdings nicht das Erleben von Emotionen, sondern gerade das Vermeiden von Emotionen gemeint ist. EA ist definiert als dysfunktionale Vermeidung von Emotionen und anderen inneren Erfahrungen (z. B. Körperempfindungen, Gedanken, Erinnerungen) und beinhaltet sowohl die mangelnde Bereitschaft, sich mit solchen Erfahrungen auseinanderzusetzen, als auch Verhaltensmuster, die solche Erfahrungen reduzieren, wie übermäßiger Konsum von Alkohol oder Drogen (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford & Follette, 1996). EA überschneidet sich konzeptuell mit Konstrukten wie Abwehr, thought suppression (Wenzlaff & Wegner, 2000), emotion suppression (Gross & Levenson, 1993) oder vermeidendem Coping (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002).

Zur Bedeutung der EA wurde mittlerweile eine Reihe von meist korrelativen Studien durchgeführt. Insgesamt ergibt sich dabei das Bild, dass hohe EA die Rückfallwahrscheinlichkeit bei substanzbezogenen Störungen erhöht, den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und psychischer Belastung moderiert, die Symptomatik mancher Störungen (insbesondere Generalisierter Angststörung, Sozialer Phobie und Trichotillomanie) verstärkt (Kashdan, Breen, Afram & Terhar, 2010) und die Beziehungen zwischen dysfunktionalem Coping, Selbstregulationsstrategien und psychischer Belastung ungünstig beeinflusst (Übersicht in Chawla & Ostafin, 2007). So trägt EA als dysfunktionale Strategie der Regulation negativer Emotionen vermutlich zu deren Aufrechterhaltung bei (Sloan, 2004). Zudem ist hohe EA ein ungünstiger Prädiktor für das Ergebnis von Psychotherapie (Berking, Neacsiu, Comtois & Linehan, 2009; Rüscher et al., 2008) und verringert angenehme und spontane Aktivitäten und positive emotionale Erfahrungen (Jacob, Ower & Buchholz, 2011; Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006). Insofern ist bei Überlegungen zum Einsatz emotionsfokussierender Interventionen EA unbedingt zu berücksichtigen,

da sie einerseits Symptome aufrechterhält, und andererseits den Einsatz von Interventionen, die mit der Aktivierung von Emotionen einhergehen, behindert. So lehnen Patienten mit hoher EA erfahrungsgemäß Imaginationsübungen häufig ab oder „steigen aus“, um wieder auf eine kognitive, emotionsarme Interaktionsebene zurückzukehren.

## Empfehlungen für den Einsatz von imaginativen Techniken

Auf der Grundlage der berichteten Forschungsbefunde und klinisch-psychologi-

Wann können imaginative Techniken sinnvoll sein?

1. Bei stark ausgeprägten emotionalen Problemen (z. B. Ekel, Scham, Angst, Bedrohung), soweit diese nicht durch eine aktuelle problematische Situation bedingt sind.
2. Bei *Vermeidung von Emotionen* – hier wird von Vermeidung i. S. von EA oder anderen Strategien zur Vermeidung von Emotionen gesprochen. In der praktischen klinisch-psychologischen Arbeit können hier zwei Phänomenbereiche relevant sein:
  - Vermeidung im engeren Sinne, z. B. durch Nichterleben von Emotionen, Substanzgebrauch etc.,
  - „Feststecken“ in einem stereotypen emotionalen Erleben, z. B. Sorgenschleifen, Grübelprozessen oder Verbitterung.

Welche Ziele sollten mit emotionsfokussierenden Techniken verfolgt werden?

1. *Erleben und Klären* von Emotionen,
2. *Konfrontation* mit dem Ziel der Habituation und Neubewertung,
3. *Aufbau von positiven Emotionen* (Sicherheit, Geborgenheit, Freude).

schen Erfahrungen schlagen wir folgende Empfehlungen für den Einsatz imaginativer Techniken vor (s. Kasten), die im Folgenden genauer erläutert werden.

## Wann können imaginative Techniken eingesetzt werden?

Naheliegender ist der Einsatz imaginativer Techniken, wenn ein Übermaß an negativen Gefühlen besteht, ohne dass es Hinweise auf Verhaltensdefizite bzw. Fertigungsdefizite als mögliche Auslöser für die ausgeprägte negative Affektivität gibt (z. B. Scham infolge ungeschickten Sozialverhaltens bei ausgeprägten Fertigungsdefiziten) und ohne dass das Gefühl nachvollziehbar mit einer aktuellen Situation zusammenhängt (z. B. Bedrohungs erleben wg. einer aktuellen Stalking-Situation). Dabei ist einerseits zu denken an Affekte, die für bestimmte Störungen typisch sind (Angst bei Angststörungen, Traurigkeit bei Depression). Andererseits können emotionsfokussierte Techniken auch hilfreich sein, um störungsübergreifende negative Affekte, z. B. eine hohe Ärgerbereitschaft, Ekelreaktionen, Scham oder Schuld zu verändern (Arntz et al., 2007).

Bei Vermeidung von Emotionen wird i. S. der EA von einer Vermeidung und damit letztlich Aufrechterhaltung von negativem Affekt ausgegangen. Imaginative Techniken sollen den Betroffenen hier helfen, den vermiedenen Affekt zuzulassen, zu prozessieren (s. u.) und ihr affektives Erleben in der Folge auch um positive Aspekte – z. B. um den Aspekt der Selbstwirksamkeit (z. B. „Ich kann mich diesen Gefühlen jetzt wieder stellen“) zu erweitern. Ein „Feststecken“ in Sorgenschleifen oder Grübelprozessen, Jammern oder Verbitterung stellt sich dabei klinisch nicht selten auch als vermeidendes Verhalten dar. Durch die wiederholte abstrakte Auseinandersetzung (z. B. Grübeln, Sorgenprozesse, Jammern) mit einer Thematik, wird vermutlich vermieden, sich konkret, bildhaft und affektgeladen mit den Problemen auseinanderzusetzen (z. B. Ehring, Frank & Ehlers, 2008; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007).

Bei hoher EA ist es typisch, dass auch imaginative Techniken vermieden werden. Wie bei anderen aktivierenden Techniken (etwa Exposition in vivo) ist es dann wichtig, mit dem Patienten die

Funktionalität und die Vor- und Nachteile der Vermeidung zu erörtern, im Rahmen von Psychoedukation das imaginative Vorgehen zu erläutern, und den Einsatz dieser Technik schrittweise in der Therapie zu etablieren.

### **Welche Ziele werden mit imaginativen Techniken verfolgt?**

Meist ist das erste Ziel emotionsfokussierender Techniken zunächst das Erleben und Klären von Emotionen, da schwierige Emotionen häufig vermieden und in aller Regel zu wenig konkret prozessiert werden. Wenn sich der Patient auf das Erleben innerer Bilder einlässt, kann diese dysfunktionale Vermeidung überwunden werden. Zudem ermöglicht erst das tatsächliche Erleben von Emotionen eine angemessene Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen und schafft so eine Voraussetzung für eine angemessene Emotionsregulation. Wenn die emotionale Klärung in einem sicheren (therapeutischen) Beziehungskontext geschieht, kann der Patient auch positive Bindungserfahrungen machen, Verständnis und Unterstützung erleben und durch das Modell des Therapeuten Toleranz gegenüber dem Zulassen bzw. Erleben von Emotionen lernen.

Der Aspekt der Klärung wird auch von Grawe (2004) als wichtiger Wirkfaktor von Psychotherapie angenommen. Die sog. Dritte-Welle-Therapien, die das Konzept der Achtsamkeit stark betonen (Ost, 2008), fokussieren in der Arbeit mit Emotionen zunächst auf Akzeptanz (anstelle von Kontrolle) und zielen so ebenfalls auf die Verringerung von EA ab, auch wenn in diesen Verfahren in der Regel imaginative Verfahren keinen speziellen Stellenwert haben.

Angeschlossen an die Klärung kann – muss aber nicht – Exposition mit Reaktionsverhinderung ein wichtiges Ziel imaginativer Arbeit sein. Dadurch lernen Patienten, auch intensive negative Affekte zu ertragen, diese können ihren bedrohlichen Charakter verlieren und damit können sich Spielräume für die Erweiterung von positiven, belohnenden Aktivitäten, sozialen Kontakten etc. eröffnen. Neuere Forschung zeigt, dass auch durch Exposition in vivo solche Ziele erreicht werden

können, da die Wirksamkeit systematischer Exposition vermutlich nicht nur auf Habituation beruht (Michael & Tuschen-Caffier, 2009). In bisher einer Studie zeigten sich vergleichbare Effekte von „klassischer“ Exposition und imaginativem Überschreiben bei der Behandlung von PTBS bzgl. der Angstreduktion; hinsichtlich der Reduktion anderer Emotionen sowie der Bewertung durch die Patienten war imaginatives Überschreiben allerdings sogar überlegen (Arntz et al., 2007).

Der Aufbau positiver Emotionen (Sicherheit, Geborgenheit, Freude) ist ein wichtiges Ziel beim imaginativen Überschreiben. Dadurch wird vermutlich die Konditionierung der auslösenden Situation mit negativen Gefühlen wie Ekel, Bedrohung oder Scham verändert. Der gezielte Aufbau positiver Emotionen (anstelle des alleinigen Fokus auf die Reduktion negativer Emotionen) ist relevant, da ein starker Zusammenhang zwischen positiven Emotionen, einem hohen Selbstwert und psychischem Wohlbefinden besteht (Tugade, Fredrickson, & Feldman Barrett, 2004). Dabei ist zu bedenken, dass positive Emotionen in aller Regel verbunden sind mit positivem Bindungserleben und positiv erlebten sozialen Situationen. Auf die Frage nach besonders schönen autobiographischen Erinnerungen werden z. B. in aller Regel soziale Szenen berichtet (Jacob et al., 2011).

Positives soziales Erleben wird in der VT auch mit dem Aufbau von Selbstwert, von positiven Aktivitäten und sozialer Kompetenz angestrebt. Bei Patienten mit starkem Vermeidungsverhalten kann es sinnvoll sein, dies in Imaginationsübungen, in denen die gefürchtete Situation gut bewältigt wird, vorzubereiten, da dieses in manchen Fällen dem Patienten erst zu ermöglichen scheint, die mit positiven Sozialkontakten verbundenen Gefühle überhaupt zu spüren und so ihren Verstärkerwert zu erleben.

### **Diskussion**

In dieser Arbeit wird der aktuelle Stand der Forschung zur Technik des imaginativen Überschreibens und zur Bedeutung von EA dargestellt und darauf aufbauend

einige Empfehlungen zum Einsatz von imaginativen Techniken im Rahmen verhaltenstherapeutischer Behandlungen gegeben. Wir verstehen dies als Diskussionsbeitrag, insbesondere um im Rahmen der VT-Ausbildung auch den Einsatz von emotionsfokussierenden Techniken stärker standardisiert zu vermitteln.

Gleichzeitig reflektieren unsere Vorschläge auch aktuelle Weiterentwicklungen in der VT, in denen gerade bei Patienten mit hoher EA, und der damit assoziierten schlechten Therapieresponse gezielt die Vermeidung reduziert und das emotionale Erleben des Patienten mit emotionsfokussierenden Methoden und Techniken so direkt wie möglich verändert werden soll. Dazu gehört etwa die Ausweitung des schematherapeutischen Konzeptes auf schwer und chronisch kranke Patienten wie forensische Patienten (Bernstein, Arntz & de Vos, 2007) oder Zwangspatienten mit schlechter Therapieresponse (Knauß, Stelzer & Jacob, in press). Auch die Ausweitung imaginativer Arbeit auf Patienten mit anderen schweren Störungen wie z. B. Psychosen (Morrison, 2004) oder bipolaren Störungen (Holmes, persönl. Mitteilung) lässt sich hier nennen.

Dieser Beitrag fokussiert auf die Verwendung imaginativer Verfahren in der VT; viele andere Verfahren anderer Therapieschulen setzen ebenfalls imaginative Techniken ein (z. B. Reddemann, 2004), teilweise mit einer sehr langen Tradition (s. Edwards, 2007).

Aktuell sind jedoch noch viele Fragen zu imaginativen und anderen emotionsfokussierenden Techniken in der VT offen. Wir beschränken uns hier auf imaginative Techniken, da diese aktuell am meisten eingesetzt werden, hierzu die meisten Forschungsaktivitäten bestehen und die Arbeit mit inneren Bildern aufgrund des verbreiteten Auftretens negativer innerer Bilder bei psychischen Störungen besonders lohnend erscheint. Andere Techniken, mit denen vergleichbare emotionale Prozesse angestrebt werden können, etwa Stuhldialoge oder psychodramatische Techniken, die aktuell ebenfalls stark Eingang in die VT nehmen, sind weitaus weniger erforscht und es ist bislang unklar, ob

die Befunde zu imaginativem Überschreiben darauf übertragbar sind.

Viele Ansätze setzen imaginative Techniken ein, jedoch mit teilweise deutlich unterschiedlichen oder einander sogar widersprechenden Anleitungen. Mehr empirische Forschung tut not, um etwa Fragen zu klären, wie den optimalen Einsatz von „Hilfspersonen“ beim imaginativen Überschreiben, die Wirkungen des Einsatzes von imaginerter Gewalt gegen Täter, oder die Notwendigkeit, im Rahmen des imaginativen Überschreibens traumatische Situationen vollständig zu durchleben. Diese Fragen tangieren auch die aktuell unter Traumatherapeuten teilweise heftig geführte Diskussion um das Verhältnis von Stabilisierung und Exposition zur Bewältigung von Traumata (Neuner, 2008). Die Methodik des stark therapeutengestützten imaginativen Überschreibens stellt eher eine Variante „schonender“ Exposition dar (vgl. Sack, Gromes & Lempa, 2007), die allerdings nicht nur auf die Behandlung von Traumafolgestörungen angewendet wird. Letztlich sollten die hier genannten Streitfragen in erster Linie empirisch geklärt werden.

Auch zur Frage von Kontraindikationen sind empirische Arbeiten notwendig. Aktuell gilt eine psychotische Symptomatik als Kontraindikation sowie eine aktuell noch vorliegende Traumatisierung, etwa durch Missbrauch in der Partnerschaft oder bei aktuell noch stattfindendem Stalking. Die früher geltende Annahme, dass stark traumatisierte Patienten oder Borderline-Patienten aufgrund der hohen Dekompensationsgefahr nicht mit imaginativen Techniken behandelt werden sollten, ist heute überholt. Wichtig ist bei diesen Patientengruppen allerdings eine schrittweise Einführung des Verfahrens und eine starke Steuerung des emotionalen Prozesses durch den Therapeuten.

Wie dargestellt, dient imaginatives Überschreiben auch der Induktion positiver Affekte. Die bisherige Forschung zu Emotionsregulation fokussiert jedoch stark auf negative Affekte. Zu den Möglichkeiten der Verstärkung positiver Affekte auch mit anderen Methoden ist weitere Forschung nötig.

Imaginatives Überschreiben bietet in vielen Fällen eine Alternative zu anderen VT-Techniken wie prolongierter Exposition oder behavioraler Aktivierung. Abgesehen von der erwähnten Studie von Arntz et al. (2007) liegen bisher jedoch keine Daten vor, bei welchen Problemen oder Patienten welche Technik bevorzugt eingesetzt werden sollte. Dies gilt generell auch für viele Interventionsansätze aus dem Bereich der Emotionsregulation.

Last but not least ist das Konzept der EA, das hier weitgehend synonym mit „Vermeidung“ verwendet wurde, relativ vage definiert, wird in manchen Studien entsprechend vage operationalisiert und Studien dazu sind bisher weitgehend korrelativ. Auch hier kann weitere Forschung dazu beitragen, Konzepte zu präzisieren, die Überlappung verschiedener Konstrukte mit teilweise langer Tradition in der Psychotherapie zu klären und auch kausale Zusammenhänge zu untersuchen.

## Literatur

- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 715-740.
- Arntz, A., Tiesema, M. & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*, 345-370.
- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 663-670.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). General emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1230-1237.
- Bernstein, D. P., Arntz, A. & de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, *6*, 169-183.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, *117*, 210-232.
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P. & Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 569-576.
- Chawla, N. & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 871-890.
- Dibbets, P., Poort, H. & Arntz, A. (2010, Juli). *Preventing relapse: the additive effect of imagery rescripting to mere exposure*. Vortrag auf dem 3rd Meeting of the International Society of Schema Therapy, Berlin.
- Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*, 306-316.
- Ehring, T., Frank, S. & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorders and depression following trauma. *Cognitive therapy and research*, *32*, 488-506.
- Farrell, J., Shaw, I. & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychology*, *40*, 317-328.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-658.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Grosse Haltforth, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapie Research*, 15, 261-271.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R. & Christianson, H. H. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Hagenaars, M. A. & Arntz, A. (2010, Juli). *The effect of post-trauma imagery rescripting on intrusion development and negative appraisal: An analogue experimental study*. Vortrag auf dem 3rd Meeting of the International Society of Schema Therapy, Berlin.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Strosahl, K., Gifford, E. V. & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Holmes, E. A., Lang, T. J. & Shah, D. M. (2009). Developing interpretation bias modification as a 'cognitive vaccine' for depressed mood: Imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 76-88.
- Holmes, E. A. & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Jacob, G. A., Arendt, J., Kolley, L., Scheel, C. N., Bader, K., Lieb, K., Arntz, A. & Tüscher, O. (2011). Comparison of different strategies to decrease negative affect and increase positive affect in women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 68-73.
- Jacob, G. A., Ower, N. & Buchholz, A. (2011). *The role of experiential avoidance, psychopathology and borderline personality symptoms in experiencing positive emotions: A path analysis*. Manuscript submitted for publication.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A. & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 528-534.
- Knauß, E. N., Stelzer, N. & Jacob, G. A. (in press). Treating obsessive-compulsive disorder with the schema mode model. In M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (eds.), *Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice*. Sussex: Wiley.
- Michael, T. & Tuschen-Caffier, B. (2009). Konfrontationsverfahren. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 515-530). Heidelberg: Springer.
- Morrison, A. P. (2004). The use of imagery in cognitive therapy for psychosis: a case example. *Memory*, 12, 517-524.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M. & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109-118.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198-207.
- Ost, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Penley, J. A., Tomaka, J. & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., Lieb, K. & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 497-503.
- Sack, M., Gromes, B. & Lempa, W. (2007). Traumatherapie „light“: Schonende Traumatherapie durch Ressourcenaktivierung während der Traumaexposition. *Trauma und Gewalt*, 1, 214-222.
- Sloan, D. M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257-1270.
- Smucker, M. & Niederee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63-92.
- Stopa, L. (2010, Juli). *Imagery and the self: does imagery rescripting work by making adaptive self-representations more available and accessible?* Vortrag auf dem 3rd Meeting of the International Society of Schema Therapy, Berlin.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72, 1161-1190.
- Weertman, A. & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitivetherapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.

Wheatley, J., Brewin, C. R., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P. & Myers, S. (2007). "I'll believe it when I can see it": Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371-385.

Wild, J., Hackmann, A. & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 386-401.

Wild, J., Hackmann, A. & Clark, D. M. (2008). Rescripting Early Memories Linked to Negative Images in Social Phobia: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 39, 47-56.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Gitta A. Jacob**

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
 Institut für Psychologie  
 Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Engelbergerstraße 41  
 79085 Freiburg  
 gitta.jacob@psychologie.uni-freiburg.de



**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.  
 Brunna Tuschen-Caffier**

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
 Institut für Psychologie  
 Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Engelbergerstraße 41  
 79085 Freiburg

# Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung

Annette Kämmerer<sup>1</sup>, Friedrich Kapp<sup>2</sup> & Sabine Rehahn-Sommer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychologisches Institut, Universität Heidelberg

<sup>2</sup>Psychotherapeutische Praxis, Heidelberg

<sup>3</sup>Psychotherapeutische Praxis, Marburg

**Zusammenfassung:** Der Stellenwert von Selbsterfahrung in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit verhaltenstherapeutischer Orientierung wird kontrovers diskutiert. Wir betonen den Stellenwert von Selbsterfahrung in der Ausbildung zukünftiger Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten nachhaltig und propagieren ein Konzept, das sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting durchgeführt werden kann. Es besteht aus sieben Bausteinen, die sich an dem Kenntnis- und Forschungsstand der modernen Verhaltenstherapie orientieren: 1. Verwirklichung eines humanistischen Menschenbilds, 2. Biographiefokussierte Selbstreflexion, 3. Emotionales Erleben als Kernthema der Selbsterfahrung, 4. Selbstanwendung verhaltenstherapeutischer Interventionen, 5. Anleitung zu verantwortungsbewusstem und kompetentem therapeutischen Handeln, 6. Sensibilisierung für den sozialen Kontext psychischer Störungen und des therapeutischen Handelns, 7. Ressourcenorientierung und Burn-out-Prophylaxe. Innerhalb der Selbsterfahrung können diese Bausteine durch den Einsatz spezifischer Methoden realisiert werden. Diese Konzeption zur Gestaltung der Selbsterfahrung steht im Einklang mit den von der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegten Empfehlungen.

## Kreative Kontroversen

Ob und, wenn ja, in welcher Form die Selbsterfahrung in der Ausbildung angehender Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten ihren Platz und ihre Bedeutung hat, wird seit mehr als zehn Jahren immer wieder kontrovers diskutiert (Laireiter & Elke, 1994; Laireiter & Willutzki, 2003; Lieb, 1998; Ubben & Lohmann, 2007). Auf der einen Seite stehen jene, die propagieren, dass Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapie überflüssig ist (Sartory, 2009), während andere sie in der Ausbildung für unabdingbar halten und sogar eine Implementierung von kontinuierlicher, berufsbegleitender Selbsterfahrung in die spätere therapeutische Arbeit fordern (u. a. Laireiter & Willutzki, 2003).

Die Begründungen für die eine wie die andere Position sind hinreichend bekannt: Die ablehnende, skeptische Seite vertritt

die Überzeugung, dass die lerntheoretische Orientierung der Verhaltenstherapie, ihre Transparenz und Strukturiertheit keine Selbsterfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten benötigt. Verhaltenstherapie wird als ein erlernbares Verfahren angesehen, das nicht notwendigerweise mit einer Reflexion der Persönlichkeit verbunden sein muss. Hier mag noch das mechanistische Therapieverständnis frühester verhaltenstherapeutischer Orientierung wirken sowie möglicherweise auch der alte Affekt gegen die Psychoanalyse, die sich aus Sicht der Kritiker verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung durch intransparente Entscheidungen und unüberschaubare Eigenanalysen in Misskredit gebracht habe. Auf der anderen Seite wird Therapie als Prozess gesehen, bei dem den Beziehungsvariablen, neben den inhaltlichen, eine besondere Rolle zukommt. Dies impliziert, dass der Person der Therapeutin oder des Therapeuten und

deren Aktion, wie Reaktion im therapeutischen Geschehen eine große Bedeutung zukommt und somit die Effizienz der Therapie maßgeblich beeinflusst – was wiederum in der Ausbildung zu berücksichtigen ist.

Ogleich die Befürworter der Selbsterfahrung in dieser grundsätzlichen Haltung zur Bedeutsamkeit der Selbsterfahrung übereinstimmen, unterscheiden sie sich dennoch in den Konzepten zu Inhalt und Gestaltung derselben. So gibt es jene, die sich vorwiegend an den Methoden der Verhaltenstherapie selbst orientieren, d. h. sie konzeptualisieren die Selbsterfahrung weitgehend analog zu den Techniken und Vorgehensweisen, die das therapeutische Handeln in der Verhaltenstherapie kennzeichnen. Besonders prägnant wird dieses Verständnis von Selbsterfahrung in dem Konzept von Ubben und Lohmann (2007), die drei Zielsetzungen von Selbsterfahrung propagieren, nämlich die persönliche Rollenfindung als Verhaltenstherapeut/in, die selbstfürsorgliche Erhaltung der eigenen Arbeitsfähigkeit und schließlich den Erwerb einer verhaltenstherapeutischen Identität. Für die Umsetzung bzw. Erreichung dieser Ziele von Selbsterfahrung kommt es ihnen darauf an, Methoden der Verhaltenstherapie einzusetzen und für mögliche Selbstmodifikationen auszuprobieren.

In diesem Sinne ist verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung also vor allem eine Selbstanwendung des verhaltenstherapeutischen Methodenrepertoires. Die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten lernen „am eigenen Leib“ wie bedeutsam Aspekte wie Zielorientierung, Planung von Veränderungsschritten, Verstärkungen etc.

sind. Das Erlernen verhaltenstherapeutischen Veränderungswissens kann somit durch die eigene Erfahrung vertieft und differenziert werden.

Für andere Befürworter von Selbsterfahrung reicht die Selbstanwendung verhaltenstherapeutischer Methoden nicht aus, sie fordern eine weitergehende Persönlichkeitsentwicklung angehender Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Sie stützen sich u. a. auf die empirische Befundlage: Lässt sich die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung auf die Güte des therapeutischen Handelns belegen? Untersuchungen liegen sowohl im angloamerikanischen (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004) als auch im deutschen Sprachraum vor (Laireiter, 2009; Laireiter & Willutzki, 2003). Was den Stellenwert dieser Untersuchungen für die hier in Frage stehende Wirksamkeit von Selbsterfahrung allerdings mindert, ist die Tatsache, dass der Einfluss der Selbsterfahrung auf die Ergebnisqualität von Psychotherapie durch Anfängerpsychotherapeutinnen und -therapeuten nicht gesondert analysiert werden kann, sondern diese wird immer nur als ein Zueinander der verschiedenen Ausbildungsbausteine zu bewerten sein.

Es macht daher mehr Sinn, die Wirkung von Selbsterfahrung nicht nur an der daraus unmittelbar resultierenden therapeutischen Kompetenz, sondern auch an der persönlichen Selbstentwicklung der Ausbildungsteilnehmenden zu messen. Diesen Weg schlägt eine umfangreiche Studie von Greve (2007) ein: Die Autorin konzentriert sich auf die Selbstentwicklung der angehenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten und untersucht Persönlichkeitsaspekte, die für eine angemessene Berufsausübung notwendig sind. Durch die Selbsterfahrung verbessert sich der Selbstwert der Teilnehmenden, die selbstbezogene Sensitivität steigt an, das Selbstkonzept von Unsicherheit nimmt ab und jenes von kognitiver Kompetenz nimmt zu. Positive Emotionalität nimmt zu und Angestrengtheit und Ängstlichkeit werden weniger (a. a. O., S. 214 ff).

Diese Ergebnisse sind deshalb bedeutsam, weil sie persönlichkeitspezifische Entwick-

lungen beleuchten, die für eine angemessene Beziehungsgestaltung in der Therapie unveräußerlich sind: Eine differenzierte Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Einschränkungen, die Vermittlung von Hoffnung und einer positiven Perspektive sind in einer modernen Verhaltenstherapie unumgänglich und durch zahlreiche Befunde zur Bedeutung der Beziehung als einem wesentlichen Erfolgsfaktor für therapeutisches Gelingen belegt (Lambert & Ogles, 2004).

Andere Autoren (z. B. Weyrauch, Weis & Langlotz-Weis, 2010) gehen in dieser Richtung noch einen Schritt weiter und fordern eine systematische Bearbeitung impliziter Selbstschemata, um diese in ein explizierbares Selbstwissen umzuwandeln. Sie orientieren sich dabei an der Konsistenztheorie von Grawe (2004) und arbeiten mit den Strategien der „motivationalen Klärung“ und der „Problemaktualisierung“. Besonders bedeutsam ist dabei auch das Erlernen einer ressourcenorientierten Perspektive, die sich besonders durch Transparenz, Warmherzigkeit und ein wertschätzendes Auftreten der Therapeutinnen und Therapeuten auszeichnet. Es wird deutlich, dass auch in diesem Selbsterfahrungskonzept die Persönlichkeitsentwicklung eine große Rolle spielt.

Moderne Konzepte zur verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung, das scheint als ein Zwischenfazit möglich, rücken nicht nur den Erwerb von genuin therapeutischen Kompetenzen (Wissen und Können der VT) in den Vordergrund, sondern legen zunehmend mehr Wert auf eine Persönlichkeitsentwicklung angehender Therapeutinnen und Therapeuten. Die vielfach gesicherten Befunde zur therapeutischen Beziehungsgestaltung als einem wesentlichen Erfolgsfaktor sind der Hintergrund für dieses Vorgehen.

## Zukünftige Entwicklungen

Die Vielfalt verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrungskonzepte ist aus unserer Sicht nicht zu beklagen, sondern zeigt die Entwicklungsdynamik, die der Verhaltenstherapie in den Jahrzehnten seit ihrer Etablierung immer zu Eigen war. Angeregt durch intensive Forschung aus vielfältigen

Grundlagendisziplinen, erweitert sich das Handlungsspektrum der Verhaltenstherapie kontinuierlich.

Für eine angemessene Selbsterfahrung auf dem Weg zur Approbation in Verhaltenstherapie hat das zur Konsequenz, dass diese sich auch weiterhin an der Entwicklungsdynamik der VT orientieren muss und auf die Strömungen innerhalb der Disziplin reagieren sollte (vgl. Laireiter, 2009). Das bedeutet zunächst einmal, dass die Weiterentwicklungen innerhalb der klinisch-psychologischen Forschung kontinuierlich in die Selbsterfahrung mit einfließen sollten. Emotionales Erleben, die Regulation von Gefühlen, die Bedeutung von Bindung, die nachhaltigen Auswirkungen von negativen Lebenserfahrungen – um nur einige Beispiele zu nennen, gehören aus unserer Sicht zum gegenwärtig unverrückbaren Kanon verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung.

Aber in der Selbsterfahrung sollten auch die ethischen und moralischen Implikationen des Berufs, wir meinen damit vor allem das Menschenbild einer modernen Verhaltenstherapie, Thema sein. Vor dem Hintergrund sich verändernder Studienbedingungen, die durch die straffen Bachelor- und Master-Ausbildungen ethische, normative Fragen nach dem Warum und Woher von Psychotherapie in weitaus geringerem Maße zur Diskussion stellen als früher, wird gerade dieses Reflektieren einer therapeutischen Haltung notwendiger denn je.

Hinzukommt, dass die „Innenorientierung“ des Faches, damit meinen wir eine Hinwendung zu neurologischen, neurophysiologischen und stark an biologischen Prozessen orientierten Forschungen, den Blick auf die gesellschaftliche Rolle der Psychotherapie in den Hintergrund gedrängt hat. Sowohl die Verankerung von psychischen Störungen als auch die sozialpolitische Institutionalisierung und Inszenierung von Psychotherapie in einem sozialwissenschaftlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind in der Forschung gegenwärtig aus der Mode gekommen. Aber das bedeutet noch längst nicht, dass sie für das konkrete therapeutische Handeln an Bedeutung verloren haben. Denn therapeutisches Handeln ist zunächst einmal

interaktionelles Handeln, es ist ein Geschehen, das zwischen mindestens zwei Personen stattfindet und bestimmten sozialen Inszenierungen folgt. Den einzelnen Menschen in seiner individuellen und sozialen Ganzheit zu sehen, ihn als Teil der sozialen und politischen Lebenswelt zu begreifen und die Psychotherapie an diesen Gegebenheiten zu orientieren, gehört zu den alltäglichen Erfahrungen der psychotherapeutischen Berufsausübung (vgl. z. B. Lieb, 2009). Das schließt Frustrationstoleranz ebenso ein wie die Fähigkeit auf Krisen zu reagieren und kreative Lösungen für Lebensprobleme zu finden. Hierauf muss Selbsterfahrung vorbereiten.

Diese Überlegungen stehen in direktem Einklang mit dem Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer, in dem die Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten definiert werden: Neben der fachlichen Kompetenz werden persönliche Kompetenzen, wie die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstkritik, zur Selbststeuerung eigener Affekte und zur Empathie gefordert. Zusätzlich betont das Positionspapier die Beziehungsfähigkeit als Kernkompetenz von Psychotherapeutinnen und -therapeuten; dazu werden Kommunikations- und Bindungsfähigkeit zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung ebenso verstanden, wie die Wahrung einer therapeutischen Neutralität und Abstinenz (BPtK, 2010).

## Ein integratives Selbsterfahrungsmodell

Wir stellen uns die Frage: Was benötigen Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten, um kompetente und zufriedene Therapeutinnen und Therapeuten zu werden? Selbsterfahrung ist dabei zweifelsohne nur ein Bestandteil. Die im Folgenden aufgelisteten Punkte sind auch in den anderen Bausteinen der Ausbildung, etwa in den Theorieseminaren oder in der Supervision, wesentlich. In der Selbsterfahrung sollten sie zum unverrückbaren Kanon gehören und besonders die Selbstentfaltung der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten in den Fokus nehmen. Die Selbsterfahrung ist der Ort, in dem die

Persönlichkeit der angehenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Zentrum der Reflexion steht; sie bietet die Möglichkeit zur Selbsterkundung im Kontakt mit anderen, die in der gleichen Lebensphase sind und das gleiche Ziel vor Augen haben.

Das hier vorgeschlagene und von den Autoren vielfach in der Praxis erprobte Selbsterfahrungskonzept enthält verschiedene Bausteine<sup>1</sup>, die sowohl in der Gruppe als auch im Einzelkontakt realisierbar sind. Wir plädieren dafür, die vom Gesetzgeber vorgesehenen 120 Stunden in einen größeren Teil der Selbsterfahrung in der Gruppe (ca. 100 Stunden) und einen entsprechend kleineren Teil an Einzelselbsterfahrung (zumindest in Kleingruppen) (ca. 20 Stunden) aufzuteilen.

### 1. Verwirklichung eines humanistischen Menschenbildes

Hierzu zählen wir die Vermittlung eines Menschenbildes, das durch Wertschätzung, Empathie, die Fähigkeit zum Zuhören und die Stärkung der Kreativität ebenso gekennzeichnet ist wie durch Achtung der Würde und der Entscheidungsfreiheit des anderen und Mitgefühl für die Schwächen und das Leid. Wir sehen hierin ein übergeordnetes Ziel der Selbsterfahrung, das sich im konkreten Prozess der Gestaltung eines Selbsterfahrungsseminars auf verschiedene Weise realisieren lässt.

In erster Linie dienen die Leiterinnen und Leiter der Selbsterfahrung als ein Modell. Das Seminar wird so gestaltet, dass Freundlichkeit und Respekt gegenüber den Teilnehmenden aktiv zum Ausdruck gebracht werden. Gerade zu Beginn, bei den ersten Selbsterfahrungseinheiten, wird die Gruppenselbsterfahrung von den Teilnehmenden häufig mit Ängstlichkeit gesehen. Befürchtungen, vor der Gruppe „vorgeführt“ zu werden, zähnen, intransparenten Gruppenprozessen ausgeliefert zu sein, werden immer wieder berichtet. Es gilt demnach, durch die Gestaltung der Selbsterfahrung eine Haltung von Respekt und Achtung zu etablieren, die einerseits den Teilnehmenden die Angst nimmt und andererseits als eine generelle Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten vermittelt wird. Auch das offene, konstruktive und zielbezogene Feedback durch die an-

deren Teilnehmenden ist eine Möglichkeit, das eigene Handeln im Hinblick auf die Übereinstimmung mit einem humanistischen Menschenbild zu überprüfen.

### 2. Biographiefokussierte Selbstreflexion

Hierunter verstehen wir, dass der Reflexion der eigenen Biographie und damit der Bedingungen, die zur Entwicklung von persönlichen Schemata, Reaktionsmustern etc. geführt haben, Raum gegeben wird. Die eigene Biographie wird nach unserem Verständnis als eine Ressource aufgefasst, die Nützliches für das therapeutische Handeln birgt. Das Erkunden der eigenen Bindungs- und Konflikterfahrungen kann gerade in der Gruppenselbsterfahrung zu wertvollen Erkenntnissen führen, die zu einer erweiterten therapeutischen Kompetenz beitragen. Durch die Berücksichtigung der eigenen Lebens- und Lerngeschichte soll es den Auszubildenden ermöglicht werden, eigene Handlungsmuster zu erkennen und zu verändern. Bei dem Prozess der Veränderung können lerntheoretische Methoden hilfreich eingesetzt werden.

Auch hier kommt seitens der leitenden Personen dem achtsamen Umgang mit den Teilnehmenden, der wertschätzenden, lösungsorientierten Haltung große Bedeutung zu. Die Teilnehmenden erfahren, wie schmerzlich und schwer es sein kann, über leidvolle Erlebnisse zu berichten und wie hilfreich die Erfahrung des Verstandenwerdens, der Achtung und des Respekts sein kann.

Die Methoden, die angewendet werden können, um diesen Baustein der Selbsterfahrung optimal zu realisieren, sind vielfältig. Sie reichen von dyadischen Aufgabenstellungen – etwa zur Erstellung eines Genogramms (vgl. McGoldrick & Gerson, 2000) – bis hin zur Kleingruppenarbeit mit bestimmten strukturierten Aufgaben – etwa zur Durchführung einer ausführlichen Plananalyse zu bestimmten Problembereichen oder zur Analyse bewältigter Lebenskrisen, um nur einige Beispiele zu

<sup>1</sup> Diese Bausteine stellen keine Unterrichtseinheiten dar; vielmehr sind es konzeptuelle Überlegungen, die erst in Unterrichtseinheiten zu transformieren sind.

nennen. Allen eingesetzten Methoden ist eigen, dass sie dem Ziel eines ganzheitlichen Verstehens eigener biographischer Prägungen und der Anreicherung der Behandlungskompetenz der Teilnehmenden verpflichtet sind.

### **3. Emotionales Erleben als Kernthema der Selbsterfahrung**

Die Reflexion des eigenen emotionalen Erlebens, der Umgang mit Gefühlen und die Förderung der emotionalen Selbstentwicklung stellen einen konstitutiven Teil sinnvoller Selbsterfahrung dar. Da Psychotherapie zumeist das Arbeiten mit Gefühlen bedeutet, ist es zwingend notwendig, dass Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über eigenes emotionales Erleben reflektieren und über fundierte Erfahrungen mit der Regulation von Gefühlen verfügen. Die Arbeit mit Gefühlen ermöglicht es vergleichsweise direkt, Grundbedürfnisse und Schemata zu aktivieren. Dies ist sowohl im therapeutischen Alltag als auch im Zusammenhang mit der eigenen Selbstentwicklung von großer Relevanz (u. a. Greenberg, 2006).

Das emotionale Erleben differenziert zu reflektieren, kann auch auf schwierige Therapiesituationen vorbereiten, die ja zumeist durch die dabei relevanten Gefühle erst schwierig werden. Die Förderung der Sensibilität für das emotionale Erleben der Patienten (Empathie) als auch für das eigene emotionale Erleben sowie ein adäquater Umgang damit (z. B. Umgang mit Enttäuschung, Ärger, aber auch z. B. mit Verliebtheit) ist daher für uns ein Kernelement der Selbsterfahrung. Im geschützten Rahmen der Selbsterfahrung können neue Erfahrungen mit Gefühlen gemacht werden (z. B. das Zeigen von Ärger, Trauer etc.) bzw. es kann unmittelbar erfahren werden, was es bedeutet, starken Gefühlen (wie bei Expositionsübungen) ausgesetzt zu sein. Emotionsklärung und -erkundung ist für uns daher ein wertvoller Baustein, um kompetent und verantwortungsbewusst emotionsfokussierte therapeutische Prozesse initiieren und anleiten zu können. Entsprechend der erwähnten Ressourcenorientierung (siehe Punkt 7) sollten dabei nicht nur negative Gefühle und Gefühlsreaktionen (wie Ärger, Angst, Tränen etc.) im Mittelpunkt stehen, sondern durchaus

auch Stolz, Freude und Dankbarkeit, um nur einige zu nennen.

### **4. Selbstanwendung verhaltenstherapeutischer Interventionen**

Hierzu zählen wir die Selbstanwendung psychotherapeutischer Verfahren innerhalb der Selbsterfahrung. Verhaltenstherapeutisch besonders relevant ist z. B. die Fähigkeit der differenzierten Beschreibung von Erleben und Verhalten, die Kompetenz im Erstellen einer horizontalen und vertikalen Verhaltensanalyse, das Erkennen spezifischer Auslöser und spezifischer Lebensumstände, die für die Aktualgenese eines erlebten Problems bedeutsam sind. Auch die Erarbeitung und Formulierung von relevanten Zielen, die den idiosynkratischen Lebensumständen des anderen Rechnung tragen, gehören dazu. Durch gegenseitige Unterstützung bei der Realisierung von Techniken wird in der Selbsterfahrungsgruppe ein Umfeld geschaffen, in dem das Üben einzelner therapierrelevanter Skills möglich wird. Die Teilnehmenden erleben sich in der Patienten- und in der Therapeutenrolle.

In der Gruppenselbsterfahrung ist hierbei das Modelllernen bedeutsam: Durch Beobachten der Anleiterinnen und Anleiter in der Selbsterfahrung und durch die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Gruppe können Kompetenzen erworben werden, die den eigenen Handlungsspielraum erweitern. Konkret können vielfältige verhaltenstherapeutische Techniken ebenso eingesetzt werden wie Techniken der Problemklärung und Problemlösung (Grawe, 2004).

Auf jeden Fall ist es wichtig, dass (auch) in der Selbsterfahrung der Klärungsprozess weitergetrieben wird zum Lösungsprozess. In der Einzelselbsterfahrung kann dies wahrscheinlich vertiefter gelingen als in der Gruppenselbsterfahrung. Dennoch können auch in der Gruppe bestimmte Interventionen, wie etwa Verhaltensaufbau, Rollenspiele oder imaginativ-kognitive Verfahren (Erstellen einer Lebenslinie zu verschiedenen Aspekten des Selbsterlebens etc.) zur Realisierung dieses Bausteins eingesetzt werden. Um aber zu einem umfangreichen Einsatz verhaltenstherapeutischer Interventionen in der Grup-

pensselbsterfahrung zu kommen, ist es notwendig, dass die einzelnen Bausteine der Gruppenselbsterfahrung innerhalb des Ausbildungsprogramms aufeinander abgestimmt sind und diese nicht jedes Mal von anderen Personen mit jeweils neuen Programmen durchgeführt werden.

### **5. Anleitung zu verantwortungsbewusstem und kompetentem therapeutischen Handeln**

Hierunter verstehen wir, angehenden Therapeutinnen und Therapeuten zu vermitteln, dass sie in ihrer Berufsausübung Verantwortung für den therapeutischen Prozess übernehmen sollten und sie zu befähigen, diese Verantwortung auch zu übernehmen. Dazu gehört nicht nur ein profundes Wissen und Können, sondern auch eine angemessene Reflexion der eigenen Person mit all ihren Möglichkeiten und Grenzen. Es gilt, Überforderungen ebenso einschätzen zu können wie Herausforderungen, die zu meistern sind.

Für die konkrete Gestaltung der Selbsterfahrung bedeutet das zunächst einmal, den Raum zu geben für die Reflexion der Themen Verantwortung und Kompetenz. Aufbauend auf den Leitideen von Respekt, Achtung und Ressourcenorientierung, die in den vorherigen Punkten genannt worden sind, impliziert dieser Baustein unseres Selbsterfahrungskonzepts, den Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten eine kompetenzorientierte Rückmeldung über bereits vorhandene Fähigkeiten zu geben – etwa zu bestimmten Prozessen der Selbsterkundung oder zu dem Verhalten in der Gruppe. Das bedeutet auch, kritische Gespräche mit Teilnehmenden nicht zu scheuen. Denn gerade die Selbsterfahrung bietet die Möglichkeit, mit eventuell sichtbar werdenden Eigenarten Einzelner, die als störend für das therapeutische Handeln gelten, konstruktiv umzugehen. Dieser heikle Punkt einer „Eignung“ für das therapeutische Handeln kann im Verlauf der Ausbildung an kaum einem anderen Ort so geschützt thematisiert werden wie in der Selbsterfahrung. Hier sind die Ausbilderinnen und Ausbilder zu einem verantwortungsbewussten Handeln gegenüber den zukünftigen Patientinnen und Patienten aufgerufen. Kritische Punkte

sollten daher gerade in der Selbsterfahrung Raum haben.<sup>2</sup>

Methodisch können solche Prozesse vielfältig angeleitet und realisiert werden; beispielsweise können Rollenspiele zum Umgang mit schwierigen Patienten durchgeführt werden, die eigenen Tabuthemen können in Kleingruppenarbeiten reflektiert werden oder Selbsteinschätzungen zu eigenen therapeutischen Kompetenzen können in der Gruppe erarbeitet und kritisch diskutiert werden.

### **6. Sensibilisierung für den sozialen Kontext psychischer Störungen und des therapeutischen Handelns**

Hierunter verstehen wir die Reflexion der sozialen Umwelt als wesentlichem Einflussfaktor auf therapeutische Prozesse. Sowohl die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen als auch das therapeutische Handeln sind in soziale und gesellschaftliche Prozesse eingebettet, die es zu erkennen und zu berücksichtigen gilt.

Für die Selbsterfahrung bedeutet das in erster Linie, die Gruppe als soziales Lernfeld zu nutzen und für die in der Gruppe ablaufenden Interaktionsprozesse zu sensibilisieren. Alle für das therapeutische Handeln so wichtigen Faktoren der Beziehungsgestaltung und -steuerung können in der Selbsterfahrungsgruppe sichtbar gemacht werden. Die Gruppe wird als Mikrokosmos gesehen, innerhalb dessen Beziehungshandeln deutlich wird: Selbst- und Fremdwahrnehmung werden thematisiert und analysiert.

Methodisch kann hierzu auf eine Fülle an Vorgehensweisen zurückgegriffen werden. Je nach der Phase, in der sich die Selbsterfahrungsgruppe befindet (Gruppen, die am Anfang der Gruppenselbsterfahrung stehen erfordern andere Interventionen als Gruppen, die bereits mehrere Selbsterfahrungsseminare miteinander geteilt haben), können Erlebensprozesse in der Gruppe genutzt werden – etwa Instruktionen zur Analyse von Rollenstereotypen, zur Fremdwahrnehmung, zur Beziehungsgestaltung etc. Ziel ist bei allen diesen Vorgehensweisen, die soziale, interaktionelle Bedingtheit psychischen Erlebens bewusst zu machen und den Teilnehmenden ein Gespür da-

für zu vermitteln, dass diese Phänomene auch die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen bestimmen. Es war bereits darauf hingewiesen worden, dass die gegenwärtige wissenschaftliche Orientierung an naturwissenschaftlich geprägten Ätiologiemodellen zu einer Vernachlässigung dieser sozio-psychologischen Determinanten beiträgt und Ausbildungsteilnehmende im Verlauf der theoretischen Ausbildung eher zu wenig Informationen zu den gesellschaftlichen Bedingungen psychischer Störungen erhalten.

### **7. Ressourcenorientierung und Burn-out-Prophylaxe**

Möglichst früh sollten psychotherapeutisch Handelnde zu einem fürsorglichen Umgang mit den eigenen Kräften angeregt werden. „Psychohygiene“ und „Selbstfürsorge“ dienen der Erhaltung der eigenen Arbeitskraft und damit letztlich dem Wohl der Patientinnen und Patienten (Hoffmann & Hofmann, 2008; Norcross, Guy & Dilling, 2010).

Konkret sollte die Selbsterfahrung Bausteine enthalten, die eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Handeln vor dem Hintergrund des gesamten beruflichen und privaten Lebens ermöglichen und Entlastung im wahrsten Wortsinn bieten. Dabei ist neben einer aktuell-kurzfristigen Ermutigung und Unterstützung bei anstehenden Lebensaufgaben (wie Belastung durch die Ausbildung, eventuell Kindererziehung, Promotion) vor allem auch an längerfristige Burn-out-Prophylaxe zu denken. Interventionen zum Erkennen persönlicher Vulnerabilitätspunkte und die Erarbeitung entsprechend hilfreicher Copingstrategien sind wichtig. Besonders sollten Techniken zur Ressourcenidentifikation und -stärkung vermittelt werden. Und auch solche zu Selbstfürsorge, zu Abgrenzung/Selbstdistanz, zu Stolz, Dankbarkeit, Humor, gehören aus unserer Sicht zum unverrückbaren Bestand einer guten Selbsterfahrung. Damit wird auch neueren Entwicklungen der „Positiven Psychologie“ (z. B. Seligman, Rashid & Parks, 2006; Frank, 2010) Rechnung getragen, deren Konzepte für konkrete therapeutische Interventionen genutzt werden können, wie z. B. Ressourcenanalysen, Selbstachtsamkeitstraining etc. (vgl. auch Fliegel & Kämmerer, 2006, 2009).

Ein ressourcenorientiertes Denken in der Selbsterfahrung zu realisieren hat den Vorteil, den Aspekt der Selbstentfaltung in und durch Selbsterfahrung in den Vordergrund zu rücken, etwa im Sinne von „Ich möchte mich weiterentwickeln...“ und einem „...hin zu...“. Damit grenzen wir uns ab von Konzepten, die in der Selbsterfahrung die Modifikation eigenen Verhaltens im Sinne eines „Ich muss mich verändern...“, „...weg von...“ allzu sehr betonen (z. B. Ubben & Lohmann, 2007). Grundgedanke unserer Konzeption ist, dass durch die Formulierung positiver Annäherungsziele Spaß und Freude und damit eine größere Verbindlichkeit bei der Realisierung von Entwicklungsprozessen erreicht wird (im Gegensatz zu einer defizitfokussierten und eher reaktanz erzeugenden Perspektive).

## **Schlussbemerkungen**

Die verschiedenen Bausteine sind geprägt von der Überzeugung, dass angemessenes und gutes Therapeutenverhalten ein hohes Ausmaß an Sensibilität für Interaktionsprozesse erfordert. Denn psychotherapeutisches Handeln erfolgt immer zwischen (mindestens) zwei Menschen mit ihrer je eigenen, spezifischen Lerngeschichte und den damit verbundenen Schemata und Überzeugungen. Es gilt also, die Selbsterfahrung so zu gestalten, dass angehende Therapeutinnen und Therapeuten die eigenen relevanten Persönlichkeitscharakteristika, deren Ursprünge und möglichen Aktivierungen im therapeutischen Kontakt mit Patienten und Patientinnen gut kennen. Nur dadurch kann verhindert werden, dass eigene Verhaltensmuster den Therapieprozess negativ beeinflussen, indem zum Beispiel Fehlattributionen zu Lasten des Patienten oder der Patientin vorgenommen und Schwierigkeiten nicht gelöst, sondern eventuell sogar intensiviert werden. Im Sinne der Kompetenzerweiterung oder auch patientenbezogenen Selbsterfahrung (Hippler & Görlitz, 2001) können Rollenspiele zu

<sup>2</sup> Insbesondere daran wird deutlich, dass die Anleiterinnen und Anleiter der Selbsterfahrung möglichst unabhängig von dem Ausbildungsinstitut sein sollten. Sie sollten frei und unabhängig von finanziellen oder institutionellen Zwängen Entscheidungen treffen und Empfehlungen aussprechen können.

spezifischen Herausforderungen mit Patientinnen- und Patientenmerkmalen durchgeführt und anhand der eigenen intrapsychischen Prozesse genau analysiert werden. Die so gewonnenen Erkenntnisse fördern eine differenzierte und angemessen distanzierte Sicht auf das therapeutische Geschehen und tragen somit wesentlich zum Wissen und Können in der Therapie bei.

## Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2010). Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In BPTK, *Vorschlag einer Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO)* (S. 22-23). Berlin: BPTK.
- Fliegel, S. & Kämmerer, A. (Hrsg.). (2006). *Psychotherapeutische Schätze I. 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Fliegel, S. & Kämmerer, A. (Hrsg.). (2009). *Psychotherapeutische Schätze II. 125 weitere praktische Übungen, Methoden und Herausforderungen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frank, R. (2010). *Wohlbefinden fördern. Positive Therapie in der Praxis* (Reihe Leben Lernen 227). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie. Lernen, mit den eigenen Gefühlen umzugehen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Greve, G. (2007). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung*. Lengerich: Pabst.
- Hippler, B. & Görlitz, G. (2001). *Selbsterfahrung in der Gruppe. Person- und patientenorientierte Übungen* (Reihe Leben Lernen 142). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.
- Laireiter, A. R. & Elke, G. (Hrsg.). (1994). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und praktische Erfahrungen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A. R. & Willutzki, U. (2003). Self-reflection and self-practice in training of cognitive behavior therapy: An overview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 19-30.
- Laireiter, A. R. (2009). Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden. *Verhaltenstherapie* 19, 191-193.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lieb, H. (1998). *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten – Konzepte, Praxis, Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lieb, H. (2009). *So hab ich das noch nie gesehen. Systemische Therapie für Verhaltenstherapeuten*. Heidelberg: Carl Auer.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (2000). *Genogramme in der Familienberatung* (2. Auflage). Bern: Huber.
- Norcross, J. C. & Guy, J. D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis. Wie Psychotherapeuten für sich selbst sorgen können*. Bern: Huber.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, H. M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. ed.) (pp. 307-389). New York: Wiley.
- Sartory, G. (2009). Selbsterfahrung für Psychotherapeuten ist nicht mehr zeitgemäß. *Verhaltenstherapie*, 19, 54-55.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Ubben, B. & Lohmann, B. (2007). Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Schulz (Hrsg.), *Das große Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3 Verhaltenstherapie* (S. 747-763). München: CIP-Medien.
- Weyrauch, M., Weis, K. & Langlotz-Weis, M. (2010). Integration von Neuropsychotherapie in Therapie und Selbsterfahrung. *Psychologie im Dialog*, 11 (1), 70-75.



**Prof. Dr. Annette Kämmerer**

Psychologisches Institut  
Universität Heidelberg  
Hauptstr. 47-51  
69117 Heidelberg  
annette.kaemmerer@psychologie.uni-heidelberg.de



**Dr. Friedrich Kapp**

Psychotherapeutische Praxis  
Ladenburger Str. 32  
69120 Heidelberg



**Dr. Sabine Rehahn-Sommer**

Psychotherapeutische Praxis  
Neuhöfe 7  
35041 Marburg

# Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern

Ludwig Kraus<sup>1</sup>, Monika Sassen<sup>1</sup>, Martina Kroher<sup>1</sup>, Zainab Taqi<sup>1</sup>, Gerhard Bühringer<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>IIFT Institut für Therapieforchung, München

<sup>2</sup>Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

**Zusammenfassung:** Es besteht ein zunehmender Bedarf an Beratung und Behandlung von Personen mit pathologischem Glücksspielen. Bisher ist unbekannt, inwieweit niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten (PP) sich an der Versorgung dieser Patientengruppe beteiligen. In einer Pilotstudie wurden im Jahr 2010 alle PP in Bayern, von denen eine E-Mailadresse bekannt war, mit einem kurzen Fragebogen angeschrieben (28,8% aller PP). Die Antwortrate betrug 29,9%. Im Jahr 2009 wurden von 28,0% der PP 122 Betroffene und Angehörige behandelt. Je nach Hochrechnung sind dies zwischen etwa 400 und 1.400 Personen in Bayern. Darunter waren 43 Patienten mit einer eigenen Diagnose pathologisches Glücksspielen (hochgerechnet etwa 150 bis 500 Personen). Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen – im Vergleich zu etwa 2.300 Patienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Bayern – einen überraschend hohen Beitrag der PP an der Versorgung pathologischer Glücksspieler. Weitere Untersuchungen zur Validierung und Vertiefung der Ergebnisse sind notwendig.

0,56% der erwachsenen Bevölkerung (103.000 bis 290.000 Personen) die Kriterien für pathologisches Glücksspielen (Bühringer et al., 2007; Buth & Stöver, 2008; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2008, 2010). Die Anzahl der Personen mit einem vorklinischen problematischen Spielverhalten (inoffizielle Kategorisierung: 3-4 diagnostische Kriterien erfüllt) wird auf 0,29% bis 0,64% der Bevölkerung (149.000 bis 347.000 Personen) geschätzt (Bühringer et al., 2007; Buth & Stöver, 2008; BZgA, 2008, 2010).

## 1. Einleitung

Die Arbeit befasst sich mit dem Beitrag, den niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten (PP) bei der therapeutischen Versorgung von pathologischem Glücksspielen leisten, und soll PP motivieren, sich stärker mit dieser Störungsgruppe zu befassen.

Unter Glücksspielen wird im Allgemeinen das Setzen eines Wertes auf eine Wette, ein Spiel oder ein Ereignis mit einem unsicheren, vom Zufall bestimmten Ergebnis verstanden. Für die meisten Personen stellt die Teilnahme an Glücksspielen eine Freizeitaktivität dar, allerdings entwickelt eine Minderheit der Bevölkerung schwerwiegende Probleme als Folge ihres Glücksspielverhaltens. Sowohl in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, 1991) als auch im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen

(DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) werden pathologische Ausprägungen als Impulskontrollstörung klassifiziert. Diagnostische Merkmale für ein fehlangepasstes Spielverhalten sind vor allem der Verlust der Kontrolle über das Ausmaß des Glücksspielens, die starke kognitive, emotionale und motivische Einschränkung des Lebens auf das gestörte Verhalten und die negativen psychosozialen Folgen (Beziehungen, Arbeitsplatz). Angesichts von Befunden, die auf ähnliche Charakteristika bei pathologischem Glücksspielen und substanzbezogenen Störungen hinweisen, wird eine Einordnung als „nichtstoffgebundene Abhängigkeit“ diskutiert (Rumpf & Kiefer, 2011).

In Deutschland haben sich 49,4% der Bevölkerung zumindest einmal in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel beteiligt, vor allem an Lotto und Fernsehlotterie (Bühringer, Kraus, Sonntag, Pfeiffer-Gerschel & Steiner, 2007). Je nach Studie erfüllen zwischen 0,19% und

Pathologisches Glücksspielen ist mit einem erheblichen individuellen Leid und einer Beeinträchtigung der Lebensführung für die Betroffenen, die Familie und die soziale Umgebung sowie mit hohen persönlichen und sozialen Kosten verbunden. Darüber hinaus belegen Studien bei pathologischen Glücksspielern komorbide bzw. zusätzliche Belastungen durch Angststörungen (Kessler et al., 2008), Depressionen (Gerstein, Volberg, Harwood & Christiansen, 1999; Petry, Stinson & Grant, 2005), Substanzabhängigkeit (Bondolfi, Jermann, Ferrero, Zullino & Osiek, 2008; Cunningham-Williams, Cottler, Compton & Spitznagel, 1998; Kessler et al., 2008; Petry et al., 2005) und Delinquenz (Smith, Wynne & Hartnagel, 2003).

Seit Inkrafttreten des Glücksspielstaatsvertrags im Jahr 2008 sind sowohl das Angebot als auch die Nachfrage nach professioneller Hilfe bei pathologischem Glücksspielen in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Im Jahr 2009 wurden in

der Deutschen Suchthilfestatistik 6.750 Personen mit einer Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen registriert, die in ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland behandelt wurden (Steppan, Künzel & Pfeiffer-Gerschel, 2010). Somit steht pathologisches Glücksspielen, gemessen an der Fallzahl der Betreuten, nach Alkohol, Opioiden und Cannabis an vierter Stelle der Suchthilfestatistik in Deutschland. Eine Hochrechnung der 896 registrierten Behandlungsfälle in Bayern ergab insgesamt 2.456 Glücksspieler, die im Jahr 2009 in Suchthilfeinrichtungen in Bayern behandelt wurden (Sassen & Kraus, 2011). Eine ambulante Behandlung erfolgte hochgerechnet bei 2.300 pathologischen Spielern (2.093 Haupt- und 207 Sekundärdiagnosen), während 156 Glücksspieler im stationären Setting behandelt wurden.

Hinsichtlich der Versorgungssituation der Betroffenen wird von einem erheblichen Missverhältnis zwischen der geschätzten Prävalenz pathologischer Glücksspieler in der Bevölkerung und der Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote ausgegangen. In Europa weisen Daten aus der Schweiz auf einen Anteil von 2,8% bis 3,1% von aktuellen Spielern hin, die sich in Beratung oder Behandlung befinden (Toneatto & Nett, 2006). In Deutschland wird der Anteil pathologischer Glücksspieler, die im Jahr 2008 in Suchthilfeinrichtungen behandelt wurden, nach eigenen Berechnungen auf etwa 3,8% bis 10,7% geschätzt.

Die geringe Nutzung von Hilfsangeboten durch pathologische Glücksspieler stellt eine erhebliche Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland dar. Eine zusätzliche Ressource können möglicherweise PP sein. Aufgrund der fachlichen Kompetenz wäre bei ihnen auch eine (Mit-)Behandlung des hohen Anteils psychischer komorbider Störungen gewährleistet. Allerdings liegen über die Behandlung pathologischer Glücksspieler durch PP bisher keine Informationen vor. Um den möglichen Beitrag von PP an der Behandlung pathologischer Glücksspieler zu erfassen, wurde für eine erste Orientierung eine Pilotstudie in Bayern durchgeführt.

## 2. Methodik

### 2.1 Design und Stichprobe

Die Befragung erfolgte bei niedergelassenen PP, die Anfang 2010 bei der Psychotherapeutenkammer (PTK) Bayern gemeldet waren. Dabei wurden sowohl selbstständige als auch selbstständige und gleichzeitig angestellte PP befragt. Da anzunehmen ist, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kaum Personen mit pathologischem Glücksspielen behandeln, wurden diese von der Analyse ausgeschlossen. Dadurch ergab sich für die Berechnungen eine Gesamtzahl von 2.520 bei der PTK Bayern Anfang 2010 registrierten PP. Von 726 PP (28,8% der Zielgruppe) war die E-Mailadresse bekannt. Diese wurden per E-Mail von der PTK mit der Bitte um Teilnahme an einem kurzen Fragebogen angeschrieben. Ein in der E-Mail enthaltener Link führte zu einem Onlinefragebogen mit fünf Fragen.

Die Befragung wurde über einen Zeitraum von acht Wochen, von April bis Juni 2010, durchgeführt. Insgesamt nahmen 217 der 726 angeschriebenen PP teil. Dies entspricht einer Antwortrate von 29,9%. Aufgrund inkonsistenter Angaben wurden die Angaben von drei PP aus den Berechnungen ausgeschlossen, so dass die Analysen auf Informationen von 214 PP basieren. Alle Angaben beziehen sich auf die im Jahr 2009 behandelten Personen mit glücksspielbedingten Problemen.

### 2.2 Instrumente

Der Fragebogen enthielt (rückblickend auf das Jahr 2009) Informationen zu Prävalenz, Diagnose und Therapie von Personen mit glücksspielbedingten Problemen. Die Informationen beziehen sich dabei sowohl auf aktive Glücksspieler als auch auf Angehörige. Die grundsätzliche Behandlung von glücksspielbedingten Problemen wurde in der Eingangsfrage erfasst: „Lag bei Patienten/Patientinnen, die Sie im Jahr 2009 in Ihrer Praxis behandelt haben, eine Glücksspielproblematik vor?“ („Wenn ja, bei wie vielen Patienten/Patientinnen?“). Auf die Therapie bezogen wurde die jeweilige Anzahl der Patienten erfragt: „Bei wie vielen dieser Patienten/Patientinnen bezog sich die Psychotherapie auf die Behandlung der

Glücksspielproblematik?“ und „Bei wie vielen dieser Patienten/Patientinnen haben Sie in der Antragsstellung die Diagnose pathologisches Spielen (F 63.0) gestellt?“. Das weitere Vorgehen nach der Therapie wurde durch die folgenden Fragen erhoben: „Haben Sie im Jahr 2009 Patienten/Patientinnen oder Therapiesuchende mit einer Glücksspielproblematik an andere Stellen vermittelt oder ihnen das Aufsuchen dieser Stellen empfohlen?“ sowie „Wenn ja, wie viele Personen waren das ungefähr?“ und „Wenn ja, welche Stelle(n) haben Sie empfohlen?“. Informationen über den Therapeuten wurden mittels der Frage erfasst „Welche therapeutische Ausrichtung liegt Ihrer Arbeit zu Grunde?“ und den Antwortkategorien „Verhaltenstherapie“, „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“, „Psychoanalyse“ und „Sonstige“ (Mehrfachnennungen möglich).

### 2.3 Analyse

Um die Gesamtzahl der behandelnden PP sowie der Behandelten einschätzen zu können, wurden die Zahlen der Befragung auf alle bei der PTK Bayern gemeldeten niedergelassenen oder niedergelassenen und zugleich angestellten PP (N=2.520) hochgerechnet. Es wurde dabei davon ausgegangen, dass die nicht angeschriebenen PP (n=1.794 ohne bekannte E-Mailadresse) sich nicht von den angeschriebenen PP (n=726) unterscheiden. Da die Stichprobenziehung möglicherweise selektiv (nur PP mit E-Mailadresse befragt) und die Antwortrate eher niedrig war, wurden zwei unterschiedliche Verfahren zur Hochrechnung angewendet, um eine realistische Einschätzung der Behandlungssituation zu gewährleisten. Anhand dieses Vorgehens konnte ein unterer (konservativer) und ein oberer (liberaler) Schätzwert ermittelt werden, wobei der wahre Wert wahrscheinlich dazwischen liegt.

Bei der ersten, konservativen Hochrechnung (HR1) wird angenommen, dass die 512 PP, die nicht geantwortet haben (70,5% der 726 angeschriebenen PP), generell keine Behandlung für Personen mit glücksspielbedingten Problemen anbieten. Bezogen auf alle 2.520 PP bedeutet dies, dass 1.777 PP (70,5% von allen 2.520 PP) keine Personen mit Glücksspielproblemen behandeln. Für HR1 ent-

spricht die Grundgesamtheit dem Anteil der Antwortter (29,5% von 2.520), d. h. N=743 PP.

Die zweite, liberale Hochrechnung (HR2) geht davon aus, dass die 214 PP, die geantwortet haben, eine repräsentative Stichprobe der angeschriebenen PP (n=726) darstellen und diese wiederum repräsentativ für alle PP in Bayern sind. Bei dieser Vorgehensweise werden alle 2.520 bei der PTK Bayern gemeldeten niedergelassenen oder niedergelassenen und zugleich angestellten PP als Grundgesamtheit angesehen.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Behandelnde Psychologische Psychotherapeuten

Insgesamt haben 28,0% (n=60) der befragten PP Personen mit einer Glücksspielproblematik, d. h. Betroffene und Angehörige, behandelt. Hochgerechnet auf die beiden Grundgesamtheiten ergibt sich eine Anzahl zwischen 208 (HR1) und 707 (HR2) PP, die im Jahr 2009 Betroffene mit einer Glücksspielproblematik sowie Angehörige behandelt haben (Tabelle 1).

#### 3.2 Anzahl der wegen Glücksspiel behandelten Personen

Im Jahr 2009 wurden 122 Personen wegen glücksspielbedingter Probleme in einer psychotherapeutischen Praxis behandelt. Im Durchschnitt behandelte ein Psychotherapeut im Jahr 2009 zwei Personen (Spanne: 1-30) mit glücksspielbedingten Problemen. Insgesamt befanden sich den Schätzungen zufolge zwischen 422 (HR1) und 1.437 (HR2) Glücksspieler oder Angehörige bei PP in Behandlung (Tabelle 1).

Die Psychotherapie bezog sich bei 55,7% der Personen (n=68) auf die Behandlung der Glücksspielprobleme. Hochgerechnet erfolgte bei 236 (HR1) bis 801 (HR2) der betroffenen Glücksspieler in Bayern eine Psychotherapie zur Behandlung der Glücksspielproblematik durch PP (Tabelle 1). Insgesamt 54 behandelte Patienten (44,3%) waren Angehörige von Glücksspielern.

Tabelle 1: Überblick der Hochrechnungen für das Jahr 2009 in Bayern

Anzahl	Stichprobe (n=214)	Hochrechnung 1 (n=743)	Hochrechnung 2 (n=2.520)
PP, die Personen mit glücksspielbedingten Problemen behandelt haben	60	208	707
Personen mit glücksspielbedingten Problemen	122	422	1.437
Psychotherapie wegen glücksspielbedingter Probleme	68	236	801
Diagnose F63.0	43	149	506
Weitervermittlung	121	420	1.425

#### 3.3 Diagnose pathologisches Spielen (F63.0)

Im Jahr 2009 haben die befragten PP bei 43 Personen im Antrag auf Kostenübernahme eine Diagnose pathologisches Spielen (F63.0) gestellt. Dies entspricht 35,2% aller Personen mit glücksspielbedingten Problemen bzw. 63,2% derjenigen Patienten, bei denen sich die Psychotherapie auf die Behandlung der Glücksspielproblematik bezog. Hochgerechnet erhielten zwischen 149 (HR1) und 506 (HR2) Personen eine Diagnose pathologisches Spielen (Tabelle 1). Durchschnittlich wurden somit 328 pathologische Glücksspieler von PP in Bayern im Jahr 2009 ambulant behandelt.

Auf Therapeutenebene weisen die Zahlen darauf hin, dass jeder PP im Durchschnitt bei 0,2 Personen einen Antrag wegen pathologischen Glücksspielens stellte. Bezogen auf die PP, die im Jahr 2009 tatsächlich Personen mit Glücksspielproblemen behandelt haben (n=60), stellten diese durchschnittlich bei 0,7 Personen die Diagnose F63.0. Die Differenz zwischen der Anzahl der F63.0 Diagnosen und der auf die Glücksspielprobleme bezogenen Psychotherapien weist darauf hin, dass auch Patienten mit einer Sekundärdiagnose pathologisches Glücksspielen und einer anderen therapieleitenden Störung ambulante psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen (n=25).

#### 3.4 Weitervermittlungen

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 121 Personen mit Glücksspielproblemen in eine andere Einrichtung weitervermittelt. Die Mehrzahl (n=76; 62,8%) aller weiterver-

mittelten Personen wurde von PP vermittelt, die angaben, im Jahr 2009 Personen mit Glücksspielproblemen behandelt zu haben. Aussagen darüber, ob und inwiefern es sich dabei um Personen handelt, die zuvor in der eigenen Praxis behandelt wurden, oder um Direktvermittlungen an andere Stellen, sind jedoch nicht möglich.

Hochgerechnet für Bayern wurden zwischen 420 (HR1) und 1.425 (HR2) Personen mit einer Glücksspielproblematik an andere Einrichtungen weitervermittelt. Die Weitervermittlung fand an eine Vielzahl von unterschiedlichen Stellen statt, hauptsächlich an Kliniken, Suchtberatungsstellen, Fachambulanzen, Selbsthilfegruppen sowie an psychotherapeutische und ärztliche Kollegen.

#### 3.5 Therapeutische Ausrichtung

Bei der Mehrheit (57,1%) der befragten PP basiert die Arbeit auf u. a. verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Insgesamt 40,6% berichteten über eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Grundlage der Behandlung. Eine psychoanalytisch orientierte Behandlung gaben 20,7% der PP an. Weitere Ansätze umfassten u. a. Hypnotherapie/Hypnose, Familientherapie, systemische Therapie oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

### 4. Diskussion

Die Schätzungen zum Umfang der Behandlung pathologischer Glücksspieler

durch niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten (PP) zeigen, dass im Jahr 2009 über ein Viertel (28,0%) der befragten PP pathologische Glücksspieler und Angehörige behandelt haben. Hochgerechnet für Bayern wird die Anzahl an Personen mit einer glücksspielbedingten Störung, die psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahmen, auf zwischen 422 und 1.437 Fälle geschätzt. Davon bezog sich bei 236 bis 801 Personen (55,7%) die Psychotherapie auf die Behandlung der Glücksspielprobleme. Dies deutet daraufhin, dass es sich vermutlich bei den anderen behandelten Personen mit Glücksspielproblemen um Angehörige handelte. Insgesamt begaben sich hochgerechnet 328 pathologische Glücksspieler (Spanne: 149 – 506) bei PP in Behandlung.

Vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahme von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durch pathologische Glücksspieler (im Jahr 2009 in Bayern etwa 2.300 Patienten) weisen die Behandlungszahlen dieser Klientel durch niedergelassene PP auf die Relevanz dieses Versorgungsangebots hin. Insbesondere für Glücksspieler mit komorbiden Störungen steht mit PP ein Versorgungsangebot zur Verfügung, das in der Lage ist, zusätzlich vorhandene komorbide psychische Störungen in die Therapie mit einzubeziehen. Neben Personen mit primären Glücksspielproblemen scheinen aber auch Angehörige die Hilfe niedergelassener PP in Anspruch zu nehmen.

Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zu berücksichtigen, dass die Hochrechnungen aufgrund der niedrigen Rücklaufquote von 29,9% nur Näherungswerte darstellen können. Zudem ist der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen selbstständigen Mitgliedern der PTK Bayern bzw. an allen Angeschriebenen zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung nur geschätzt. Wird bei der an der Befragung teilnehmenden PP von einer repräsentativen Stichprobe (HR2) ausgegangen, ist bei einer Verletzung der Annahme mit einer Überschätzung der Fallzahlen zu rechnen. Umgekehrt ist die Annahme, die Nichtantworter hätten keine Personen mit Glücksspielproblemen behandelt (HR1), vermutlich zu konservativ.

Mit der vorliegenden Pilotstudie ist es gelungen, eine erste Abschätzung des Beitrags der PP bei der Behandlung pathologischer Glücksspieler zu erhalten. Die hochgerechneten Behandlungszahlen sind auch bei konservativen Annahmen bedeutsam und weisen auf ein bisher nicht beachtetes Versorgungssegment für diese Störung hin. Weitere Untersuchungen sind für die Prüfung dieser ersten Hochrechnungen notwendig. Darüber hinaus sind Behandlungserfahrungen, Fortbildungsbedarf sowie bestehende Kooperationsstrukturen mit anderen Einrichtungen mit dem Ziel zu erfassen, ein umfassenderes Versorgungsangebot als bisher für pathologische Glücksspieler und Angehörige aufzubauen.

## Danksagung

Die Autoren möchten sich bei der Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Unterstützung bei der Durchführung dieser Studie bedanken. Unser besonderer Dank gilt Frau Karin Welsch.

## Förderhinweis

Die Studie wurde im Rahmen der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) durchgeführt. An der LSG sind das IFT Institut für Therapieforchung, die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmersgesellschaft (haftungsbeschränkt) sowie der Betreiberverein der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern für die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern e. V. (LAGFW-BV) beteiligt. Die LSG wird aus Mitteln des Bayerischen Ministeriums für Gesundheit und Verbraucherschutz gefördert. Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

## Interessenskonflikt

Ministerien und nachgeordnete Behörden des Freistaats Bayern sind als Betreiber bzw. Lizenzgeber für Glücksspiele tätig.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., Zullino, D. & Osiek, C. (2008). Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117 (3), 236-239.
- Bühringer, G., Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Steiner, S. (2007). Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 53 (5), 296-308.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2008). *Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2010). *Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Buth, S. & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Suchttherapie*, 9, 3-11.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M. III & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88 (7), 1093-1096.
- Gerstein, D. R., Volberg, R. A., Harwood, R. & Christiansen, E. M. (1999). *Gambling impact and behavior study: report to the national gambling impact study commission*. Chicago, Illinois: National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C. & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38 (9), 1351-1360.

- Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5), 564-574.
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. *Sucht*, 57 (1), 45-48.
- Sassen, M. & Kraus, L. (2011). *Ambulante und stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler: Hochrechnung für Bayern*. Verfügbar unter [http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user\\_upload/lsg/IFT\\_Materialien/2011-03-09\\_\\_Amb\\_und\\_stat\\_Behandlungszahlen\\_PG\\_in\\_Bayern\\_01.pdf](http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/IFT_Materialien/2011-03-09__Amb_und_stat_Behandlungszahlen_PG_in_Bayern_01.pdf) [18.04.2011].
- Smith, G., Wynne, H. & Hartnagel, T. (2003). *Examining Police Records to Assess Gambling Impacts: A Study of Gambling-Related Crime in the City of Edmonton*. Edmonton, Canada: Alberta Gaming Research Institute.
- Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2009. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. Verfügbar unter [http://suchthilfestatistik.de/Downloads/Jahresbericht\\_DSHS.pdf](http://suchthilfestatistik.de/Downloads/Jahresbericht_DSHS.pdf) [18.04.2011].
- Toneatto, T. & Nett, J. C. (2006). Selbstheilung von problematischem Glücksspiel. In H. Klingemann & L. C. Sobell (Hrsg.), *Selbstheilung von der Sucht* (S. 121-127). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weltgesundheitsorganisation. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.



**PD Dr. Ludwig Kraus**

Leiter der Forschungsgruppe Soziale Epidemiologie  
IFT Institut für Therapieforschung  
Parzivalstr. 25  
80804 München  
[kraus@ift.de](mailto:kraus@ift.de)

# Gestalttherapie – heute

Lotte Hartmann-Kottek

PP und FÄ für Innere Medizin/Neurologie/Psychiatrie und FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kassel

**Zusammenfassung:** Die Gestalttherapie, die als das wirksamste Verfahren der humanistischen Gruppe gilt, hat im März 2011 ihren Anerkennungsantrag beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vorgelegt.

Gestalttherapie verbindet typischerweise die prozess-erfahrungsorientierte Zugangsweise, die auch „experiential confrontation“ genannt wird, mit einem speziellen, mehrschichtigen therapeutischen Beziehungsangebot, das eine achtsame, individuelle, alters-, struktur- und störungsspezifisch adaptierte und dennoch authentische, therapeutische Kontaktgestaltung ermöglicht. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den gängigen Verfahren werden kurz beleuchtet. Ein Beispiel lädt in die Praxis ein.

## Vorwort

Die Wirksamkeit der Gestalttherapie ist für psychotherapeutische Insider immer schon ein Faszinosum gewesen. In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten hat sie daher eine Menge Nachahmer in unterschiedlichen Modifikationen gefunden. Die Gestalttherapie hat aktuell ihre Wirksamkeitsstudien beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) eingereicht mit 69 Arbeiten (davon sind 26 randomized controlled trials [RCT], also Studien mit zufallszugeordneten Kontrollgruppen), mit dem Wunsch, wieder an der Patientenversorgung teilzunehmen.

## Geschichte der Gestalttherapie – kurzgefasst

Die Gestalttherapie beginnt bei Fritz Perls (Dr. med. Friedrich Salomon Perls), geb. 1893 in Berlin, gestorben 1970 in Chicago, und seiner Ehefrau Lore (Laura) Perls, geb. Posner, Gestaltpsychologin. Die Gestalttherapie spiegelt einerseits die Avantgarde des Zeitgeists jener Epoche wider, andererseits begegnen uns in der Gestalttherapie zeitlose, erkenntnistheoretische Fragen und Ansätze.

Als Quellen sind eingeflossen: **Psychoanalyse** bis ca. 1936 in verschiedenen Varianten, klassische (S. Freud u. a.), neoanalytische (K. Horney u. a.), reichianische (W. Reich u. a.), „aktive Psychoanalyse“ (S. Ferenczi); Gestaltpsychologie, Kybernetik und neurophysiologische Informationsverarbeitung (Goldstein, Conrad), Relativitätstheorie und Quantenphysik; **Phänomenologie** (E. Husserl), **Existenzphilosophie**, antike Philosophie (Heraklit), Neo-Kantianismus (S. Friedlaender), Chassidismus (M. Buber), Taoismus (LaoTse), **ZEN-Tradition** (Achtsamkeitskonzept), Holismus (J. Smuts), Konstruktivismus (A. Korzybski), **Humanistische Psychologie** (A. Maslow u. a.).

Methodische Einflüsse: Intersubjektivitäts- und Beziehungsverständnis nach Buber, phänomenologischer Wirklichkeitszugang, ZEN-orientierte Bewusstseinschulung, „sensory awareness“, psychoanalytisches Neurosenverständnis, Körperausdruckschulung, Körpersprachverständnis, Mono-Psychodramatische Rollenspieltechnik (J. Moreno), Improvisationstheater, künstlerische Ausdruckskultur (u. a. bildnerisch, tänzerisch, musikalisch, dichterisch) und Gruppendynamik (K. Lewin).

Die Konzeption der Gestalttherapie kann man für 1936 (Bruch mit Freud, Krise und

Neubesinnung) ansetzen, ihre Geburt wird auf 1942 datiert, dem Erscheinungsjahr des gemeinsamen, gestalttherapeutischen Erstlingswerks von Fritz und Lore Perls, „Ego, Hunger and Aggression“. Die späteren Jahre führten Fritz Perls an die Westküste der USA, ferner auf Weltreisen in ZEN-Klöster, wo er sich unterweisen ließ, nach Israel und nach Europa (Deutschland) und wieder zurück in die USA, wo er lange im Esalen-Institut Seminare hielt, und schließlich nach Vancouver Island an den Cowichan See zog und eine Lebensgemeinschaft nach Art eines Kibbuzim im Geist des „Gestalt-Entwurfs“ gründete.

## Definition: Was ist Gestalttherapie?

### Komprimierte Definition des Verfahrens

Die Gestalttherapie ist ein Verfahren, das aus einem **wachstumsfördernden**, mehrschichtigen, **therapeutischen Beziehungsverständnis** sowie aus seinem **humanistischen Menschenbild** heraus mit einer **phänomenologischen Zugangsweise**, (d. h. heutzutage prozess-erfahrungsmäßig), ein **erlebnis-, ressourcen- sowie ein lösungsorientiertes Bewusstwerdungsangebot** macht, das hilft, in **Achtsamkeit** die innere und äußere Situation klarer zu **erkennen**.

Dies ermöglicht sowohl angemessen notwendige Grenzen zu ziehen, wie auch und vor allem, gezielt zu unbewusst Ausgegrenztem über Kontakt, Begegnung, Dialoge und integrierende (Re-)Identifikation Verständnisbrücken herzustellen. Dabei werden die Teilaspekte konfliktlösend und **stimmiger** zu einem **neuen Ganzen** ge-

ordnet, **Überkommenes** wird **überprüft**, gegebenenfalls **verabschiedet** und die persönliche **Freiheit** und **Verantwortung** für eine wertbezogene **Wahlmöglichkeit** erhöht.

### Gestalttherapie unterscheidet sich

von den derzeitigen Richtlinienverfahren hauptsächlich durch die Kombination von

1. ihrem **mehrschichtig bezogenen**, bewusst und achtsam eingesetzten, entwicklungsadaptierten, therapeutischen **Beziehungsangebot**,
2. ihrer Konfrontation mit Diskrepanzen zwischen der phänomenologisch fassbaren, aktuell gelebten, subjektiven Wirklichkeit, einerseits mit den bewussten Überzeugungen der Persönlichkeit, andererseits mit Hilfe der **prozess-erfahrungsorientierten Zugangsweise**
3. sowie durch ihr positives, **humanistisches Menschenbild**, das individuelle **Freiheit** und wertgebundene, ganzheitsorientierte **Verantwortungsbereitschaft** verbindet.

### Als wichtigste gemeinsame Schnittmenge

1. mit der Tiefenpsychologie gilt das Verständnis für unbewusste und psychodynamische Vorgänge, auch wenn die Gestalttherapie damit deutlich andere Umgangsweisen entwickelt hat,
2. mit dem lerntheoretischen Ansatz, insofern schon von Anfang an erfahrungsorientiert vorgegangen wird, Integration von Übungen und „Hausaufgaben“ möglich ist und (besonders beim Strukturaufbau) mit den Mitteln der Beziehungsebene mit dem Belohnungssystem gearbeitet wird.

## Vorgehensweise: Wie funktioniert Gestalttherapie?

### Behandlungsstrategie

Der Gütemaßstab des achtsamen, prozess-erfahrungsorientierten Vorgehens ist die passgenaue Begegnung zwischen

diesen beiden Menschen, demjenigen in der Therapeutenrolle und demjenigen in der Patientenrolle. Der Therapeut versteht sich als ein sokratisch interessierter Gast in der Welt des Patienten, letzterer behält die Deutungshoheit für seine Erlebnisbezüge. Ersterer katalysiert den Wahrnehmungsprozess nach innen und außen.

Die Gestalttherapie weiß die **Unvorhersehbarkeit des Einzelereignisses**<sup>1</sup>, das mit Achtsamkeit aufgegriffen wird, als Chance zu **nutzen**. Dieser Weg der „**experiential confrontation**“ führt über die Erscheinungen im „Hier-und-Jetzt“ geradewegs auf den aktualisierten Konflikt, bzw. auf die „Störungszone“ zu. Es gilt lediglich, die Spuren der über Resonanzen verschränkten, selbstorganisatorischen Prozesse zu achten und im „offen aufgeschlagenen Buch der Phänomene lesen“ zu lernen.

„**Experiential confrontation**“ ist der gerade Weg, ein aktuelles Erleben oder Verhalten auf seine Stimmigkeit hin zu überprüfen und ist das Kernstück des spezifisch gestalttherapeutischen „prozessualen“ Vorgehens. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf den eben aktualisierten Prozess, der meist unbewusst läuft, aber dennoch Spuren hinterlässt, gerichtet.

Zur Wirksamkeit der Gestalttherapie schrieb Grawe (1998, S. 132): „Es spricht einiges dafür, dass dies die wirksamste Methode ist, um beim Patienten neues Bewusstsein für sein Erleben und Verhalten zu schaffen.“ Schon nach der Metaanalyse von Orlinski, Grawe und Parks (1994) stellte diese therapeutische Herangehensweise einen starken Prädiktor für ein positives Therapieergebnis dar.

Ferner, um es provokant zu sagen: es geht nicht primär darum, dass der Therapeut

<sup>1</sup> Der Ansatz einer primär am statistischen Normverhalten und den davon abgeleiteten manualorientierten Psychotherapie (VT im engen Sinn) sowie einer an Hypothesen mit Allgemeingültigkeitsanspruch geleiteten Vorgehensweise (PA/TP) einerseits und der Ansatz einer am Freiheitsgrad des Individuums orientierten Psychotherapie andererseits, verhalten sich analog wie das Vorgehen der Klassischen Physik und das der Quantenphysik.

### Beispiel

Einzelsetting, 2. Sitzung, zunächst Schilderung der aktuellen Befindlichkeit.

*Therapeutin: Mögen Sie diese Handbewegung nochmals wiederholen und wenn Sie mögen, noch ein wenig verstärken und verdeutlichen? Genau. ... Gehen Sie ganz in die Bewegung hinein, wie fühlt sie sich an? Was könnte sie sagen wollen? ... Und gleichzeitig gab es eine Reaktion im Fuß, ist sie Ihnen aufgefallen? Die könnte genauso wichtig sein. Mögen Sie auch sie wiederholen, verstärken und sich in diesen Impuls verwandeln, um ihn zu verstehen? ... Genau. ... Wir hatten gerade von Ihrer Ehe gesprochen.*

*Patient: Die Handbewegung sagt am ehesten: Ich geb's auf, es hat keinen Zweck, ich kann nicht mehr, lieber tot sein, aus, Schluss. (Tiefes Atemholen, Senken der Augen, dann erneutes Aufschauen.) Und der Fuß, der fast unmerklich aufgestampft hat sagt: Ich will mir nicht mehr auf der Nase herum tanzen lassen ... Ich will nicht mehr ... Ich will nicht. (Schreit fast laut heraus, bricht darüber erschreckt ab und schaut etwas ängstlich zur Therapeutin.)*

*Th.: Was für eine Kraft und Vitalität hinter Ihrer Verzweiflung zum Vorschein kommt! Beeindruckend. Haben die beiden Aussagen etwas miteinander zu tun? (Pat. schüttelt mit ratlosem Gesichtsausdruck den Kopf.) Wo zieht es Sie im Moment stärker hin? (Pat. stampft nochmals mit leuchtenden Augen auf und macht dazu eine Faust.) Zu welcher Beziehung in welchem Lebensabschnitt hätte Ihr „Ich will nicht mehr!“ auch ganz gut gepasst, vielleicht sogar noch besser? Was taucht vor Ihrem inneren Auge auf?*

*Pat.: Meine Mutter steht jetzt vor mir, die hat von uns Kindern fast nur gefordert, aber wenn wir was wollten, war sie immer schnell krank. Das macht ein blödes Gefühl. Hab mich schuldig gefühlt. Dann hab ich von ihr nichts mehr gewollt.*

Th.: Muss für Sie damals schlimm gewesen sein. (Pat. nickt.) Wenn Sie sich erlauben vorzustellen, Sie könnten ihr heute mit den Fähigkeiten des Erwachsenen aber aus dem Herzen des damaligen Kleinen die Wahrheit sagen, so wie sie der Kleine empfunden hat, ginge das für Sie? Was wäre das am ehesten?

Pat.: Ich will nicht nur funktionieren und vernünftig sein, nur damit Du Job samt Familie und den Knatsch mit Papa über die Runden kriegst. Ich will auch mal gesehen und gemocht werden, will auch mal ein Zuhause haben, wo man unbeschwert lachen kann und sich frei fühlt.

Th.: Sie schauen mich jetzt an und haben eine aufrechte Haltung angenommen, wie fühlen Sie sich gerade?

Pat.: Es ist, als hätte ich es ihr tatsächlich gesagt, obwohl das real sowieso nicht mehr ginge, weil sie nicht mehr lebt, aber ich oder mein innerer Kleiner habe in Ihren Augen geglaubt das Verständnis zu spüren, das ich damals gebraucht hätte. Ich glaube, das hat mir Mut gemacht, ihr die Stirn zu bieten und gleichzeitig stimmt es mich ihr gegenüber im Augenblick etwas milder. Ich weiß ja, dass sie es wirklich schwer gehabt hat.

Th.: Es freut mich, wie sehr Sie bei sich sind und in Ihren Gefühlen relativ klar wirken, sowohl bei Ihrem JA wie bei Ihrem NEIN. Das haben Sie Ihrem heilsamen Zorn zu verdanken, der Sie vor unzumutbaren Entbehrungen und vor Selbstaufgabe schützt. Vielleicht könnte er auch in ihrer jetzigen Lebenssituation ein hilfreicher Beschützer sein? Da schauen wir später noch hin. Aber zunächst: Da war doch noch die Aussage der anderen Hand. Erinnern Sie sich an die Gebärde am Anfang, die Sie mit: „Ich

kann nicht mehr ... lieber tot sein.“ übersetzten? Haben Sie dazu noch einen inneren Zugang? Was ist aus ihr geworden? Lassen Sie sich am besten von Ihrer Hand führen.

Pat.: (Schließt die Augen und lässt der Hand etwas Spiel.) Es fühlt sich an, als wolle sie eigentlich zärtlich und anschmiegsam sein. Das ist fast peinlich zu sagen, denn ich hab doch Angst, wieder zurückgestoßen und ausgelacht zu werden. (Pat. stampft wieder fast unmerklich mit seinem Fuß auf, was die Therapeutin etwas verstärkend und mit aufmunternden Blick spiegelt, worauf der Pat. schmunzelnd mit kräftigem Aufstampfen antwortet und sich mit tiefem Einatmen spürbar aufrichtet.) Ich will mich nicht zurückweisen lassen!

Th. im gleichen Tonfall: Ich stehe zu mir, ich spüre meine Kraft, meine innere Weite, meine Lebensfreude und meine sensiblen Fähigkeiten?

Pat.: (Nickt, atmet nochmals tief durch mit entspanntem Gesicht.) ... Wenn ich in meiner Kraft bin, traue ich mir zu, zärtlich zu sein, was ich ja gerne bin. Dann wird alles gut... Jetzt taucht innerlich meine Frau auf, wie sie war, als wir uns kennenlernten. Da hatte sie noch Achtung vor mir. (Die Stimme wird brüchig, der Blick senkt sich, die Schultern fallen etwas herunter.)

Th.: Habe ich das gerade richtig verstanden, am Anfang Ihrer Beziehung haben Sie sich mit all Ihren Seiten eingebracht? Das war für beide gut. Und später ist einiges von Ihnen auf der Strecke geblieben, haben Sie einiges untergehen lassen?

Pat.: Alles ging unter. Erst mein Mut, dann die Zärtlichkeit und Intimität. Seitdem sind wir nur noch eine WG mit Kind.

Th.: Ich ahne, wie schlimm das ist. Helfen Sie mir, zu begreifen, wie es dazu kommen konnte? (Pat. nickt interessiert.) ... Lassen Sie uns hier – mit Ihrer Hilfe – für alles Untergegangene einen Ort finden, so, wie es für Sie zusammenpasst und lassen Sie uns auch Kontakt zu dem Impuls finden, der für das Untergehen verantwortlich war und ist.

Im weiteren Verlauf baut der Pat. eine Szene mit allen intrapsychischen Repräsentanzen auf, die bei diesem Thema in Resonanz gegangen sind, auch ein Introjekt mit vorausseilender Selbstentwertung und damit nachfolgendem Kontaktabbruch. Er beseelt nacheinander alle Teilaspekte, leiht Ihnen seine Stimme, entdeckt ihren Sinn und Ursprung, ihren unerfüllten Wunsch und geht in Dialog mit den eigentlichen Adressaten. Mancher Aspekt wird zurückgesandt an den Absender, z. B. seine entwertende Ungeduld mit sich, die er sich von der unglücklichen Mutter hat unter die Haut gehen lassen. Er entdeckt neue, wertvolle Seiten in sich, ordnet die Teilaspekte neu, gruppiert sie um das Erleben des Kleinen, der zur geschützten Mitte wird, behütet vom eigenen Erwachsenen, und beginnt dabei intrapsychisch ein ähnliches Verständnis walten zu lassen, wie er es in der zugewandten, therapeutischen Beziehung erfährt, die er trotz der Rollenvorgabe als echt erlebt. Wo innerer Zwist war, entsteht Akzeptanz und Belastbarkeit. Aus diesem Selbstverständnis heraus gelingt ihm die Ablösung des Mutter-Übertragungsschattens auf seine Frau fast spontan, der sich zunächst an ihrer Kritikfähigkeit festgemacht hatte. Er entdeckt seine Frau neu und überrascht sie durch seine wiedergewonnene Spontaneität. (Das Beispiel mit Eingangsdialo, intrapsychischer Aufstellung, Nachverarbeitung, und ehelicher Beziehungsklärung ist eine Verdichtung von fünf Doppelstunden.)

jemanden zu verändern hat. Veränderung stellt sich allerdings als kalkulierter Sekundäreffekt ein: „Sehen, was ist, verändert“, heißt ein wirksames Paradoxon. Es geht primär darum, beim Patienten oder Klienten Bewusstheit dafür zu erzeugen, wie der Betreffende wahrnimmt, sein Erleben

verarbeitet und sich demgemäß verhält sowie in Konsequenz davon darum, dass er eine echte innere Wahlmöglichkeit zum Bisherigen erkennt, erlebt und diese Freiheit in Verantwortung nutzt. Diese Prozesse gelingen nur in achtsamer Grundhaltung bei Therapeut und Patient.

## Die Therapeutische Beziehung

Gestalttherapie verbindet dabei primär die Kultur der Achtsamkeit mit seinem komplexen, therapeutischen Beziehungsverständnis, das stets auf allen fünf Ebenen zugleich läuft, jedoch je nach Bedürftigkeit

des Patienten bzgl. Strukturstabilisierung, Krisen- und Traumabewältigung, Konfliktaktualisierung, altersspezifischer Bedürfnislage oder anderweitigem Neuorientierungsbedarf vom Therapeuten unterschiedlich akzentuiert, bzw. beantwortet wird:

1. die Ebene des Buberschen I-and-Thou, der **Basisakzeptanz**, die auf den zentralen Wesenskern des Patienten gerichtet ist, eine unausgesprochene Art bedingungsloser Liebe zu dessen Sein; sie schließt die Vorstellung über dessen noch unentfaltetes, wertvolles Potential ein,
2. die **Ressourcenorientierung**, mit dem Fokus auf all dem, was bereits – trotz widriger Umstände, teilweise auch in Reaktion auf diese – geglückt ist,
3. die Wahrnehmungsebene für die Ungleichgewichte,
- 3.1 für die biographisch bedingten, durch Resonanz aktualisierten, mehr oder weniger **chronifizierten Überlebens- und Abwehrmuster** („Schemata“), der Defizite, Traumata, Konflikte (inkl. der Projektions- und **Übertragungsbereitschaften** sowie der davon induzierten **Gegenübertragungen**) sowie auch
- 3.2 für die Situation der **gegenwärtig** aktuellen Bedürfnislage und Motivationshierarchien samt deren Realisierungswünschen mit dem Fokus darauf,
- 3.3 das situativ Angemessene von den „Altlasten“ zu **unterscheiden**,
4. die Ebene des
- 4.1 in **Not** geratenen und des hinter seiner Abwehr **fixierten Selbstanteils**, der defezitärer, traumatischer oder konflikthaft blockierter Natur sein kann („unerledigte Gestalt“/„unfinished business“),
- 4.2 samt dem Selbstanteil im Gegenimpuls, der die **Fixierung** durch Bedeutungszuweisung **energetisiert**, z. B. beim unangemessenen Machterleben eines verbotenden oder selbstzerstörerischen Impulses (alles wiederum inklusive Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekten),
5. die **Expertenebene** für prozessorientierte, **methodische Vertiefungs-**

**angebote**, z. B. intrapsychische Rollenspiele, (projektive) Ausdrucksübung in einem kreativen Medium, halbstrukturierte Phantasiereise, Körperwahrnehmungsangebote, „freies Experiment“ (analog zum therapeutischen Spiel) etc.

### **Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung**

**Übertragungen** werden, sofern sie stören, durch eine spezielle Technik vom Therapeuten **abgelöst**, wobei die Unterschiede zwischen der Originalperson und derjenigen, an die die Projektion geheftet wird, herausgearbeitet werden, sobald über die Gegenübertragung eine therapiehemmende Übertragung halbwegs prägnant wahrzunehmen ist. Das ist notwendig, um dem Patienten emotional und glaubwürdig beistehen zu können.

**Entwicklungsadaptiertes Therapeuten-selbstverständnis:** Der Gestalttherapeut hat stets diejenigen Aspekte in sich und in seinem Vordergrund authentisch zu mobilisieren, die zum Weiterwachsen und Heilwerden vom Patienten gebraucht werden: z. B. die elterliche Schutzfigur, die Trost und Hilfe spendet oder ein aufrichtig interessiertes Gegenüber oder ein fairer Gegner zum Kräfteressen oder eine Autorität, die angemessene Grenzen zu setzen vermag, oder ein Freund zur sachlichen Orientierungshilfe, oder ein weiser Alter zur reifen Erlebnisverarbeitung etc. Das heißt, er verwendet seine **Gegenübertragung** (im erweiterten Sinn) nicht, um alte, pathogene Konstellationen zu rekapitulieren und in die Rolle jener Personen zu schlüpfen, sondern, um auf der therapeutischen Ebene „hier und jetzt“ entwicklungsfördernd zu wirken und evtl. korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Dabei geht es um die Frage: Was hätte dieses Wesen, dieses Kind, damals in seiner Not gebraucht, um diese Situation in einer altersgemäß reiferen Form zu meistern, die ihm besser getan hätte? Das heißt, bei diesem Fokus wird die **Gegenübertragung therapeutisch** genutzt (beim Fokus auf der Abwehr dagegen diagnostisch).

Die alte **pathogene Konstellation** wird bei der Konfliktlösungsarbeit mit den imaginierten, ehemaligen Kontrahenten

natürlich auch gebraucht: sie wird sogar konkret rekonstruiert, aber im Schutz der geschilderten, therapeutischen Beziehung in einer für den Patienten heilsameren, ich-syntonen, lösungsorientierten und **reifungsfördernden Weise gehandhabt**, bei der die ehemals unterdrückten Emotionen (i. a. des „Kinder-Ichs“) ihren Ausdruck finden können, die subjektive Wahrheit des damaligen unterdrückten Persönlichkeitsaspekts akzeptiert, evtl. nachträglich modifiziert und insgesamt für den heutigen Erwachsenen integrierbar wird. Wo Selbsthass, Selbstentwertung oder Verzweiflung war, wird die alte Erlebnis Spur aktuell mit liebevollem Verständnis, Wertschätzung und achtsamer Ermutigung verkoppelt. Das Ziel ist, destruktive, innere Spannung oder innere Ausgrenzung weitgehend in Akzeptanz und Stimmigkeit, vielleicht sogar in Frieden, zu verwandeln. Gelegentlich muss dabei auch bewusste Abgrenzungs- und/oder Trauerarbeit nachgeholt werden, z. B. gegenüber destruktiven Elternteilen.

**Entwicklungsgemäß unterschiedliche Zielvorstellungen:** Das therapeutische Selbstverständnis braucht empathische Einfühlungsgabe in die Bedürfnislage der jeweiligen Altersphase: In den jüngeren Jahren stehen die wachstumsfördernden Anreize zur Strukturstabilisierung und zur Potentialentfaltung längs der Entwicklungsreihe im Vordergrund. In der Entwicklungszeit und bei Suchttendenzen kommen vermehrt strukturierende Angebote zum Verrinnerlichen, zur Förderung der Verbindlichkeit, Steuerungs-, Wertorientiertheit und der Absprachefähigkeit hinzu. Die adäquat dosierte Frustration („skillfull frustration“) auf dem Boden einer verlässlichen Beziehung begleitet u. a. die Entwicklungsarbeit der Jugendlichen ins Erwachsenenalter. In Krisen-, Umbruch- und traumatisierten Zeiten verwendet die Gestalttherapie stabilisierende, falls nötig, distanzierende sowie sorgfältig dosierte reintegrierende Maßnahmen. Der alte Mensch wiederum ist dankbar u. a. für die Möglichkeit von sinnhaften, versöhnlichen Lebensbilanzen, der vergreisende besonders für Begegnungsqualitäten mit der Basisakzeptanz von Bubers transzendenzoffenem „I and Thou“. Der Therapeut versteht sich in jedem Fall in der Rolle eines **lebens- und entwicklungsförderlichen** Beistandes.

Aus dem Blickwinkel der Gestalttherapie ist sie kein anderes Verfahren bei Erwachsenen, bei Senioren, bei Jugendlichen oder Kindern, sie trägt von vornherein den **altersphasenabhängigen Bedürfnissen** Rechnung. Gestalttherapie ist kein starres Konzept, sondern genau das Gegenteil. Sie bedarf daher auch nicht für jede Lebensphase getrennter Wirkungsweise. Aber sie bedarf einer sehr sorgfältigen Schulung.

Grundsätzlich ist das therapeutische Verständnis **sokratisch**: Der Patient ist sein eigener Experte, niemand kennt sich in seiner subjektiven Welt mit ihren biographisch bedingten, spezifisch assoziierten Vernetzungen besser aus als er. Das Interesse des Therapeuten ermutigt ihn hinzusehen. Der Therapeut ist ein sokratischer Katalysator. Er stellt seine am Phänomen orientierten Beobachtungen als Stimulation zur Verfügung, das verborgene Wissen des Patienten zu heben und dabei seine persönlichen, passgenauen **Selbstdeutungen** zu finden. Vom Therapeuten wird Anpassungs- und **Korrekturfähigkeit** erwartet. Der Therapeut dient der individuellen Erkenntnisuche des Patienten; der Patient ist nicht dazu da, die Hypothesen des Therapeuten zu stützen.

**Fazit:** Klassische Fremddeutungen werden in der Gestalttherapie als Übergriffe angesehen. Dagegen wird eine im Sinne eines sokratischen Prozesses gemeinsam erarbeitete, konsensuelle Wahrheitsfindung, bei der die Deutungshoheit beim Patienten verbleibt, angestrebt.

## Methodik

Die Gestalttherapie ist besonders ergiebig, wenn sie **zwischen nonverbalen und verbalen Ausdrucksebenen oszillieren** kann. Sie kann mit körpertherapeutischem Schwerpunkt im Medium Bewegung praktiziert werden oder auch mit Hilfe von „kreativen Medien“ (Malen, Tönen, Maskenarbeit, Tönen und Klangerzeugen etc.) und/oder mit dem Schwerpunkt intrapsychisches Rollenspiel, Skulptur-, gestalttherapeutische Familienaufstellung, therapeutisches Märchenspiel (Märchen als Projektionsmatrix) und Stegreiftheater etc. Die „Medien“ selbst dienen nur als technische Vehikel, als Einladung zur

Projektion der inneren Strukturen. Sie sind austauschbar.

Jeder Gestalttherapeut ist gehalten, sich in mindestens einem (meist in mehreren) **nonverbalen** Medium genauso zuhause zu fühlen **wie** auf der **verbalen** Ebene, sodass er mit ihm aktiv umgehen kann – sie sind ein ständiger Bestandteil der „**Haupttherapie**“. Sie machen einen Teil der Lebendigkeit der Gestalttherapie aus und bieten viele Chancen für **erfahrungsorientierte Prozessarbeit**. Der spontane, nonverbale Ausdruck unterliegt im Allgemeinen weniger den üblichen Abwehr- und Kontrollmechanismen.

Beim Delegieren an nachgeordnete „Kreativtherapeuten“, wie es in fast allen Kliniken üblich ist, werden ganz viele therapeutische Bearbeitungs- und Verwandlungschancen ungenutzt verschenkt.

Zum Umkreis der **zentrierenden Körperwahrnehmungsübungen** gehören alle meditativen **Achtsamkeitsübungen** in Ruhe oder in Bewegungsfolgen. Sie sind in verschiedenen Variationen Bestandteil von vor allem stabilisierenden, strukturaufbauenden und krisenbewältigenden Angeboten.

Oft dienen als Projektionsflächen **leere Stühle**. Es ist leicht, sich darauf Menschen vorzustellen. Manche meinen irrtümlicherweise die Gestalttherapie auf diese Technik des Stühlerückens reduzieren zu können. Projizieren geht aber auch ohne Stühle.

Gestalttherapie lässt sich auch völlig **ohne Medien** durchführen. Fritz Perls Kurzformel über die Gestalttherapie: „**Here and Now – I and Thou**“, benötigt lediglich Achtsamkeit und eine Beziehung nach innen und außen.

Im Gruppenfeld können alle **interaktiven, sozial-kommunikativen Manifestationen** genutzt werden, besonders, wenn sie diskrepant zu anderweitigen Äußerungen der gleichen Person erscheinen.

Typischerweise versucht die heutige gestalttypische Gruppenarbeit eine Balance zwischen gruppenspezifischen Interak-

tionssequenzen und Einzelarbeiten zu finden, wobei sich Dynamik und Thema des einen wie des anderen wechselseitig befruchten. (Die Kette von Einzelarbeiten in der Gruppe, bei der letztere am Ende jeder Einzelarbeit wie ein „griechischer Chor“ fungiert, gehört als historische Form der 40er bis 60er Jahre nur noch der Geschichte der Gestalttherapie an.)

Eine für die Gestalttherapie **zentrale Methode** ist die der **systematischen Identifikation** mit allen Vordergrundgestalten (z. B. mit Teilen einer Zeichnung), inklusive der Identifikation mit dem „fehlenden Teil“ der gesuchten Lösung, wenn es eine gibt – diese Identifikationsmethode fördert Empathie. Sie übt, die Welt mit den Augen des anderen zu sehen, mit dem Herzen des anderen zu fühlen und aus der Integration all dieser Sichtweisen einen neuen Standpunkt zu finden.

Es handelt sich insgesamt um ein ganzheitliches (i. S. von emotional und kognitives) vernetzendes Bewusstseinsziel, das über das rein kognitive Mentalisierungskonzept hinausgeht (!). Es verlangt ständig eine reifungsfördernde Integrationsleistung. Diese Einübung der „Reihum-Identifikation“ mit allen bedeutsamen Aspekten übersteigt auch das eher verbal-kognitive „zirkuläre Abfragen“ der Systemischen Therapie, weil die gestalttherapeutische Form stärker im Erleben, der existentiellen Daseinsberechtigung, der Bedürfnisebene bis hin zur Sinnsuche verankert ist – sie ist aber mit jenem Ansatz grundsätzlich verwandt.

**Traumarbeit:** Sie fokussiert sowohl auf die Beziehungsebene wie auf das subjektstufige Niveau (ein Erbe der Psychoanalyse) und arbeitet

1. mit der oben geschilderten Identifikationstechnik,
2. mit der Selbstinterpretation, wie auch
3. mit der Verantwortungsübernahme für die unbewusste Gesamtriegung in der Rolle als „Drehbuchautor“.

Das gestalttherapeutische „**Experiment**“ lädt – wie im freien Spiel – zu Assoziationen und Projektionen auf allen Sinneskanälen und mit dem ganzen leiblichen

Ausdrucksvermögen ein, bei Zurücknahme der steuernden und kritischen Instanz, um dem Unbewussten möglichst viel Entfaltungsspielraum zu eröffnen. Nachträgliche Reflektion und Nachbesprechung sind erforderlich. Der große Entfaltungsspielraum dieses Angebots ist sehr gut für strukturstabile Menschen geeignet, dagegen weniger gut für strukturschwache.

**Stegreif- und Rollenspiele**, z. T. als Anleihen aus dem Psychodrama, dem Living-Theatre oder der Playback-Methode; gestalttypisch entwickeln sie sich als raumsymbolische Aufstellungen externalisierter Introjekte, deren emotional erlebte, direkte Beziehungsklärung die innere Konstellation (der Introjekte) dadurch ändert.

**Standard-Konfliktlösungsmethode:** Beziehungsklärung und Reintegration von abgewehrten Gefühlen mit Hilfe des **intrapyschischen Rollenspiels**. Auf der Beziehungsebene wird dabei all das zum Ausdruck gebracht, was damals zu den damaligen Bezugspersonen blockiert und nicht ausdrückbar war („unfinished business“). Meist handelt es sich um ein frustriertes Grundbedürfnis, z. B. nach wertschätzendem Wahrgenommen-werdenwollen, nach Nähe, Zugehörigkeit, Anerkennung, Liebe etc. Es ist wichtig, auch die Botschaft des blockierenden Impulses bewusstseinszugänglich zu machen. Diese Re- und Neuinszenierung hilft, ein pathogenes, aktiviertes Engramm mit einem heilsamen, ich-syntonen Erleben zu verknüpfen und die pathogene Wirkung zu relativieren oder gar neurophysiologisch zu „überschreiben“. Dass die meist angstbesetzte Begegnungsszene in der therapeutischen Reinszenierung eine konstruktive, heilsame Wendung nimmt, darum hat sich der Therapeut zu kümmern; er sorgt über flankierende Stabilisierungsangebote (Reparenting, Solidaritätsbekundungen in der Gruppe) und durch die Qualität der therapeutischen Beziehungsgestaltung dafür, dass der Betreffende den Mut bekommt, zu seiner inneren (meist unterdrückten) Wahrheit angesichts der imaginierten Problemperson zu stehen, seine Gefühle nachzudifferenzieren und zu integrieren.

Diesen Entwurf des intrapsychischen Rollenspiels, bei dem emotionale Teilspekte

zunächst auseinandersortiert, personifiziert, einer dialogischen Klärung zugeführt und zuletzt in geklärt Form wieder rückintegriert werden, nutzt seit ca. 30 Jahren auch Leslie Greenberg in seiner EFT-Forschung (Emotion Focused Therapy). Es bildet dort den zentralen, gestalttherapeutischen Part der klärenden Konfliktlösung.

**Krisen- und Traumaarbeit:** Sie besteht aus der Kombination von

1. Stabilisierungsmethoden („grounding“, strukturaufbauende Arbeit),
2. bewusst unterbrechenden Distanzierungstechniken, falls es zu traumabedingten oder zu psychosenahen Reizüberflutungen kommt sowie
3. der stufenweisen reintegrierenden Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis unter kontralateralem, rhythmischen Berühren des eigenen Körpers in Eigenregie des Patienten.

Die Distanzierung, bzw. der Kontaktabbruch, ist der ergänzende Gegenpol zur Integration, die ansonsten das Hauptziel der Gestalttherapie darstellt. Hier, im bewussten Fall der vorübergehenden, **schützenden Kontaktunterbrechung** dient diese der Regeneration und Stabilisierung der Restpersönlichkeit.

Unfreiwilliger und/oder unbewusster Kontaktabbruch wird in der Gestalttherapie als Krankheitssymptom gewertet. Somit befinden wir uns hier auf einer Gratwanderung, die wiederum große Achtsamkeit abverlangt. Die bewusste Kontaktunterbrechung ist zumeist nur eine Übergangslösung.

Bei der Traumaexposition ist es für die traumatisierte Person wichtig, die Kontrolle und Macht über die Situation wieder zu erlangen (wofür es altbekannte Vorgehensweisen gibt, z. B. die Bildschirmmethode), sich lebendig und selbstbestimmt im eigenen Körper zu fühlen und der stützenden und wertschätzenden Solidarität seiner früheren und heutigen Bezugspersonen gewiss zu sein.

Die Distanzierungsmethoden, wie z. B. die Bildschirmmethode, ahmen distanzierende und affektisolierende Abwehrformen im Dienste des Ichs nach: mit Hilfe einer

imaginierten Fernbedienung und eines Fernsehers, der wahlweise weit weg positioniert werden kann, kann die Bildschirmgröße verkleinert, der Ton abgeschaltet, die Farben gelöscht und der ganze Film jederzeit zum Stillstand gebracht oder rückwärts laufen gelassen werden.

Die offizielle Traumatherapie ist aus der gestalttherapeutischen Krisenintervention hervorgegangen, die in Deutschland bereits in den frühen 70ern gelehrt worden war – EMDR ausgenommen.

Die deutschen Kollegen psychoanalytischer Prägung, die den Traumatherapieansatz in den 80ern in den USA kennen lernten, nachdem er damals dort „kreiert“ (und befremdlicherweise von Francis Shapiro sogar patentiert) worden war, konnten den Ursprung des Verfahrens natürlich nicht erkennen. Die heutige, von der Gestalttherapie unabhängig weiter entwickelte, offizielle Traumatherapie hat diesen Ansatz verdienstvollerweise weiter differenziert, hat aber die bewährten Grundpositionen aus der Gestalttherapie unverkennbar beibehalten.

### Effekte

In der Ergebnisforschung zeigt sich interessanterweise, dass, obwohl sich die Interventionen in der Gestalttherapie vor allem auf Wachstum, Echtheit, Stimmigkeit, Reifung und Differenzierung richten, die psychischen und psychosomatischen **Symptome** mit der gleichen Schnelligkeit, sozusagen als Nebeneffekt, **verschwinden**, wie bei verhaltenstherapeutisch behandelten Kontrollgruppen, die auf die Symptombeseitigung hin konzipiert sind (Cross, Sheehan & Khan, 1982; Beutler, Machado, Engle & Mohr, 1993; Mulder et al., 1994).

Gestalttherapeutisch behandelte Patienten erweisen sich überlegen und auch katamnestisch nachhaltiger befähigt gegenüber verhaltenstherapeutisch behandelten Vergleichspopulationen in ihrer **sozialen Kompetenz** sowie bei der Fähigkeit **Konflikte zu lösen** (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003).

Ein Teil des **generellen, nicht-störungsspezifischen** positiven, heilsamen Effektes

der Gestalttherapie ist vermutlich der inhärenten **Achtsamkeitshaltung** zuzuschreiben, die die Gestalttherapie und ihr therapeutisches Verständnis von Anfang an, das heißt inzwischen bereits über ein halbes Jahrhundert, geprägt hat. In Kombination mit dem Buberschen Ich-und-Du-Ansatz handelt es sich um die Auswirkung von verinnerlichter „achtsamer Liebe“, gepaart mit „zentrierender Struktur“.

Auf den **störungsspezifischen** Anteil, den es ebenso braucht, samt seiner individuellen Ausformung, wird jeweils die **prozessuale Diagnostik** und das prozessuale Vorgehen passgenau adaptiert. Letzteres ermöglicht, dass sich der Patient ganz persönlich wahrgenommen und verstanden fühlt und sich erreichen lässt.

### Indikationskriterien

Wie bereits aus den Ausführungen zur Behandlungsstrategie deutlich geworden sein mag, deckt die Gestalttherapie mit ihrer an die strukturelle Entwicklungshöhe, Defizit-, Abwehr-, Trauma- und Konfliktsituation des Patienten **anpassungsfähigen therapeutischen Beziehungsgestaltung** sämtliche Altersstufen und sämtliche Beeinträchtigungsformen ab.

**Dilettantismus und Zerstückelung:** Ohne diese über längere Zeit trainierte und gewachsene, facettenreiche Kompetenz (vor dem Hintergrund quantitativ und qualitativ überdurchschnittlicher Selbsterfahrung) kann man mit den Möglichkeiten der Gestalttherapie auch Schaden anrichten, z. B. Labilisierung durch Reizüberflutung strukturell schwacher Persönlichkeiten oder durch eine Überdosis an Konfrontation ohne Basisakzeptanz und ressourcenorientierter Grundhaltung.

Gestalttherapie ist als Verfahren ein ganzheitlicher Entwurf. Man sollte nicht Einzeltechniken oder methodische Bruchstücke zu x-beliebigen, therapeutischen Haltungen kombinieren. Gestalttherapie ist wertgebunden mit ethischem Anspruch; dieser verhindert Manipulationen zu Ungunsten des Patienten.

Mit ein paar Gestalt-Wochenenderfahrungen mit probeweisem „Stühlerücken“ ist man noch lange kein Gestalttherapeut

geworden. Das gilt auch für Kollegen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in einem Richtlinienverfahren. Jedes Verfahren geht von einem anderen Menschenbild und einem anderen therapeutischen Selbstverständnis aus, für das erst eine erlebte, integrierte und reflektierte Bewusstheit wachsen und sich verankern können muss, bevor sie authentisch und spontan angewendet werden kann.

**Persönliche Eignung:** Das ist eine Indikationsfrage für die Therapeutenseite. Die Anforderungen an einen Gestalttherapeuten sind hoch. Kollegen mit einer ausgeprägten bis mittleren „Strukturschwäche“, mit einer (noch) deutlichen Persönlichkeitsstörung, einer akuten Suchtproblematik, mit einer noch unverarbeiteten Traumafolgestörung, mit der Schwierigkeit, Verantwortung zu übernehmen etc. sollten beraten werden, von einer Gestalttherapieausbildung Abstand zu nehmen. Eventuell wird eine vorgeschaltete Therapie empfohlen und danach neu abgewogen. Traditionellerweise wird in den Gestaltinstituten streng gesiebt, sowohl durch vorgeschaltete, mehrtägige Aufnahmeseminare und Aufnahmeinterviews, wie durch ein Zwischenscreening nach dem ersten Selbsterfahrungsjahr, das über die endgültige Zulassung entscheidet.

Es wird ferner für Gestalttherapeuten ein Reifungsgrad erwartet, der sich auf die europaweit verabschiedeten Ethik-Richtlinien (der European Association for Gestalt Therapy, EAGT) verbindlich einlassen kann.

### Anwendungsbereiche

Es gilt darauf zu achten, dass ein Gestalttherapeut in allen Facetten des Verfahrens ausgebildet ist und stufenlos adaptieren kann. Das potentialfaltende, **strukturentwickelnde** Know-How der Gestalttherapie holt andere Aspekte in den Vordergrund als das **konfliktlösend-konfrontierende**. Die Palette der **Interventionen** reicht von **unterstützend** bis hin zu **paradox**. Trotz des äußeren Unterschieds in der Ausformung stehen alle Modifikationen auf dem Boden der gleichen wachstumsfördernden, mitmenschlichen Grundeinstellung der Gestalttherapie. Wenn eine Krise eintritt, braucht weder das Verfah-

ren noch der Therapeut gewechselt zu werden, noch auf eine andere Beziehungsstrategie umgeschaltet zu werden. Das gilt sowohl für Veränderungen in die regressive wie auch in die progressive Richtung.

Bei vollständiger Gestalttherapieausbildung gibt es **keine Kontraindikation**.

Das **Setting** ist variabel: Einzel-, Paar-, Gruppen- und Familientherapien. Letztere weisen eine gewisse Schnittmenge mit der Systemischen Therapie auf.

Die gestalttherapietypische Einzelarbeit mit fokussierter Regression (von meist 20 bis 40 Minuten Dauer) gleicht einer gezielten Operation im Beziehungsgeflecht der verinnerlichten Personen (Introjekte). Es kommt dabei häufig zu Veränderungen von strukturprägenden Beziehungserfahrungen. Gestalttherapie ist daher ganz ausdrücklich und gezielt für **strukturverändernde Therapie** geeignet.

### Theoretische Grundannahmen in Stichworten

**Teile und Ganzes/Integration und Desintegration:** Das scheint eine erkenntnistheoretische Hauptdimension zu sein. Der Mensch erfasst üblicherweise Teilaspekte, Teilwahrheiten oder einen einseitigen Pol einer übergeordneten Ganzheit. Er selbst ist, wie fast alles, Teil und Ganzes (im Sinne eines Subsystems) zugleich. Ken Wilber würde von Holonen sprechen. Die Entwicklung geht in beide Richtungen: von der Ganzheit zur Vielheit und von den Teilaspekten zur Ganzheit. Ziel ist, trotz permanenter Verwandlung, immer wieder ein Ganzes zu werden, in dem alle Teile, auch die problematisch erscheinenden, ihren Ort finden. Der Gestaltaufbau und die Gestaltauflösung sind zum rechten Zeitpunkt als gleich wichtig zu sehen. (Fixierungen stören den Fluss der Verwandlung.) Das Selbst spiegelt diesen Entwurf.

**Polaritäten:** Die Welt erscheint polarisiert. Den erlebten Polen mit ihrem gefühlten „Entweder-oder“ ist jeweils eine ganzheitlichere Integrationsebene des „Sowohl-als-auch“, der Ungeschiedenheit, über- oder vorgelagert.

Beispiele: Das emotionale Berührtsein kann sich zu Trauer oder zu Freudentränen entpuppen, hinter Liebe, wie hinter Hass taucht die übergreifende Ebene der emotionalen Bedeutsamkeit auf.

**Vorder- und Hintergrundexistenz:** Dies scheint für Lebewesen eine grundlegende Polarität. Die gerichtete Aufmerksamkeitsenergie holt etwas aus dem Hintergrund heraus und erschafft es – für diesen Augenblick – zu einem bestimmten, subjektiv hervorgehobenen Etwas, einem „Seienden“, einer „Gestalt“, zu der momentan existierenden Vordergrundfigur (existere = hervorstehen), um sie sehr wahrscheinlich im nächsten Moment wieder in ihren Hintergrund zu entlassen und eine andere „Gestalt“ zu kreieren. Gestalt ist ein vom Umfeld abgrenzbares, strukturelles Beziehungsgefüge, das transponierbar ist, wie eine Melodie. Aber auch ein Feld von bestimmter Qualität oder von Kräfteverhältnissen wird als „Gestalt“ aufgefasst.

Es scheint, dass der Heisenbergsche „epistemische Schnitt“, bei dem Abläufe auf der Quantenebene durch die energetische Interferenz des Beobachters kollabieren und verändert werden, auf den gleichen Vorgang zurückzuführen ist.

Die **energetisierende Gerichtetheit** (Intentionalität) ist in der Gestalttherapie-Tradition auf der Handlungsebene mit „ad-greddi“, im Sinne von kontaktstiftendem Herangehen, belegt, einer zunächst neutralen, vormoralischen Kraft, die sich im Sinne des vorigen Abschnitts, sowohl zu einer liebenden, konstruktiven wie auch zu einer zerstörerisch-destruktiven Kraft weiter ausdifferenzieren kann.

**Selbstorganisation und Bedürfnishierarchien:** Intrapsychisch sorgen offene Bedürfnisse, deren dringlichstes oder als am bedeutsamsten angesehenes sich selbstorganisatorisch an die Spitze setzt, dafür, dass die Aufmerksamkeitsenergie auf dasjenige Objekt im Außenfeld gelenkt wird, das imstande ist, das aktuell dringlichste, offene Bedürfnis zu befriedigen. Dieser Vorgang verschränkt Innen- und Außenwelt. Die Motivations- und Bedürfnishierarchien reichen von den physiologischen Ebenen über die sozialen bis hin zu geisti-

gen und spirituellen. Der gestufte Aufbau von Grundbedürfnissen und der weiter differenzierenden Bedürfnishierarchien geht auf Abraham Maslow zurück, eine der führenden Gründerpersönlichkeiten der „Humanistischen Psychologie“, 1962. Das holistische, selbstorganisatorische Konzept stammt von Jan Smuts, 1938.

**Begegnung und Kontaktdifferenzierung:** Der große Pate für das gestalttherapeutische Kontaktverständnis ist Martin Buber. Er unterscheidet den begegnungsfähigen „Ich-und-Du“-Modus vom affektneutralen, beobachtenden „Ich-Es“-Modus (1923). Das spiegelt sich im typisch gestalttherapeutischen Kontakt wider; er sieht eine Doppelfunktion vor:

1. Erkennen eines Gleichklangs induziert eine selektive Grenzöffnung und schafft ein übergeordnetes Feld gemeinsamer Schwingungsqualität, ein nährendes „Wir-Feld“ auf verschiedenen Ebenen,
2. Erkennen von nicht zuträglicher Andersartigkeit verfestigt die Grenze. Beides gilt nach außen wie nach innen, d. h. auch zu den aktivierten Engrammen. Im Normalfall werden beide Kontaktfunktionen gleichzeitig aktiviert, wenn auch in einem unterschiedlichen Mischungsverhältnis. Beide werden zum Überleben und zur angemessenen, differenzierten Kontaktgestaltung benötigt.

Die Mikroanalyse des Kontaktgeschehens wird im Kontaktzyklus beschrieben. In seinem typischen Verlauf gibt es immer wiederkehrende Phasen. Phasenspezifische, habituelle Kontaktunterbrechungen bieten sich als Einteilungskriterien für eine gestalttherapeutisch spezifische Persönlichkeitspathologie an.

**Therapeutische Anwendung:** Wenn die Kontaktaufnahme in analoger Weise nach innen geleitet wird, kann sie für die Re-integration von innerlich Ausgegrenztem, bzw. für die Rückverwandlung von Verzerrtem und Entfremdeten und damit zur Therapie und Krisenbewältigung genutzt werden. Dabei kommt es zu einer aufeinander aufbauenden Schrittfolge, eine Art von **therapeutischem Wegweiser**:

1. Sie beginnt beim Ausgegrenzten, sei es ein Impuls, ein Symptom, ein als fremd erlebter Einfall oder Traumaspekt etc., bemüht sich über Identifikation mit ihm um ein ansatzweises Verstehen seiner Aussage,
2. erfasst mit seiner Hilfe den Entwurf der ausgrenzenden Kraft oder Botschaft und dessen Befürchtungen und Motivation, begreift dessen Entstehungsgeschichte,
3. reichert das Konfliktfeld zwischen beiden Polen biographisch an, wagt von beiden Seiten her Dialoge in direkter Rede, um neuen, stimmigeren Kontakt zu bahnen,
4. die zur Begegnung führen, evtl. mit kathartischer Explosion,
5. konfrontiert sich mit seinen bisher abgewehrten Gefühlen,
6. differenziert sie, macht evtl. Erfahrung im Rollentausch, lässt sich berühren und verwandeln,
7. erlebt in der Tiefe die innere Beziehungs- und Identitätsveränderung und verinnerlicht die neue Situation,
8. gibt ihr auch nach außen hin Ausdruck, evtl. im Probehandeln,
9. geht in die Metaperspektive der inneren Ausgeglichenheit.

(Dieser Prozess findet sich unter dem Stichwort „Verwandlungszyklus“.)

**Persönlichkeitsmodell:** Das **Selbst** lässt sich mit seinen wechselnden Grenzen aufgrund von Resonanzen als eine Art semibegrenztes, kohärentes, stehendes, nicht-lokales Feld mit partieller Bewusstseinsfähigkeit verstehen. Seine Qualität ist ganzheitsorientiert; seine Fähigkeit, dissonante Schwingungen zu tolerieren, nimmt parallel zu seiner Reifung zu. Es weist einen oszillierenden Kontakt nach innen und außen auf. Ein weiterer Beschreibungsversuch ist das des „**offenen Systems im Fließgleichgewicht**“. (Bereits Freud hatte einmal mit der Dynamisierung seines Strukturmodells in Richtung Fließgleichgewicht geliebäugelt, hatte diesen Gedanken aber nicht weiter ausgeführt.)

Das „**Ich**“ wird von Fritz Perls, mit der „**Pfeilspitze**“ des **Aufmerksamkeits-**

**strahls**, dem energiereichsten Ort des Systems, gleichgesetzt. Analog zum traditionellen „Es“ Freuds werden bei Perls die **selbstorganisatorischen Bedürfnishierarchien** zugeordnet; die Persönlichkeit wird in den Erinnerungsspuren des Gedächtnisspeichers verankert gesehen.

In Abweichung zur einheitlichen Instanz des Freud'schen Über-Ichs/Ich-Ideals wird eine Vielfalt an stimmigen und unstimmigen Verinnerlichungen, Werten, Überzeugungen, Überlebensstrategien etc. gesehen, die (idealerweise) lebenslang nachsortiert und auf ihre aktuelle Übereinstimmung mit der Erfahrung immer wieder neu überprüft werden wollen. **Stimmige Erfahrung** wird **assimiliert** und stärkt die Eigenschwingung.

**Assimilierte Substanz, Stimmigkeit, innere Autonomie:** Die assimilierte Substanz ist die Summe der Erinnerungsspuren, die (ausreichend) konfliktfrei abgesintert sind und zu einem (ausreichend) integrierten, meist nicht verbalisierungsfähigen basalen Selbstverständnis mit einer typischen, **ich-syntonen Grundschwingung** (Grundgefühl) beigetragen haben. Begünstigende Erinnerungsspuren hierfür sind **sichere** und **empathische Beziehungserfahrungen**. Sie gilt als Ort der autonomen „**inneren Stimme**“, der Intuition und als unterstützender, innerer Halt („self-support“). Zunehmende innere Stimmigkeit ist ein gestalttherapeutisches Reifungsziel. Gestaltpsychologisch heißt

das, ein **Ganzes zu werden**, in dem auch die Teile, die primär schwierig unterzubringen waren, ihren Platz gefunden haben.

**Gesundheit** und **Krankheit** werden über das Ausmaß von Integration, die zur Stimmigkeit und Ganzheitlichkeit führt, bzw. über unfreiwillige, innere Kontaktunterbrechung, bzw. Desintegration, definiert. Sprachgeschichtlich verweisen *whole*, *heil*, *healthy* aufeinander.

### Literatur

- Beutler, L. E., Machado, P. P., Engle, D. & Mohr, D. (1993). Differential patient x-treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3 (1), 15-30.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W. & Khan, J. A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (1), 103-112.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann-Kottek, L. (2008): *Gestalttherapie. Lehrbuch* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P. M., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G. & DeVries, M. J. (1994). Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: A comparative study. *Psychosomatic Medicine*, 56, 423-431.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th edition) (pp. 270-276). New York: Wiley.

Strümpfel, U. (2006). *Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: EHP.

Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 773-781.



Dr. med. Dipl.-Psych.  
Lotte Hartmann-Kottek

Eichholzweg 8a  
34132 Kassel  
lotte.hartmann-kottek@t-online.de

# Interview mit Dr. Lothar Wittmann, dem ehemaligen Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Juliane Dürkop

Mitglied des Redaktionsbeirates (Schleswig-Holstein)

Juliane Dürkop im Gespräch mit Dr. phil. Lothar Wittmann, ehemaliger Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und wesentlicher Mitgestalter der psychotherapeutischen Berufs- und Kammerpolitik der letzten 15 Jahre.

Dr. Lothar Wittmann war maßgeblich an der Gründung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen – der zweiten in Deutschland gegründeten Psychotherapeutenkammer – beteiligt und wurde im Jahr 2000 in deren Vorstand gewählt. Von 2001 bis 2010 war er Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Im ersten Bundeskammervorstand war er Vizepräsident. Auch das Psychotherapeutenjournal hat er mit ins Leben gerufen und war mehrere Jahre Mitglied des Redaktionsbeirates.

Dr. Lothar Wittmann (\*1948) studierte Psychologie in Erlangen und Marburg. Anschließend arbeitete er als Assistent an der Psychiatrischen Universitätsklinik Marburg und promovierte 1980. 1983 ging er als Leiter der Forschungs- und Beratungsstelle der Abteilung Klinische Psychologie an die Universität Zürich. 1988 bis 1990 übernahm er die Leitung des Beratungszentrums für Studierende der Universität Hamburg. Bereits ab 1987 war er im Delegationsverfahren für Verhaltenstherapie zugelassen, seine Praxis gründete er 1988. Seit 1998 hat er einen (Kassen-)Praxissitz im Nordseebad Otterndorf. Daneben ist er seit 1998 Dozent und Supervisor an staatlich zugelassenen Ausbildungsinstituten für Psychotherapie und Lehrbeauftragter der Universität Hildesheim.

Dr. Lothar Wittmann ist verheiratet und hat drei Kinder.



Dr. Lothar Wittmann

## **Herr Dr. Wittmann, wie geht es Ihnen?**

Danke, recht gut wieder, nachdem ich im Herbst einen schweren Schicksalsschlag zu verdauen hatte.

## **Ja, und trotz des Verlustes Ihres Sohnes haben Sie ihre Pflichten erfüllt. Wie geht es Ihnen ohne die Pflicht, als Kammerpräsident täglich zur Verfügung zu stehen?**

Es ist zeitlebens schon eher der Lothar Wittmann, der täglich zur Verfügung steht und nicht nur das Amt, das ihn zwingt,

d. h. auch jetzt als Praktiker und Lehrender habe ich viele Verpflichtungen und leide nicht daran.

## **Was machen Sie momentan? Womit beschäftigen Sie sich, seit Sie so viel freie Zeit haben?**

Ich arbeite niedergelassen, habe einen universitären Lehrauftrag und diverse Ausbildungsveranstaltungen mit PiAs, daneben bin ich in einem Museumsvorstand, lese süchtig, tummele mich im Theater, muss endlich Freunden nicht immer wieder absagen. Langeweile ist mir ein echtes Fremdwort. Freie Zeit habe ich demnach

nicht allzu viel, aber ich habe weniger Fremdbestimmung.

## **Fehlt Ihnen die Psychotherapeutenkammer oder fehlt Ihnen die Aufgabe in der Psychotherapeutenkammer?**

Nein, gewiss die Aufgabe nicht so sehr, die Kolleginnen und Kollegen im Vorstand, in den Sprechstunden, in den Gremienkontakten und die MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle manchmal schon. Sonst habe ich die Kollegenschaft ja noch, es gibt noch das Mandat in der Kammerversammlung, beim Versorgungswerk, als Regionalvertreter meines Berufsverbands – und sicher vergesse ich das eine oder andere hier

beim Aufzählen. Etwas hat mich sehr erstaunt: Ich glaubte immer toll informiert zu sein durch Berufsverbands- und Kammerkanäle, aber da fehlt mir nichts. Es gibt ja auch politische Kanäle jenseits der Kammern, und es gibt gesellschaftliche Ebenen, wo nicht so ein Gewese um Vertraulichkeit in Mammutgremien gemacht wird, wie bei den Kassengeld-Verteilungsorganen im Gesundheitswesen.

**Herr Dr. Wittmann, Sie waren volle zwei Wahlperioden Präsident und haben die Geschicke der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen maßgeblich mitgestaltet. In der Rückschau – was war Ihr wichtigster Erfolg in den letzten 10 Jahren?**

Das waren keine Einzel-Highlights sondern ganze Themengruppen. Ich glaube die Profession ist mehr zusammengewachsen und hat im Gesundheitssystem des Landes Niedersachsen eine verlässliche Wahrnehmung und Ansehen erlangt. Ob ich da mein Ackern für die Bundeskammergründung und das Psychotherapeutenjournal (PTJ) oder unsere PKN-Pro-PiA-Politik, unsere kontinuierliche Nachwuchsförderung nehme, ob ich materielle Sicherungsanstrengungen (Versorgungswerk, KV-Nachzahlungen, Selektivverträge, Rechtsberatung), Fortbildungsanstrengungen, Zusatzqualifikationen, solide Finanzpolitik, konzeptuelle Arbeit und Veröffentlichungen betrachte, alles zusammen hat gewirkt und alles zusammen hat nur wirken können, weil es immer hochmotivierte und ideenreiche MitstreiterInnen und jetzt NachfolgerInnen gab.

**Was hat Ihnen am meisten Spaß gemacht?**

Ich war gerne in der Bütt bei Psychotherapeutentagen oder ähnlichem, am meisten emotional angesprochen war ich aber durch das Vertrauen der MitarbeiterInnen, das ich durch kontinuierliche Personalentwicklungsarbeit in der Geschäftsstelle zu rechtfertigen suchte.

**Was war die schwierigste Situation?**

Hart war die Trennung von einer Vorstandskollegin nach wenigen Tagen Amtszeit und die Trennung von einer Geschäftsführerin,

noch härter aber war die Zeit um und nach Detlev Kommers Erkrankung und Tod.

**Was genau hat sich dadurch für Sie verändert?**

In den Monaten vorher hatte ich immer wieder versucht das Auseinanderdriften der Landeskammern zu verhindern und war gleichzeitig durch die Bundesvorstandsloyalität eingebunden. In dem Moment, wo ich dann ganz gefordert war, die Kontinuität in der BPTK-Arbeit zu wahren, aber auch einen Neuanfang mitzutragen, bin ich selbst – das erste mal in meinem Leben – sehr schwer erkrankt und habe meinen Stuhl für den Neuanfang geräumt, den ich doch gerne in vorderster Front mit gestaltet hätte.

**Wie kam es dazu, dass Sie sich für die Kammer engagierten?**

Ich war Beamter und teilzeit-niedergelassen seit Anfang der Neunziger. Mein Interesse hat sich Mitte der Neunziger kontinuierlich von gewerkschaftlichen und hochschulpolitischen Auseinandersetzungen zur Etablierung der Profession, zur gesellschaftlichen Anerkennung und zur materiellen Sicherung der Psychotherapeuten verschoben. Meine Beamtenstelle habe ich aufgegeben und habe mich für die Niederlassung entschieden. Das Sein bestimmt eben doch das Bewusstsein, vom wohlbestallten Zuschauer war ich zum Akteur im Interessenskampf der Niedergelassenen geworden. Ich habe nach dem PsychThG die Kammergründung als unmittelbare Notwendigkeit gesehen und habe dafür im Landesverband meines Berufsverbandes geworben. Damals haben viele Kollegen den Sinn und die Bedeutung von Kammern für uns noch gar nicht verstanden. Es gab mir gegenüber so was wie wohlwollende Ignoranz.

**Was meinen Sie, war die wichtigste Voraussetzung, um diese Aufgabe als Präsident einer neugegründeten Kammer zu übernehmen?**

Als Provinzler mit Praxissitz an der Nordsee war ich nicht gerade der geborene Kandidat für ein Ehrenamt in Hannover. Aber: Politisch war ich nicht allzu naiv, mein Berufsverband vertraute mir. Aus meiner

Verantwortung für Finanzen im Gründungsvorstand rührte mein Gefühl für die Machbarkeiten. Aus der Zusammenarbeit über alle Verbands- und Professionsgrenzen hinweg erwuchs Vertrauen.

**Welche Fähigkeiten mussten Sie – muss jemand – in dieser Situation mitbringen, um dieser Aufgabe gerecht zu werden?**

Neben politischem Gespür gehört eine gewisse Gremien- und Administrationserfahrung dazu, die ich als Beratungsstellenleiter und als ehemaliger leitender Beamter gesammelt hatte.

**Soweit ich mich erinnere, war die niedersächsische Kammer nach der Kammer in Bremen die zweite gegründete. Sie hatten also wenige Vorbilder. Wo haben Sie Ihre Ideen hergenommen, wie eine solche Kammer aufgebaut werden müsste?**

In Bremen und Niedersachsen folgten die Gründungen in wenigen Wochen aufeinander. Anders als in Bremen hatten wir dreitausend Mitglieder in einem Flächenland zu organisieren.

Wir hatten dreierlei: was wir wollten, was Nachbarkammern machten und ein bisschen Vorarbeit von Kollegen. Was wir wollten, war über alle Verbände klar: das PsychThG mit Leben erfüllen, die Emanzipation der Profession und ihre materielle Sicherung. Nachbarkammern und Kollegen haben mit Vorarbeit geholfen. Ich hatte schon lange vor der Gründung einen ersten Entwurf einer Kammersatzung ausgearbeitet und habe mich da schamlos bei einem Entwurf von VPP-Kollegen aus Thüringen sowie bei den Ärztekammern und anderen Kammern bedient. Juristische Helfer haben uns toll zugearbeitet. Wir mussten ja das Rad nicht neu erfinden, sondern einen Karren zum Laufen bringen. Die ÄKN war hier ein freundlicher Helfer und Wegbegleiter. In Niedersachsen hatten wir auch das Glück, umgängliche und kooperative Partner bei der Fachaufsicht zu haben.

Sehr geholfen hat auch das Internet. Jeder wichtige Text war sofort verfügbar, alle Vorstandsarbeit war per E-Mail leicht kom-

munizierbar. Ohne hätten wir Jahre mehr gebraucht.

**Würden Sie alles noch einmal genau so machen?**

Mir ist es noch zu früh, um sagen zu können, wo wir mit Projekten falsch gelegen haben. Da kann ich zu allem noch gut stehen. Meine Böcke würde ich natürlich nicht wiederholen wollen. Was war ich manchmal ungeduldig und ungerecht! Einmal musste ich mich in einer Kammerversammlung sogar selber rügen, weil ich als Sitzungsleiter beim Fortbildungsthema kämpferisch parteiisch war.

**Was würden Sie anders machen in der Rückschau nach 10 Jahren?**

Ich würde sicher noch mehr Wert auf Ökonomie legen und unter allen Umständen versuchen, in oder zwischen den Kammern mit Hilfe aus der Wissenschaft know-how anzusiedeln, um den Erosionen des KV-Systems etwas entgegenzusetzen zu können. Die Interessen der Nicht-Niedergelassenen sind von mir wohl oft nur verbal-solidarisch bedient worden. Hier bleibt eine lange Agenda. Noch mehr Wert würde ich darauf legen, dass Verfahrensloyalitäten hinter Kammerloyalitäten zurücktreten und dass das Kammerpersonal das auch trägt.

Auf drei Feldern müsste ich mehr leisten als bisher:

Mit mehr Geduld müsste ich versuchen, die Enttäuschungen zu tragen. Enttäuschend ist vor allem, wenn Besitzstanddenken und Ängste vor Veränderungen die Zukunftsperspektiven vernageln.

Schlimm ist zum Zweiten, wie Bürokratie wuchert, was wir uns zum großen Teil selber zuschreiben müssen, da unser typisch deutsches Gerechtigkeitsempfinden überall Überdifferenzierungen schafft, die schwer zu administrieren sind.

Und zum Dritten, entnervend ist jeden Tag wieder neu, wie schwer Patientenschutz und Interessenvertretung für einen Berufsstand auszuwiegen sind.

**Sie waren eine Zeitlang auch Mitglied des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer. Was lag Ihnen bei der Arbeit auf Bundesebene besonders am Herzen?**

In der hektischen Gründungsphase lag mir besonders am Herzen, dass das Dach funktioniert, das heißt dass seine Schutzfunktion auch akzeptiert wird. Im Einsatz für die nicht anerkannten Verfahren oder in den ersten Gesundheitsreformrunden ist hier einiges geschafft worden, im Verhältnis zwischen Landeskammern und Bund gab es Unzufriedenheit und Enttäuschungen, die ein furchtbares Klima produzierten. Ich habe mich dem vergeblich entgegengestemmt. Das Klima ist in der Ära Richter dann dank der Vernunft aller Beteiligten aber rasch besser geworden.

**Es gibt Bestrebungen, dass beispielsweise VerhaltenstherapeutInnen die Gesprächspsychotherapie als Zweitverfahren lernen. Dies soll über Weiterbildungsordnungen geregelt werden. Rettet das die wissenschaftlich anerkannten Verfahren, die außerhalb des Sozialrechts stehen, oder was steckt dahinter?**

Ich mag nicht so recht daran glauben, dass Zweitverfahren wirklich an der Identitätsbildung wesentlich mitwirken, es sei denn sie lösen das Erstverfahren ab. Das geht aber nur bei entsprechender akademischer und sozialrechtlicher Verankerung – und da muss die Änderung herkommen.

**Gibt es noch ein Leben außerhalb der Psychotherapeutenkammer?**

Oh ja! Ich habe zwei halbfertige Kinderbücher liegen und ich freue mich auf jede Ballettveranstaltung, die ich besuchen

kann und wenn „mein“ kleines Provinzmuseum mal wieder einen Knüller landet, wie mit einer Shanghai-Ausstellung im letzten Jahr, dann laufe ich beim Kochen für Freunde zur Vollform auf. Und so frage ich mich manchmal, ob ich meinen Patienten auch noch genug von mir übrig lasse.

**Na, da bin ich sicher!**

**Ich weiß, normalerweise fragt man so etwas nicht, aber – wenn Sie gefragt werden würden oder Sie die Möglichkeit hätten, was würden Sie dem neuen Vorstand der PKN wünschen oder ans Herz legen? Was würden Sie dem Vorstand der PKN raten zu tun – oder auch zu lassen?**

Abgetretene sollten die Ratgeber-Klappe halten, wenn sie nicht von den zu Beratern direkt gefragt werden und wenn, mag es gut sein, sich in Philosophie zu flüchten. Mein Motto lautet delphisch: medèn ágan (nichts im Übermaß).

**Herr Dr. Wittmann, ich danke Ihnen sehr für dieses Interview!**



**Juliane Dürkop**

Mitglied des Redaktionsbeirates  
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein  
Alter Markt 1-2  
24103 Kiel  
juliane.duerkop@pksh.de

# Recht: Aktuell

## Internetpsychotherapie – Rechtslage, Einordnung, Regelungsbedarfe

Johann Rautschka-Rücker

Psychotherapeutenkammer Hessen

**Zusammenfassung:** Bei dem Beitrag handelt es sich um die Ausarbeitung eines Vortrages auf der Klausurtagung der Landespsychotherapeutenkammern zum Thema Internetpsychotherapie am 12. März 2011 in Hamburg. Dort sollten erste Eckpunkte der Profession für den Umgang und die Bewertung von Angeboten der „Internetpsychotherapie“ erarbeitet werden. Der Beitrag geht von dem Begriff der „psychotherapeutischen Fernbehandlung“ aus. Er kommt zu dem Ergebnis, dass Fernbehandlungen sozialrechtlich gegenwärtig nicht zulässig sind. Aufgrund haftungsrechtlicher Standards wird der Versuch unternommen, Problemfelder zu identifizieren, die bei Fernbehandlungen auftreten können. Die Antworten auf die Probleme sind fachlich und nicht rechtlich zu geben. Deshalb wird vorgeschlagen, dass die Profession fachliche Mindeststandards für psychotherapeutische Behandlungen diskutiert und fest schreibt.

Der Begriff „Internetpsychotherapie“ ist einigermaßen unscharf, sehr unterschiedliche therapeutische Angebote werden unter diesem Label zusammengefasst (Hardt & Ochs, 2011, mit weiteren Nachweisen). Deshalb möchte ich, um Fehlschlüsse von vornherein zu vermeiden, den Begriff „psychotherapeutische Fernbehandlung“ gebrauchen. Sie liegt dann vor, wenn Angaben über eine Erkrankung, insbesondere Symptome oder Befunde einem Psychotherapeuten von einem Kranken oder Dritten übermittelt werden und dieser, ohne den Kranken gesehen zu haben, eine Diagnose stellt, einen Behandlungsvorschlag unterbreitet und/

oder die Behandlung durchführt (Almer, 2008, S. 14).

Die Fernbehandlung weist spezifische Problemstellungen auf, die der Bewältigung bedürfen. An erster Stelle möchte ich die Schwierigkeit, das Gegenüber zuverlässig zu identifizieren, nennen. Soweit für mich erkennbar ist, hat bislang niemand problematisiert, dass z. B. bei E-Mail-Kommunikation beiderseits nicht gesichert ist, wer eigentlich „auf der anderen Seite“ schreibt. Darüber hinaus wird vielfach die durch Anonymität erreichte Niedrigschwelligkeit als besonderer Vorzug von Online-Angeboten gesehen (Wenzel, 2008, S. 95). Wie lange darf aber ein

therapeutischer Kontakt anonym bleiben?

Die mit Fernbehandlung zwingend verbundene „Kanalreduktion“ wird einerseits als besonderer Vorteil beschrieben, andererseits aber die Gefahr gesehen, dass Verzerrungseffekte, wie z. B. Missverständnisse wegen fehlender non-verbaler Signale schwieriger zu bemerken und korrigieren sind (Wagner & Lange, 2008, S. 118).

Abschließend sei auf das Problem der Sicherheit des Übertragungsweges hingewiesen. Schweigepflicht und Datenschutz, aber auch die Gefahr der Manipulation durch Dritte sind Stichworte, die dieses Problemfeld umreißen. Auf all diese Themen will ich hier nicht näher eingehen, sondern zunächst einmal den rechtlichen Rahmen beschreiben, in dem psychotherapeutische Fernbehandlungen sich bewerten lassen müssen.

Jede Ausübung von Psychotherapie findet in einem Raum statt, der rechtlich geprägt ist. Dabei wird man zwar in der Regel keine<sup>1</sup> Gesetzesregelungen finden, die sich ausdrücklich mit psychotherapeutischen Fernbehandlungen befassen.

Allerdings gibt es einerseits die berufsrechtlichen Vorgaben der jeweiligen Kammer, andererseits sind Standards zur Vermeidung haftungsrechtlicher Risiken zu beachten und – sofern es sich um eine Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung handelt – setzt das Sozialrecht einen klar definierten rechtlichen Rahmen.

Beim Berufsrecht handelt es sich um Setzungen durch die Kammern, wobei höherrangiges Recht beachtet werden muss. Hier ist insbesondere Art. 12 GG von Relevanz und es gab beispielsweise wegen des Werbeverbots der ärztlichen Berufsordnungen mehrfach Gerichtsentscheidungen, die berufsrechtliche Anpassungen erzwangen. Auf das Berufsrecht möchte ich erst in meiner abschließenden Betrachtung zurückkommen.

Die haftungsrechtlichen Standards (landläufig als Facharztstandard bezeichnet) beruhen insbesondere auf den vertragsrechtlichen Regelungen des

<sup>1</sup> Eine Ausnahme stellt § 9 Heilmittelwerbegesetz dar; die Regelung betrifft allerdings lediglich Werbung für Fernbehandlungen, nicht deren Zulässigkeit.

Bürgerlichen Gesetzbuchs, die die Rechtsprechung auf der Grundlage sachverständigen Rates ausgeformt hat und ständig weiter präzisiert. Sie gebieten die Vermeidung einer Schädigung des Patienten, die berufsfachlich gebotene Sorgfalt (Laufs & Kern, 2010, S. 1201), das in Kreisen gewissenhafter Ärzte oder Fachärzte vorausgesetzte Verhalten (BGH NJW 2000, 2737). Gründel formuliert zum „psychotherapeutischen Standard“: „Maßstab der anerkannten Regeln ist der psychotherapeutische Standard, den die Berufsgruppe der Psychotherapeuten durch ihr berufliches Tun festlegt, so dass die jeweilige Frage lautet: Was hätte ein fachkundiger Psychotherapeut im konkreten Fall und zur konkreten Zeit getan bzw. unterlassen.“ (Gründel, 2000, S. 95f)

Einen ähnlichen Maßstab setzt das Sozialrecht, es gewährt „ausreichende und zweckmäßige Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ (§ 28 Abs. 1 SGB V). Darüber hinaus kreieren SGB V und untergesetzliche Normen ein System der gesetzlichen Krankenversicherung, das aktuell nicht auf Fernbehandlung ausgelegt ist und diese nicht ermöglicht. Zum Beispiel ist § 24 Ärzte-ZV (Vertragsarztsitz, Präsenzpflicht, Residenzpflicht) raumbunden angelegt, während Fernbehandlungen diese Gebundenheit gerade nicht eigen ist. Bisher bekannte Spielarten der Fernbehandlung dürften kaum in das Schema der Psychotherapierichtlinien hinsichtlich Leistungsumfang und Frequenz passen und es fehlt auch eine EBM-Regelung, d. h. alle Anforderungen des § 12 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte dürften nicht erfüllt sein.

Zu diesen eher strukturprägenden Vorschriften möchte ich anmerken, dass sie dann durch den Gesetz- und die weiteren Normgeber verändert werden könnten, wenn es beispielsweise aus ökonomischen oder versorgungspolitischen Gründen opportun erscheint, Fernbehandlungen zu ermöglichen. Denn Recht ist nicht statisch, es wandelt sich mehr oder weniger rasch. Auslöser können der wissenschaftliche Fortschritt, gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen oder die ökonomischen Rahmenbedingungen sein.

Bei der rechtlichen Beurteilung psychotherapeutischer Behandlungen besteht letztlich ein Primat fachlicher Standards. Diese definiert die Profession. Die Rechtsprechung und die Literatur entwickeln in und anhand konkreter Entscheidungen verallgemeinerbare<sup>2</sup> Grundsätze zum sogenannten Facharztstandard. Neue Verfahren oder Methoden müssen sich an diesen Grundsätzen messen lassen, können aber auch die Profession zur Setzung neuer Standards veranlassen.

Für Ärzte und Psychotherapeuten gilt der Grundsatz der Therapiefreiheit (Steffen & Pauge, 2010, Rz. 443), so dass der Psychotherapeut auch neue Verfahren anwenden kann (Gründel, 2000, S. 132). Die Therapiefreiheit entbindet aber nicht von den Sorgfaltspflichten; gerade beim Einsatz neuartiger Verfahren sind sie sogar erhöht, das Neulandverfahren ist kritisch mit den herkömmlichen Verfahren zu vergleichen und auf evidente Fehler zu untersuchen (Gründel, 2000, S. 132f). Unter mehreren anerkannten Verfahren ist das zu wählen, das einerseits die

besten Heilungschancen eröffnet, andererseits die geringste Gefahr für den Patienten mit sich bringt, Vor- und Nachteile sind gewissenhaft abzuwägen (Ulsenheimer, 2010, S. 1593).

Vertretbar kann selbst die Wahl einer neuen, klinisch nicht hinreichend erprobten Therapie sein, jedoch verpflichtet dieser sog. Heilversuch zusätzlich zu den genannten Anforderungen zu besonders intensiver Kontrolle des Behandlungsverlaufs (Steffen & Pauge, 2010, Rz. 210).

Bevor ich den Versuch unternehme, psychotherapeutische Fernbehandlungen an der haftungsrechtlichen Rechtsprechung entlehnten Standards zu messen, möchte ich noch auf das Problem der Verallgemeinerbarkeit der haftungsrechtlichen Rechtsprechung eingehen. In der Literatur findet sich beispielsweise die apodiktische Aussage: „Ebenso wie eine Fernbehandlung ist die Ferndiagnose unzulässig“ (Kern, 2010, S. 659). An anderer Stelle (Kern, 2010, S. 666) belegt er diese Aussage mit einem Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH NJW 1979, 1248ff), in der der BGH ausführt: „Es gehört zu den Aufgaben des Arztes, sich von den Leiden seines Patienten ein eigenes Bild zu machen, dabei die Angaben Dritter nicht ungeprüft zu übernehmen und wichtige Befunde selbst zu erheben. Ferndiagnosen aufgrund mündlicher Berichte von Angehörigen können in den seltensten Fällen ausreichen.“

Dem Urteil lag ein Sachverhalt zu Grunde, in dem der Patient nach Behandlung auf eine Virusinfektion verstarb, der Arzt den Patienten nicht selbst gesehen oder untersucht hat-

te; Diagnose und Medikation erfolgten aufgrund einer Symptomschilderung durch Angehörige. Die Obduktion ergab als Todesursache u. a. eine ausgedehnte Lungenentzündung nebst eitriger Rippenfellentzündung.

Im Kontext der hier behandelten Thematik stellt sich die Frage, ob und inwieweit derartige Leitsätze der Rechtsprechung oder der Literatur auf psychotherapeutische Behandlungen übertragen werden können, ob sie deren Eigenart und deren Besonderheiten gegenüber der Diagnose und Behandlung somatischer Erkrankungen gerecht werden. Die Beantwortung dieser Frage in jedem Einzelfall ist m. E. wichtig, weil es obergerichtliche Urteile zu Standards psychotherapeutischer Behandlungen nach meiner Kenntnis nicht gibt. Das bedeutet gleichzeitig, dass in den Urteilen, die herangezogen werden können, die Standards der ärztlichen Profession und der jeweils betroffenen Facharztgruppe, Entscheidungsgrundlage gewesen sind.

Meines Erachtens sind vier Stadien psychotherapeutischer Behandlungen zu beleuchten, nämlich Diagnose, Indikation, Aufklärung und Überwachung des therapeutischen Prozesses. Für die Diagnose fordern die geläufigen Standards aus der Rechtsprechung, dass alle notwendigen Befunde erhoben (Steffen & Pauge, 2010, Rz. 184 mit umfangreichen Rechtsprechungsnachweisen) und alle zu Gebote stehenden Erkenntnisquellen genutzt werden (Laufs & Kern, 2010, S. 1209). Werden diese Stan-

<sup>2</sup> Auf das Problem der Verallgemeinerbarkeit wird noch einzugehen sein.

dards nicht beachtet, bestehe die Gefahr, dass objektive Befunde übersehen würden und die Therapie zum Nachteil des Patienten bereits zu Beginn in die falsche Richtung führe, weshalb Almer einer Internettherapie ohne vorherigem persönlichen Kontakt eine Absage erteilt (Almer, 2008, S. 16). Wagner und Maerker (2011) heben für die internetbasierte Psychotherapie die zentrale Bedeutung strenger Ausschlusskriterien hervor. Zur Gewährleistung dieser Ausschlusskriterien, insbesondere Drogenabusus, schwere Depression und ernsthafte Suizidgefährdung und zu deren vollständiger und sicherer Diagnostik ist nach Auskunft von Fachleuten der unmittelbare persönliche Kontakt unverzichtbar.

Zur Stellung der Indikation gehört aufgrund der gesetzlichen Regelung des § 1 Abs. 3 PsychThG die Pflicht zur somatischen Abklärung. Zu den Standards zählen weiter die Unterlassung nicht angezeigter therapeutischer Behandlungen (Gründel, 2000, S. 130; Kern, 2010, S. 664) sowie eine positive Prognose für den gewählten Behandlungsansatz. Daran knüpft sich zunächst die Frage, ob bei den bekannten Ansätzen von Fernbehandlungen überhaupt eine somatische Abklärung stattfindet bzw. ob und wie eine solche Abklärung organisiert werden könnte. Darüber hinaus könnten Zweifel bestehen, ob die Möglichkeiten einer Ferndiagnostik zureichende Grundlage einer fachgerechten Indikation sein können. Zur Stellung einer positiven Prognose ist es erforderlich, die Motivation des Patienten/der Patientin beurteilen zu können. Ist das unter den Bedingungen der „Kanalreduktion“ möglich?

Zur Aufklärung gehört nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Information des Patienten über die Diagnose, das Behandlungsziel, die beabsichtigte Therapie und die bestehenden Risiken (BVerfG NJW 1979, 1925). Das „Wie“ steht im pflichtgemäßen Beurteilungsermessen des Behandlers (BGH NJW 1984, 1397), er hat im „Großen und Ganzen“ aufzuklären (BGH NJW 2000, 1786). Der Patient ist in die Lage zu versetzen, das Wesen, die Bedeutung, die Risiken und Dauer sowie die Erfolgsaussichten der Therapie in den Grundzügen zu erfassen (Gründel, 2000, S. 87). Aufklärungspflichtig ist im Regelfall jeder Behandler für die Behandlungsaufgabe, die er durchführt (Steffen & Pauge, 2010, Rz. 504 ff, mit weiteren Nachweisen), d. h. der eigenverantwortlich tätige Psychotherapeut (Gründel, 2000, S. 75). Die Rechtsprechung tritt nachdrücklich für die mündliche Information im persönlichen Gespräch ein, die alleinige Überreichung eines Merkblattes genüge nicht den Anforderungen (BGH NJW 1994, 793; BGH NJW 2000, 1784). Merkblättern fehle die Ausrichtung auf den individuellen Fall, zum anderen könne nur im Gespräch festgestellt werden, ob der Patient die ihm vermittelten Informationen verstanden hat (BGH NJW 1985, 1399). Laufs formuliert: „Mitmenschliche Zuwendung und Gemeinschaft braucht das Wort. Arzt und Patient müssen einander zuhören und sich wechselseitig mitteilen... Der moderne Medizinbetrieb gefährdet und verkürzt das notwendige Gespräch zwischen Arzt und Patient“ (Laufs, 2010, S. 705). Gründel argumentiert damit, dass das persönliche und einfühlsame Gespräch zu

den Grundpflichten des Therapeuten gehöre und – im Gegensatz zum zeitlich überforderten Arzt – keinen Einschränkungen und Praktikabilitätserwägungen unterliegen dürfe (Gründel, 2000, S. 73).

Fernaufklärungen sind deshalb in ihrer jeweiligen Form darauf zu hinterfragen, ob eine sachgerechte, aufklärende Kommunikation möglich ist, insbesondere ob eine Ausrichtung auf den individuellen Fall erfolgen kann. Zweifel sind angebracht, ob der Behandler in die Lage versetzt wird festzustellen, ob der Patient die Aufklärung angemessen „versteht“.

Zu den fachlich unabdingbaren Standards gehört eine ausreichende Überwachung und Kontrolle des Therapieverlaufs (Gründel, 2000, S. 135, mit weiteren Nachweisen; Almer, 2008, S. 16). Dazu zählt einerseits die Erfolgskontrolle, die u. a. auch die Korrektur unrealistischer und unerreichbarer Therapieziele ermöglichen soll (Gründel, 2000). Andererseits trifft den Psychotherapeuten die Pflicht, Selbstschädigungen des Patienten zu verhindern. Insofern könnten die besonderen Bedingungen einer Fernbehandlung die Gefahr bergen, dass Symptome übersehen oder unterschätzt werden. Almer fordert, dass im Falle von Fernbehandlungen der Therapeut seinen Posteingang engmaschig überwachen muss, damit E-Mails nicht ungelesen liegen bleiben (Almer, 2008). Aus fachlicher Sicht wäre zu fragen, ob der Therapieverlauf ohne persönlichen Kontakt ausreichend beurteilt werden kann und ob auf einen bevorstehenden Suizid deutende Symptome bzw. verheimlichte gravierende Verschlechterungen ohne persönlichen Kon-

takt wahrgenommen werden können.

Das Berufsrecht setzt sich auf unterschiedliche Weise mit Fernbehandlungen auseinander. In § 5 Abs. 5 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer heißt es: „Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Sie dürfen diese über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten durchführen.“ In § 7 Abs. 3 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer findet sich folgende Regelung: „Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.“

Wenn man sich die Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern anschaut, wird man eine noch darüber hinausgehende Bandbreite an Ansätzen finden. Gemeinsam ist allen, dass sie die hier angesprochenen Problemfelder – hingewiesen sei hier nur auf die Diagnostik – nicht zielgenau treffen. Meines Erachtens ist das Berufsrecht insoweit einerseits verbesserungsbedürftig und andererseits auch verbesserungsfähig. Wenn man sich allerdings die Vielgestaltigkeit möglicher Behandlungsansätze und -konstellationen vor Augen führt, halte ich das Berufsrecht allein für überfordert, allen Herausforderungen gerecht werden zu können. Es würde der Entwicklung doch immer hinterherhinken, selbst

wenn man ihm einen stark kasuistischen Charakter gibt.

Deshalb empfehle ich, das Berufsrecht bei Erhalt seines Abstraktionsniveaus zielgenauer zu gestalten, insbesondere aber zu ergänzen durch fachliche Empfehlungen zum psychotherapeutischen Behandlungsstandard, die beispielsweise die Bundespsychotherapeutenkammer geben könnte. In der Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht ist anerkannt, dass Leitlinien und Empfehlungen der Bundesärztekammer oder der Medizinischen Fachgesellschaften zwar keine Bindungswirkung besitzen, aber einen Wegweiser für den medizinischen Standard darstellen, von dem abzuweichen besonderer Rechtfertigung bedarf (BGH, NJW 1987, 2937; Steffen & Pauge, 2010, Rz. 178). Diesen Weg könnte und sollte die Profession nutzen.

In der Diskussion um die „Internetpsychotherapie“ ist oft von der in Studien nachgewiesenen Wirksamkeit zu lesen (Beispiele bei Wagner & Maercker, 2011). Darüber darf aber

nicht vergessen werden, dass Maßstab für die Beurteilung, ob eine richtige oder falsche Behandlung gewählt wurde, nicht der Erfolg oder Misserfolg sind, sondern die Einhaltung der Sorgfaltsregeln der psychotherapeutischen Kunst. Diese gilt es im fachlichen Diskurs herauszuarbeiten und zu formulieren.

### Literatur

Almer, S. (2008). Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im Einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental Health* (S. 13-17). Berlin: Springer.

Gründel, M. (2000). *Psychotherapeutisches Haftungsrecht*. Berlin: Springer.

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

Kern, B.-R. (2010). Die Pflichten des Arztes aus Behandlungsübernahme und Behandlungsvertrag. In A. Laufs & B.-R. Kern (Hrsg.),

*Handbuch des Arztrechts* (4. Auflage) (S. 647-683). München: C. H. Beck.

Laufs, A. (2010). Die ärztliche Aufklärungspflicht. In A. Laufs & B.-R. Kern (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts* (4. Auflage) (S. 705-761). München: C. H. Beck.

Laufs, A. & Kern, B.-R. (Hrsg.). (2010). *Handbuch des Arztrechts* (4. Auflage). München: C. H. Beck.

Steffen, E. & Pauge, B. (2010). *Arzthaftungsrecht*. (11. neu bearbeitete Auflage). Köln: RWS Verlag.

Ulsenheimer, K. (2010). Der Arzt im Strafrecht. In A. Laufs & B.-R. Kern (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts* (4. Auflage) (S. 1569-1878). München: C. H. Beck.

Wagner, B. & Lange, A. (2008). Internetbasierte Psychotherapie „Interapy“. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental Health* (S. 105-119). Berlin: Springer.

Wagner, B. & Maerker, A. (2011). Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (1), 33-42.

Wenzel, J. (2008). Vom Telefon zum Internet: Onlineberatung der Telefonseelsorge. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental Health* (S. 89-103). Berlin: Springer.



Ass. jur.  
Johann Rautschka-Rücker

Geschäftsführer der  
Psychotherapeutenkammer  
Hessen  
Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
JRautschkaRuecker@ptkhes-  
sen.de

# Buchrezension

**Aspies e.V. (Hrsg.). (2010). Risse im Universum. Berlin: Weidler Buchverlag. 226 Seiten. 24,80 €.**

Ludger Tebartz van Elst

Das Asperger-Syndrom und verwandte autistische Syndrome spielen eine zunehmend große Rolle in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie. Nach neuesten Zahlen wird die Prävalenz für Autismus-Spektrum-Erkrankungen auf immerhin 1% geschätzt (CDC-Report 2010) und ist damit ähnlich hoch wie die der schizophreniformen Erkrankungen. Dachte man früher meist an Menschen mit geistiger Behinderung oder Charaktere wie Rain Man aus dem Film mit Dustin Hoffmann, wenn der Begriff Autismus fiel, so spricht sich heutzutage mehr und mehr herum, dass Menschen mit hochfunktionalem Autismus und Asperger-Syndrom durchaus auf den ersten Blick völlig unauffällig, angepasst und gelegentlich beruflich sogar sehr erfolgreich sein können. Das ist der Grund dafür, dass insbesondere hochfunktionale Menschen mit Asperger-Syndrom immer noch spät diagnostiziert werden und bis dahin oft eine lange und leidvolle Geschichte von Missverständnissen, heftigsten interpersonellen Konflikten, Mobbing und Ausgrenzung zu verarbeiten haben.

Dies wird in eindrücklicher und authentischer Art und Weise durch das Buch „Risse im Universum“ vom Weidler Buchverlag veranschaulicht. Die Autorinnen und Autoren dieser Sammlung von Selbstbeschreibungen, biographischen Fragmenten und zum Teil auch lyrischen Texten wollen mit ihrem Buch genau diese Vielfalt und Heterogenität von autistischen Biographien illustrieren. 15 betroffene Menschen erzählen aus ihrem Leben und berichten davon,

wie die besonderen Stärken und Schwächen, die mit diesem Syndrom verbunden sind, sich in ihre Lebensgeschichte eingewoben haben. Die Kerneigenschaften des Asperger-Syndroms ziehen sich bei allen wie ein roter Faden durch das Leben. Sensorische Besonderheiten, eine hohe Empfindlichkeit bestimmten Geräuschen, Gerüchen oder visuellen Eindrücken gegenüber, aber auch eine völlig selbstvergessene intensive Auseinandersetzung mit bestimmten Gegenständen, Themen, Tätigkeiten oder Eindrücken prägen bereits die frühesten Kindheitserinnerungen. Schwierigkeiten Berührungen zu ertragen, das fehlende Anschauen der anderen und die so eigene Art und Weise, die Beziehung zu den Familienangehörigen zu gestalten, verunsichern Eltern und Geschwister und führen zu Frust, Aggression und leider oft auch zu Ablehnung und Zurückweisung. Der Rückzug in die eigene Fantasie- und Vorstellungswelt aus Verzweiflung über die Schwierigkeiten der Kontaktaufnahme mit „den anderen“, aber auch aus Faszination über die Lebendigkeit dieser eigenen Welten führt zu einer weiteren Trennung von den „Neurotypischen“ (so werden nicht betroffene Menschen von Autisten gelegentlich genannt). Eine Neigung zum Einzelgängertum und große Schwierigkeiten mit Gruppensituationen zeigen sich bei vielen bereits im Kindergarten und in der Grundschulzeit. Ein großes Bedürfnis nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen, Probleme mit der spontanen Umstellungsfähigkeit und eine von außen oft als übertrieben wahrgenommene Empfindlichkeit gegenüber Störungen und Änderungen

führen zu Wutausbrüchen und Aggressionen. Vor allem aber das soziale Miteinander mit anderen Gleichaltrigen bereitet meist ein Leben lang große Probleme. Der Sinn und die Freude am „Small Talk“ und dem alltäglichen Gerede und „Gelabere“ der „Neurotypischen“ bleibt autistischen Menschen meist ein Leben lang verschlossen. Wenn dann noch Besonderheiten im Aussehen, im Kleidungsstil, in der Sprache und Sprechmelodie (Prosodie) oder in Gestik und Mimik dazu kommen, sind oft die Weichen für Ausgrenzung, Ärgern, Mobben und Quälereien durch andere gestellt.

Werden diese typischen und musterhaften Besonderheiten aufgezeigt, so fragt man sich, wieso dieses Muster nicht regelmäßig früh erkannt und diagnostiziert wird. Die Antwort darauf geben die Lebensberichte im rezensierten Buch. Denn diese Eigenschaften sind eingebettet in das ganz normale Leben, welches betroffene Kinder, Jugendliche und Erwachsene eben auch führen. Ganz normale Wünsche und Sehnsüchte nach Angenommen-Sein, Geborgenheit, beruflicher und privater Anerkennung, nach Freundschaft, Liebe und Sexualität werden in den 15 Lebensgeschichten zum Ausdruck gebracht. Dass Asperger-Sein dabei nicht nur mit Schwächen, sondern ebenso mit Stärken verbunden ist, wird ebenfalls klar: die Begabungen für Mathematik, Physik, Informatik, Philosophie und Musik, aber auch die Leidenschaft für die Natur, Tiere und die Kunst. Leider führen die Schwächen in der sozialen Wahrnehmung und Kom-

petenz, beim intuitiven Miteinander mit den anderen Menschen, das übergroße Bedürfnis nach erwartungskonformen Tagesabläufen und gelegentlich auch die gigantische Sturheit und Eigenwilligkeit der Betroffenen zu einem nicht abreißen wollenden Strom von Missverständnissen und Konflikten. Auch davon berichten die Texte zur Genüge.

Zusammenfassend kann „Risse im Universum“ jedem, der sich für Autismus-Spektrum-Störungen interessiert – insbesondere

Ärztinnen und Therapeuten – zur Lektüre nur empfohlen werden. Das Besondere des Buches liegt in der lebendigen und authentischen Innenperspektive, die dem Leser dort auf 226 Seiten geboten wird. Es mag dem einen oder der anderen die Augen für die Heterogenität der klinischen Präsentation öffnen und hätte damit einen guten diagnostischen Zweck erfüllt. Denn ein Erlebnis scheint unisono aus fast allen Geschichten zu sprechen: Die Diagnosestellung wird als Akt der Erleichterung und Befreiung erlebt. Denn sie schafft Raum

für eine plausible Erklärung für das eigene Anders-Sein und damit auch mehr Spielraum für eine bessere Selbst- und Fremd-akzeptanz des eigenen Anders-Seins.

*Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst*

Abteilung für Psychiatrie & Psychotherapie  
Universitätsklinik Freiburg  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg  
tebartzvanelst@uniklinik-freiburg.de

## 18. Deutscher Psychotherapeutentag

Der 18. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fand am 13. und 14. Mai 2011 in Berlin statt. Er wählte den bisherigen Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) erneut für vier Jahre in sein Amt. Außerdem stellte er in sehr engen Grenzen und trotz zahlreicher Bedenken die Weichen für eine Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung und diskutierte zentrale Forderungen zum geplanten Versorgungsgesetz.

### **BPTK-Vorstand wiedergewählt**

Wichtiger Tagesordnungspunkt des 18. DPT war die turnusmäßig anstehende Wahl des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer für die Amtsperiode 2011 bis 2015. In ihren Ämtern wurden der Präsident, Prof. Dr. Rainer Richter, die Vizepräsidenten, Monika Konitzer und Dr. Dietrich Munz, sowie als weitere Vorstandsmitglieder Andrea Mrazek, M. A., M.S. und Peter Lehndorfer wiedergewählt.

### **DPT fordert Berücksichtigung der Belange psychisch kranker Menschen im Versorgungsgesetz**

Die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit bzw. Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen dokumentieren – so der 18. DPT – ein wachsendes Versorgungsproblem. Monatlanges Wartezeiten in ländlichen Regionen, aber auch in Ballungsgebieten, zeigten zudem, dass das Gesundheitssystem diesem wachsenden Behandlungsbedarf nicht gerecht werden kann. Ursache ist u. a., dass die ambulante Bedarfsplanung das Versorgungsniveau in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ auf den Stand des Jahres 1999 festschreibt. Damit ist die Unterversorgung als „angemessen“ erklärt worden, die durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz eigent-



*BPTK-Vorstand: Prof. Dr. Rainer Richter, Andrea Mrazek, M.A., M.S., Monika Konitzer, Dr. Dietrich Munz, Peter Lehndorfer (v. l.)*

lich behoben werden sollte. Vor diesem Hintergrund gelten heute 379 der 395 Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent als überversorgt, obwohl Patienten unzumutbar lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz akzeptieren müssen. Kommen nun die in den Eckpunkten für ein Versorgungsgesetz geplanten Instrumente zum Abbau von Praxissitzen in „überversorgten“ Planungsbereichen zum Einsatz, sind bundesweit fast 30 Prozent der Praxissitze in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ vom Abbau bedroht. Um dies zu verhindern, appellierte der DPT an die Gesundheitspolitik, die Verhältniszahlen der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ erneut zu berechnen. Gleichzeitig war man sich darin einig, dass es nicht nur um eine Verhinderung weiterer Verschlechterungen gehen kann, sondern dass sich ein Versorgungsgesetz der Versorgungslage psychisch kranker Menschen annehmen sollte und Wege finden muss, dem wachsenden Behandlungsbedarf gerecht zu werden. Der DPT schlug vor, mit dem Versorgungsgesetz die Chance zu ergreifen, die derzeitige retropektive Bedarfsplanung schrittweise zu

einer prospektiven Versorgungsplanung weiterzuentwickeln.

### **DPT lehnt Regionalisierung psychotherapeutischer Vergütung ab**

Die Bundesregierung plant mit dem Versorgungsgesetz außerdem eine Regionalisierung des Vergütungssystems. Zukünftig soll die Verteilung der Gesamtvergütung unter den Vertragspsychotherapeuten und Vertragsärzten vollständig und ausschließlich durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) geregelt werden. Hierzu soll die KV einen Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Krankenkassen erlassen. Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung sollen aufgehoben werden. Dies ist, darin waren sich die Delegierten des 18. DPT einig, für die Psychotherapeuten in jeder Hinsicht ein Rückschritt. Die regionalisierte Honorarverteilung führte vom ersten Tag der Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Vertragsarztsystem dazu, dass diese

Berufsgruppen systematisch und gravierend benachteiligt wurden, sodass das Bundessozialgericht in beispielloser Weise mehrfach korrigierend eingreifen musste. Der DPT forderte daher, für den Bereich der psychotherapeutischen Leistungen die Honorarverteilungsautonomie der KVen durch bundeseinheitliche Vorgaben sowohl für die genehmigungspflichtigen als auch für die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen einzuschränken. Außerdem – so der DPT – ist zu gewährleisten, dass die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen auch weiterhin außerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden. Überfällig ist, dass Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte die gleiche Möglichkeit wie andere Arztgruppen bekommen, den dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab zugrundeliegenden kalkulatorischen Arztlohn zu erreichen und an der zukünftigen Honorarentwicklung teilzuhaben.



Dr. Bruno Waldvogel

### **Kurs halten bei der Reform des Psychotherapeutengesetzes**

Der DPT suchte nach kurzfristig umsetzbaren Lösungen für die wachsende Gefährdung einer angemessenen Qualifikation der Psychotherapeuten in Deutschland. Man war sich einig, dass der Bachelorabschluss für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht ausreicht, um die bisher hohe Qualität der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

auch weiterhin zu sichern. Diskutiert wurde daher noch einmal die Option, den Masterabschluss im Psychotherapeutengesetz festzuschreiben und auf weitergehende Veränderungen in einem ersten Schritt zu verzichten. In der Diskussion stellte sich aber erneut heraus, dass dies kein zukunfts-trächtiger Weg ist, denn die isolierte Fest-schreibung eines Masterabschlusses schafft keine ausreichende Klarheit. Die Zugangs-qualifikation zur Psychotherapeutenausbildung ist damit angesichts der erwartbaren, zunehmenden Vielfalt unterschiedlicher Studiengänge in den Bereichen Psychologie und Pädagogik noch nicht angemessen präzisiert. Dies erfordert vielmehr die Anpassung der Approbationsordnung und damit auf jeden Fall ein komplexes Gesetzgebungsverfahren. Außerdem blieb der DPT bei der Überzeugung, dass eine Reform des Psychotherapeutengesetzes unbedingt eine Verbesserung der Situation der Ausbildungsteilnehmer bringen muss. Während der mindestens einjährigen Ausbildung in psychiatrischen Einrichtungen erhält die Hälfte der Ausbildungsteilnehmer keine oder nur eine geringfügige Vergütung. Zum Schluss der Debatte zeigte sich, dass der DPT Kurs halten will und die differenzierten und detailliert ausgearbeiteten Positionen der Psychotherapeuten-schaft weiterverfolgt. Ziel blieb es, noch in dieser Legislaturperiode einen entsprechenden Gesetzesentwurf auf den Weg zu bringen.

### **Weiterbildung für Systemische Therapie erstellen**

Zentrales Thema des ersten Tages des 18. DPT war der Bericht der Kommission „Zusatzqualifizierung“. Um dem 18. DPT eine ausführliche Diskussion des Berichtes der Kommission „Zusatzqualifizierung“ zu ermöglichen, war zuvor der DPT um den Freitagnachmittag erweitert worden. Die zentralen Ergebnisse der mehrjährigen Arbeit der Kommission „Zusatzqualifizierung“ wurden von ihrem Sprecher, Dr. Bruno Waldvogel, vorgestellt. Eingangs erläuterte Dr. Waldvogel die grundsätzlichen Argumente pro und contra eine Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ehe er diese für die verschiedenen für eine Weiterbildungsregelung diskutierten Bereiche gesondert

beleuchtete. Hierbei unterschied die Kommission zwischen möglichen Weiterbildungsregelungen in den folgenden Bereichen:

- Qualifikation in einem weiteren Psychotherapieverfahren (vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannte Psychotherapieverfahren sowie weitere Psychotherapieverfahren),
- sozialrechtlich geregelte Anwendungsformen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie),
- wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethoden (IPT, EMDR und Hypnotherapie),
- weitere Bereiche (insbesondere klinische Anwendungsfelder wie Psychodiabetologie, Psychoonkologie, Spezielle Schmerzpsychotherapie etc.).

Nach einer zweieinhalbstündigen intensiven und kontrovers geführten Diskussion wurde von den Delegierten ein Antrag mit der allgemeinen Forderung, angesichts der Unklarheiten über die zukünftige Ausgestaltung der Berufsausbildung im Zusammenhang mit der geforderten Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zunächst auf eine Ergänzung der Musterweiterbildungsordnung zu verzichten, mit einer Stimme Mehrheit angenommen. Zuvor hatte der DPT beschlossen, die Thematik der Ergänzung der Musterweiterbildungsordnung um den Bereich der Systemischen Therapie als eigenen Tagesordnungspunkt am Folgetag zu beraten. Dabei wurde erneut die besondere Situation der Systemischen Therapie dargelegt: Die Durchführung einer vertieften Ausbildung ist aufgrund der noch fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung stark erschwert und bislang hat erst ein Ausbildungsinstitut die staatliche Anerkennung erhalten. Darüber hinaus existieren im Gegensatz zu den Richtlinienverfahren keine sozialrechtlichen Regelungen für den Erwerb einer Fachkunde in Systemischer Therapie. Vor diesem Hintergrund wurde die Kommission „Zusatzqualifizierung“ mit einer Mehrheit von 70 zu 25 Stimmen beauftragt, bis zum 19. DPT im November dieses Jahres einen Regelungsentwurf für die Weiterbildung in Systemischer Therapie zu erstellen.

## Patientenrechtegesetz – Kinder und Jugendliche nicht vergessen

Nur streifen konnte der DPT das Thema „Patientenrechtegesetz“. Zentrale

Themen für die Psychotherapeuten-schaft sind in diesem Kontext verbindliche Behandlungsvereinbarungen, mehr Transparenz über Behandlungsangebote sowie eine Klarstellung der Rechte von

Kindern und Jugendlichen als Patienten, die insbesondere für den Fall klar definiert sein müssen, wenn Eltern geschieden sind bzw. um das Sorgerecht streiten.

## G-BA: Ambulante Psychotherapie für Suchtkranke verbessert

Auch der Missbrauch und nicht nur die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen zählt künftig zu den Indikationen für ambulante Psychotherapie. Außerdem müssen Patienten nicht mehr bereits abstinent sein, um eine Psychotherapie beginnen zu können, wenn der Verzicht auf Suchtmittel kurzfristig auch ohne eine Entgiftungsbehandlung zu erreichen ist. Dies sind die wichtigsten Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf seiner Sitzung am 14. April 2011 beschlossen hat.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Nach den Daten des epidemiologischen Suchtsurveys 2006 erkrankten innerhalb eines Jahres zwischen 2,4 und 3,8 Prozent der Deutschen an Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch (Pabst & Kraus, 2008).

Andererseits werden Patienten mit Substanzstörungen selten psychotherapeutisch behandelt (Wittchen & Jacobi, 2001). Für Patienten mit Substanzstörungen bestanden bisher also zu hohe Barrieren für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie. Die daraus resultierende Unter- und Fehlversorgung stellt ein erhebliches Versorgungsproblem dar.

Die jetzt erreichten Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie waren auf der gemeinsamen Veranstaltung von Fachverband Sucht und BPTK im November 2008 zum Thema „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ initiiert worden. Anlässlich dieser Veranstaltung hatte die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, den G-BA gebeten, eine mögliche Änderung der Psychotherapie-Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigen zu prüfen.

Die nun vorgenommene Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie stellt insbesondere für alkoholranke Patienten, die einen Rückfall erlitten haben und nicht immer einer Entgiftungsbehandlung bedürfen, eine wichtige Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung dar. Dadurch, dass der G-BA zudem das Indikationsspektrum um den „schädlichen Gebrauch“ psychotroper Substanzen erweiterte, wurde einer großen Patientengruppe der Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung erleichtert.

Bedauerlich ist, dass die Verbesserung des Behandlungsangebotes für Suchtkranke durch einige bürokratische Vorgaben eingeschränkt wurde, wie z. B. den Nachweis der Abstinenz durch Laborparameter, deren Nutzen umstritten ist, die aber höhere Kosten verursachen. Auch das erforderliche Überweisungsverfahren wurde vom G-BA unzureichend geregelt.

## Nationaler Krebsplan – Vorschläge zur Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung verabschiedet

Ende 2010 sind im Rahmen des Nationalen Krebsplans Maßnahmen zur Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung verabschiedet worden. Zwar gibt es in Deutschland vielfältige Angebote an psychoonkologischer Unterstützung, es mangelt jedoch an einer ausreichenden Erkennung des Versorgungsbedarfs und an einer zuverlässigen Zuweisung der Patienten zu den entsprechenden Angeboten. Nach über zwei Jahren ist damit die Arbeit am Ziel 9 „Alle Patienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung“ abgeschlossen, an der auch die BPTK beteiligt war.

Etwa 25 bis 30 Prozent aller Krebspatienten entwickeln im Verlauf der Erkrankung ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigungen oder behandlungsbedürftige psychische Störungen. Eine bedarfsgerechte Versorgung setzt voraus, dass dieser Bedarf auch erkannt wird. Als vordringliche Maßnahme

wurde deshalb die Entwicklung einer einheitlichen Erfassung und Dokumentation des psychoonkologischen Versorgungsbedarfs vorgeschlagen mit dem Ziel, diesen auch über die Sektorengrenzen hinweg zu kommunizieren. Außerdem soll bundesweit das vorhandene psychoonkologische Versorgungsangebot erhoben werden, um mögliche Lücken zu erkennen und zu schließen.

Weiter wird empfohlen, die außerstationäre psychoonkologische Versorgung zu verbessern, die im Wesentlichen von Krebsberatungsstellen und Psychotherapeuten geleistet wird. Bisher gibt es kein einheitliches Qualitätssicherungskonzept für Krebsberatungsstellen. Die personelle Ausstattung und das fachliche Angebot der Beratungsstellen sind sehr unterschiedlich und von den jeweiligen finanziellen Rahmenbedingungen abhängig. In der Zukunft sollten deshalb einheitliche Qualitätskriterien und ein Leis-

tungskatalog für psychosoziale Krebsberatungsstellen erstellt werden, auf deren Basis auch Empfehlungen für eine einheitliche Finanzierung ausgesprochen werden können.

Eine weitere wichtige Maßnahme ist die Flexibilisierung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen. Bisher können niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten nur in geringem Umfang genehmigungsfreie psychotherapeutische Leistungen erbringen. Um dem besonderen Bedarf von Krebspatienten, die häufig keine Richtlinienpsychotherapie benötigen und denen lange Wartezeiten auf eine Psychotherapie nicht zumutbar sind, gerecht werden zu können, ist eine Ausweitung dieser genehmigungsfreien Leistungen wünschenswert.

Weitere Informationen unter: [www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/nationaler-krebsplan.html](http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/nationaler-krebsplan.html).

## Verleihung des Diotima-Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeutenschaft

Am 13. Mai 2011 hat die deutsche Psychotherapeutenschaft zum dritten Mal den Diotima-Ehrenpreis verliehen. Die diesjährige Preisträgerin ist die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAFF). Die BAFF wurde für ihr herausragendes Versorgungsangebot an Flüchtlinge und Folteropfer geehrt. Der Preis wurde im Rahmen des 18. Deutschen Psychotherapeutentages bei einer Festveranstaltung übergeben.



v. r.: Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, Elise Bittenbinder, Prof. Dr. Rainer Richter

Elise Bittenbinder, Vorsitzende der BAFF, betonte, dass „Menschen, die in unserem Land Sicherheit suchen, selbstverständlich die professionelle Hilfe erhalten müssen, die sie brauchen, um die erlittenen seelischen Qualen zu verarbeiten“. Sie drückte ihre Freude darüber aus, dass die Psychotherapeutenschaft die Leistungen der psychosozialen Zentren anerkenne. Sie führte aus, dass sich die Arbeit mit Opfern von Folter in gesellschaftlichen, politischen, sozialen und ethischen Spannungsfeldern bewege. Obwohl man auf hoch spezialisiertes Wissen zurückgreifen könne, sei es dennoch oft schwierig zu vermitteln, wie sich das enorme Leid durch die Folter auf die Psyche und das Leben der betroffenen Menschen auswirkten. In der täglichen Arbeit sehe sie aber nicht nur die Schattenseiten der Menschheit, sondern auch die enorme Lebensenergie vieler Flüchtlinge, die Kraft von Menschen, die oft ihr Leben eingesetzt hätten, um eine Veränderung in ihrer eigenen Gesellschaft zu bewirken.

In ihrem Grußwort betonte Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, dass eine zukunftsorientierte Integrationspolitik die sprachlichen, ökonomischen und kulturellen Potenziale von Zuwanderern nutzen solle. Grundlage hierfür seien sowohl das körperliche als auch das seelische Wohlbefinden der Zugewanderten. Die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Integration solle im Blick behalten werden, wenn die Gesundheitspolitik für Migrantinnen und Migranten weiterentwickelt werde. Dabei sei insbesondere bei der psychotherapeutischen Versorgung zu beachten, ob Menschen mit Migrationshintergrund medizinisches Personal vorfänden, das mit ihrer Herkunftssprache und -kultur vertraut sei. Sie zeigte sich erfreut darüber, dass die Staatsangehörigkeitsprivilegien für den Erhalt einer Approbation (sog. „Deutschenvorbehalte“) gestrichen würden.

BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter begründete die diesjährige Wahl des Preisträgers damit, dass die Behandlung von jährlich rund 8.300 Traumatisierten und Opfern organisierter Gewalt fundiertes Wissen und außergewöhnliche Feinfühligkeit erfordere. Die psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer böten nicht nur herausragende Versorgungsleistungen, sondern trügen auch erheblich zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Behandlung dieser Menschen bei. Er würdigte den Idealismus und das ehrenamtliche Engagement vieler Mitarbeiter der psychosozialen Behandlungszentren. Ohne diese Zentren würden die betroffenen Menschen in Deutschland nur in den seltensten Fällen die Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

Prof. Dr. Jan Ilhan Kizilhan hob die Bedeutung kultursensitiver Kenntnisse und Kompetenzen in der Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund hervor. Jede Gesellschaft entwickle Techniken im Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie Vorstellungen über die Krankheitsursachen. Die damit zusammenhängenden Kenntnisse, sozialen Verhaltensnormen und konkreten Maßnahmen der Krankheitsbehandlung seien kulturspezifisch. Auf die Behandlung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen seien



Prof. Dr. Jan Ilhan Kizilhan

die psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssysteme in Deutschland noch nicht ausreichend vorbereitet. Ziel sei die weiterführende Öffnung und Qualifizierung des Gesundheitssystems im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, um Menschen mit Migrationshintergrund mit denselben Qualitätsstandards und Heilerfolgen behandeln zu können wie Einheimische.

### 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,

sollten die derzeitigen Planungen der Bundesregierung im Versorgungsstrukturgesetz umgesetzt werden, droht die Versorgung psychisch kranker Menschen schlechter zu werden. Nach der aus dem Jahr 1999 stammenden Bedarfsplanung besteht in nahezu allen Regionen in Baden-Württemberg Überversorgung, die berechtigten oder möglicherweise sogar verpflichten würde, dass Psychotherapeutenplätze nicht wieder besetzt werden können, d. h. wegfallen.

Die von uns verschickte Umfrage der Landespsychotherapeutenkammer zu Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung (s. u. ausführlich: Vortrag Fr. Tophoven) zeigt ebenso deutlich wie die der DPtV, dass Therapiesuchende schon jetzt wegen der nicht ausreichenden Anzahl von Therapieplätzen durchschnittlich mehr als drei Monate, d. h. viel zu lange auf ein Erstgespräch und eine Behandlung warten müssen – in der organmedizinischen Versorgung wäre dies ein Skandal!

Wir, alle Kammermitglieder sind aufgefordert, uns für den Erhalt und die Verbesserung der bisherigen Versorgung einzusetzen. Deshalb bitten wir alle, die Kontakte zu Abgeordneten des Bundestages haben, diese zu nutzen, um auf diese Entwicklung hinzuweisen. Auf der Homepage der Kammer finden Sie eine umfangreiche und differenzierte Darstellung der aktuellen Versorgungslage sowie eine Begründung der BPTK-Forderungen zur Berücksichtigung der Besonderheiten der Psychotherapie in der derzeitigen medizinischen Versorgung. Jeder kann diese Materialien nutzen, um sie an geeigneter Stelle vorzutragen.

Wir möchten an dieser Stelle nicht versäumen, dem vom Deutschen Psychotherapeutentag im Amt bestätigten Vorstand der BPTK zur Wiederwahl zu gratulieren und ihm für seine überzeugende Arbeit in den vergangenen vier Jahren zu danken. Der Präsident der LPK

BW, Dr. Dietrich Munz, wurde wieder mit großer Stimmenmehrheit zum Vizepräsidenten gewählt. Die Diskussion in Zusammenhang mit seiner Kandidatur ließ deutlich werden, dass die Belange der angestellten Psychotherapeuten in den Kammern noch mehr Beachtung und Unterstützung finden müssen. Hier sind kreative Ideen gefragt und wir würden uns über unterstützende Vorschläge unserer angestellten Kolleginnen und Kollegen freuen, um diese Arbeit im Land und auf Bundesebene weiter zu verbessern.

Für die kommende Sommerzeit wünschen wir Ihnen erholsame und schöne Tage,

Ihr Kammervorstand

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

## Vertreterversammlung

Am 09.04.2011 fand die Frühjahrsvertreterversammlung in Stuttgart statt. Neben dem Bericht des Vorstandes standen u. a. die Beteiligung am KV-Qualitätszirkelprojekt „Frühe Hilfen“, die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung, die Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit der LPK, einige Satzungsänderungen und Delegierten-Nachwahlen zum Deutschen Psychotherapeutentag sowie insbesondere die künftige Versorgung psychisch kranker Menschen im Kontext des geplanten Versorgungsgesetzes auf der Tagesord-

nung. Zu letzterem hatte der Vorstand die Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, Dr. Christina Tophoven eingeladen.

### **Versorgung psychisch Kranker und Versorgungsgesetz**

In ihrem Referat stellte Frau Tophoven die aktuelle Versorgungssituation sowie Eckpunkte einer künftigen Planung der psychotherapeutischen Versorgung sowohl für den Bund als auch für Baden-Württemberg dar. Sie führte aus, dass nach der bestehenden Bedarfsplanungsrichtlinie ein Ver-

sorgungsgrad von 100% in Städten mit ca. 39, in ländlichen Gebieten mit ca. vier Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner erreicht sei. Dies stehe in deutlichem Kontrast zur epidemiologischen Forschung, nach der es keine oder nur deutlich geringere Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen gibt. Nur in zwei der zehn Planungsregionen (Kernstädte mit unterschiedlicher Verdichtung) gebe es eine annähernde Übereinstimmung zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung. Darüber hinaus führe die

1999 mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes festgelegten Bedarfswahlen die seinerzeit schon bestehende Unterversorgung in vielen Gebieten zu langen Wartezeiten. In der kürzlich von der BPTK durchgeführten Umfrage zur Wartezeit auf psychotherapeutische Erstgespräche und Behandlung in der ambulanten Versorgung wurde, wie auch bei einer Verbandsumfrage (DPtV) deutlich, dass bundesweit z. T. erhebliche Wartezeiten bestehen (Erstgespräch ca. 13, Behandlungsbeginn ca. 23 Wochen). Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene seien, wie Dr. Tophoven ausführte, weitere Aktivitäten erforderlich, um eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen sicher zu stellen. Nach den derzeitigen Planungen des Bundesgesundheitsministeriums zum neuen Versorgungsgesetz würde sich die Versorgung psychisch kranker Menschen massiv verschlechtern. Hier käme es auf das Engagement der Psychotherapeuten an, dieses zu verhindern. Die Bundespsychotherapeutenkammer habe einen Neun-Punkte-Katalog aufgestellt, der insbesondere auf eine Neustrukturierung und -berechnung der Bedarfsplanung auf angemessener Datengrundlage (Morbidität, Prävalenz psychischer Erkrankungen) abzielt. Grundsätzliches Ziel müsse sein, die bereits aktuell bestehende **Unterversorgung** in der ambulanten Psychotherapie zu beseitigen.



**Dr. Christina Tophoven**

Die LPK BW hatte bereits im Oktober vergangenen Jahres in einem Schreiben an das Sozialministerium im Vorfeld der Sonderkonferenz der Landesgesundheitsminister zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung auf die Versorgungsmängel bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung hingewiesen. Dies wurde auch in Gesprächen mit dem Sozialministerium unterstrichen.

In Gesprächen mit den aus Baden-Württemberg stammenden Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Bundestages (Bender, Maag, Mattheis) soll dies weiter vertieft werden. Auf der Homepage der Kammer werden die Versorgungsanalysen und die Forderungen der LPK und BPTK noch ausführlich dargestellt.

### **Modell-Projekt „Frühe Hilfen“ der Kassenärztlichen Vereinigung BW**

Ullrich Böttinger, stellvertretender Vorsitzender des LPK-Ausschusses Psychotherapie in Institutionen sowie Vorstandsbeauftragter bezüglich „Frühe Hilfen“, berichtete über den aktuellen Stand des gleichnamigen Modellprojekts der KV Baden-Württemberg und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Die KV unterstützt in diesem Projekt die Bildung von Qualitätszirkeln (QZ) zur Verbesserung der Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Es werden Moderatoren für diese speziellen QZ ausgebildet und eine begleitende Dokumentation über das Projekt angefertigt. Bei den Frühen Hilfen handelt es sich um i. d. R. präventive Ansätze zu frühestmöglicher Unterstützung von werdenden Eltern und von Kindern im Alter von 0-3 Jahren mit den Zielen eines gesunden Aufwachsens der Kinder, der Stärkung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenz (Bindungsstärkung, Feinfühligkeit), der Vermeidung ungünstiger Entwicklungsverläufe sowie des frühzeitigen Erkennens und möglichst des Vermeidens von Kindeswohlgefährdungen im Vorfeld. Dazu seien, wie Böttinger ausführte, bereits in zahlreichen Kommunen örtliche Netzwerke aus den Bereichen Jugendhilfe und Gesundheitswesen (sowie weiterer Partner z. B. Behindertenhilfe etc.) sowie für die Qualitätszirkel eine übergeordnete Projektsteuerungsgruppe gebildet worden. Die LPK werde in letzterer von Ullrich Böttinger als Experten der Frühen Hilfen und Leiter eines der bundesweit größten und am weitesten entwickelten Projekte (Frühe Hilfen im Ortenaukreis) sowie (für die Verbände der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) Michaela Willhauck-Fojkar und Uwe Keller vertreten.

Das Projekt soll zunächst in 15 Kommunen (Landkreise, kreisfreie Städte) durchgeführt werden. Insgesamt sei ein sinnvoller und

auch Erfolg versprechender Weg des verstärkten Einbezugs der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen des Gesundheitswesens in die Frühen Hilfen besprochen worden. Nun müssten die regionalen Umsetzungen dieses Ansatzes abgewartet und ausgewertet werden. Böttinger betonte, dass KJP und PP in den Frühen Hilfen sowohl im Bereich angestellter Tätigkeit in Kliniken und Beratungsstellen als auch als niedergelassene Kollegen eine relevante und fachlich in besonderer Weise geforderte Berufsgruppe seien. Die Profession insgesamt habe hier ein hohes, bisher weitgehend ungenutztes Profilierungspotential, auch in der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung. Böttinger kritisierte allerdings, dass das Thema Frühe Hilfen in der niedergelassenen Psychotherapeutenchaft noch zu wenig verankert sei und erst nach und nach als wichtiges Arbeitsfeld erkannt werde. Sowohl in der Steuerungsgruppe als auch von den Netzwerkpartnern und -förderern werde die LPK sowie die Psychotherapeutenchaft insgesamt als kompetenter und zunehmend wichtiger Partner wahrgenommen und wertgeschätzt. – Bitte heute schon vormerken: Voraussichtlich am **23. Juni 2012** veranstaltet die LPK BW einen Landespsychotherapeutentag zum Thema „Frühe Hilfen“.

### **Voraussetzungen für die Psychotherapeutenausbildung**

Wie Dr. Dietrich Munz im Rahmen des Berichts des Kammervorstandes ausführte, steht das Sozialministerium den Vorschlägen der BPTK/LKP BW bezüglich des Masterabschlusses als Zugangsvoraussetzung für die Psychotherapieausbildung positiv gegenüber. Demgegenüber erachte das Wissenschaftsministerium, wie aus einem Antwortschreiben zu einer Kammeranfrage hervorgeht, derzeit einen Bachelorabschluss für die KJP-Ausbildung als ausreichend. Weiterhin sehe es derzeit keine Notwendigkeit für ein Gespräch über Engpässe in Studiengängen, die zur Psychotherapeutenausbildung qualifizieren, wie es ebenfalls von der LPK auf der Grundlage eigener Prognosen (vgl. Nübling, Schmidt & Munz, PTJ 1/2010) angeregt wurde. Das Wissenschaftsministerium wolle die Ergebnisse der Reform der Psychotherapeutenausbildung abwarten, um dann die Umsetzung unter Einbeziehung der LPK zu planen.

In einer weiteren Initiative zu diesem Themenkreis hatte die Kammer Professorinnen und Professoren für Psychologie als Vertreter der Fachhochschulen für Pädagogik/Sozialpädagogik eingeladen, um die Anerkennung ihrer Studienabschlüsse als Voraussetzung für die Psychotherapeutenausbildung zu diskutieren. Die in dem Gespräch anwesenden Hochschulvertreter verdeutlichten, dass sie bestrebt sind, im Studium an den Fachhochschulen dem Fach Psychologie einen breiteren Raum zu verschaffen. Zu den Plänen der BPtK und den dort festgelegten Zugangsvoraussetzungen wurde angemerkt, dass diese nicht an allen Fachhochschulen umsetzbar seien, jedoch auch nicht überall das Interesse bestehe, die Studierenden auf die Ausbildung zum Psychotherapeuten vorzubereiten. Andererseits wurde auch zum Ausdruck gebracht, dass es vorstellbar sei, Studiengänge mit einem vertiefenden klinischen Schwerpunkt einzurichten. Es wurde vereinbart, die Gespräche fortzusetzen.

### **Zusammenarbeit Sozialministerium**

Wie Dr. Munz weiter berichtete, verfolgen Dr. Roland Straub und Marianne Lücking als Mitglieder des vom Sozialministerium berufenen Schmerzbeirates die Aufgabe, psychotherapeutische und psychosoziale Gesichtspunkte im geplanten Schmerzratgeber und in der Fortschreibung bzw. Aktualisierung der Schmerzkonzeption aus dem Jahr 2000 einzubringen. In den bisherigen Aktivitäten konnte zwar erreicht werden, dass die psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung in die Schmerztherapie integriert wurde, nicht aber, dass die Mitarbeit von Psychotherapeuten in den Schmerzzentren zum Standard wurde.

Wie im Vorstandsbericht weiter ausgeführt wurde, steht nach Auskunft des Sozialministeriums voraussichtlich 2011 eine Novellierung des Heilberufekammergesetzes an. Die Heilberufekammern seien gebeten worden, die aus ihrer Sicht erforderlichen Gesetzesänderungen einzubringen. Die Präsidenten, Geschäftsführer und Juristen der Heilberufekammern hätten hierzu einen Konsensentwurf erarbeitet. Wesentlicher Konsens bestehe darin, dass den Kammern die Erteilung der Approbation durch das Landesprüfungsamt auf dem

Amtsweg mitgeteilt werden soll, um sicher zu stellen, dass Neuapprobierte Mitglied der Kammern werden und sich damit der Berufsaufsicht stellen. Die LPK BW habe zudem die Einrichtung einer Ethikkommission für den Bereich der Psychotherapie vorgeschlagen, um außeruniversitäre Forschungsprojekte mit psychotherapeutischen Fragestellungen beraten und prüfen zu können. Die Notwendigkeit begründe sich, so Kammerpräsident Munz, in den zunehmenden Aktivitäten der Einrichtung von internetgestützten Beratungs- und Behandlungsangeboten für psychisch kranke Menschen durch Privatanbieter.



*Blick ins VV-Plenum*

### **LPK-Beschwerdemanagement**

Nachdem die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) die Zusammenarbeit mit der LPK Ende 2010 nach einem halbjährigen Pilotprojekt gekündigt hatte, hat die Kammer kurzfristig und als Übergangslösung eine Telefonberatung mit dem Umfang von zwei Stunden pro Woche eingerichtet, die von Herrn S. Schmieder auch anonym durchgeführt wird (näheres dazu auf [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) unter Patienten/Patientenberatung). Nachdem zwischenzeitlich die weitere Finanzierung der UPD durch die bisherigen Kostenträger sichergestellt worden sei, seien die Gespräche über eine Fortführung der Zusammenarbeit wieder aufgenommen worden. Über die weitere Entwicklung wird auf der Kammerhomepage berichtet werden.

### **Neuapprobierte und Berufsanfänger**

In einer weiteren Initiative hatte die LPK BW alle in den letzten zwei Jahren neu approbierten Kammermitglieder zu einer Informationsveranstaltung über die Kammer und deren Aufgaben eingeladen. In der Diskussion machten die etwa 40 Teilnehmer ihr großes Interesse an der Kammerarbeit deutlich. Viele Fragen bezogen sich

auf das Themenfeld Praxisgründung und mögliche Formen der Kassenzulassung bzw. Übernahme von Kassenpsychotherapeutenpraxen. Mehrfach wurde auch in den Kammergremien die Situation der neu approbierten Kolleginnen und Kollegen diskutiert. Um die berufliche und soziale Situation nach der Approbation genauer zu kennen, führte die LPK-BW in Abstimmung mit anderen Landeskammern eine Umfrage unter den in den letzten zwei Jahren approbierten PsychotherapeutInnen durch. Neben soziodemographischen Daten wurden Fragen zur absolvierten Ausbildung, zur Berufstätigkeit vor und nach der Approbation und zur Zufriedenheit mit der Ausbildung und der aktuellen Situation erhoben. Über die Ergebnisse werden wir Sie demnächst unterrichten.

### **Datenschutz/Schweigepflicht**

In Kooperation mit der Landesärztekammer wurde von den Juristen und Geschäftsführern beider Kammern eine Broschüre zur Schweigepflicht und Datenschutz von Ärzten und Psychotherapeuten erstellt. Sie ist über die Homepage der Kammer unter [http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/110329\\_leitfaden\\_schweigepflicht\\_und\\_datenschutz.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/110329_leitfaden_schweigepflicht_und_datenschutz.pdf) erhältlich. Ergänzend wurde eine Publikation zur EDV in Praxen bereitgestellt.

### **Titelschutz Psychotherapeut(in)**

Wiederholt erreichten die Kammer Anfragen sowohl von Mitgliedern sowie auch von HeilpraktikerInnen (HP) bzgl. der korrekten Berufsbezeichnung von psychotherapeutisch arbeitenden HP. Die Kammer hat hierzu ein Merkblatt zu möglichen Bezeichnungen erarbeitet und auf der Homepage veröffentlicht, in dem auch auf die rechtlichen Implikationen hingewiesen wird. Mehrfach ist die Kammer Hinweisen auf falsche Berufsbezeichnungen nachgegangen und hat HP ermahnt, ihre Berufsbezeichnung auf ihrer Homepage oder im Briefkopf entsprechend zu ändern.

Auch hinsichtlich unkorrekter Telefonbucheinträge wurde die LPK aktiv. Nachdem die Verhandlungen mit zwei Telefonbuchverlagen im Mai 2010 über die Eintragung von PP und KJP im Branchenverzeichnis wenig erfolgreich waren, wurden zwischenzeit-

lich erneut Gespräche mit den Verlagen aufgenommen. Auch die Abgrenzung von den Ärzten stellt ein Problem dar, für das wir eine Lösung suchen. Mit einem Verlagskoordinator konnte zwischenzeitlich eine konstruktive Zusammenarbeit erreicht und als Vorschlag erarbeitet werden, dass künftig die Einträge vor Drucklegung mit dem Mitgliederverzeichnis der LPK abgeglichen werden.

### Fortbildungskalender online

Das Referat Fortbildung stellt über die Homepage die zur Veröffentlichung freigegebenen anstehenden Fortbildungsveranstaltungen (Fortbildungskalender) als Download zur Verfügung.

### AG Standortfaktor Gesundheit

Zu den Aktivitäten der LPK im Rahmen der Projektgruppen der vom Sozialministerium AG berichtete in der VV Dr. Roland Straub. Aus Platzgründen müssen wir Sie hier auf

die ausführlichen Darstellungen im Newsletter sowie auf der Homepage verweisen.

### Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Auf Initiative des VPP hat die VV einen Antrag zur Verbesserung der defizitären therapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung mit Psychotherapie einstimmig angenommen. Hierzu gehört auch eine Aufnahme dieses Themas in die Psychotherapieausbildung. Die Initiative soll auch andere Bundesländer motivieren, sich mit diesem bisher zu wenig beachteten Thema auseinanderzusetzen. Menschen mit geistiger Behinderung leiden drei bis vier Mal häufiger an psychischen Störungen als nicht behinderte Menschen. Zudem haben sie ein hohes Risiko, traumatische Belastungen wie Misshandlung oder sexuellen Missbrauch zu erfahren. Besonders problematisch wirkt sich aus, dass meist gar keine entsprechend qualifizierten TherapeutInnen zur Verfügung

stehen. In Baden-Württemberg seien trotz intensiver Suche kaum niedergelassene PsychotherapeutInnen bereit, eine Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung zu übernehmen und hierfür einen Therapieplatz vorzuhalten.

### Presse/Öffentlichkeitsarbeit

Sehr breit diskutiert wurde im Rahmen der VV ausgehend von einem Vortrag des zuständigen Referenten Dr. Rüdiger Nübling auch der aktuelle Stand sowie die Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit der LPK. Übereinstimmung bestand darin, dass mit den vorhandenen personellen Ressourcen ein überaus umfangreiches Themenfeld abgedeckt wurde. Gleichzeitig wurden die Grenzen deutlich v. a. in Richtung professioneller Pressearbeit, für die aus Sicht des Referates zusätzliche Ressourcen (z. B. im Sinne eines Journalisten) zwingend notwendig werden. Für die Herbst-VV wird hierzu eine Konzeption vorgelegt werden.

## Zehn Jahre Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg: Landespsychotherapeutentag „Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“

Wir möchten Sie an dieser Stelle noch einmal auf den diesjährigen Landespsychotherapeutentag am Samstag, den 9. Juli 2011 in Stuttgart aufmerksam machen. In den Vorträgen soll die „Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“ beleuchtet werden. Hierzu konnten wir namhafte Referenten gewinnen, die auf der Basis der aktuellen Forschung Gedanken, Ideen und Visionen zur weiteren Entwicklung der Psychotherapie im Kontext gesamtgesellschaftlicher Prozesse zur Diskussion stellen werden (vgl. Kasten). Die neue Sozialministerin, Katrin Altpeter, wird das Grußwort sprechen. Wir würden uns sehr freuen, Sie am 9. Juli in Stuttgart begrüßen zu dürfen. Die Anmeldeunterlagen können Sie auf [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) unter „LP-Tag 2011“ herunterladen.

## Termine

### Vertreterversammlungen der LPK-BW

Die nächsten Termine für die Vertreterversammlungen der LPK BW wurden wie folgt festgelegt:

PROGRAMM	
<b>Landespsychotherapeutentag 2011</b>	
<b>„Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“</b>	
Samstag, 09.07.2011 – Haus der Wirtschaft, 70174 Stuttgart, Willy-Bleicher-Str. 19	
10.00	<b>Begrüßung – Eröffnung</b> <i>Dr. Dietrich Munz, Präsident der LPK Baden-Württemberg</i>
10.20	<b>Grußwort</b> <i>Katrin Altpeter, MdL, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren BW</i>
10.45	<b>Gesundheitsökonomische Bedeutung von Psychotherapie – Zur Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapie</b> <i>Prof. Dr. Werner W. Wittmann, Universität Mannheim</i>
11.15	<b>Psychotherapeutische Versorgung aktuell und in Zukunft</b> <i>Prof. Dr. Dr. Uwe Koch, UKE Hamburg-Eppendorf</i>
11.45	<b>Mittagspause</b>
13.30	<b>Verwirklichungschancen für Kinder und Jugendliche in einer globalisierten Welt und wie sie gefördert werden können</b> <i>Prof. Dr. Heiner Keupp, Ludwig-Maximilians-Universität München</i>
14.00	<b>Psychotherapie in 5, 10 und 20 Jahren: Wie viel Entwicklung ist voraussagbar und wie könnte sie aussehen? – Perspektive eines Psychodynamikers</b> <i>Prof. Dr. Dr. Horst Kächele, International Psychoanalytic University Berlin</i>
14.30	<b>Kaffeepause</b>
15.00	<b>Psychotherapie in 5, 10 und 20 Jahren: Wie viel Entwicklung ist voraussagbar und wie könnte sie aussehen? – Perspektive eines integrativen Psychotherapeuten</b> <i>Prof. Dr. Franz Caspar, Universität Bern</i>
15:30	<b>Abschlussdiskussion: Podium + Plenum</b>
ca. 17.30	<b>Ende</b>

Freitag/Samstag, den 21./22.10.2011 sowie Samstag, den 24.03.2012.

### 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](mailto:info@lpk-bw.de); [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)

## 18. Delegiertenversammlung am 14.4.2011: Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung als Ziel

Kammerpräsident Nikolaus Melcop begann den Vorstandsbericht mit Überlegungen zu ethischen Aspekten aktueller Medienberichte über Katastrophen und Krisen und ordnete psychotherapeutische Themen in diesen Kontext ein. Vor dem Hintergrund der weiterhin steigenden Erkennungsrate psychischer Erkrankungen forderte er anschließend, die psychotherapeutische Versorgung dringend zu verbessern. Die jetzige sogenannte Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung unterstelle, dass der Versorgungsbedarf auf dem Land neunmal geringer sei als in Ballungszentren. So gelten im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Bayern tatsächlich besonders schlecht versorgte Planungsbereiche als planungsrechtlich „massiv“ überversorgt. Melcop skizzierte die Forderungen der Psychotherapeuten im Rahmen des geplanten GKV-Versorgungsgesetzes. Hierzu gehören u. a. eine prospektive integrierte Rahmenplanung, die Einbindung der Psychotherapeutenkammern in die Planungsgremien, die Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie sowie die Abschaffung des Demografiefaktors. Im Weiteren stellte er die unterschiedlichen Aktivitäten der Kammer zum Versorgungsgesetz vor. Hierbei wurden u. a. mit dem bayerischen Gesundheitsministerium mehrfach Informationen ausgetauscht. Die Kammer hat darüber hinaus ihre Standpunkte u. a. bei einer Landtagsanhörung, gegenüber Landtagsabgeordneten, in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, beim Bayerischen Gesundheitsforum und bei der Versor-

gungskonferenz des Bayerischen Gesundheitsministeriums vertreten.

### **Reform von Studium und Ausbildung**

Student/inn/en, die Psychotherapeut/in werden wollen, sehen sich in Bayern mit der Situation konfrontiert, dass nach dem Bachelor-Studienabschnitt keine ausreichende Anzahl an erforderlichen Master-Studienplätzen zur Verfügung steht. Vor dem Hintergrund des hohen Versorgungsbedarfs müsse die Zukunft der Ausbildung dringend im Rahmen einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes geregelt werden, forderte Melcop.

### **Psychotherapie und Psychiatrie**

Melcop berichtete über unterschiedliche Aktivitäten der Kammer im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen unter dem Stichwort „Psychiatrie“, so auch über die Landtagsanhörung „Situation der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung im Freistaat Bayern“ am 24.2.2011. Die Kammer konnte dort ihre Forderungen mit Hilfe einer Stellungnahme gut positionieren.

### **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) – quo vadis?**

Melcop berichtete über die Ergebnisse der Ende Januar durchgeführten Wahlen in der KVB. In den Vorstands- und Gremienwahlen wurden Psychotherapeut/inn/en aus Führungspositionen ausgeschlossen. Hin-

sichtlich der von Dr. Ilka Enger, Vertreterin der Psychotherapeuten im KVB-Vorstand, Anfang April vorgestellten „Multikooperativen Behandlung“ im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung zeigte sich Melcop skeptisch.



*Den Vorstandsbericht präsentierte Kammerpräsident Nikolaus Melcop. (Foto: Johannes Schuster)*

### **Elektronische Medien und Psychotherapie**

Melcop skizzierte die Chancen und Gefahren für Patient/inn/en und Psychotherapeut/inn/en hinsichtlich des Einsatzes elektronischer Medien. Er kündigte an, dass sich die Kammer in Kooperation mit den anderen Psychotherapeutenkammern weiter dieser Thematik widmen werde.

### **Kontroverse Diskussion zu einer möglichen Weiterbildungsordnung**

Vizepräsident Bruno Waldvogel, Sprecher der von der Bundespsychotherapeutenkammer eingesetzten Kommission „Zusatzqualifizierung“, stellte ausführlich die von der Kommission in ihrem Bericht zusammengetragenen Für- und Gegenargumente zur Weiterbildung vor.



*Vizepräsident Bruno Waldvogel.  
(Foto: Johannes Schuster)*

Die 13. Delegiertenversammlung der PTK Bayern (23.10.2008) hatte den Vorstand beauftragt, sich um eine Änderung im Bayerischen Heilberufekammergesetz (HKaG) zu bemühen, die unseren Berufsgruppen prinzipiell die Einführung einer Weiterbildung ermöglicht.

Der Vorstand hatte sich am 29.7.2010 grundsätzlich für die Möglichkeit von Weiterbildungen in wissenschaftlich anerkannten Verfahren ausgesprochen. In der Diskussion der Delegierten wurden insbesondere die Argumente gegen eine Weiterbildung hervorgehoben.

### **Delegierte wünschen Fortsetzung der Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie**

Vizepräsident Bruno Waldvogel informierte über die Ergebnisse des Pilotprojektes

„Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie“, das vom 1.8. bis 31.12.2010 von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) angeboten wurde. An dem Kooperationsprojekt beteiligten sich neben der PTK Bayern auch die Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und Berlin.

Insgesamt gab es 204 Anfragen, ein Viertel davon waren allgemeine Fragen zur Psychotherapie und hatten keine Beschwerden zum Inhalt. Die Delegierten beauftragten den Vorstand, sich in Verhandlungen mit der „neuen“ UPD um eine Fortsetzung des zum 31.12.2010 ausgelaufenen Pilotprojektes zu bemühen.

### **Jahresabschluss 2010 einstimmig angenommen, Vorstand entlastet**

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte detailliert den Jahresabschluss für das Jahr 2010. Nach der Stellungnahme des Finanzausschusses wurde der Jahresabschluss 2010 durch die Delegiertenversammlung antragsgemäß angenommen und der Vorstand entlastet. Beides einstimmig.



*Vizepräsident Peter Lehndorfer.  
(Foto: Johannes Schuster)*

### **Änderung der Wahlordnung einstimmig angenommen**

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte die geplanten Änderungen der Wahlordnung der PTK Bayern, die die Erkenntnisse

aus der vorgängigen Wahl umsetzen soll. Nach Diskussion nahmen die Delegierten die neue Wahlordnung einstimmig an.

### **Delegierte und Stellvertreter für die Bundesdelegiertenversammlung nachgewählt**

Da die Zahl der Kammermitglieder weiter gestiegen ist, stehen der PTK Bayern für die diesjährigen Deutschen Psychotherapeutentage 15 (statt bisher 14) Bundesdelegierte zu. Als 15. Bundesdelegierter wurde Dr. Andreas Rose gewählt. Sein 1. Stellvertreter ist Rainer Cebulla, 2. Stellvertreterin Dr. Anke Pielsticker. Zum 1. Stellvertreter für Rudi Bittner wurde Gerhard Rudolf Müller (bisher A. Rose) gewählt.

### **Weitere Schwerpunkte der Delegiertenversammlung**

Im Anschluss folgten die **Berichte aus den Ausschüssen** der Kammer für **Aus-, Fort- und Weiterbildung** (Rainer Knappe), für die **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Thomas Stadler) sowie **Psychotherapie in Institutionen** (Dr. Peter Dillig).

Danach informierten die **satzungsgemäßen Vertreter der Ausbildungsinstitute** (Susanne Färber) und der **Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung** (Lisa Brendel) sowie der **Hochschulen** (Prof. Angelika Weber) über ihre Tätigkeit.

Am Ende der 18. Delegiertenversammlung skizzierte **Eva Löser, Fachschaft Psychologie der LMU München, die Situation der Psychologiestudierenden**. Für die ersten Bachelor-Absolventen stünden im Wintersemester 2011/2012 deutlich weniger Masterstudienplätze im Vergleich zu den Bachelorstudienplätzen in Psychologie zur Verfügung. Präsident Melcop sagte den Studierenden von Seiten der Kammer bei den Gesprächen mit den Vertretern des Bayerischen Gesundheits- und Wissenschaftsministeriums Unterstützung zu.

## Trauer um Angelika Wagner-Link

Völlig überraschend ist am 12. Mai 2011 in München Angelika Wagner-Link gestorben, seit 2007 Vorstandsmitglied der PTK Bayern. Mit großer Bestürzung und tiefer Betroffenheit haben der Vorstand und die Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle die Todesnachricht aufgenommen. „Wir haben Angelika Wagner-Link immer als eine vertrauensvolle, kompetente, hilfsbereite und lebensbejahende Kollegin schätzen gelernt, und so werden wir sie auch in Erinnerung behalten“, erinnert Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop an die Verstorbene. „Wir sind uns alle sicher, dass ihr berufspolitisches Engagement und ihr großer Sachverstand als Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin, Coach, Trainerin, Supervisorin, Mediatorin und Buchautorin noch lange fortwirken werden.“

Angelika Wagner-Link hat sich schon kurz nach ihrem Psychologiestudium in den 1970er Jahren mit den Themen Stressbewältigung, Stressmanagement



*Vorstandsmitglied Angelika Wagner-Link ist am 12. Mai 2011 in München gestorben. (Foto: Siegfried Sperl)*

und Entspannungstechniken beschäftigt. Über 20 Bücher und Fachaufsätze hat sie seither veröffentlicht. Weitere wesentliche Schwerpunkte in ihrer Tätigkeit als Fachautorin waren die Prävention, Gesundheitsförderung und seelische Gesundheit. Besondere Anliegen waren ihr die Gender-

Thematik und der Einsatz für die Interessen von Frauen. In der Berufspolitik setzte Angelika Wagner-Link sowohl auf Verbands- wie auf Kammerebene nachhaltige Akzente: Zuletzt als Vorsitzende des Vorstands der Landesgruppe Bayern im Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und als Vorstandsmitglied der PTK Bayern.

Darüber hinaus war Angelika Wagner-Link als Psychotherapeutin in eigener Praxis tätig, arbeitete als Dozentin in verschiedenen Ausbildungsinstituten und hatte einen Lehrauftrag an der LMU München. Sie war staatlich anerkannte Lehrsupervisorin und leitete in München das von ihr gegründete Institut für Mensch & Management. Und: sie strahlte immer Lebensfreude und Herzlichkeit aus.

Wir denken an Angelika mit großer Trauer und Hochachtung. Unsere herzliche Anteilnahme gilt den Angehörigen und allen, die ihr nahestanden.

## Angestelltentag der PTK Bayern: Gemeinsames Engagement erforderlich

Am 4.3.2011 fand in München der zweite Angestelltentag statt, an dem zahlreiche Kammermitglieder aus Beratungsstellen, Krankenhäusern und weiteren Institutionen teilnahmen. Kammerpräsident Nikolaus Melcop stellte an Beispielen dar, wie sich die Kammer sowohl für die einzelnen Bereiche als auch für die übergeordneten gemeinsamen Interessen der angestellten Mitglieder einsetzt. Er rief die Mitglieder dazu auf, sich in den Kliniken, Beratungsstellen und anderen Institutionen als angestelltes Kammermitglied auch selbst aktiv für die eigenen Interessen und die Höhe ihres Verdienstes einzusetzen. Gert Sonntag, Leiter der Stabsstelle Strategische Sozialplanung und Geschäftsführer des Gremiums zur Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung im Bezirk Oberbayern, nahm in seiner Begrüßung u. a. Bezug auf die Förderung der diversen Projekte zur Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen durch den Bezirk Oberbayern.

Heiner Vogel, Mitglied des Vorstands der PTK Bayern, betonte, dass die Kammer in konkreten Tarifaufeinandersetzungen aus rechtlichen Gründen nicht direkt aktiv werden könne. Deshalb pflege sie entsprechend Kontakte zu den Gewerkschaften. Vogel richtete an die Anwesenden die Bitte, die Kammer ggf. über Problemlagen aus ihren jeweiligen Arbeitsbereichen zu informieren.

Über neue Entwicklungen bei Tariffragen und Eingruppierung referierte Dominik Schirmer, Landesbezirksfachbereichsleiter bei ver.di, München. „In Institutionen in Führung gehen! Wie Psychothera-



*Der zweite Angestelltentag fand erneut im Bezirk Oberbayern in München statt. (Foto: Johannes Schuster)*

peuten Leitungsfunktionen einnehmen“ war der Titel des Fachvortrags von Dipl.-Psych. Ulrike Hess, Systemische Beratung und Coaching, Erlangen. Die Teilnehmer konnten am Nachmittag zwischen vier parallel stattfindenden Workshops wählen, in denen spezielle Themen im Dialog vertieft erörtert und diskutiert wurden.

Nikolaus Melcop und Heiner Vogel hoben im Schlussplenum hervor, dass sich die Kammer im Rahmen der vielfältigen Themen auch weiterhin sowohl auf bestimmte Angestelltengruppen konzentrieren als auch die gemeinsamen Interes-

sen im Auge behalten müsse. Die klare Botschaft am Schluss lautete: „Wenn Sie Themen und Anliegen haben, bitte am besten alles notieren und dem Vorstand mitteilen. Tragen Sie Ihre Anliegen auch in Ihren Kollegenkreis und sprechen Sie dort

darüber.“ Die Vorträge der Referenten und Experten der Workshops haben wir auf der Website der Kammer in unserer Nachricht vom 10.3.2011 zum Downloaden vorbereitet.

## Gemeinsame Fortbildung für Psychotherapeuten und Ärzte: „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen“

Vom 8. bis 10. April fand das Grund- und Aufbaumodul der Fortbildungsveranstaltung „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“ in München statt. Das Seminar wandte sich primär an Psychologische Psychotherapeut/inn/en und Ärzt/innen/e, die Kenntnisse in den Grundlagen der Psychotraumatologie inkl. Differentialdiagnostik besitzen. Die Veranstaltung wurde gemeinsam von der PTK Bayern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg organisiert.

Dr. Bruno Waldvogel, Vizepräsident der PTK Bayern, erläutert das Seminarkonzept:

„Durch einen abgestimmten Mix aus Vorträgen und praktischen Übungen in Kleingruppen soll ein hoher Lernerfolg garantiert werden.“

Dr. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) unterstützt nachhaltig dieses Pilotprojekt: „Mit diesem Seminar haben die vier Heilberufekammern fachliche Kompetenz auf hohem Niveau vermittelt.“ Gerade in diesem sensiblen Bereich sei es wertvoll, die vorhandenen Kräfte in den verschiedenen Kammern zu bündeln.

Zusätzlich wurden im Seminar Fallbeispiele aus dem Asyl- und Ausländerrecht vorgestellt. Präsident Dr. Ulrich Clever von der LÄK

Baden-Württemberg zu den Hauptinhalten der Veranstaltung: „Thematisiert wurden unter anderem Formen der Traumatisierung, Epidemiologie, Migration, Diagnostik und Differenzialdiagnostik und standardisierte Psychodiagnostik.“ „Die interkulturelle Begutachtung war ein weiterer Schwerpunkt des Seminars“, erklärt Birgitt-Lackus-Reitter, Vorstandsmitglied der LPK Baden-Württemberg. Diskutiert wurden dabei kulturspezifische Besonderheiten, der Einsatz von Dolmetschern und frauenspezifische Aspekte.

Das Ergänzungsmodul (Fortbildung über psychische Traumafolgen bei Flüchtlingen: Traumatisierte Kinder und Jugendliche) fand am Freitag, 27. Mai 2011, nach Redaktionsschluss statt.

## Umfrage Neuapprobierte: Ergebnisse liegen vor

Unsere Befragung der Neuapprobierten war geleitet von der Absicht, ein Bild von der konkreten Berufstätigkeit nach Abschluss der Psychotherapieausbildung einschließlich der Verdienstchancen zu gewinnen. Im Januar 2011 wurden an 292 neuapprobierte Kammermitglieder der Jahre 2009 und 2010 Fragebögen verschickt. Wir hatten einen Rücklauf von 156 Fragebögen (56%). Unsere Stichprobe wies ein Durchschnittsalter von 38,4 Jahren bei einer Spanne von 29 bis 59 Jahren auf. Frauen waren jünger (38,2 Jahre) als Männer (39,9 Jahre). Im Durchschnitt lag der Hochschulabschluss 8,6 Jahre zurück, die Ausbildungsdauer für die Psychotherapieausbildung betrug im Durchschnitt 5,4 Jahre. Unsere Stichprobe setzte sich aus 86,5% Frauen und 13,5% Männern zusammen.

Bei 83,3% der Befragten war der Ursprungsstudiengang Psychologie, bei

15,4% der Befragten lag ein pädagogischer Studienabschluss vor. 79,5% der Neuapprobierten hatten die Ausbildung zur/zum PP absolviert, 20,5% zur/zum KJP. Verhaltenstherapie war das Verfahren bei 71,2% der Neuapprobierten, 16,7% schlossen mit dem kombinierten Verfahren aus Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ab, 10,9% mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 60% an, angestellt zu sein. 40% waren selbstständig. Die Neumitglieder in einem Angestelltenverhältnis gaben sehr variable Arbeitszeiten mit einem Mittelwert von 31 Stunden an. Aus den Angaben zum Einkommen wurde ein durchschnittlicher Stundensatz berechnet, der – eine 39-stündige Arbeitswoche zugrunde gelegt – einen Durchschnittsverdienst von 3.809 € ergibt. Einkommensangaben von Selbstständigen gab es nur

von einem kleinen Teil der Befragten. Bei diesen Antworten wurde meist darauf hingewiesen, dass der Start in die Niederlassung erst vor kurzer Zeit erfolgt sei, konkrete Angaben zum Einkommen daher noch nicht gemacht werden könnten. Auf einer 11-stufigen Skala wurde die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation erfragt. Der Durchschnittswert betrug 7,1. Selbstständige gaben höhere Werte (7,7) als Angestellte (6,9) an. 53,8% der Befragten gaben an, sich im nächsten Jahr beruflich verändern zu wollen. Das Ziel, einen Kassensitz anzustreben, gaben 36,5% an. Augenblicklich werden aus den beiden befragten Jahrgängen ca. 107 Kassensitze gesucht. Die **Antworten auf offene Fragen** bedürfen einer umfassenden Analyse und Darstellung, können allerdings vorläufig in den folgenden Punkten zusammengefasst werden: Positiv bewertet wird der Schritt in die Selbstständigkeit, der mit Freiheiten in der

Arbeitsgestaltung, mit Anerkennung und der Erfahrung von Wirksamkeit verbunden wird. Allerdings werden die Schwierigkeiten beim Erlangen eines Kassensitzes und der insgesamt hohe bürokratische Aufwand negativ gewertet, so dass frisch Selbstständige keinen hohen Wert bei der Zufriedenheit erzielen. Für angestellte Psychotherapeut/inn/en gibt es eine Unzufriedenheit in Bezug auf das Erleben von schlechter Bezahlung, fehlender Anerkennung der

beruflichen Qualifikation und geringen Karrieremöglichkeiten. Angestrebte berufliche Veränderungen zielen im Wesentlichen ab auf Niederlassung oder auf Erlangung einer Leitungsposition. Als besondere Erschwernisse werden wahrgenommen: die mangelnde Verfügbarkeit von Kassensitzen, fehlende persönliche finanzielle Mittel und die strukturelle Ungleichbehandlung im Vergleich zu Ärzten. Unterstützung von Seiten der Kammer wird insbesondere in

zwei Bereichen erwartet: Niederlassung mit einem Kassensitz, angemessene Positionierung in Kliniken und anderen Institutionen.

Wir werden die Ergebnisse der Befragung in Form eines ausführlichen Berichts in nächster Zeit in einer differenzierten Darstellung publizieren. Die Ergebnisse sollen dann auch einen Schwerpunkt der standespolitischen Kammeraktivitäten begründen.

## Novellierung der Bayerischen Beihilfeverordnung: Verbesserung des Datenschutzes und Änderung der Stundenkontingente

Die Kammer hat in Kontakten mit dem zuständigen Bayerischen Finanzministerium erreicht, dass die Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV) nun eine **Pseudonymisierung der Patientendaten im Gutachterverfahren** vorsieht, siehe § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 BayBhV. Durch eine ähnliche Gestaltung wie im Gutachterverfahren bei gesetzlich Krankenversicherten wird jetzt somit auch im Bericht der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten an den Gutach-

ter in der Beihilfe nicht mehr wie bisher der Name des Patienten anzugeben sein. Die Umstellung auf die entsprechend angepassten Formblätter soll nach Auskunft des Ministeriums in Kürze abgeschlossen sein. Im Rahmen der am 1.4.2011 in Kraft getretenen Novelle der Verordnung wurden die Regelungen zur Psychotherapie in den §§ 9 ff. BayBhV auch im Übrigen umfassend überarbeitet. Dabei wurden insbesondere die Regelungen über die **Anzahl der ge-**

**nehmigungsfähigen Therapiesitzungen** im Wesentlichen den Vorschriften in der Gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. In der Verhaltenstherapie besteht allerdings auch weiterhin die Möglichkeit, 10 Sitzungen Einzelbehandlung bzw. 20 Sitzungen Gruppenbehandlung ohne vorheriges Gutachterverfahren durchzuführen. Die neue Fassung der BayBhV und Erläuterungen dazu finden Sie auf der Website der Kammer.

## Presseaktivitäten Früherkennung, Prävention und Sucht

Zu den Themen Spiel-, Computer- und Kaufsucht wurden u. a. anlässlich der geplanten Neufassung des Glücksspielstaatsvertrags durch die Ministerpräsidenten verschiedenen Medien Interviews gegeben. Besonders engagiert hat sich die Kammer in der Prävention von Suchtgefahren durch Glücksspiel. Hierzu wurden dem Gesundheitsministerium Vorschläge unterbreitet. Eine Pressemitteilung hat am 11.4.2011 die Einigung der Ministerpräsidenten zur Neuregelung des Glücksspielstaatsvertrages als unzureichenden Schutz vor Suchtgefahren kritisiert. Mehrere Medien haben das Thema aufgegriffen und Interviews mit Nikolaus Melcop abgedruckt. Melcop hat für die BPTK bei der Anhörung zum geplanten Glücksspielstaatsvertrag in der Staatskanzlei des Landes Sachsen-Anhalt am 25.5.2011 die Stellungnahme, die auf Bitten der BPTK erstellt wurde, vorgestellt.

Das Münchner Bündnis gegen Depression hat in Zusammenarbeit mit der Lan-

deshauptstadt München am 23.3.2011 in München eine Pressekonferenz mit dem Titel „Depression bei Kindern und Jugendlichen – Früherkennung stärken“ organisiert, an der zahlreiche Medienvertreter teilnahmen. Ansprechpartner und Experte für die Journalisten war auch Peter Lehdorfer. Er stellte in seinem Statement fest, dass eine depressive Erkrankung bei einem Kind für Eltern kein Grund ist, an den erzieherischen Fähigkeiten zu zweifeln, aber immer ein Grund, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Erfolgsaussichten psychotherapeutischer Behandlung seien prinzipiell gut. Lehdorfer stellte die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für depressive Kinder vor und betonte die Bedeutung der Prävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Wichtig sei auch, dass neben den Lehrerinnen und Lehrern auch die Erzieher/innen auf das frühzeitige Erkennen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vorbereitet werden.

Die Kammer war Kooperationspartner des 10. Suchtforums „Vom Tüchtigen zum Süchtigen ... arbeitsmüde, erschöpft und ausgebrannt: Arbeiten bis die Helfer kommen!“. Heiner Vogel gab auf der Pressekonferenz zum Suchtforum am 13.4.2011 in München ein Statement ab. Er betonte die Bedeutung von Prävention und Therapie bei Burn-out. Er nannte gesellschaftliche und strukturelle Ansatzpunkte, die sich auf die Förderung gesunder Umwelten und autonomer Persönlichkeiten richten sowie auf Arbeitsplatzbedingungen, die ein Optimum an individuellem Kontrollleben zulassen und mitarbeiterbezogene Führungsstile verwirklichen. Dazu gehörten auch das Erleben von Wertschätzung und Anerkennung sowie die Erfahrung von Arbeitsplatzsicherheit und angemessene Bezahlung.

## Kurznachrichten

### PTK Bayern Mitglied im neuen Expertenkreis „Psychiatrie“

In einem neu gegründeten Expertenkreis „Psychiatrie“, den das bayerische Gesundheitsministerium eingerichtet hat, wurde die Kammer zum Mitglied des geschäftsführenden Gremiums benannt und ist an der bisher einzigen Arbeitsgruppe des Expertenkreises „Demenz“ beteiligt.

### Treffen der PiA-Vertreter: Lisa Brendel als Sprecherin wiedergewählt

Vizepräsident Bruno Waldvogel informierte die Vertreter der Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung am 16.3.2011 u. a. über die Struktur und Aufgaben der Kammer. Diskutiert wurde über die Mitwirkungsmöglichkeiten der PiA. Eine Kammermitgliedschaft der PiA wurde von vielen PiA-Vertretern überwiegend kritisch bewertet. Schließlich wurden die satzungsgemäßen Vertreter der PiA mit Gaststatus in der Delegiertenversammlung der Kammer neu gewählt: **Wiedergewählt wurde Lisa Brendel, ihre Stellvertreterinnen sind Sandra Vogts und Ariane Heeper.**

### Engagement für Masterstudienplätze in Psychologie

Im Wintersemester 2011/2012 werden in Bayern erstmals in größerem Umfang Psychologiestudierende ihr Bachelor-Studium beenden. Die Kammer befürchtet, dass die Anzahl der Masterstudienplätze mit Schwerpunkt klinische Psychologie weit geringer sein wird als die Zahl der Bachelorabsolventen aus Bayern. Zwei Vertreter der Fachschaft Psychologie der LMU München wurden zur 18. Delegiertenversammlung eingeladen. Dort konnten sie ihre Problematik vortragen. Die Kammer sagte den Vertretern der Fachschaft und der Studierendenvertretung, insbesondere der Münchner LMU, ihre Unterstützung zu. So wurden u. a. Termine mit dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP und dem bayerischen Wissenschaftsminister Heubisch vermittelt.

### Aufbaukurs „Kernkompetenzen in Leitungsfunktionen“

Am 8.4.2011 fand in München der Aufbaukurs der Fortbildungsveranstaltung „Als Psychotherapeut/in in Führung gehen“ statt. Nach der Kernfrage „Wie passen meine Kompetenzen, meine Verantwortung und meine Aufgaben zueinander?“, stand das Thema „Führen über Ziele“ im Mittelpunkt. Theoretische Inputs, Übungen und Reflexionen wechselten einander ab. Die Teilnehmer/innen baten einhellig um Fortsetzung dieser von Monika Dahmen-Breiner, Führungstrainerin und Organisationsberaterin, geleiteten Fortbildungsveranstaltung.

### Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert bzw. an denen sie teilgenommen hat: diverse Termine mit Bundes- und Landtagsabgeordneten wg. Versorgungsgesetz und Zukunft der Ausbildung; Treffen mit KVB-Vertretern; Klausurtagung „Internetassoziierte Psychotherapie“ am **12.3.2011**; 11. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **14.3.2011**; Veranstaltung der Grünen im Bayerischen Landtag „Nicht vergessen! Menschen mit psychischer und seelischer Behinderung“ am **15.03.2011**; BKK-Fachveranstaltung „Psychisch krank im Job“ am **5.4.2011**; Bayerische Versorgungskonferenz – Zukunft der Patientenversorgung in Stadt und Land am **11.4.2011**; 2. Sitzung der Arbeitsgruppen „Bürokratieabbau“ und „Schnittstelle ambulant-stationär“ im Bayerischen Gesundheitsministerium am **13.4.2011**; gemeinsame Fortbildungsveranstaltung mit der LAG Bayern „Kinder psychisch kranker Eltern – Hilfen gemeinsam gestalten“ am **7.5.2011**; Fortbildungsveranstaltung „Psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen“ am **7.5.2011**; 45. Bayerischer Apothekertag vom **20. – 22.5.2011**; Runder Tisch „Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in Bayern“ am **24.5.2011**; Forum der Bayerischen Krankenhausgesellschaft „Patienten versorgen – eine gemeinsame Aufgabe“ am **30.5.2011**.

### Bevorstehende Veranstaltungen

#### Mitglieder-Infoveranstaltungen:

Augsburg – 7.7.2011; München – 20.7.2011. Jeweils von 18.30 Uhr bis 21.00 Uhr. Bitte melden Sie sich möglichst bis spätestens fünf Tage vor den Veranstaltungen idealerweise online über unsere Website an. Wir freuen uns, wenn wir Sie in Augsburg oder München begrüßen können!

**10. Suchtforum** mit dem Titel „Vom Tüchtigen zum Süchtigen ... arbeitsmüde, erschöpft und ausgebrannt: Arbeiten, bis die Helfer kommen!“ 2. Termin: 15.7.2011, 13.30 bis 18.00 Uhr in Nürnberg.

**Migration und Psychotherapie:** Gemeinsame Veranstaltung mit der Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) sowie der Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung. Termin: 1.7.2011, 10.00 bis 17.00 Uhr in München.

**Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung:** Vortrag mit den Themen u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen“. Termin: 8.7.2011, 10.00 bis 14.15 Uhr in München

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, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Angelika Wagner-Link (†), 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)

## Zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin – Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer

### Hintergrund

872.000 BerlinerInnen haben einen Migrationshintergrund<sup>1</sup>, das entspricht 26% der Bevölkerung. 48% dieser Menschen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Verteilung auf die Berliner Bezirke ist sehr unterschiedlich: Liegt der Anteil der MigrantInnen in Berlin-Mitte, Neukölln, in Friedrichshain-Kreuzberg und Treptow jeweils zwischen einem Drittel und der Hälfte, so beträgt er in Lichtenberg 16% und in Treptow-Köpenick nur 10%. Berlinweit haben 40% der Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund, bei den unter 5-Jährigen sind es 43%. Dabei stammen in Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg ca. 60% der unter 18-Jährigen aus Einwandererfamilien. Laut Einwohnerregister vom 31.12.2010 kommen die MigrantInnen aus 199 Herkunftsländern, die meisten kommen aus Ländern der EU (27%). Die größten Herkunftsgruppen sind aus der Türkei (20%), gefolgt von Polen (11%), ehemaligem Jugoslawien (7%) und der russischen Föderation (5%). Der Anteil der Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund liegt dagegen bei nur 2%, der mit iranischem bei 1%. Die individuell unterschiedliche Motivation und Zukunftsplanung der MigrantInnen sowie der jeweilige Aufenthaltsstatus und der Lebens- und Bildungshintergrund erfordern, dass in allen relevanten Bereichen auf diese Veränderungen der Gesellschaftsstruktur reagiert werden muss.

In der Fachöffentlichkeit wird seit Jahren die unzureichende Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund beklagt. Zwar verfügt Berlin über ein breites kultursensibles Versorgungsangebot im psychiatrischen Bereich. Dazu zählen z. B. die Psychiatrische Institutsambulanz der Universitätsklinik der Charité im

St. Hedwigs-Krankenhaus, das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) der Charité Campus Mitte sowie ein breitgefächertes Angebot kultursensibler psychosozialer Beratung und Betreuung in kommunaler und freier Trägerschaft. Darüber hinaus soll ein Integrationsgesetz die Beteiligung von MigrantInnen im beruflichen Bereich garantieren. Dennoch wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen nicht dem Versorgungsgrad der BerlinerInnen ohne Migrationshintergrund entspricht. Zudem kommen neben den sonstigen Risikofaktoren insbesondere die Sprache und kulturell bedingtes Krankheitsverständnis als Barrieren zum Tragen. Die „Berliner Erklärung zur Notlage bei der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund“<sup>2</sup> von 2008 machte ebenso wie eine Petition für kultursensible psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund auf Berliner Landesebene wie auf Bundesebene auf diese Probleme aufmerksam. Der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zu Folge haben insbesondere Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im gesundheitlichen Bereich mit höheren Risiken zu kämpfen. Diese Tendenz wird durch eine kulturell tradierte zurückhaltende Inanspruchnahme von psychosozialen und medizinischen Hilfen verstärkt.<sup>3</sup>

### Untersuchung der PTK Berlin

Die im Frühjahr 2010 durchgeführte Mitgliederbefragung der PTK Berlin erhob vor diesem Hintergrund den Anteil der erwachsenen PatientInnen wie der Kinder und Jugendlichen (KJ), die sich zu diesem Zeitpunkt in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befanden, spezifiziert nach

- Herkunftsländern,
- Zugangswegen/Überweisungskontexten,
- Bedeutung der (Mutter-)Sprache,
- auftretenden Problemen,
- bewährten Lösungen,
- Vorschlägen für eine Verbesserung der Versorgung.

Für die Befragung definierten wir „Menschen mit Migrationshintergrund“ in Anlehnung an das statistische Bundesamt als Personen, die im Ausland geboren wurden oder in Deutschland geboren wurden, aber mindestens über ein Elternteil verfügen, das im Ausland geboren wurde, oder eine andere Muttersprache als Deutsch haben.

Für die Untersuchung verwendeten wir einen zweiseitigen Fragebogen von Möske, Gil-Martinez und Schulz (2010)<sup>4</sup>, den wir teilweise im Hinblick auf die Berliner Situation modifizierten und erweiterten.

„Interkulturelle Kompetenz“ verstanden wir dementsprechend in Anlehnung an das multidimensionale Kulturkompetenzmodell (nach Orlandi, 1992) mit den Faktoren professionell, kognitiv und affektiv. Orlandi<sup>5</sup> definierte drei Stufen der Entwicklung von kultureller Kompetenz: kulturelle Inkompetenz, kulturelle Sensibilität und kulturelle Kompetenz. Er nahm an, dass kulturell inkompetente PraktikerInnen tendenziell Schäden anrichten. Kulturell kompetente PraktikerInnen könnten aus dieser Kompetenz heraus zusätzliche positive Aspekte ihrer Arbeit erwarten. Das Mindeste sei daher eine kulturelle Sensibilität, um die Effekte der eigenen Arbeit im interkulturellen Kontext nicht selbst zunichte zu machen.

## Ergebnisse

Angeschrieben wurden alle 3.392 Mitglieder der Berliner Psychotherapeutenkammer. Von den 1.896 zu dem Zeitpunkt teilweise oder ausschließlich ambulant in Einrichtungen oder eigener Praxis psychotherapeutisch tätigen Mitgliedern beteiligten sich 390 PsychotherapeutInnen (PT) an der Befragung. Somit betrug der Rücklauf bei den ambulant Tätigen ca. 20%. Davon wiesen ca. 20% einen eigenen Migrationshintergrund (PT m MH) auf. Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung der PsychotherapeutInnen in Berlin auf die Bezirke. Einige Fragebögen gingen lange nach Ablauf der Rücksendefrist ein und konnten für diese Auswertung nicht berücksichtigt werden.

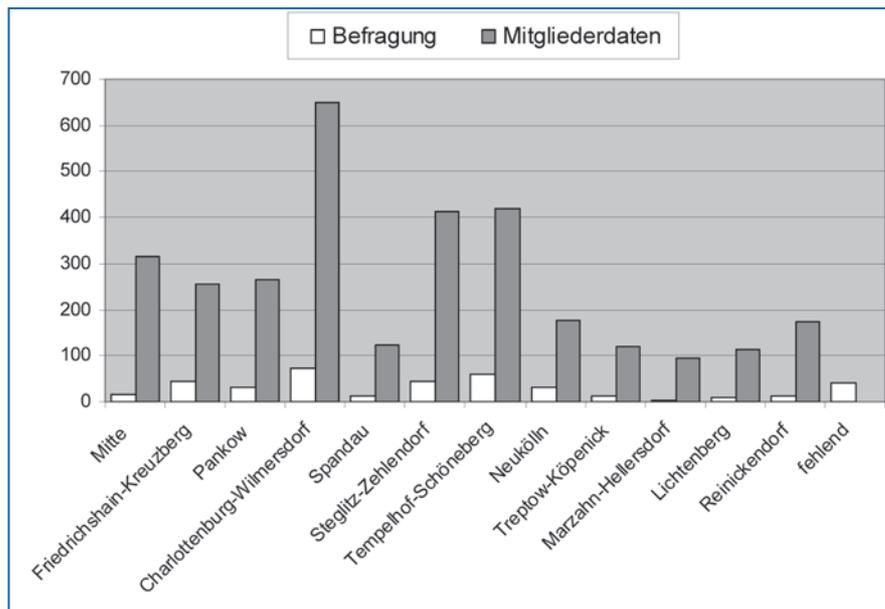


Abb. 1: Bezirk der ambulanten Tätigkeit als PsychotherapeutIn

Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz betragen bei den Befragten bis zu 24 Monaten. Ein Erstgespräch fand im Mittel 1,4 Monate nach der Anfrage statt, eine Psychotherapie begann nach durchschnittlich 3,3 Monaten.

Die PsychotherapeutInnen ohne Migrationshintergrund (PT o MH) wurden vorwiegend nach ärztlicher Überweisung aufgesucht, erst danach kamen eigene Motivation der PatientInnen und private Empfehlung zum Tragen. PsychotherapeutInnen mit Migrationshintergrund hingegen wurden vor allem auf private Empfehlung hin aufgesucht, erst danach waren ärztliche Überweisung und eigene Motivation Zugangswege zur ambulanten Psychotherapie. Die Bedeutung privater Empfehlungen (durch Bekannte, NachbarInnen, Verwandte) für eine Behandlung bei PT m MH weist auf unterschiedliche Zugangswege und Schwellen, aber auch ein unterschiedliches Klientel hin.

82% der PsychotherapeutInnen ohne und 95% der PT mit Migrationshintergrund behandelten zum Zeitpunkt der Befragung PatientInnen mit Migrationshintergrund. Ersterer behandelten allerdings überwiegend in Deutschland geborene PatientInnen bzw. solche, die die deutsche Staatsangehörigkeit hatten. Hingegen waren nur 28% der PatientInnen mit MH, die PT mit MH aufsuchten, in Deutschland geboren, nur 34% von ihnen hatten die deutsche

	Nennungen	Anteil in %	PT o MH	PT m MH
PatientInnen mit MH	372	20,5%	17,1%	34,3%
in Deutschland geborene PatientInnen mit MH	296	37,3%	39,5%	27,7%
PatientInnen mit MH und deutscher Staatsbürgerschaft	239	58,1%	60,2%	51,1%

Abb. 2: Berliner PatientInnen mit Migrationshintergrund unterteilt nach PT mit und ohne Migrationshintergrund (Quelle: Mitgliederbefragung der PTK Berlin, 2010)

Staatsangehörigkeit. Eine Differenzialanalyse ergab, dass PT mit eigenem MH erheblich mehr „schwer erreichbare Klientel mit MH“ behandelten, das heißt PatientInnen mit geringeren Sprachkenntnissen, im Ausland Geborene und PatientInnen ohne deutsche Staatsbürgerschaft.

### Zur Bedeutung von Sprache/ Muttersprache in der Psychotherapie

Die PT o MH bezeichneten die Sprachkenntnisse ihrer PatientInnen zu 92% als ausreichend, für 3% war der Einsatz eines Dolmetschers notwendig. Die PT m MH bezeichneten die Sprachkenntnisse bei nur 71% ihrer PatientInnen als ausreichend, sie benötigten bei 15% der Fälle SprachmittlerInnen. Offen bleibt, ob dies überwiegend an der unterschiedlichen Zusammensetzung der Klientel oder an unterschiedlichen Einschätzungen der Sprachkenntnisse durch die TherapeutInnen liegt.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Arbeit mit den Eltern von in Therapie befindlichen Kindern und Jugendlichen: Die TherapeutInnen ohne MH bezeichneten die Deutschkenntnisse bei 78% der Eltern als ausreichend für Beratungsgespräche, bei 13% als teilweise ausreichend, bei 9% der Eltern war der Einsatz von DolmetscherInnen notwendig.

Die TherapeutInnen mit MH bezeichneten bei nur 63% der Eltern die Sprachkenntnisse als ausreichend, bei 12% der Eltern als teilweise ausreichend, bei rund einem Viertel hielten sie den Einsatz von SprachmittlerInnen für notwendig. 21% der PT ohne MH bzw. 23% derer mit MH gaben an, bereits Erfahrungen in der Arbeit mit SprachmittlerInnen zu haben.

45% der Befragten gaben an, bereits einmal in einer anderen Sprache gearbeitet zu haben, rund 10% hatten bereits in mehreren Fremdsprachen gearbeitet, wo-

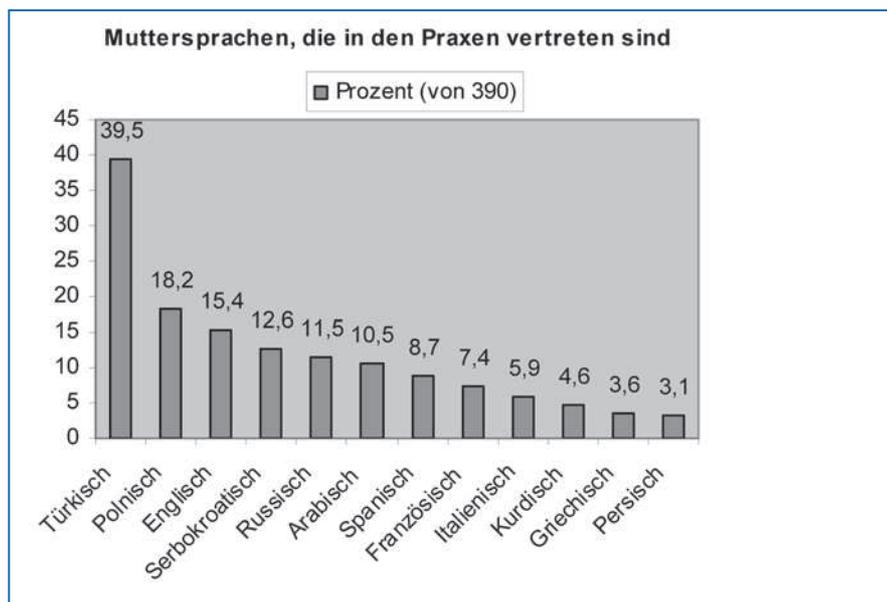


Abb. 3: Übersicht über die in der Psychotherapiepraxis gesprochenen Sprachen

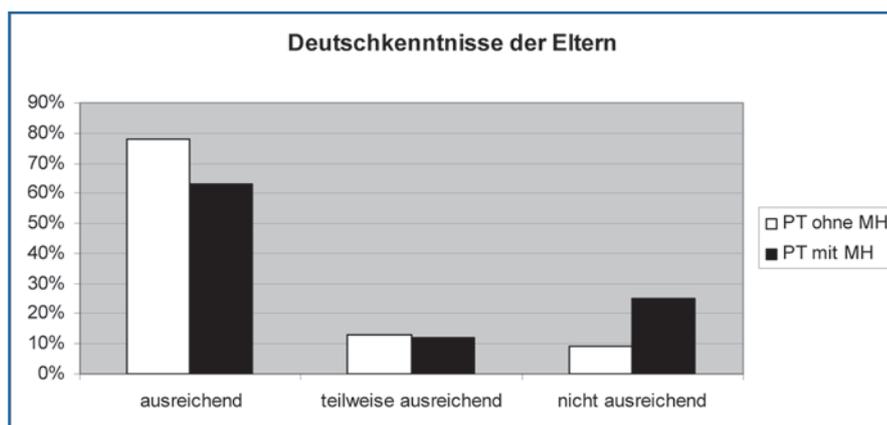


Abb. 4: Deutschkenntnisse der Eltern

bei der Anteil unter den PT mit MH mit 18% höher ist als unter jenen ohne MH (8,2%). Entsprechend hatten auch knapp ein Drittel der PT m MH bereits nicht-deutsche Materialien bzw. Informationsmaterial in Fremdsprachen verwendet, aber nur rund ein Sechstel der PT o MH. Während ein Drittel (34%) der Befragten sowohl mit als auch ohne MH bereits eine Psychotherapie in englischer, 6% in französischer und 4% in spanischer Sprache durchgeführt hatten, kamen andere Sprachen fast ausschließlich bei PT m MH vor. So hatten sogar 10% der PT m MH Psychotherapien in spanischer, 13% in türkischer, 8% in russischer, 5% in portugiesischer und 4% in italienischer Sprache durchgeführt.

### Kultursensibles Arbeiten

Einige Befragte nannten ein unterschiedliches Krankheitsverständnis, das insbesondere in der Anamneseerhebung zu Tage tritt, als einen auf Patientenseite erschwerenden Faktor für eine Behandlung. 14% der PT m MH, aber nur 9% derer ohne MH nannten als Herangehensweise „Patient als Experte“, von dem sie sich eventuelle kulturelle Besonderheiten erklären ließen.

13% der Befragten hoben den **konstruktiven Umgang** mit Sprachschwierigkeiten hervor. Besonders betont wurden dabei verschiedene Kommunikationsmethoden von der einfachen, bildhaften Sprache, dem Nachfragen zum (sprachlichen) Verständnis, der Wiederholung des Gesagten bis

zum Kommunizieren über „Umwege“ und nonverbale Methoden. Weiterhin wurden Geduld, das Thematisieren von Differenzen, Vorbehalten und Missverständnissen, Literaturstudium und Fortbildung sowie Supervision und Intervention häufig als Lösungsansätze genannt (von 7-8% der Befragten).

Gleichwohl bejahten 25% der PT ohne MH und 18,2% jener mit MH, dass in Einzelfällen Kulturdifferenzen dazu geführt hatten, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht durchgeführt werden konnte.

Als Voraussetzung für kultursensibles Arbeiten wurden genannt:

- kulturspezifische Kenntnisse,
- Offenheit gegenüber der anderen Kultur,
- Toleranz, Akzeptanz und Respekt,
- Neugier,
- Empathie und Sensibilität.

Darüber hinaus hielten jeweils knapp 10% der PT ohne und mit MH übereinstimmend Behandlungsmöglichkeiten in der Muttersprache und eine kritische Reflexion der eigenen Werte und Normen für notwendig.

Insgesamt hatten mehr als ein Drittel (35%) der Befragten bereits an spezifischen Fortbildungen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund teilgenommen. Mehr als die Hälfte der Befragten (51,3%) hatte Interesse an Fortbildungen in diesem Bereich. Auch wenn schon rund 50% der befragten PT m MH solche Fortbildungen absolviert hatte (gegenüber 30% der PT o MH), war bei ihnen das Interesse an entsprechenden Fortbildungen mit 62% der Befragten größer als bei den PT o MH (48%).

### Fazit

Die Befragung der Mitglieder der Berliner Psychotherapeutenkammer zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund allmählich „in den Praxen ankommen“ und von den dort tätigen PsychotherapeutInnen nach Möglichkeit behandelt werden. Die PsychotherapeutInnen, die kultursen-

sibel arbeiten, verfügen über theoretische und praktische Kenntnisse in der interkulturellen Arbeit und reflektieren ihr Tun.

Die genannten Wartezeiten für ambulante Behandlungen sind in den Bezirken, in denen der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund besonders hoch ist, besonders lang. Es ist daher weiter von einer Unterversorgung auszugehen, die z. B. in Freitextkommentaren der Befragten benannt wurde. Angesichts der von vornherein hohen Prävalenz an MigrantInnen in bestimmten Bezirken der Stadt Berlin und eines veränderten Inanspruchnahmeverhaltens der jüngeren Generation in Bezug auf Psychotherapie sollte zeitnah über bezirkliche Sonderbedarfszulassungen von PP und KJP nachgedacht werden.

Die Arbeit mit qualifizierten Sprachmittlern sollte durch entsprechende Fortbildungen unterstützt werden. Der Einsatz einer Hilfs-Fremdsprache wie Englisch kann nur bei einem kleinen Teil der PatientInnen erfolgreich angewendet werden.

Die Befragten haben Anregungen gegeben zur Verbesserung der Situation durch gezielte Fortbildungsangebote und zur Verankerung des Themas in der Ausbildung. Vorgeschlagen wurden insbesondere Angebote zu kulturellem und religiösem

Hintergrundwissen sowie Materialien zur Arbeit im interkulturellen Raum.

Als wichtige Bausteine für kultursensible ambulante Psychotherapie wurden die Behandlungsmöglichkeit in der Muttersprache des Patienten bzw. der Patientin sowie eine kritische Reflexion des jeweiligen kulturellen Hintergrunds, das heißt der eigenen Normen, Werte und Vorurteile und deren Berücksichtigung in der Therapie, genannt.

Die Mitgliederbefragung der PTK basiert auf Selbstangaben, wobei soziale Erwünschtheit ggf. eine Rolle spielt. Eine vertiefende qualitative Untersuchung zu kultursensibler Behandlung wäre hilfreich.

Die Mitgliederbefragung der PTK Berlin macht deutlich, dass es schon heute ein Angebot ambulanter Psychotherapie für MigrantInnen in Berlin gibt. Die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen wird auch weiterhin bemüht sein, dieses Angebot aufrecht zu erhalten, weiter zu verbessern und auszubauen. Die Sicherstellung einer kultursensiblen Psychotherapie ist dabei die Minimalforderung. Vor dem Hintergrund des großen Anteils von BerlinerInnen mit Migrationshintergrund sollten sich PTK Berlin und ihre Mitglieder mittelfristig auf Leitlinien für ein kulturkompetentes Behandlungsangebot verständigen.

## Landespsychotherapeutentag 2011

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Psychotherapeutenkammer Berlin veranstaltete die Kammer am 2. April 2011 ihren 7. Landespsychotherapeutentag zum Thema „Psychotherapeutische Versorgung“.

Staatssekretär Prof. Dr. Benjamin-Immanuel Hoff lobte das engagierte und selbstbewusste Auftreten der Berliner Psychotherapeutenkammer in der Gesundheitspolitik. Auch Dieter Best, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), betonte: „Die Psychotherapie ist zu einer wichtigen Säule des deutschen Gesundheitswesens geworden. Der Wert der Psychotherapie, nicht nur bei der Behandlung psychischer Krankheiten, sondern auch bei körperlichen Krankheiten,

bei denen psychische Faktoren beteiligt sind“, werde zunehmend erkannt.

Über neueste epidemiologische Forschungsergebnisse zu psychischen Erkrankungen und Ideen zur Versorgungsoptimierung referierte Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen. Bundestagsabgeordneter Prof. Dr. Karl Lauterbach sprach zu den „Perspektiven für die psychotherapeutische Versorgung im Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Medizin und Politik“.

Einen Bericht sowie die einzelnen Vorträge finden Sie auf unserer Kammerwebsite: [http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/termine/event\\_17608.html](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/termine/event_17608.html)

## Literatur

- 1 [http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/statistik/pk\\_praesentation\\_afs\\_bed\\_bf.pdf?start&ts=1303204439&file=pk\\_praesentation\\_afs\\_bed\\_bf.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/statistik/pk_praesentation_afs_bed_bf.pdf?start&ts=1303204439&file=pk_praesentation_afs_bed_bf.pdf)
- 2 vgl. [www.susi-frauen-zentrum.com/pdf/berlinererklaerung.pdf](http://www.susi-frauen-zentrum.com/pdf/berlinererklaerung.pdf)
- 3 Ravens-Sieberer, U., Nickel, J., Bettge, S., Schulz M., Helle, N., Hermann, S. & Meinschmidt, G. (2008). Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: die WHO-Jugend-Gesundheitsstudie für Berlin und Hamburg. Hamburg: Dr. Kovac.
- 4 Mösko, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2010). Unveröffentlichter Fragebogen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Arbeitsgruppe Migration.
- 5 Orlandi, M. A. (1992). Defining cultural competence: an organizing framework. In OSAP (ed.), Cultural Competence for evaluators. Washington: US PHHS Publ.

*Karin Jeschke,  
Wissenschaftliche Referentin*

*Dorothee Hillenbrand,  
Vizepräsidentin*

## Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, Pilar Isaac-Candeias, Dr. Beate Locher, Ute Meybohm, Brigitte Reysen-Kostudis, Christoph Stößlein, 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)

## PKHB: Geplantes Versorgungsgesetz muss die Belange psychisch kranker Menschen berücksichtigen

In einem Positionspapier hat die Bremer Psychotherapeutenkammer im März ihre Haltung zum geplanten Versorgungsgesetz zum Ausdruck gebracht. Dieses konkretisierte ein schon Anfang Januar verfasstes Standpunktpapier. Diese Auffassungen, die zwischen Landespsychotherapeutenkammern und Bundespsychotherapeutenkammer konsentiert sind, wurden bei einem gemeinsamen Termin dem Bremer Gesundheitsressort (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales), vertreten durch Staatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse, Abteilungsleiter Dr. Mathias Gruhl und Referatsleiter Jürgen Nuschke dargelegt. Von Seiten der PKHB nahmen Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und die Vorstandsmitglieder Axel Janzen und Christoph Krause teil.

Ausführlich wurde die Lage psychisch kranker Menschen im Land Bremen erörtert und gegenwärtig sich in der Diskussion befindliche Reformvorhaben zur Bedarfsplanung diskutiert. Die Vorstellungen der PKHB, die in einem Standpunktpapier dem Gesundheitsressort zuvor zugesandt worden waren, stießen auf offene Ohren. Dr. Schulte-Sasse betonte, dass das Land dafür eintrete, Morbidität und Demografie bei der Neufassung der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Im Gespräch bestand Übereinstimmung darin, dass eine Mitwirkung des Landes bei der Bedarfsplanung zu mehr Rationalität in der Versorgung beitragen könne. Von Seiten der PKHB wurde betont, dass eine Einbeziehung der Psychotherapeutenkammern unverzichtbar sei, falls Fragen der Versorgung psychisch kranker Menschen berührt werden. Ebenfalls bestand Übereinstimmung darin, dass eine kleinräumigere Versorgungs-

steuerung im Interesse der besseren Versorgung psychisch kranker Menschen liege. Auch in der Schaffung verbesserter Möglichkeiten, Versorgungssitze flexibler auszuschreiben, bestand kein Dissens. Die PKHB äußerte die Befürchtung, dass die Absicht, den Aufkauf und die Stilllegung psychotherapeutischer Sitze durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erleichtern, indem die gegenwärtige Altersgrenze von 62 Jahren aufgehoben wird, zu einem Verlust von psychotherapeutischer Versorgung führen könne. Diese Sorge wurde verstanden und alle waren sich einig, dass es nicht eine einfache Fortschreibung der gegenwärtigen Verhältniszahlen geben dürfe.

In den im April veröffentlichten Eckpunkten zum Versorgungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums spiegelten sich wichtige Kritiken an der bisherigen Bedarfsplanung, insbesondere was die Versorgung psychisch kranker Menschen betrifft, nur ungenügend oder gar nicht wieder. So wird darin die Möglichkeit eröffnet, dass die KVen Praxissitze auch bei Praxisabgeben aufkaufen und stilllegen können, die jünger als 62 Jahre sind. Ebenso sollen die KVen ein Vorkaufsrecht bei der Abgabe von Praxissitzen erhalten. Für das Land Bremen droht damit ein Abbau von 103 psychotherapeutischen Sitzen in der Stadt Bremen und von 10 Sitzen in Bremerhaven. Angesichts von durchschnittlichen Wartezeiten von 15 Wochen auf einen Behandlungsplatz hätte dies dramatische Einschränkungen in der Versorgung von psychisch kranken Menschen zur Folge.

Nachdem im März bei einem gemeinsamen Treffen der Kammer mit den in Bre-

men tätigen psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden diese Positionen abgestimmt wurde, suchte die PKHB das Gespräch mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Fraktionen in der Bremer Bürgerschaft. Ziel dieser Gespräche war es, auf die obige besondere Betroffenheit des Landes Bremen durch Auswirkungen des Gesetzes aufmerksam zu machen und um Unterstützung dafür zu werben, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen durch dieses Gesetz nicht verschlechtert wird, sondern verbessert werden kann. Ende April, Anfang Mai führte die PKHB unter Beteiligung von Verbandsvertretern Gespräche mit Frau Dr. Rita Mohr-Lüllmann (CDU), Doris Hoch (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Oliver Möllenstedt (FDP), Peter Erlanson (Die Linke) und Winfried Brumma (SPD).

Im Mittelpunkt der Gespräche stand das 9-Punkte-Papier der PKHB. Alle Gesprächspartner zeigten sich gut vorbereitet und hatten das Forderungspapier der Kammer intensiv gelesen. In den Gesprächen legte Karl Heinz Schrömgens anhand konkreter Zahlen dar, dass eine deutliche Verbesserung in der Versorgung erreicht werden könnte, wenn die gegenwärtige Ist-Situation zur Soll-Situation einer neuen Bedarfsplanung gemacht würde. Für das Land würde dies unter dem Strich sogar zu einem leichten Zuwachs an Sitzen führen.

Die Gesprächspartner zeigten sich sehr aufgeschlossen für die Argumente der Psychotherapeuten. Alle sahen den Reformbedarf der Bedarfsplanung und die Notwendigkeit der besonderen Berücksichtigung psychisch kranker Menschen.

## Bremer Bürgerschaft verabschiedete „Bremisches Krankenhausgesetz“ – PKHB begrüßt die besondere Berücksichtigung angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

In ihrer 84. Sitzung am 7. April 2011 beschloss die Bürgerschaft mit den Stimmen der SPD und des Bündnisses 90/Die Grünen erstmals ein „Bremisches Krankenhausgesetz“. Im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens brachte die PKHB sich mehrfach mit Vorschlägen ein und konnte wesentliche Änderungen erreichen, die den Status von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Krankenhäusern verbessern.

Das Gesetz verfolgt das Ziel, wie es im Bericht des Ausschusses „Krankenhäuser im Land Bremen“ heißt, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern im Land sicherzustellen, um eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten und zu sozial erträglichen Preisen und Pflegesätzen beizutragen. Als weitere Ziele wurden die Verbesserung von Kooperationen der Häuser zur krankenhausesübergreifenden Versorgung und die Gewährleistung von Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Heilberufen und Gesundheitsfachberufen benannt.

Waren im ersten Gesetzentwurf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur an einer Stelle erwähnt, konnte auf Vorschlag der Kammer erreicht werden, dass diese Berufsgruppe weitgehend

überall da, wo sie analoge Leistungen zu den Ärzten erbringt, auch Erwähnung findet. Insbesondere zwei Paragraphen des Gesetzes sind besonders hervorzuheben:

In § 23 Absatz 2, in dem Leitungsaufgaben geregelt werden heißt es im letzten Satz ausdrücklich: „Psychotherapeutische Organisationseinheiten können auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geleitet werden.“

In § 26 Absatz 1 heißt es „Unbeschadet der ärztlichen oder psychotherapeutischen Verantwortung für die Aufnahme, Versorgung und Entlassung der Patientinnen und Patienten haben die Ärzte und Psychotherapeuten ihr Handeln mit den übrigen an der Behandlung Beteiligten anzustimmen. Soweit ärztlich-fachliche oder psychotherapeutisch-fachliche Belange betroffen sind, hat die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt, die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut ein Letztentscheidungsrecht.“ Hier hat der Krankenhausausschuss in seinem Beschlussvorschlag die Empfehlung der PKHB im Wortlaut übernommen.

Leider konnte der Ausschuss sich nicht entschließen, im § 28 Absatz 1, in dem die Krankenhäuser verpflichtet werden, den „Facharztstandard“, also die im jeweiligen Fachgebiet vorauszusetzenden Fähigkeiten sowie die zu erwartenden Kenntnisse und Fertigkeiten einzuhalten, folgende Klarstellung aufzunehmen: „Dies gilt in gleicher

Weise für die Behandlung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, deren Qualifikation dem Facharztstandard entspricht.“ In ihrer Begründung hatte die PKHB darauf hingewiesen, dass bei psychisch kranken Menschen oder in Folge ihrer somatischen Erkrankung psychisch besonders belasteten Patientinnen und Patienten, z. B. in den onkologischen Zentren, bei der Behandlung oder Mitbehandlung ebenfalls auf eine dem Facharztstandard äquivalente Qualifikation zu achten sei. Diese sei außerhalb des ärztlichen Berufes nur bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegeben. Da es bei psychisch kranken oder belasteten Patientinnen und Patientinnen in der Realität immer wieder zum Unterlaufen dieses Standards kommt, hätte diese Verdeutlichung dazu beitragen können, die Krankenhausleitungen anzuhalten, diesen Standard, dessen Verpflichtung auch ohne diese Klarstellung gilt, ohne Abstriche einzuhalten.

Resümierend stellte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens fest: „Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellt das Bremische Krankenhausgesetz einen wirklichen Fortschritt dar und zeigt, dass sich auch im institutionellen Feld – zwölf Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes – die notwendigen Standards in der Versorgung psychisch kranker Menschen durchsetzen.“

## Gemeinsames Informationsschreiben von AOK und PKHB: Leistungsansprüche psychisch kranker Menschen aufgrund von Gewalttaten, beruflich bedingten Unfällen und Schädigungen

Es begann mit einer Kontroverse: Die Bremer AOK forderte Psychotherapeuten, die die Diagnose PTBS vergeben hatten, schriftlich auf, detaillierte Auskünfte unter Berufung auf § 294 a SGB V über die Ursachen dieser Erkrankung zu erteilen. Mehrere

Kammermitglieder wandten sich empört an die Kammer. Diese verwies in einem Schreiben an die AOK darauf, dass die Diagnose PTBS nicht ausreiche, ein solches Auskunftersuchen auszusprechen. Sie verwies auf ein Urteil des Landessozialge-

richtes, das diese Ansicht bestärkte. Auch die Bremer Landesdatenschutzbeauftragte unterstützte die Auffassung der PKHB.

Direktor Manfred Adryan machte diese Angelegenheit zur Chefsache. In mehre-

ren Gesprächen mit Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens wurde die Kuh vom Eis gebracht. Es wurde ein gemeinsames Informationsschreiben entwickelt, in dem die Psychotherapeuten über mögliche Leistungsansprüche psychisch erkrankter Menschen informiert wurden, die außerhalb des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegen. Zugleich verzichtete die AOK darauf, die Diagnose PTBS als Aufgreifkriterium für solche Anfragen zu nehmen.

Das Informationsschreiben weist insbesondere auf folgende Punkte hin: Wenn die psychische Erkrankung durch Gewalterlebnisse (z. B. sexueller Missbrauch oder körperliche Gewalt) ausgelöst wird, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Versorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG).

Des Weiteren können Patienten, bei denen die psychische Erkrankung ursächlich in Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit steht oder die durch ein sonstiges gesetzlich unfallversichertes Ereignis psychisch erkrankten, grundsätzlich Leistungsansprüche gegenüber der Gesetzlichen Unfallversicherung geltend machen.

Das Schreiben betonte, dass sich bei allen genannten Sozialleistungen im direkten Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung für den jeweils betroffenen Patienten bei der Heil- und Krankenbehandlung deutlich höhere Leistungsansprüche ergeben können.

Ebenfalls wurde darauf hingewiesen, dass es grundsätzlich eine Auskunftspflicht für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach § 294 a SGB V gibt. Dieser Paragraf verpflichtet dazu, die Krankenkasse darüber zu informieren, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Krankheit

- eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder
- die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls,
- eines sonstigen Unfalls,
- einer Körperverletzung,
- einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist oder
- wenn Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vorliegen.

Zu dieser Informationspflicht gehören auch Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher der Schädigung. Diese Verpflichtung dient dazu, dass der jeweils zuständige Kostenträger für die zu behandelnde Erkrankung gefunden wird.

In solchen Fällen ist die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut von der Schweigepflicht, bezogen auf diese Daten, befreit. Gleichwohl sollte dies im Rahmen der Aufklärung ausführlich mit dem Patienten besprochen werden. Das Schreiben steht zum Download unter [www.pkhb.de](http://www.pkhb.de), Aktuelles, Dokumente bereit.



*AOK-Direktor Manfred Adryan im Gespräch mit Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens*

## Bremer Vorsitz im Länderrat – Ein Rückblick

Auf dem 18. Deutschen Psychotherapeutentag berichtete Karl Heinz Schrömgens über die Tätigkeit des Länderrates im zurückliegenden Jahr. Turnusgemäß hatte die Bremer Kammer im Sommer 2010 den Vorsitz übernommen, der jährlich zwischen den Ländern wechselt. Im Länderrat, neben Delegiertenversammlung und Bundesvorstand das 3. Organ der Bundespsychotherapeutenkammer, sind die einzelnen Landespsychotherapeutenkammern vertreten. Er hat die Aufgabe, den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer zu beraten, die Arbeit zwischen den Landeskammern und der Bundeskammer sowie gemeinsame Initiativen der Landeskammern zu koordinieren.

Er legte die Schwerpunkte der Beratungen des Länderrates dar und verwies auf die ausführlichen Protokolle der Sitzungen, die unter dem Bremer Vorsitz erstmals allen Delegierten zugänglich gemacht wurden

und im internen Bereich der BPTK-Webseite nachzulesen sind.

Zentrales Thema war die Entwicklung von gemeinsamen Positionen zur Reform der Bedarfsplanung und zum geplanten Versorgungsgesetz. Es bestand Übereinstimmung, dass sich in den Vorstellungen anderer Akteure im Gesundheitswesen zum Versorgungsgesetz die Belange psychisch kranker Menschen nur ungenügend widerspiegeln. Die Sorge, dass es mit diesem Gesetz zu einer Verschlechterung der Versorgung kommen könnte, führte zu der Einschätzung, dass es auf Bundes- wie auf Länderebene verstärkter Anstrengungen bedarf, um dies zu verhindern.

Eröffnet mit einem Workshop zur Reform der Bedarfsplanung im September vergangenen Jahres, an dem u. a. Referenten der KBV und des GKV-Spitzenverbandes teilnahmen, stand dieses Thema auf allen

vier Tagungen unter Vorsitz der PKHB im Zentrum der Beratungen. Es wurde eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des Länderrates, des Bundesvorstandes und der Gruppe der psychotherapeutischen Mitglieder in der KBV-Vertreterversammlung gebildet. Ergebnis war das 9-Punkte-Papier zum Versorgungsgesetz, das länderspezifisch Grundlage vieler Gespräche vor Ort war.

Neben vielen Detailthemen beschäftigte sich der Länderrat intensiv mit der Entwicklung von Empfehlungen zur Wertbestimmung psychotherapeutischer Praxen. Dieses Vorhaben, das von der Bremer Kammer eingebracht und vorangetrieben wurde, war zum einen durch eine Rechtsprechung ausgelöst worden, die tendenziell den Wert von psychotherapeutischen Praxen in Frage stellte. Zum anderen zeigte sich die Notwendigkeit, nachvollziehbare Kriterien zu entwickeln, aber auch durch Auswüchse bei den Veräußerungspreisen

von Praxen in einzelnen Regionen. Die Arbeit an diesen Empfehlungen steht kurz vor dem Abschluss.

Auf dem Deutschen Psychotherapeutentag nutzte Karl Heinz Schrömgens zum Abschluss seines Vorsitzes die Gelegen-

heit, den hessischen Kammerpräsidenten Jürgen Hardt aus dem Kreis der Präsidentinnen und Präsidenten zu verabschieden. Jürgen Hardt stand der hessischen Kammer seit ihrer Gründung vor und hat jetzt aus Altersgründen auf eine erneute Kandidatur verzichtet. Er hatte mit vielen

Initiativen die Arbeit des Länderrates bereichert und insbesondere immer wieder mit grundsätzlichen Erwägungen vor Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen und einem zu raschen Sich-Verlieren in der Pragmatik des Politikalltags gewarnt.

### Einrichtung von Traumaambulanzen im Land Bremen – Psychotherapeutenkammer Bremen wird beteiligt

Die Deputation für Arbeit und Gesundheit der bremischen Bürgerschaft hat im Januar 2011 das Versorgungsamt beauftragt, eine Traumaambulanz für das Land Bremen einzurichten. Diese solle ein Angebot zur Akutintervention für Opfer von Gewalttaten bereitstellen. Nachdem in einem ersten Schritt zunächst Kontakt zu Opferenschutzverbänden, der Polizei und anderen möglichen Kooperationspartnern gesucht wurde, wurde im März auch die Psychotherapeutenkammer gebeten, sich an der Entwicklung eines Konzepts zu beteiligen.

Einen ersten Austausch zwischen den Verantwortlichen des Versorgungsamts und Vertretern der Psychotherapeutenkammer Bremen gab es Mitte März. Herr Geduldig und Herr Dr. Bittel erläuterten, dass die Einrichtung der Traumaambulanz nicht kurzfristig erfolgen soll, sondern dass man sich ausreichend Zeit für die Entwicklung lassen will. Sie zeigten sich insbesondere an der psychotherapeutischen Expertise interessiert. Erste Überlegungen beinhalten, dass an ein bis zwei Standorten in Bremen ein möglichst niedrighwelliges Angebot für Opfer von Gewalttaten bereit-

gestellt werden sollen. Zugleich soll eine möglichst unkomplizierte Finanzierung von zunächst fünf Sitzungen Akuttherapie geschaffen werden.

Karl Heinz Schrömgens und Axel Janzen referierten über neueste Erkenntnisse zu Diagnostik und Behandlung im Bereich der Psychotraumatologie und stellten fest, welchen Standard eine Traumaambulanz aus psychotherapeutischer Sicht haben sollte. Gleichzeitig konnten sie in diesem Zusammenhang darauf verweisen, dass die Kammer derzeit die Behandlerliste für traumatisierte Patienten aktualisiert. Dabei soll die Liste explizit psychotherapeutische Kompetenz für akut traumatisierte Patienten im Sinne der Notfallbehandlung ausweisen. Die Ausführungen und Anregungen der Kammer wurden von den Vertretern des Versorgungsamtes mit großem Interesse aufgenommen.

Wenige Tage später hatte das Versorgungsamt Fachleute und Organisationen, die an der Einrichtung der Traumaambulanz beteiligt werden sollen, zu einem ersten Arbeitstreffen eingeladen. Auf diesem

Treffen wurden die sehr unterschiedlichen Vorstellungen von Traumabehandlung und den Ansprüchen an eine Traumaambulanz deutlich. Axel Janzen mahnte in diesem Zusammenhang eine Klärung des Traumbegriffs an und forderte einen hohen psychotherapeutischen Standard für die Ambulanz.

#### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Axel Janzen, Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens.

#### Geschäftsstelle

Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Fon: 0421 – 27 72 000  
Fax: 0421 – 27 72 002  
Verwaltung@pk-hb.de  
www.pk-hb.de  
Geschäftszeiten:  
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr  
Mi 13.00 – 17.00 Uhr  
Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr

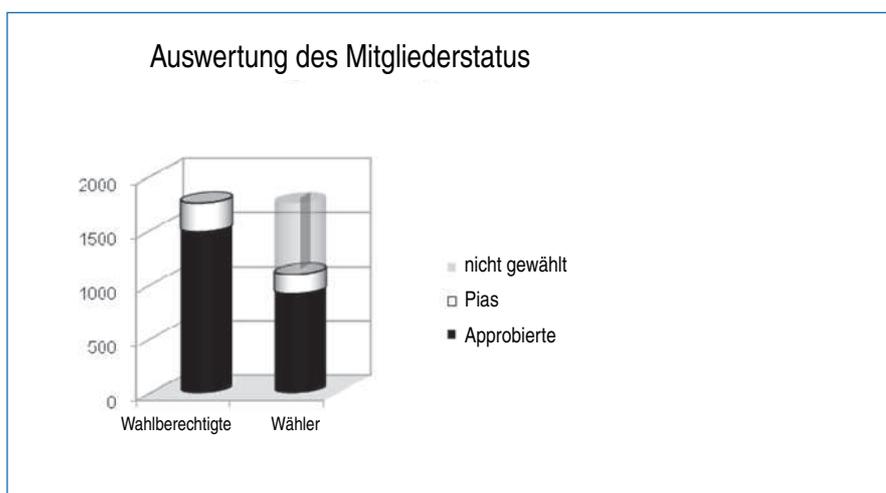
## Ergebnisse der Kammerwahl 2011

In der Ausgabe 1/2011 des Psychotherapeutenjournals hatten wir Sie über die Wahl zur Delegiertenversammlung 2011 und die Ergebnisse bezogen auf die Stimmenverteilung auf die zur Wahl angetretenen Listen informiert.

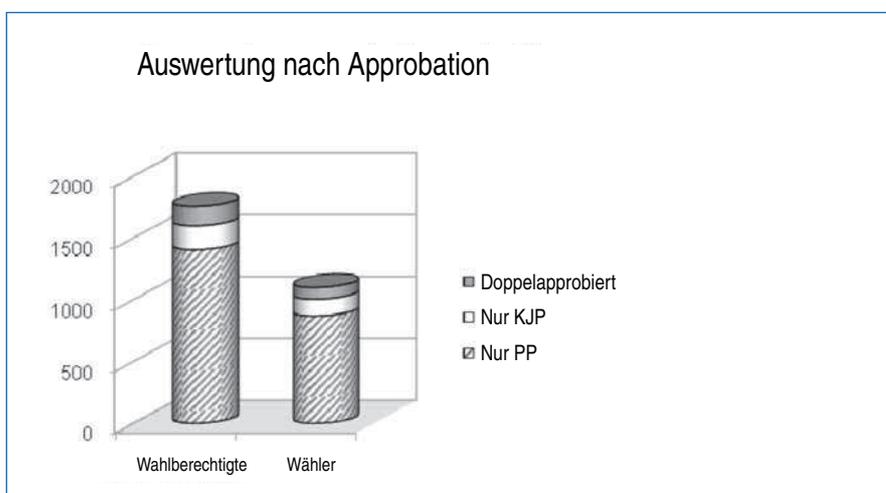
Zwischenzeitlich fand die konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung und die Wahl des Vorstands statt. Bevor wir hierüber berichten, möchten wir Ihnen nachfolgend einen etwas detaillierteren Einblick in das Wahlergebnis und das Wählerverhalten bei der Wahl zur 3. Wahlperiode der Psychotherapeutenkammer Hamburg geben. Auf Basis des Wählerverzeichnisses und der Erfassung des Eingangs des Wahlscheins, sind einige statistische Aussagen zur Wahl möglich.

Wie schon berichtet, waren 1.757 Kammermitglieder stimmberechtigt, davon haben 1.100 von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht. Dies entspricht einer Wahlbeteiligung von 62,61%. Die Betrachtung des Wahlergebnisses bezogen auf die Wahlbeteiligung der approbierten und der noch in Ausbildung befindlichen Kammermitglieder (PiA) zeigt, dass die Wahlbeteiligung der PiA geringfügig höher lag als bei den approbierten Kammermitgliedern. Die Unterschiede in der Wahlbeteiligung nach Geschlecht sind gering, auch wenn die Frauen geringfügig mehr von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben.

Größere Unterschiede ergeben sich bei Betrachtung der Wahlbeteiligung zwischen den Wahlkörpern – Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Hier liegt die Wahlbeteiligung der PP bei ca. 61,8%, die der KJP bei ca. 69,7%. Die Wahlbeteiligung der Doppelapprobierten betrug lediglich ca. 60,5%.

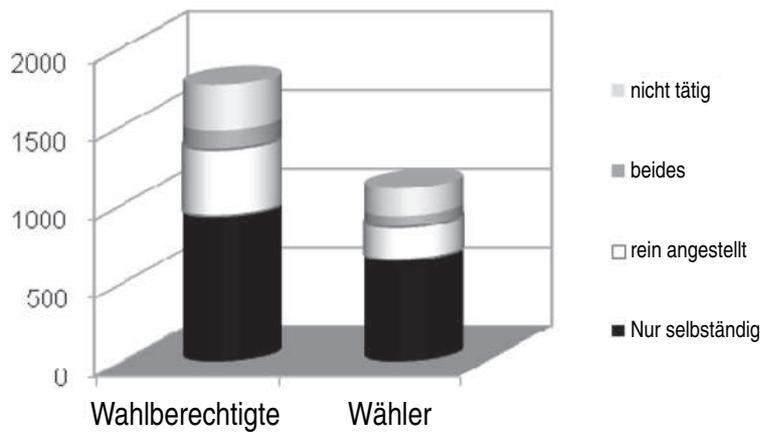


	Approbierte	Pia	nicht gewählt	
<b>Wahlberechtigte</b>	1489	268	0	
<b>Wähler</b>	925	175	657	
	Pia / Männl.	Approbiert/ männl.	Pia / Weibl.	Approbiert/ weibl.
<b>Wahlberechtigte</b>	54	452	214	1037
<b>Wähler</b>	31	270	144	655



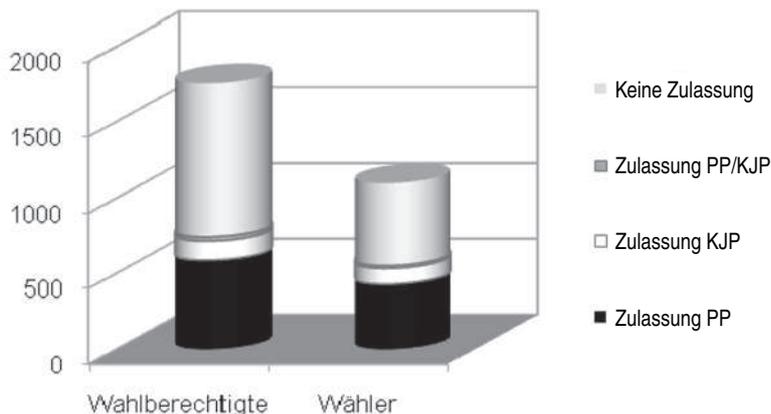
	Nur PP	Nur KJP	Doppelapprobiert
<b>Wahlberechtigte</b>	1405	195	157
<b>Wähler</b>	869	136	95

Auswertung nach Tätigkeit



	Nur selbständig	rein angestellt	beides	nicht tätig
Wahlberechtigte	926	426	116	289
Wähler	646	208	71	175

KV-Zulassung



	Zulassung PP	Zulassung KJP	Zulassung PP/KJP	Keine Zulassung
Wahlberechtigte	587	128	28	1014
Wähler	428	105	18	549

Vor dem Hintergrund, dass sich bei dieser Wahl keine eigene Angestelltenliste zur Wahl gestellt hatte, stellte sich im Vorfeld der Wahl die Frage, ob dies Auswirkungen

auf die Wahlbeteiligung bei der Gruppe der angestellt tätigen Kammermitglieder haben würde. Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Wahlbeteiligung der Angestellten

mit ca. 48,8% signifikant geringer ist als bei den Selbstständigen, die eine Wahlbeteiligung von ca. 69,8% erzielen.

Wenn man die Gruppe der selbstständig Tätigen – also der niedergelassenen Mitglieder – unter dem Gesichtspunkt mit oder ohne Kassenzulassung näher betrachtet, ergibt sich auch hier ein differenziertes Ergebnis. So beträgt die Wahlbeteiligung der Kammermitglieder mit KV-Zulassung knapp 73% bei den Psychologischen PsychotherapeutInnen und knapp 82% bei den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Gegenzug nur knapp 54% bei den selbstständigen Kammermitgliedern ohne KV-Zulassung.

Abschließend noch die Frage, ob die Wahlbeteiligung in den einzelnen Altersgruppen unterschiedlich war. Wie aus Grafik und Tabelle auf der folgenden Seite erkennbar ist, bestehen zwar geringfügige Unterschiede in der Wahlbeteiligung, die jedoch keine generellen Aussagen zulassen.

Zusammenfassend lässt sich aus der Analyse der Wahlbeteiligung am ehesten schlussfolgern, dass die Wahlbeteiligung der Angestellten deutlich geringer war. Ob dies tatsächlich an der Tatsache lag, dass dieser Gruppe von Kammermitgliedern kein Wahlangebot in Form einer eigenen Angestelltenliste zur Verfügung stand, lässt sich mangels Vergleichszahlen aus den vorgegangenen Kammerwahlen, bei denen jeweils Angestelltenlisten zur Wahl antraten, nicht sagen. Zweites Fazit ist, dass die Gruppe der Niedergelassenen mit einer Kassenzulassung weit überdurchschnittlich von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben. Insgesamt erscheint es sinnvoll, Ursachen und eventuelle Folgen zu diskutieren. Dabei sollte man jedoch nicht vergessen, dass jedes Wahlergebnis immer nur eine Momentaufnahme darstellt.

### Nach der Kammerwahl: Delegiertenversammlung nimmt ihre Arbeit auf

Die konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung nach der Kammerwahl

## Neujahrsempfang im April

Wie jedes Jahr hat die Psychotherapeutenkammer zu einem Neujahrsempfang eingeladen, nur dass er dieses Mal nicht wie üblich im Januar stattfand, sondern im April. Das Jahr war im April keineswegs mehr neu, dafür aber die Delegierten und der Vorstand.

Nach den Anstrengungen der Kammerwahl zu Beginn des Jahres, der konstituierenden Delegiertenversammlung und der erfolgreichen Wahl eines neuen Vorstands Anfang April gab es diesmal einen guten Grund, erst so spät mit Mitgliedern und Freunden aus eigenen und fremden Reihen anzustoßen.

Viele Gäste aus den Ausbildungsinstituten, anderen Heilberufskammern, den Krankenkassen, den Spitzenorganisationen des Sozial- und Gesundheitswesens und der Politik sind unserer Einladung gefolgt und haben mit uns gefeiert und uns viel Erfolg für die vor uns liegende Legislaturperiode gewünscht. Einer Legislaturperiode, in der wichtige und schwierige Fragen für unsere Profession gelöst werden müssen.

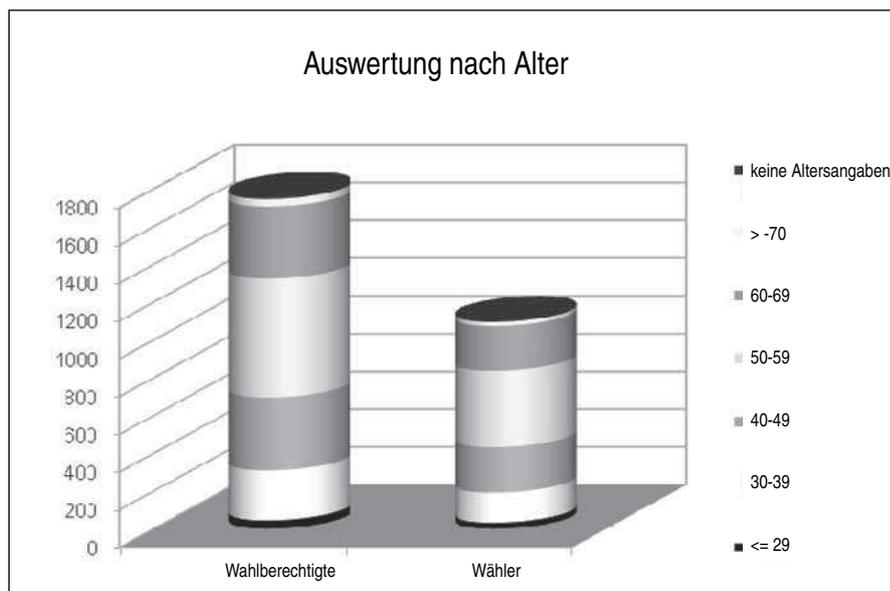
Eine besondere Freude war es bei dieser Gelegenheit, die neu gewählten Delegierten und Vorstandsmitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu begrüßen und den ausgeschiedenen Delegierten und Vorstandsmitgliedern zu danken für die Arbeit, die sie teilweise seit vielen Jahren für die Kammer geleistet haben.

Die Geschäftsstelle hat wie immer ausgezeichnet für unser leibliches Wohl gesorgt, so dass wir bei angenehmer Lifemusik einen anregenden und unterhaltsamen Abend genießen konnten.

*(von Gabriela Küll)*

## Internettherapie: Psychotherapie oder parasoziale Beziehungen mit pseudointelligenter Software?

Am 12. März 2011 fand auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Hamburg eine



	<=29	30-39	40-49	50-59	60-69	>=70	keine Altersangaben
<b>Wahlberechtigte</b>	44	264	387	629	381	40	12
<b>Wähler</b>	32	158	241	405	236	22	6

fand am 13.4.2011 statt. (Eine Übersicht der Delegierten finden Sie auf der Homepage der Kammer unter [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de).)

Die 29 Mitglieder der Delegiertenversammlung, davon 14 „alte“ und 12 neu gewählte Delegierte sowie jeweils eine benannte Vertreterin der Ausbildungsinstitute, der Universität und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, befassten sich in ihrer ersten Sitzung mit der Wahl des Kammervorstandes und der Wahl der Hamburger Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag.

Wie auch in den bisherigen Wahlperioden gab es im Vorfeld der konstituierenden Sitzung Gespräche und Verhandlungen zwischen den verschiedenen Gruppierungen, um möglichst breit getragene Wahlvorschläge für die zu besetzenden Positionen zu erarbeiten. Dass dieses Vorhaben gelungen war, zeigte sich am reibungslosen Verlauf der Wahlen.

Mit jeweils großer Mehrheit wurden Prof. Rainer Richter als Präsident, Gabriela Küll als Vizepräsidentin sowie Bettina Nock als Beisitzerin wiedergewählt. Torsten Michels und Heike Peper wurden als Beisitzer/in erstmalig in den Vorstand gewählt.

In einer Klausurtagung am 28.5.2011 wird der Vorstand über Themenfelder, Schwerpunktsetzungen und Aufgabenverteilungen in der Vorstandsarbeit beraten. Eine ausführliche Vorstellung des neuen Vorstandes wird deshalb in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals erfolgen.

Nach dem Votum der Delegiertenversammlung werden als Hamburger Delegierte an den Deutschen Psychotherapeutentag teilnehmen:

Claus Gieseke (Stellv. Bettina Nock), Gabriela Küll (Stellv. Wolfgang Lutter), Torsten Michels (Stellv. Johanna Courtel) Heike Peper (Stellv. Dr. Thomas Bonnekamp), Prof. Rainer Richter (Stellv. Mike Mösko), Kerstin Sude (Stellv. Gerda Krause).

Auf der nächsten Sitzung der Delegiertenversammlung am 25.6.2011 werden die Ausschüsse festgelegt und deren Mitglieder gewählt. In der anschließenden Klausurtagung sollen dann die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der Hamburger Kammerarbeit für die aktuelle Amtsperiode diskutiert werden.

*(von Heike Peper)*

Klausurtagung mit dem Thema „Internet-psychotherapie – Formen – Chancen – Kritik“ statt, an der PsychotherapeutInnen, Geschäftsführer und Juristen aus zehn Landespsychotherapeutenkammern und der Hamburger Ärztekammer teilnahmen. Anlass war das zunehmende öffentliche wie fachinterne Interesse an sog. „Internettherapien“, ein Begriff, der – wie sich schnell zeigte – sehr unpräzise und damit für eine strukturierte Diskussion wenig geeignet ist. Nachdem in jüngster Zeit komplexe Computerprogramme zur Behandlung etwa von Depressionen auf dem Markt sind und z. T. aggressiv beworben werden, müssen wir uns mit der Frage befassen, ob ein automatisierter Mensch-Maschine-„Dialog“ Psychotherapie ist oder nicht. Dabei waren Aspekte der Indikation, der Wirksamkeit und des Nutzen explizit nicht Gegenstand der Diskussion.

Der Versuch, psychotherapeutische Interventionen aus fachlicher Sicht danach zu unterscheiden, in welchem Ausmaß die Kommunikation über elektronische Medien und dann synchron (z. B. via Skype) oder asynchron (z. B. über E-Mails) erfolgt und in welcher Weise die therapeutische Beziehung durch die Anwendung elektronischer Medien beeinflusst bzw. beeinträchtigt wird, erwies sich als wenig hilfreich. Das zeigte schon ein einführendes Referat von Prof. R. Richter über die Ergebnisse eines Symposiums auf dem Psychiatrie-Kongress im November 2010, das er zusammen mit Prof. Berger (Freiburg) veranstaltet hatte.

Weiterführend war dann das Referat von Herrn Rautschka-Rücker von der Hessischen Psychotherapeutenkammer, der die Frage aus der Perspektive des Berufsrechts und des (Arzt-)Haftungsrechts diskutierte. Dabei wurde schnell deutlich, dass es weniger um die Auswirkungen der Anwendung elektronischer Kommunikationsmedien geht, sondern um die Frage, ob und wenn ja, unter welchen Bedingungen die Behandlung eines abwesenden Patienten, d. h. eine Psychotherapie ohne den persönlichen face-to-face-Kontakt mit den Standards der Psychotherapie vereinbar ist. Hierzu gehört neben der Einheit von Ort, Zeit und Handlung die therapeutische

## Psychotherapeutische Fernbehandlungen: Fachliche Standards zur Wahrung der Sorgfaltspflicht

### – Fazit der Klausurtagung –

Unter einer „psychotherapeutischen Fernbehandlung“ wird eine Krankenbehandlung verstanden, die brieflich, in Zeitungen oder Zeitschriften oder über elektronische Kommunikationsmedien und Computernetze durchgeführt wird.

Ausschließliche Fernbehandlungen sind im Bereich der heilkundlichen Psychotherapie grundsätzlich nicht zulässig.

Die Heilberufekammern sind gehalten, fachliche Richtlinien für partielle Fernbehandlungen und im Einzelfall für Ausnahmen zu erlassen, die den besonderen Anforderungen an die Sorgfaltspflicht Rechnung tragen und die besondere QS-Maßnahmen definieren.

Dabei gelten folgende Grundsätze:

- Diagnose, Indikation, Aufklärung und Einwilligung erfordern die Anwesenheit des Patienten.
- Die Überwachung des Behandlungsprozesses erfordert regelmäßige persönliche Begegnungen, deren Intervalle und Dauer vom Psychotherapeuten fachlich zu verantworten und an den Wünschen des Patienten auszurichten sind.
- Teilaufgaben können delegiert werden.

Intersubjektivität. Ist diese noch möglich, wenn der abwesende Patient mittels technischer Hilfsmittel anwesend gemacht wird?

Fernbehandlungen, um die es in der anschließenden Diskussion ging, sind z. B. in der hessischen Berufsordnung geregelt:

§ 6 Abs. 2 BO: „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen Behandlungen im persönlichen Kontakt. Sie dürfen diese weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Kommunikationsnetze durchführen.“

Modellprojekte, insbesondere zur Forschung mit ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführter Psychotherapie sind möglich und bedürfen der Genehmigung der Landeskammer im Einzelfall.“

Diese Formulierung ist präziser als die Vorschrift in unserer Muster-Berufsordnung §5

Abs. 5: „Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Sie dürfen diese über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten durchführen.“

Angesichts des schnell wachsenden Angebots sahen die Teilnehmer der Klausurtagung die Notwendigkeit, die begonnene Diskussion fortzusetzen und die Berufsordnungen ggf. zu präzisieren. Hierzu sollte das Ergebnis der Tagung (s. Kasten) in den Länderrat eingespeist werden.

(von Prof. Dr. Rainer Richter)

### Geschäftsstelle

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



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen



*Der Kammervorstand zieht Bilanz: Vizepräsident Hans Bauer, Dr. Ulrich Müller, Marion Schwarz, Präsident Jürgen Hardt, Susanne Walz-Pawlita, Uta Cramer-Düncher, Thomas Merz (von links nach rechts)*

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das ist das letzte Mal, dass ich mich als Präsident an Sie wende. Ich verabschiede mich mit einem guten Gefühl.

In Frankreich sagt man, dass jeder Abschied etwas vom Sterben an sich hat – «partir c'est mourir un peu» – deswegen kann jeder Abschied eine Vorübung auf das Ende sein. Das scheint einen Abschied zu erschweren und so wehren wir uns meist dagegen, dass es ein letztes Mal sein könnte. Wir sagen: „Bis bald“, „bis später“ oder einfach „Auf Wiedersehen“, um uns zu trösten, auch wenn es kein nächstes Mal geben wird.

Was hat das mit Psychotherapie zu tun? Der griechische Philosoph Epikur meinte, die gesamte Philosophie habe nur einen Sinn: Therapie für die Seele zu sein. Und weil die Angst vor dem Tode der tiefste Grund allen seelischen Leidens sei, habe sie die Aufgabe, mit dem Tod zu versöhnen. Dabei schlug er eine andere

Behandlung der Todesangst vor als viele Religionen und seine philosophischen Vorgänger Platon und Aristoteles; diese trennten den vergänglichen Leib von einer unsterblichen Seele, die sich im Tod vom Körper löst und ewig lebt.

Weil Epikur im Jenseitsglauben eine Entwertung des Lebens sah, empfahl er, den Tod nicht zu fürchten und das Ende zu bejahen, weil damit die Einzigartigkeit und Kostbarkeit des jeweiligen Lebens betont wird. Es bleibt dann nur die Hoffnung, dass etwas von dem überdauern wird, was wir im Leben geschaffen haben: als Andenken, das im Beharren etwas davon übernimmt, dass wir uns gegen den Lauf des Lebens stemmen, oder aber als etwas, das andere nach uns in Gebrauch nehmen. Dann werden die uns Nachfolgenden es sich aneignen, es verändern und vergessen, wer es geschaffen hat. Vielleicht werden sie manchmal erinnern, was sie von uns übernommen haben. Ist das nicht viel und Trost genug?

*Ihr Jürgen Hardt  
Präsident*

## Fünf Jahre Vorstandsarbeit: Der Vorstand zieht Bilanz

### *Hans Bauer, Vizepräsident*

Schon bei der Entstehung des Psychotherapeutengesetzes habe ich mich für die Möglichkeit der Gründung einer eigenen Kammer für unsere beiden Berufsstände eingesetzt. Erschien mir doch schon damals eine solche Institution als wichtiges Instrument sowohl zur internen Gestaltung der Bedingungen unserer Berufstätigkeit, als auch zur äußerlichen gesellschaftlichen und politischen Vertretung – bis zur Übernahme allgemeingemeinschaftlicher Verantwortung aus psychotherapeutischer Sicht. Als es dann im Jahre 2000 daran ging, die Kammer zu gründen, war ich froh darüber, dabei mitarbeiten zu dürfen und meine Vorstellungen einbringen zu können. Und es wurde eine spannende Arbeit. Eine Institution aus dem Nichts heraus aufzubauen. Kontakte knüpfen, die Infrastruktur zu erstellen und, vielleicht ein zentraler Aspekt, sich als Vorstandsteam zusammenzurufen. Diskussionen und Auseinandersetzungen zu den verschiedensten Fragestellungen, sich gegenseitig überzeugen und Kompromisse finden. Einen Prozess, den ich jetzt zweimal, in zwei Wahlperioden miterleben konnte – mit sehr unterschiedlicher Prägung. Dazu noch lange Gespräche mit Jürgen Hardt, dem Präsidenten der Kammer, über unsere politische Ausrichtung und die daraus folgenden strukturellen Notwendigkeiten.

Gemäß meiner Rolle als Vizepräsident fühlte ich mich immer für „das große Ganze“ der Kammer und deren Funktionieren als Institution zuständig. Dazu zählten auch der Aufbau und die politische Führung der Geschäftsstelle als funktionierende Dienstleistungseinrichtung sowohl für die Mitglieder als auch für Funktionsträger und Gremien der Kammer. Nicht zuletzt auch die Zuständigkeit für die Finanzen

der Kammer. Neben Einzelaktivitäten übernahm ich dann noch zusammen mit Uli Müller die Zuständigkeit für Sozialrechtsangelegenheiten und war zusammen mit Susanne Walz-Pawlita für PiA-Angelegenheiten verantwortlich. Beides Themen, die mir am Herzen lagen.

### **Uta Cramer-Düncher**

Wir blicken auf erfolgreiche Jahre zurück. Viele in der ersten Wahlperiode begonnene Projekte konnten fortgesetzt oder wichtige neue begonnen werden. Vieles ist auf den Weg gebracht und ist es wert, weitergeführt zu werden.

An diesen Erfolgen sind viele beteiligt gewesen. Insbesondere ein Vorstand kann nur so gut und erfolgreich sein, wie er Unterstützung bei der Umsetzung seiner Ziele erfährt. Ich möchte daher an dieser Stelle alle diejenigen in den Blick rücken, die – häufig unsichtbar – zum Gelingen des Kammerprojektes beigetragen haben: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle, die organisatorisch wie inhaltlich eine unentbehrliche Hilfe waren und sind; die Mitglieder der Ausschüsse und Arbeitsgruppen, die Veranstaltungen vorbereitet, Fortbildungsstandards entwickelt und wichtige Hintergrundarbeit für Stellungnahmen und Positionierungen der Kammer geleistet haben; Stefan Baier, der acht Jahre mit mir zusammen die Hessenseiten gemacht und entscheidend geprägt hat.

Ihnen allen mein herzlicher Dank für die Unterstützung in den vergangenen Jahren.

### **Thomas Merz**

Neun Jahre habe ich im Vorstand primär die Belange der in Institutionen tätigen Psychotherapeuten vertreten. Meine Erfahrung von Anfang an war: Der Vorstand nahm die vielfältigen Probleme der „Angestellten“ (Status, Hierarchie, Bezahlung, Kompetenzen, Abgrenzungen zu anderen Professionen) genauso ernst, wie die Probleme der Niedergelassenen und wollte sie anpacken. Noch waren die Schwierigkeiten viel „spezieller“, das Feld heterogener und Veränderungsstrategien für die z. T. höchst unbefriedigende Situation der Angestellten und PiA langfristiger anzulegen.

Wir führten Gespräche mit ver.di, mit dem Arbeitgeberverband, mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft, mit vitos und den Kollegen in den psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken. Da eine signifikante Anzahl von Kammermitgliedern im Bereich der Jugendhilfe beschäftigt ist, wurde das zu einem zweiten Schwerpunkt meiner Tätigkeit. Aus jahrzehntelanger eigener Erfahrung weiß ich, dass insbesondere in Beratungsstellen sich nicht primär als krank definierende Menschen, die dennoch z. T. ganz gravierende psychische Probleme haben, beraten, behandelt und in andere therapeutische Behandlungen weitervermittelt werden. Ich habe mich deshalb besonders für den Erhalt der unverzichtbaren psychotherapeutischen Kompetenz in Beratungsstellen engagiert. Als stellvertretender Sprecher des Bundes-PTI-Ausschusses gelang es mir, eine gesundheitsökonomische Vorstudie zu den Effekten von psychotherapeutischen Angeboten in Erziehungsberatungsstellen zu initiieren und durchzuführen. Auf mehreren Symposien der BPTK und auf den Deutschen Psychotherapeutentagen habe ich für eine stärkere inhaltliche Ausrichtung der Psychotherapieausbildung auf eine spätere psychotherapeutische Tätigkeit in Institutionen plädiert – v. a. im Hinblick auf Interdisziplinarität, Teamarbeit und methodische Offenheit. Dabei habe ich mich für die Möglichkeit für PiA, einen Teil der praktischen Tätigkeit in Beratungsstellen absolvieren zu können, eingesetzt. Ich beende meine Tätigkeit mit dem Gefühl, dass es im Angestelltenbereich noch viele dicke Bretter zu bohren gibt.

### **Dr. Ulrich A. Müller**

Als Neuling im Vorstand der Hessischen Kammer war ich anfangs tief beeindruckt von der Vielfältigkeit der Aufgaben, mit denen der Vorstand befasst ist. Einleuchtend war mir hierbei stets, dass fachliche Fragen zur Gestaltung der psychotherapeutischen Tätigkeit ohne deren Einbettung in einen gegenwartsbezogenen kulturellen Kontext nicht zu bearbeiten waren. Daher habe ich mich insbesondere bei der Vorbereitung und Durchführung der drei Hessischen Psychotherapeutentage zu den Themen „Arbeit“, „Familie“ und „Beziehungen“ engagiert und Ideen zu weiteren öffentlichen Veranstaltungen der Kammer initiiert und

mitgestaltet. Die Psychoanalyse bot mir dabei stets ein ausgesprochen hilfreiches Instrumentarium, psychotherapeutisches Fachwissen mit kulturtheoretischen Anliegen zu verknüpfen. Als dem pädagogischen Vertreter des Heilberufes KJP sah ich als ein zentrales Anliegen für mich im Vorstand, die Pädagogik als geisteswissenschaftlichen Grundberuf, der zur psychotherapeutischen Tätigkeit berechtigt, fachlich und politisch zu vertreten. Dieses Anliegen bildete in den letzten Jahren den Kern meiner berufspolitischen Arbeit. Noch ist die Auseinandersetzung darüber im Gange, wie die pädagogischen Grundberufe neben der Psychologie und der Medizin als Grundberuf für die psychotherapeutische Ausbildung erhalten bleiben können. Die Erhaltung des eigenen Heilberufes KJP ist damit für mich eng verbunden. Als Vorstandsvertreter im Ausschuss für Qualitätssicherung habe ich hervorragende Eindrücke davon gewinnen können, wie fachliche Fragen verfahrensübergreifend in produktiver Weise diskutiert und konstruktiv im Sinne der Profession umgesetzt werden können.

Auch wenn die berufspolitische Arbeit im Rahmen der gesundheitspolitischen Entwicklungen oft viel Zähigkeit verlangt, so habe ich meine Tätigkeit im Vorstand der Hessischen Psychotherapeutenkammer als außerordentlich bereichernd erlebt. Wir haben durch unsere Vorstandsarbeit beiden Heilberufen zu einer gestiegenen Reputation verholfen. Dies gilt für die Anerkennung der Psychotherapie innerhalb des Gesundheitswesens ebenso wie gegenüber der Öffentlichkeit, die mittlerweile aufmerksam verfolgt, dass psychische Krisen nicht in erster Linie medikamentös behandelt werden müssen.

### **Marion Schwarz**

Wenn ich zurückblicke, mache ich dies auf die gesamte Zeit gesehen, seit ich im Vorstand der hessischen Kammer aktiv bin, also seit Errichtung der Kammer. Es war eine besondere Gelegenheit, beim Aufbau einer neuen Körperschaft für den eigenen Heilberuf mitwirken zu können, und zudem noch beim Aufbau und der Gestaltung der Bundespsychotherapeutenkammer, wo ich in der Satzungs-AG mitgearbeitet habe und seit acht Jahren sowohl Delegierte als auch Mitglied im KJP-Ausschuss bin.

Die Repräsentanz unseres Heilberufes KJP lag mir dabei immer sehr am Herzen: so habe ich diesen auch im Länderrat der BPTK vertreten und damals mit dafür gesorgt, dass dies satzungsrelevant (durchaus gegen einigen Widerstand von Landespräsidenten) festgelegt ist. Der weitere Schwerpunkt meiner Arbeit war, die gesellschaftliche Situation der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Kammer und unseres Berufes zu beleuchten, aktiv Stellung zu beziehen (z. B. bei Gesetzesvorlagen oder im Rahmen der Versorgungsdebatte/KJP-Quote), um für Verbesserungen zu sorgen.

Die Arbeit war beträchtlich, hat sich aber aus meiner Sicht sehr gelohnt. Die Kammer hat einen guten Ruf, wir werden als Fachleute wahrgenommen und angefragt. Vor allem unser eigenständiger Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat sich bewährt, sichert er doch eine gute psychotherapeutische Versorgung auf hohem fachlichen und wertgeschätzten Niveau. Dies zu erhalten, ihn auf gleichem wissenschaftlichen Niveau wie bei den anderen Heilberufen („Master“) zu sichern und die verschiedenen Zugänge zur Ausbildung zum KJP zu bewahren, war in den letzten Jahren im Rahmen der

Debatten um die zukünftige Ausbildung mein berufspolitischer Schwerpunkt, wofür ich mich auch weiterhin gerne einsetzen möchte.

### **Susanne Walz-Pawlita**

Aufgrund meiner Vorerfahrungen als Ambulanzleiterin eines Ausbildungsinstituts war mein inhaltliches Interesse an der Vorstandarbeit von Anfang an sehr stark auf Ausbildungsfragen gerichtet. Ein besonderes Anliegen war mir dabei die Einrichtung einer institutsgebundenen PiA-Vertretung und die Kooperation mit den gewählten PiA-Landessprechern, die bisher drei hessische PiA-Tage gestaltete.

Durch die nach der Bologna-Hochschulreform einsetzenden Diskussionen um eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes erhielt mein Arbeitsfeld eine vorher nicht geahnte Bedeutung, die die gesamte Wahlperiode begleitete. Hier gelang es, durch eigene empirische Erhebungen einen kontinuierlichen Dialog zwischen den Hochschullehrern, Institutsleitern, Ministerien und der Approbationsbehörde zu Ausbildungs- und Nachwuchsfragen einzuleiten. Besondere Besorgnis lösten die Befunde aus, wonach die Breite psychothera-

peutischer Verfahren für die Zukunft in eine „Einheitstherapie“ unter behavioristischen Grundmodellen zu münden schien. Im Gegensatz zu anderen Bestrebungen war mir daran gelegen, auch auf den bundesweiten Symposien und Panels die verfahrensgebundene duale Ausbildungsstruktur und die inzwischen erreichte Qualität der Arbeit der Ausbildungsstätten zu vertreten.

Ergänzt durch meinen Einblick in die schwierige und sorgfältige Arbeit des Ausschusses Beschwerde und Schlichtung sehe ich heute noch deutlicher, welche Bedeutung die Entwicklung einer ethisch verantwortlichen professionellen Identität hat. Sie ist nur aus der kontinuierlichen Reflexion unseres Handelns zu entwickeln – im Wissen, dass wir selbst Teil der klinischen Situation sind, deren Reflexion unsere eigene Position einschließt, aber auch im Wissen, dass gesellschaftliche Rahmenbedingungen das, was wir als gegebene klinische Situation annehmen, jederzeit verändern können.

Ich möchte allen KollegInnen, die mir geholfen haben, diese Positionen zu erarbeiten, für eine interessante und bereichernde Zeit in der Kammer danken.

## **4. Hessischer Heilberufetag: „Stadt, Land, Flucht – Patienten bald allein zu Haus?“**

Am 10. März 2011 fand zum vierten Mal der Hessische Heilberufetag statt. Diesmal war das Thema die Versorgungsproblematik des deutlichen Stadt-Land-Gefälles, was die Verfügbarkeit von Ärzten und Psychotherapeuten angeht.

Impuls- und Hauptreferent war der Hessische Sozialminister **Stefan Grüttner** (CDU). Er spannte die paradoxe Situation der Bedarfsplanung auf: Einerseits sei die Anzahl der Ärzte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich in den letzten zehn Jahren um rund 25% angestiegen; zudem sei bekannt, dass nach Bedarfsplanungsrichtlinie in fast allen Regionen eine Überversorgung mit Ärzten und Psychotherapeuten gebe. Andererseits müssten sehr viele Patienten, vor allem auf dem Land, aber eben nicht nur dort, lange Wartezeiten und Anfahrts-

wege in Kauf nehmen; besonders drastisch und dramatisch gestaltet sich dies bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (so gibt es ländliche Regionen in Hessen, wo es nicht nur aufgrund der langen Wartezeiten, sondern auch aufgrund der nicht vorhandenen örtlichen Verfügbarkeit für Kinder und Jugendliche quasi unmöglich ist, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen). Grüttner führte weiter aus, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie veraltet sei. Bei ihrem Inkrafttreten 1990 sei ihr Hauptzweck gewesen, die sogenannte „Ärztenschwemme“ einzudämmen, indem der damalige Ist-Zustand der Niederlassungen zum Soll-Zustand erklärt wurde. Inzwischen existiere aber ein „Ärztmangel“, zudem seien die Bedarfsplanungsräume zu groß. Grüttner äußerte, dass er sich deshalb im Bundesrat mit ande-

ren Ländern dafür einsetzen werde, dass im Rahmen der Bedarfsplanungsreform rechtliche Richtlinien erstellt werden, damit auf regionale Besonderheiten etwa bezüglich Bevölkerungs-, Morbiditäts- und Versorgungsstruktur kleinräumig reagiert werden kann. Auch müsse die Behandlungskontinuität sowie das Schnittstellenmanagement an den Sektorengrenzen verbessert werden. Insgesamt sei das Ziel weiterhin eine flächendeckende medizinische GKV-Versorgung. Zwar könne dazu Telemedizin einen gewissen Beitrag leisten, doch zentral müsse der persönliche Kontakt zum Arzt/Psychotherapeuten weiterhin gewährt sein.

In der anschließenden regen Diskussion wurden mögliche Gründe für die Landflucht von Heilkundlern sowie Möglichkeiten, darauf institutionell einzugehen,

erörtert. Gerade bezogen auf den ländlichen Raum müsse über finanzielle Anreize verschiedener Art für Psychotherapeuten, Ärzte und Zahnärzte nachgedacht werden, so die Teilnehmer.

Die Veranstaltung verdeutlichte, dass eine differenziertere, flexiblere Bedarfsplanung dringend von Nöten ist, die sich an regionalen, demographischen und morbiditätsbezogenen Besonderheiten ausrichtet

– aber eben auch an den Besonderheiten der spezifischen heilkundlichen Tätigkeiten, was Sozialminister Stefan Grüttner vor allem für die Psychotherapeuten konstatierte. MO

## Delegiertenkonferenz 25. und 26. März 2011 in Wiesbaden

25. – 26. März 2011 fand in Wiesbaden die 11. Delegiertenkonferenz der zweiten Wahlperiode statt. Der Jahresabschluss 2010 und ein Nachtragshaushalt für 2011 wurden einstimmig beschlossen. Nachdem bereits der Jahresabschluss 2009 mit einer Inanspruchnahme der Rücklage in Höhe von ca. 39.000 € verbunden war, machte auch das Defizit im Jahresabschluss 2010 in Höhe von ca. 72.000 € eine Deckung aus der Rücklage erforderlich. Dabei handelt es sich um geplante Abläufe, die insbesondere auch auf die Senkung der Beiträge zurückzuführen sind.

Im Zentrum der inhaltlichen Erörterungen standen die Versorgungsplanung, die ambulante Kodierrichtlinie und die Ausbildungsreform. In Zusammenhang mit Plänen des BMG, eine umfassende Novellierung des PsychThG mit einer direkten

Approbationsausbildung an der Universität anzustreben, wurde eine Resolution beschlossen, die sich gegen die Direktausbildung wendet und auf die Möglichkeit einer raschen Novellierung des PsychThG in zentralen Punkten im Rahmen einer „kleinen Lösung“ hinweist.

Hinsichtlich der Versorgungsplanung informierte der Vorstand über die bundesweit geplante Informationskampagne, die Stellungnahmen gegenüber dem Hessischen Sozialminister und die bereits geführten Gespräche. Sofern die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Vorstellungen zur sukzessiven Rückführung der Kassensitze auf die aktuellen Sollwerte durchsetzen könnten, droht Hessen nach Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer ein Abbau von über 900 Kassensitzen. Um eine breite berufspolitische Basis für die Vertretung der Interessen der Profes-

sion zu erreichen und den Sachverstand der beiden großen, nicht im Vorstand vertretenen Listen einzubeziehen, bot der Vorstand die Bildung einer erweiterten Arbeitsgruppe an.

Bei der Diskussion zur ambulanten Kodierrichtlinie wurde deutlich, dass sich die Bedenken im Kern nicht auf eine aussagekräftige Kodierung fokussieren, sondern auf Folgeprobleme, nämlich die Datensicherheit, die schrankenlose Pflicht zur Selbstauskunft und das Diskriminierungspotential, weil psychische Erkrankungen immer noch Ursache von Benachteiligung sind (bei Verbeamtung, Verweigerung von Versicherungsabschlüssen). Die DV beauftragte den Ausschuss Qualitätssicherung mit der Erstellung eines Entwurfes für eine Resolution, die auf der die Wahlperiode abschließende Delegiertenkonferenz Ende Juni verabschiedet werden soll.

## „Psychotherapeutische BEZIEHUNGen“ – der 6. Hessische Psychotherapeutentag war mit rund 350 Teilnehmern so gut besucht wie nie zuvor

Am 8. und 9. April fand im Büsing-Palais in Offenbach der 6. Hessische Psychotherapeutentag (HPT) statt. Das Motto des mit rund 350 Teilnehmern bisher am besten besuchten HPTs lautete „Psychotherapeutische BEZIEHUNGen“. Dieser Titel mag auf den ersten Blick vielleicht etwas maniert erscheinen, wie **Jürgen Hardt**, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen), in seinen Begrüßungs- und Einführungsworten u. a. ausführte, weise jedoch darauf hin, was psychotherapeutische Praktiker für wesentlich für ihre Arbeit halten, nämlich *die Beziehung zu dem leidenden, ihnen anvertrauten und sich anvertrauenden Mitmenschen*. Zudem könne der Titel als Hinweis darauf verstanden werden, dass wir eine *große Bandbreite an Bedeutungen bezüglich Wert und Sinn der psychothera-*

*peutischen Beziehung in den verschiedenen Behandlungstheorien* vorfinden – von „gut verstehen“ bis „Medium der Bearbeitung tiefster Konflikte“.

### Festvortrag: „Intercorporité“ statt „theory of mind“

Den Festvortrag am Freitagabend hielt **Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs**, Karl Jaspers-Professor für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Heidelberg. Er referierte über das aus der Phänomenologie stammende Konzept der *Zwischenleiblichkeit* („intercorporité“ nach dem französischen Philosophen Maurice Merleau-Ponty), das er von der in den letzten Jahren verstärkt diskutierten



Kammerpräsident Jürgen Hardt im Gespräch mit Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs

„theory of mind“ abgrenzte. Nach dem Konzept der Zwischenleiblichkeit beruhe Soziales Verstehen primär auf einem interaktiven und zwischenleiblichen Prozess, in den beide Partner einbezogen sind – und zwar auf der Basis von der *Koordination von Ausdruckssignalen* sowie der *leiblich-affektiven Resonanz*. Anhand beeindruckender

ckender Videobeispiele von funktionalen und dysfunktionalen Mutter-Säugling-Interaktionen veranschaulichte er das Konzept.

### Hauptvorträge: Wahrnehmungskunst, empirischer Gegenstandsbereich und dialogisches Geschehen...

Den Samstagmorgen eröffnete **Hans Bauer**, Vizepräsident der LPPKJP Hessen. Er ging in seinen Eröffnungsworten u. a. auf das Thema der psychotherapeutischen Beziehung im Zusammenhang von psychotherapeutischen Dienstleistungen per *Internet* ein, mit dem sich die Psychotherapeutenkammer Hessen schon seit geraumer Zeit intensiv beschäftigt. Denn Aufgabe der Kammer sei, so Bauer, hier den Berufsstand über *Normgebung* zu schützen.

Den ersten Hauptvortrag, der von **Susanne Walz-Pawlita**, Mitglied des Vorstands der Kammer, moderiert wurde, bestritt **Prof. Dr. Michael Buchholz** vom Institut für Soziologie der Georg-August-Universität Göttingen. Er beschäftigte sich mit der therapeutischen Beziehung aus psychoanalytischer Sicht und führte hierbei kenntnisreich und profund u. a. den *Aspekt der „Wahrnehmungskunst“* als bedeutsam für die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung aus.

**Prof. Dr. Hansjörg Znoj**, Außerordentlicher Professor an der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern, stellte im zweiten Hauptvortrag aktuelle, teilweise auch divergierende *empirische Befunde zur Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung* für die Wirksamkeit von Psychotherapie vor. Zudem erörterte er den Stellenwert der psychotherapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie. Moderiert wurde sein Vortrag von **Prof. Dr. Fritz Matzejat**, Mitglied des Kammerausschusses „Wissenschaft und Forschung“.

Aus der Perspektive der dialogischen Gestalttherapie referierte **Dr. Martina Gremmler-Fuhr** vom Gestalt-Zentrum Göttingen. Sie verdeutlichte in ihren berührenden Ausführungen u. a. anhand einer Kasuistik die *exis-*

*tentiellen Dimensionen von Dialog und (psychotherapeutischer) Beziehung*, wie sie der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber beschrieben hat. Ihr Beitrag wurde von **Thomas Merz**, Mitglied des Vorstands der LPPKJP moderiert.

### Vielfalt der psychotherapeutischen Beziehung: Fünf Foren

Am Nachmittag fanden fünf Forenveranstaltungen statt. Das – am besten besuchte – Forum „*Krisen in der psychotherapeutischen Beziehung: Rupture and Repair*“ wurde von **Dr. Renate Frank**, Mitglied der Vorbereitungsgruppe zum 6. HPT, moderiert. Vortragende in dem Forum waren der Frankfurter Psychoanalytiker **Dr. Tomas Plänkner**, der die psychotherapeutische Beziehungskrise als Reinszenierung unbewusster Konflikte in der Übertragung konzeptualisierte, und der Berner Verhaltenstherapeut **Dr. Christoph Flückiger**, der zu Kennzeichen erfolgreicher Therapiebeziehungen sprach. **Dr. Ulrich Müller**, Mitglied des Vorstands der LPPKJP, moderierte das entwicklungspsychologisch und pädagogisch orientierte Forum „*Beziehung und Erziehung: Perspektiven kindlicher Entwicklung*“. Dieses Forum wurde durch inhaltliche Impulse **Prof. Dr. Silke Gahleitner** („Und wenn’s nicht klappt?! – Beziehungsgestaltung mit schwer erreichbaren Kindern und Jugendlichen“) und **Prof. Dr. Günther Opp** („Positive Peerkultur: Erziehung und Entwicklung in Peerkontexten“) bereichert. Mit der *therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit Paaren und Familien* beschäftigte sich das Forum C, das von **Thomas Merz** moderiert wurde. Hierzu trugen als Referenten die systemische Familientherapeutin **Erika Lütznier-Lay**, der Psychoanalytiker **Dr. Terje Neraal** sowie der Verhaltenstherapeut **Prof. Dr. Kurt Hahlweg** bei, die in eine lebendige und spannende Abschlussdiskussion mit den Teilnehmern traten. Um die *Beziehungsgestaltung im stationären Kontext* ging es in einem weiteren, von **Ralph Wohlfarth**, Vorsitzender des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ der LPPKJP



Interessiertes Auditorium beim 6. Hessischen Psychotherapeutentag

Hessen, moderierten Forum. **Ulrich Ertel** faltete hierbei die psychoanalytische Sicht auf, **Mechthild Reinhard** berichtete von hypnosystemischen Ansätzen in der stationären Jugendlichenpsychosomatik in der Klinik Siedelsbrunn und **Dr. Julia Domma-Reichart** stellte das Konzept einer verhaltenstherapeutisch orientierten Suchtklinik vor, in der sie selbst als Direktorin tätig ist. Last but not least wurde die „*Liebe*“ in der *psychotherapeutischen Beziehung* im Forum E, moderiert von **Susanne Walz-Pawlita**, verhandelt. Unterschiedliche fachliche Perspektiven hierzu wurden beigeleitet von **Dr. Jörg M. Scharff**, („Verwickeln und Entwickeln – zum Umgang mit Liebesgefühlen in der psychoanalytischen Situation“), **Prof. Dr. Heinz-Joachim Feuerstein** („Liebe und andere Gefühle. Zur Komplexität therapeutischer Beziehung aus dem Blickwinkel klientenzentrierter Psychotherapie“) und von **Friederike von Tiedemann** („Liebe hinter geschlossener Tür: Die Auswirkungen von Verliebtheit im therapeutischen Setting“).

### Bereichernd und hochkarätig: abschließendes Podium und Plenum

Auf dem von **Jürgen Hardt** moderiertem Abschlusspodium zeigte sich, dass die Teilnehmer dann sehr zufrieden mit ihren Foren waren, wenn ausreichend Zeit zur Diskussion der fachlichen Impulse blieb, die durchweg als bereichernd und hochkarätig bewertet wurden. Aus dem Plenum wurde der Vorbereitungsgruppe des HPT für den gelungenen und anspruchsvollen Fachtag gedankt die Hoffnung geäußert, dass zukünftige Psychotherapeutentage auf einem ähnlichen Niveau stattfinden mögen (weitere Informationen unter [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj)).

Dr. Matthias Ochs

## Nachruf

### **Norbert Sattler (1947 – 2011)**

Unser Kollege Norbert Sattler ist am 13. April 2011 im Alter von 63 Jahren nach langer schwerer Krankheit gestorben.

Norbert Sattler, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, von 1973 bis 1978 wissenschaftlicher Assistent am Psychologischen Institut der Universität Frankfurt in den Bereichen Klinische Psychologie und Experimentelle Psychologie, ließ sich 1974 in Steinheim/Hanau in einer von ihm initiierten Gemeinschaftspraxis nieder. Er realisierte dort mit Kolleginnen und Kollegen einen beruflichen Traum: Therapeutisches Arbeiten auf der Grundlage eines Menschenbildes, das sich an der humanistischen Psychologie mit ihren wesentlichen Eckpfeilern Freiheit, Selbstbestimmung und Wachstum orientierte.

Die Leidenschaft für seinen Beruf konnte er im Rahmen der Ausbildungstätigkeit am Däumling-Institut, Gesellschaft

für Psychologische Weiterbildung und Forschung, Siegburg, an seine Ausbildungskandidaten weitergeben. Norbert Sattler war komplex, facettenreich, bereichernd und offen, kritisch und neugierig.

In seinem Engagement für die Kammer haben wir Norbert Sattler als einen Kollegen kennengelernt, der unkonventionell und innovativ denken und handeln konnte, wichtige Impulse gab und klar und unbestechlich für humanistische Werte in der Psychotherapie und der Kammerpolitik eintrat.

Er war von Anfang an am Aufbau der Kammer beteiligt, als Delegierter vom Juni 2002 bis zum Juni 2006 und als Mitglied des Ausschusses Qualitätssicherung von Anfang an bis zu seinem Tod. Von 2002 bis 2004 war er Vorsitzender des Ausschusses und gab dabei wesentliche Anstöße, die die Politik der hessischen Psychotherapeutenkammer bereichert haben, wie etwa bei einer großen Umfrage der Kammer unter ihren Mitgliedern, um zu ermitteln, was Praktiker aufgrund ihrer Erfahrung für den Erfolg ei-

ner Psychotherapie für wesentlich halten. Diese Untersuchung war der Beginn für weitere Forschungsprojekte über die Wirkweise von Supervision, die die hessische Kammer initiierte und begleitete. Die Hessische Kammer ist heute stolz auf ihre Pionierstellung, was die Initiierung kammerseitiger Forschung betrifft.

Norbert Sattler wurde im Kollegenkreis außerordentlich geschätzt. Nicht nur wegen seiner hohen fachlichen Kompetenz, sondern auch wegen seiner zutiefst wertschätzenden und integrierenden Haltung gegenüber allen Menschen, mit denen er zusammen arbeitete. Er war einer der ernsthaftesten, intensivsten und klarsten Menschen, die wir kannten. Und man konnte wunderbar mit ihm feiern und fröhlich sein.

Wir sind sehr traurig.

Für die Kammer

*Uta Cramer-Düncher, Reinhold Neef*

## Rubriken

### Termine

- **8. Juni 2011, 17.00 Uhr, Vernetzung in der Psychoonkologischen Versorgung**, Fachtagung der LPPKJP Hessen in Kooperation mit dem Arbeitskreis Psychosoziale Onkologie Hessen (APH), Frankfurt, Haus am Dom.
- **28. Juni 2011, voraussichtlich 16.00 Uhr**: Letzte Delegiertenversammlung der alten Wahlperiode mit anschließender Feierstunde um 19.00 Uhr, Rathaus Wiesbaden.
- **29. Juni 2011, voraussichtlich 10.00 Uhr**: Konstituierende Sitzung der neuen Wahlperiode. Hotel Oranien, Wiesbaden.

Ergänzende Angaben zu Beiträgen und Terminen unter: [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj).

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen: Dr. phil. **Rolf Klüwer**, Steinbach, geb. 19.05.1925, gest. 26.02.2011, Dipl.-Psych. **Manfred Weimann**, Bad Schwalbach, geb. 27.06.1946, gest. 12.04.2011, Dipl.-Psych. **Norbert Sattler**, Hanau, geb. 29.09.1947, gest. 13.04.2011.

### Neubekanntmachung von Satzungen der Kammer

Aufgrund eines formaljuristischen Erfordernisses, das der Kammer erst kürzlich bekannt wurde, ist eine Neubekanntmachung von Satzungen erforderlich geworden. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden! Sie finden die Bekanntmachung in einem Einhefter in diesem Heft.

### Redaktion Hessische Kammerseiten:

Wir waren seit Frühjahr 2003 bestrebt, Sie mit den Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals gut zu informieren, was Belange der Kammer in Hessen angeht. Wir hoffen, diese Aufgabe zur Zufriedenheit unserer Leserinnen und Leser erfüllt zu haben, verabschieden uns nun nach acht Jahren in dieser Funktion von Ihnen und hoffen und wünschen uns, dass die LPPKJP auch in der Zukunft auf gutem und erfolgreichem Wege bleibt.

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier  
E-Mail: [ptj@ptk-hessen.de](mailto:ptj@ptk-hessen.de)  
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj)

### Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel 0611. 53168 0  
Fax 0611. 53168 29  
E-Mail: [post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)  
Internet: [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die vorliegende Ausgabe der Länderseiten des PTJ möchten wir nutzen, um die Mitglieder auf ein paar Informationen in eigener Sache hinzuweisen.

### **Personelle Veränderungen in der PKN**

Die PKN erlebt aktuell eine Zeit wesentlicher personeller Veränderungen in der Geschäftsstelle. Nach der Entscheidung, die vakante Stelle einer Verwaltungskraft umzuwandeln und mit einer Referentin für Öffentlichkeitsarbeit zu besetzen, mussten der Vorstand und die Geschäftsstelle sich damit auseinandersetzen, dass der langjährige Geschäftsführer der PKN Ekkehard Mittelstaedt sich entschieden hat, eine neue Herausforderung zu suchen, zu finden und anzunehmen und damit der PKN leider den Rücken zu kehren.

Das lässt zunächst natürlich erst einmal eine Lücke entstehen, die nicht so leicht zu füllen scheint, hat er doch das operative Geschäft der PKN in den letzten sieben Jahren wesentlich mitgestaltet und geprägt. An dieser Stelle gilt ihm noch einmal der herzliche Dank für die von ihm in hervorragender Art und Weise geleistete Arbeit.

Nun galt es also gleich zwei Stellen auszuscheiden und zu besetzen. Glücklicherweise ist das mit der Einstellung von Lea Peplau als neue Referentin für Öffentlichkeitsarbeit zum 15. Mai bereits gelungen.

Sowohl Ekkehard Mittelstaedt als auch Lea Peplau sollen im Rahmen der vorliegenden Ausgabe des PTJ kurz zu Wort kommen, um verabschiedet bzw. willkommen geheißen zu werden.

Trotz der durch die Veränderungen bedingten vorübergehenden Mehrbelastung des Vorstandes und der MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle sind wir zuversichtlich, die Suche eines Nachfolgers für Ekkehard Mittelstaedt zu einem für die PKN erfolgreichen Abschluss zu bringen und die Arbeitsabläufe im „Tagesgeschäft“ der Geschäftsstelle in gewohnter Weise zu gewährleisten.

An dieser Stelle gilt den MitarbeiterInnen der Dank für ihr Engagement bei der Bewältigung der zusätzlichen Aufgaben. Gleichzeitig richten wir die Bitte an die Mitglieder, ggf. auftretenden Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihrer Anliegen mit Nachsicht zu begegnen.

*Jörg Hermann*

## „Ein lachendes und ein weinendes Auge“

### **Kurzinterview mit dem bisherigen Geschäftsführer der PKN Ekkehard Mittelstaedt**

#### **Wie geht es Ihnen Herr Mittelstaedt und bekommt Ihnen der Start in Ihren neuen Job?**

Es ist wie bei einer Unternehmensneugründung – sehr viel zu tun. Ich kann schon jetzt erkennen, dass ich hier als Geschäftsführer eines Unternehmens der IT-Branche im Gesundheitsbereich eine spannende und sehr intensive Arbeit vorfinde. Mein Terminkalender ist schon jetzt bis Ende August voll. Dabei bin ich bundesweit sehr viel unterwegs und kann sagen, dass mir die derzeitige Einarbeitung großen Spaß macht.



#### **Wie ist der Blick zurück auf die PKN?**

Da gibt es nach wie vor ein lachendes und ein weinendes Auge. Ich denke da-

bei vor allem an die langen und intensiven Beziehungen zum Vorstand, der Kammerversammlung und den Mitarbeitern der Geschäftsstelle, denn dabei sind ja auch freundschaftliche Verhältnisse entstanden. Die gibt es hier in Berlin natürlich noch nicht. Auch die inhaltliche Arbeit war natürlich viel vertrauter. Das schöne an der jetzigen Aufgabe ist der Sprung in eine verantwortungsvolle Aufgabe auf Bundesebene. Die Kammerarbeit auf der Bundesebene in ihrer Zögerlichkeit hat sich für mich mitunter als unbefriedigend dargestellt. Da erlebe ich jetzt ein ganz anderes Tempo.

#### **Was waren wesentliche Entwicklungen der PKN in Ihrer Zeit als Geschäftsführer?**

Die PKN ist gut aufgestellt und eine der wesentlichen Stimmen im Konzert der Kammern. Mein Beitrag war dabei, dass die Arbeit so lief, dass der Vorstand politisch operieren konnte. Darüber hinaus war die Einrichtung der Akkreditierungsstelle gemeinsam mit Bremen ein wichtiger Schritt. Eine führende Stellung nimmt

die PKN bundesweit im Hinblick auf die Praxiswertberechnung ein.

**Gibt es etwas, was Sie der PKN für die Zukunft mit auf den Weg geben wollen?**

Eine wesentlich stärkere Bundespräsenz, um die niedersächsischen Interessen in

Berlin einzubringen und umzusetzen wäre aus meiner Sicht wünschenswert und notwendig.

Lieber Herr Mittelstaedt, vielen Dank für das Gespräch und alles Gute für Sie und Ihren weiteren beruflichen Weg.

**„Das Image der Psychotherapeuten weiter verbessern“**

**3 Fragen an Lea Peplau**



**Frau Peplau, was möchten Sie als neue Referentin für Öffentlichkeitsarbeit den Kammermitgliedern über sich mitteilen?**

Zunächst, dass ich mich sehr freue, den Job bekommen zu haben und nun erst einmal in die Arbeit der PKN reinschnup-

pern werde. Zu mir persönlich, dass ich 29 Jahre alt bin, Dipl.-Psychologin und beabsichtige, im Herbst meine PP-Ausbildung in tiefenpsychologischer Psychotherapie abzuschließen.

**Was reizt Sie an der neuen Aufgabe?**

Sie trifft mein Interesse an sozialpolitischen Themen und am Umgang mit verschiedenen Interessengruppen. Ich hatte schon immer die Absicht und den Anspruch, einen Beitrag zu leisten, das Image der Psychotherapeuten zu verbessern. Außerdem schreibe ich gern und möchte mich mit den Hintergründen des Berufsstandes auseinandersetzen, an Vernetzungen mitwirken und die politische Dimension der Arbeit fördern helfen.

**Wie sind denn Ihre ersten Eindrücke von der Kammerarbeit, die Sie im Rahmen Ihrer Teilnahme an der Kammerversammlung am 7. Mai gewonnen haben?**

Ich bin ehrlich beeindruckt, wie konzentriert von Anfang bis Ende auf hohem Niveau gearbeitet wurde. Das war wirklich ein hohes Niveau, auf dem da gearbeitet wurde und ich hab eine enorme Dichte der Arbeit erlebt. Da ist bei mir gleich ein innerer Anspruch entstanden, das so mit zu tragen.

**Vielen Dank Frau Peplau und einen guten Start in die neue Aufgabe.**

**Begrüßungsrede der PKN-Präsidentin zum Niedersächsischen Psychotherapeutentag in Göttingen 01. – 02. April 2011**

**Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste.**

Die Paulinerkirche, in der wir heute tagen, ist ein besonderer Ort. Sie gehörte zu einem Dominikanerkloster, welches im 13. Jahrhundert in Göttingen gegründet wurde. Dominikaner stehen in der Tradition der so genannten Bettelmönche, doch die Konnotation der Armut wäre verfehlt, würde man übersehen, dass sie sich in besonderer Weise den Wissenschaften gewidmet haben, auch hatten sie sehr früh demokratische Strukturen in ihren Orden, die den Prior z. B. wählten. Die Geschichte dieses Ortes hier verlief allerdings so, dass nach der Reformation, die Göttingen bereits 1529 ergriff, die ersten lutherischen Gottesdienste stattfanden: Hier wurden die ersten Kinder in Göttingen protestantisch getauft.



Gertrud Corman-Bergau eröffnet den Niedersächsischen Psychotherapeutentag 2011

Nach der Säkularisierung im 16. Jahrhundert wurde hier ein Pädagogium einge-

richtet und es wurde schließlich zur Keimzelle der Universität Göttingen, die im Jahr 1737 stattfand, eine der ersten Universitäten Deutschlands. Bis heute ist dieser Ort eine Bibliothek, ein Ort der Wissenschaft, der Neugier und der Kontemplation.

Wir können uns glücklich schätzen, dass wir mithilfe unserer Göttinger Ansprechpartner diesen Ort für den ersten Tag unseres Zusammenseins gewinnen konnten, dafür danke, an dem schon Goethe, die Gebrüder Grimm und auch Heinrich Heine ein- und ausgingen. Neben den Geisteswissenschaften, vor allem der Theologie war die Uni Göttingen schon früh dem Geist der Aufklärung verbunden. Das Primat der Theologie wurde ersetzt durch eine Gleichberechtigung der Fakultäten, vor allem im mathematischen und im naturwissenschaftlichen Bereich setzte

die Universität Zeichen, wir alle verbinden den Namen Gauss mit Göttingen.

Der morgige Tag mit seinen Veranstaltungen wird dann in den Räumen der Universität am Waldweg stattfinden.

Wir werden also umziehen an einen anderen Ort, das hat zunächst einmal rein organisatorische Gründe, bedeutet für mich aber auch symbolisch, dass der Ort, wo die Psychotherapie beheimatet ist, nicht so leicht zu beantworten ist.

Zunächst einmal ist die Psychotherapie Anwendung. Jedoch sind die ihr zugrundeliegenden Wurzeln vielfältiger Natur und mehrere Fakultäten beanspruchen, die eigentliche Mutter bzw. Vater der wissenschaftlich begründeten Psychotherapie zu sein. Doch ist es vielleicht wie mit einem Kind, welches ja auch von zwei Menschen geschaffen wird, die nicht einmal miteinander verwandt sind, so sehe ich im Bereich der Psychotherapie allerdings drei Wissenschaften, die sich als Gründereltern verstehen. Medizin insbesondere die physiologisch neurologischen Bereiche mit dem Gründervater Freud, die Klinische Psychologie mit ihren experimentellen Ansatz, der sich mit dem Namen Wilhelm Wundt verbindet und die Erziehungswissenschaft bzw. Pädagogik, die Gründerväter Rousseau, später Herder

und Wilhelm von Humboldt, die die Veränderbarkeit in menschlichen Beziehungen und Lernen in den Fokus nahm. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts fanden vor allem die Anwendung der Erkenntnisse aus der Psychologie in Einrichtungen der Jugendarbeit und Erziehungshilfen ihren Niederschlag. Die Erkenntnisse aus den Entwicklungslehren wurden umgesetzt. Hoffnung der Veränderung durch das Umfeld und Beziehungen, das nicht alleine Ausgeliefertsein an Schicksal oder Vererbung brachten einen tragenden Geist in die Anwendung psychologischer Erkenntnisse. Durch die Nationalsozialisten wurde diese Entwicklung jäh unterbrochen, man kehrte wieder zur strikten Vereinseitigung zurück mit schrecklichen Folgen auch für die Freiheit aller Wissenschaften in unserem Land. Führende Wissenschaftler und praktizierende Psychotherapeuten gingen ins Exil, weite Teile unserer Grundlagenwissenschaften und Forschung verlagerten sich in den Angelsächsischen Raum. Nach dem Zweiten Weltkrieg konnte glücklicherweise erneut an die Tradition angeknüpft werden und die Erkenntnisse aus den anderen Ländern in die Debatte einfließen und die Praxis der Psychotherapie wiederbelebt werden und heute stehen wir hier in lebhaften und Ihnen allen bekannten Debatten. Die Psychotherapie ist sogar Teil des regulären Gesundheitssystems geworden, wir stehen mit un-

seren Ausbildungsrichtlinien Europaweit vorn – vielleicht auch aus Schuldgefühlen.

Nun kehren wir zurück zum heutigen Anliegen:

Wir möchten Ihnen und uns mit dem Psychotherapeutentag für ein interessantes und anspruchsvolles Programm sorgen. Unser Anliegen ist es, aktuelle Psychotherapieforschung und praktizierende Psychotherapeuten in einen guten und konstruktiven Dialog zu bringen. Ergebnisse der Forschung und Ihre kompetente Arbeit in verschiedenen Themenfeldern soll mit Fragen unserer Mitglieder, die in der Praxis arbeiten, verbunden werden.

Ich bedanke mich im Namen des Vorstandes der PKN bei allen Referentinnen und Referenten für ihre Zusage, an diesem Anliegen mitzuwirken und freue mich auf die gemeinsame Veranstaltung.

Ich hoffe, Sie finden neben anregenden Erkenntnissen und geistiger Bereicherung auch Zeit für entlastende Gespräche und Muße. Lassen Sie es sich nicht nehmen, heute Abend durch das nächtliche Göttingen zu schlendern in der Tradition zahlloser Menschen vor Ihnen, deren Anliegen das Erkennen, Verstehen und Verändern war.

## Informationen aus der Kammerversammlung am 07.05.2011

Am 07.05.2011 tagte die dritte Kammerversammlung der laufenden Amtszeit. Inhaltliches Schwerpunktthema bildet die Versorgungssituation und die geplante Änderung der Bedarfsplanung im Bereich der GKV. Der Vizepräsident Dr. Josef Könnig hielt ein Impulsreferat unter besonderer Berücksichtigung der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und wies auf die dringende Notwendigkeit der Änderungen einiger Eckpunkte hin. Der Vorstand wird in der nächsten Zeit auch mit den Landtagsabgeordneten in den Regionen Niedersachsens Kontakt aufnehmen, um in Gesprächen insbesondere die unzulängliche Versorgung im ländlichen Bereich zu fokussieren. Daneben wird er sich

verstärkt darum bemühen, die Einschränkungen des Jobsharings zu erweitern und die Möglichkeiten lokaler Sonderbedarfszulassungen überprüfen. Wenn Sie Materialien für Ihre Region, z. B. für Gespräche mit Politikern oder der KV vor Ort benötigen, wird Ihnen die Geschäftsstelle gerne Zahlen und Material über Ihren Bereich zusenden.

Des Weiteren beschloss die Versammlung Änderungen in der Fortbildungsordnung der PKN, die unter anderem die Pflicht zur Fortbildung unserer in den Krankenhäusern tätigen Mitgliedern berücksichtigten und Anregungen aufnahm, die Frau Inge Berns uns mit auf den Weg gab, nachdem sie zum Jahreswechsel 2010/11 ihre

langjährige Tätigkeit als Beauftragte für die Akkreditierung aufgab. An ihrer Stelle hat unser Kammerversammlungsmitglied Frau Dipl.-Psych. Irmgard Schüller die Beauftragung durch den Vorstand angenommen. Beiden Kolleginnen sei an dieser Stelle ein großer Dank des Vorstandes ausgesprochen.

Neben der Anpassung an die Musterfortbildungsordnung des Bundes waren die beschlossenen Änderungen:

1. Auch bei der Prüfung von eingereichten Bescheinigungen zur Anerkennung gemäß der FBO von nicht akkreditierten Veranstaltungen kann eine Gebühr seitens der PKN erhoben werden.

2. Alle bei anderen Heilberufekammern akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen werden ohne Prüfung akzeptiert.
3. Der Zusatzpunkt für vierstündige Veranstaltungen wird gestrichen.

Seit einer Verwaltungsreform in Niedersachsen muss statt eines Widerspruchs gegen die Entscheidungen der PKN Klage eingereicht werden, da das formale Widerspruchsverfahren in NDS nicht mehr existiert. Wir empfehlen Ihnen in einem solchen Fall vorab Kontakt mit der Geschäftsstelle aufzunehmen, da sich Beschwerden oft durch persönliche Klärung unbürokratisch erledigen lassen.

Wir weisen darauf hin, dass Sie die geänderte Ordnung auf unserer Homepage einsehen können ([www.pknds.de](http://www.pknds.de)).

Ein weiteres Schwerpunktthema waren die Finanzen der PKN. Seit mittlerweile sechs Jahren kam es zu keiner Veränderung der Beiträge für die PKN. Diese Stabilität droht jedoch der Entwicklung nicht mehr Stand zu halten. In den vergangenen Jahren mussten trotz sparsamer Haushaltsführung regelmäßig Mittel aus den Rücklagen in den Haushalt einfließen, so dass ab 2012 ein massives Defizit droht.

Steigende Kosten haben wir neben dem Inflationsausgleich aller Sachausgaben und den Gehaltsanpassungen bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle vor allem im sehr wichtigen Bereich der Rechtsberatung für unsere Mitglieder und auf der Ebene der beruflichen Vertretung zu verzeichnen. Wir sind sehr froh, dass die Zusammenarbeit mit unseren juristischen Kooperationspartnern eine sehr hohe Qualität und Professionalität auszeichnet. Auch die persönliche Beratung von Mitgliedern durch den Vorstand und die Geschäftsstelle nimmt stetig zu. Dabei ist deutlich, dass gleichermaßen Fragen aus dem Angestellten- wie dem niedergelassenen Bereich erfolgen, die wir, soweit es in unserer Kompetenz steht, individuell und persönlich beantworten.

Wir möchten weiterhin Mitglieder unserer Kammer für die Interessenvertretung gewinnen. Dazu bedarf es auch einer fairen Reisekosten- und Sitzungsgelder-Regelung, um eine angemessene Grundlage für das ansonsten ehrenamtlich zu erbringende Engagement zu gewährleisten. Seit zehn Jahren ist die Reisekostenordnung der PKN nicht angepasst worden und bietet damit auch gerade jüngeren Kolleginnen und Kollegen wenig zusätzlichen Anreiz ihr ggf. vorhandenes berufspolitisches Interesse im Rahmen der Arbeit in den Gremien der PKN auch in die Tat umzusetzen.

Das Flächenland Niedersachsen hat aufgrund seiner geographischen Besonderheit einen relativ hohen Anteil der Gesamtausgaben des Haushaltes für die Gremienarbeit aufzubringen. Wir möchten, dass die Kammer weiterhin von praktizierenden Kolleginnen und Kollegen belebt wird, die sich mit ihrer Kompetenz aus ihrem Berufsalltag einbringen. Dazu bedarf es angemessener Entschädigung für Reisekosten und Zeitverlust. Für unsere Mitglieder in Ausbildung, die ohnehin einen großen finanziellen Einsatz für den Erwerb der Approbation leisten und die in der PKN ordentliche Mitglieder sind, soll eine Mitgliedschaft weiterhin beitragsfrei bleiben. Hier sind wir die Pioniere unter den Psychotherapeutenkammern und wollen diese Tradition beibehalten.

Insgesamt nimmt der Stellenwert der Behandlung psychischer Störungen rapide zu, wir verzeichnen eine zunehmende Akzeptanz im gesellschaftlichen Feld. Unsere Professionalität wird geschätzt und gefragt. Aus diesem Grund erhalten wir ungleich mehr Anfragen aus Politik und Gesellschaft, von Presse und von Patientinnen und Patienten. Wir kommen diesem wachsenden Bedürfnis gerne entgegen, jedoch müssen die Ressourcen der Kammer auch entsprechende Erweiterung erfahren.

Bitte haben Sie Verständnis, wenn die Kammerversammlung der PKN im No-

vember 2011 die Notwendigkeit einer Erhöhung der Beiträge für das Jahr 2012 beschließen wird.

Eine ausführlichere Darstellung der Ergebnisse der Kammerversammlung finden Sie ebenfalls auf unserer Homepage.

*Gertrud Corman-Bergau*

### Veranstaltungshinweis

Am **25.11.2011** findet die **Veranstaltung „Approbation – was nun?“** in **Osnabrück** statt. Die Faxanmeldung finden Sie auf unserer Homepage.

### Wichtige Mitteilung

Die PKN wird zukünftig im PTJ auf Bekanntmachungen von Ordnungs- und Satzungsänderungen nur noch hinweisen. Der genaue Wortlaut der Änderungen wird auf der Homepage ([www.pknds.de](http://www.pknds.de)) veröffentlicht.

Mitglieder, denen eine Einsichtnahme im Internet unmöglich ist, werden auf Anforderung eine Einsichtnahme per Zusendung (ggf. auf eigene Kosten) erhalten.

### Geschäftsstelle

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44

Sprechzeiten allgemein:  
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Sprechzeiten „Fragen zur Akkreditierung“:  
Mi + Do 9.00 – 11.30 Uhr

Mail-Anschrift: [info@pknds.de](mailto:info@pknds.de)  
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:  
[Akkreditierung@pknds.de](mailto:Akkreditierung@pknds.de)  
Internet: [www.pknds.de](http://www.pknds.de)

## Kammerversammlung am 9. April 2011

Am Tag vor der Kammerversammlung stellte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) Eckpunkte für ein „GKV-Versorgungsgesetz“ der Öffentlichkeit vor, nach denen Minister Dr. Philipp Rösler zukünftig die Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten neu regeln will. In den Monaten zuvor hatte es insbesondere kontroverse Auseinandersetzungen zwischen dem BMG und den Gesundheitsministerien der Länder über die Zukunft der Bedarfsplanung gegeben. Deshalb war es sehr interessant, auf der Kammerversammlung unmittelbar die Bewertung der BMG-Eckpunkte durch die nordrhein-westfälische Landesregierung zu erfahren. Bettina am Orde, Referatsleiterin GKV und Vertragsarztrecht im NRW-Gesundheitsministerium, berichtete, wie die Länder sich in den vergangenen Monaten zu einer Reform der ambulanten medizinischen Versorgung positioniert hatten und warum NRW das Positionspapier des BMGs nicht weit genug geht.

### GKV-Versorgungsgesetz

„Die zentralen Forderungen der Länder finden sich in den BMG-Eckpunkten nicht wieder“, stellte Bettina am Orde fest. „In der Zusammenarbeit von Bund und Ländern ist eine Menge Porzellan zerschlagen worden.“ Die Länder sollen nach Röslers Vorstellung nicht an den Entscheidungen zur Bedarfsplanung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beteiligt und die Morbiditätsentwicklung nicht als ein Faktor genutzt werden, um den zukünftigen Versorgungsbedarf zu ermitteln. Das NRW-Ministerium zeigte sich überrascht über diese Positionierung des BMG, war doch erst am 6. April nach monatelangen „mehr als sperrigen“ Verhandlungen ein Kompromiss zwischen Bund und Ländern erzielt worden.

Die Länder hatten schon in ihrem GMK-Beschluss vom 1. Juli 2010 eine „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder



*Bettina am Orde, Referatsleiterin GKV und Vertragsarztrecht im NRW-Gesundheitsministerium*

in der medizinischen Versorgung“ gefordert. Sie erklärten ihre Bereitschaft, „in einer optimierten und sektorübergreifenden Bedarfsplanung mehr Verantwortung für eine flächendeckende medizinische Grundversorgung zu übernehmen“. Bettina am Orde erläuterte die Beweggründe der Länder: Länder und Kommunen bekämen immer häufiger Briefe, in denen sich Bürgerinnen und Bürger sowohl über zu weite Wege zu ärztlichen Praxen als auch über zu lange Wartezeiten auf einen Behandlungstermin beschwerten. Länder und Kommunen würden also zunehmend für das Versagen des medizinischen Versorgungssystems in Anspruch genommen. Sie hätten jedoch bisher keinen Einfluss darauf, wie viel Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich wo niederlassen. Deshalb forderten sie mehr Einfluss auf die Versorgung, weil sie die Probleme vor Ort am besten kennen würden und regional an-

gepasste Lösungen notwendig seien. Die allgemeine Daseinsvorsorge gehöre zum Verfassungsauftrag der Länder.

Die Länder sähen insbesondere folgende Defizite, so am Orde: Die Bedarfsplanung sei nicht mehr zeitgemäß, weil sie sowohl die demografische Entwicklung als auch die veränderte Morbidität nicht mehr abbilde. Es existierten erhebliche Versorgungsdisparitäten in der haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung. Unter- und überversorgte Gebiete nebeneinander, in der Stadt wie auf dem Land. Die Zahl der psychischen Erkrankungen steige stetig. Die Menschen würden älter und viele hätten mehrere Krankheiten. Die Bedarfsplanung nach Verhältniszahlen könne diese Probleme nicht lösen. Die Folge seien lange Wartezeiten insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung.

Die Bedarfsplanung soll deshalb nach Vorstellung der Länder den tatsächlichen Versorgungsbedarf und die Demografie- und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen können. Sie solle flexibler auf regionale Versorgungsbedarfe reagieren und zukünftig eine sektorenübergreifende (Rahmen-) Planung ermöglichen. Die Länder sollen an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren beteiligt werden. Sie sollen ermächtigt werden, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V (ambulanter Sektor) nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen. Schließlich sollen den Ländern alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen vorgelegt werden, unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit der Kassen gegenüber dem Land.

Die Psychotherapeutenkammer NRW habe am 22. März 2011 „zum richtigen Zeitpunkt“ ihre Positionen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgestellt. Die Positionen seien „weitgehend und durchdekliniert“. Die Forderung nach einer prospektiven Steuerung über prozess- und ergebnisorientierte Versorgungsziele gäbe der Diskussion eine zukunftsorientierte Perspektive.

Bettina am Orde stellte die Ergebnisse der „Rösler-Kommission“, die auf einer Klausurtagung im Februar vorbereitet und auf zwei Sitzungen der Kommission am 29. März und am 6. April erarbeitet worden waren, aus Sicht des NRW-Gesundheitsministeriums dar. Danach sei eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung „Konsens“ gewesen. Die Planungsbereiche seien danach so zu gestalten, dass eine flächendeckende Versorgung gewährleistet ist und unterschiedliche Planungsansätze für verschiedene Arztgruppen realisiert werden können. Die G-BA-Richtlinie zur Bedarfsplanung solle eine generelle Öffnungsklausel für die Landes- bzw. KV-Ebene enthalten, die die „unkonditionierte Möglichkeit“ schafft, von den G-BA-Vorgaben abzuweichen, um regionalen Versorgungsbedarfen gerecht werden zu können. Außerdem sei es Konsens gewesen, sektorenübergreifende Aspekte zu berücksichtigen und auf Landesebene ein sektorübergreifendes Gremium mit Empfehlungscharakter zu schaffen. Konsentiert sei schließlich auch gewesen, Demografie und Morbidität in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen und dazu einen Entwicklungsauftrag an den G-BA gesetzlich festzuschreiben.

Die Arbeit der „Rösler-Kommission“ sei mit der Sitzung der Landesminister am 6. April abgeschlossen worden. Die Koalitionsfraktionen hätten sich noch in derselben Woche geeinigt. Damit könne die Gesetzgebungsmaschinerie jetzt anlaufen. Das Ziel des BMGs sei es, noch vor der Sommerpause ein Versorgungsgesetz einzubringen, das am 1. Januar 2012 in Kraft treten soll.

### Position der PTK NRW

„Wenn das Versorgungsgesetz so kommt, wie derzeit geplant, wird sich die Versorgung psychisch kranker Menschen massiv

verschlechtern“, warnte Präsidentin Monika Konitzer. Krankenkassen, aber auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung plädierten insbesondere für einen Abbau von „Übersorgung“ durch Aufkauf von Praxissitzen. Eine „Stilllegung“ aller Praxissitze über 110 Prozent führe in Nordrhein-Westfalen zum Abbau von über 1.000 Niederlassungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In Nordrhein wären rund 550 Praxen nicht mehr verkauf- oder vererbbar, in Westfalen fast 500. Selbst Bochum, Dortmund und Gelsenkirchen seien derzeit rein rechnerisch stark überversorgt.



Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW

Monika Konitzer erläuterte die Grundlagen der derzeitigen Bedarfsplanung. Deren so genannter „Bedarf“ beruhe auf der Zahl der Psychotherapeuten, die zwischen dem 1. Januar und 31. August 1999 zugelassen wurden. Nur diese Zahl der Psychotherapeuten, die in den ersten acht Monaten nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes rechtskräftig zugelassen waren, wurde zum „Versorgungsbedarf“ erklärt. Gerade in Nordrhein-Westfalen seien zu dieser Zeit aber hunderte von Zulassungsverfahren noch nicht abgeschlossen gewesen, insbesondere die der PsychotherapeutInnen, die bis dahin im Kostenersatzverfahren an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilgenommen hätten. Deshalb lägen bereits die Ausgangszahlen von 1999 deutlich unterhalb des bereits damals gegebenen Versorgungsbedarfs. Hinzu komme, dass Psychotherapeuten

sich regional sehr unterschiedlich niedergelassen hatten. Dies führte zu Verhältniszahlen von Psychotherapeuten je Einwohner, die insbesondere den ländlichen Raum diskriminierten. Nach der Bedarfsplanung sind in Großstädten 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner erforderlich. In ländlichen Regionen reichen dagegen 4,3 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner aus. Für das Ruhrgebiet schuf der Gesetzgeber darüber hinaus eine „Sonderregion“. Danach ist der Bedarf in den Großstädten des Ruhrgebiets mit dem Bedarf von Kreisstädten vergleichbar. Im Ruhrgebiet reichen deshalb angeblich 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner aus, um psychisch kranke Menschen zu versorgen.

Diese Grundlagen der Bedarfsplanung führen dazu, dass rein rechnerisch eine psychotherapeutische Übersorgung besteht, obwohl tatsächlich eine psychotherapeutische Unterversorgung herrscht. Würden allein die Verzerrungen durch die „Sonderregion“ Ruhrgebiet korrigiert, müssten in Nordrhein-Westfalen fast 900 psychotherapeutische Praxen zusätzlich zugelassen werden (KV Nordrhein 370, KV Westfalen-Lippe 522 Sitze). „Die bisherige Bedarfsplanung ist retrospektiv und diente vor allem dazu, bei Ärzten eine Übersorgung zu verhindern“, kritisierte Präsidentin Monika Konitzer. Sie sei also nicht konzipiert worden, um einen realen Versorgungsbedarf zu ermitteln, sondern um die Niederlassung von Ärzten zu steuern. Um zu verhindern, dass sich die Versorgung psychisch kranker Menschen erheblich verschlechtert, sei es deshalb kurzfristig notwendig, die Verhältniszahlen neu zu berechnen und bedarfsgerecht anzuheben. In der Zukunft bräuchten die Länder mehr regionale Kompetenzen, um die Versorgung an unterschiedliche Bedarfe und Strukturen anpassen zu können. Außerdem müsse die Morbidität als ein Faktor berücksichtigt werden, mit dem der tatsächliche Bedarf ermittelt wird. Die Bedarfsplanung müsse prospektiv ausgerichtet, an Versorgungszielen orientiert und sektorübergreifend gestaltet werden. „Monatelange Wartezeiten sind inakzeptabel, das gilt auch für psychisch kranke Menschen“, stellte Monika Konitzer fest. „In der ambulanten Psychotherapie gibt es

Unterversorgung und kein Umverteilungsproblem.“

### Resolution zur psychotherapeutischen Versorgung

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW verabschiedete einstimmig eine Resolution, in der sie folgende gesetzliche Reformen forderte:

*„Wochenlange Wartezeiten auf ein Erstgespräch und monatelange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sind Ausdruck eines steigenden Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung auch in NRW.*

*Eine überholte ‚Bedarfsplanung‘ konserviert realitätsferne Verhältniszahlen (Einwohner pro Psychotherapeut), mit denen eine bedarfsgerechte ambulante psychotherapeutische Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Eine statistische ‚Überversorgung‘ auf Grundlage der bestehenden Verhältniszahlen verdeckt einen eklatanten Mangel.*

*Das SGB V und einige untergesetzliche Normen enthalten Regelungen, die seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 unverändert bestehen, die aber sowohl den fachlichen Entwicklungen der letzten 12 Jahre als auch der Tatsache, dass psychische Erkrankungen zunehmen und besser erkannt werden, nicht mehr gerecht werden. Diese Situation erfordert eine Flexibilisierung und Optimierung der Versorgungsstrukturen.*

*Die Kammerversammlung NRW fordert die am Gesetzgebungsverfahren Beteiligten auf, dafür zu sorgen, dass Psychotherapie flächendeckend, wohnortnah und niedrigschwellig für Patienten verfügbar ist.“*

### Psychotherapeutenausbildung

Mitte Dezember 2010, zwei Tage vor der letzten Kammerversammlung wurden die Entwürfe einer Approbationsordnung und einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) an das BMG übermittelt, im Januar wurden die

Entwürfe auch der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Vorstandsmitglied Wolfgang Groeger berichtete, dass es danach ein Gespräch im BMG gab. Dabei stellte sich heraus, dass das Ministerium praktisch über keine freien Kapazitäten verfüge, um die Reform der Ausbildung voranzutreiben. Es favorisiere weiterhin eine Direktausbildung für die Novellierung des PsychThG und der Approbationsverordnungen (APrVen). Die Botschaft der Psychotherapeutenkammern, dass eine Direktausbildung kurz- und mittelfristig nicht machbar ist, sei allerdings angekommen. Außerdem werde die Notwendigkeit einer Novellierung als auch einer „großen Lösung“ gesehen, die nicht nur das Masterniveau festschreibe, sondern inhaltliche Vorgaben für die zugangsberechtigenden Studiengänge mache.



**Wolfgang Groeger, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer NRW**

Der Vorstand, so Groeger, werde deshalb auf Bundes- und Landesebene weiterhin jede Gelegenheit gegenüber Politik und Verwaltung nutzen, um die Novellierung der Psychotherapeutenausbildung in Gang zu setzen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten alle Divergenzen um einzelne Bestandteile zurückgestellt werden – inhaltliche Veränderungen können dann immer noch eingebracht werden, wenn der Prozess in Gang gekommen ist.

Länder und Landesprüfungsämter sind bei ihren Entscheidungen über die Zugangsberechtigung zur Ausbildung allerdings jetzt schon zunehmend mit Bachelor- und Masterabschlüssen konfrontiert. Der No-

vellierungsbedarf stelle sich deshalb mit zunehmender Schärfe, so Groeger. Gleichzeitig sei ersichtlich, dass es eine lange Übergangszeit geben werde, in der noch nach geltendem Recht über den Zugang zur Ausbildung entschieden werden muss. Gesucht werde daher nach einer Lösung, wie das geltende Recht auf die neuen Studienabschlüsse angewandt werden könne, und zwar möglichst bundeseinheitlich.

Das Gesundheitsministerium NRW, das derzeit in diese Richtung wirkt, da es den Vorsitz im Berufeausschuss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat, denke dabei in folgende Richtung:

- mit der Nennung der zugangsberechtigenden Studiengänge im PsychThG waren zugleich die Rahmenprüfungsordnungen dieser Studiengänge mit den damals geltenden Inhalten und Umfängen vorgegeben,
- an diesen Inhalten und Umfängen müssten die heutigen Abschlüsse gemessen werden. Ein Ausbildungskandidat könne dann zugelassen werden, wenn er die jeweiligen Studieninhalte im damals geforderten Umfang nachweisen kann, d. h. 8 Semester = 240 Leistungspunkte bei den Studiengängen Pädagogik, Sozialpädagogik/Soziale Arbeit und Heilpädagogik bzw. 9 Semester = 270 Leistungspunkte im Universitätsstudiengang Psychologie;
- die Psychologieabsolventen müssten zudem das Fach Klinische Psychologie abdecken.

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat hierfür mit einer Analyse der einschlägigen NRW-Studiengänge gute Vorarbeit geleistet. Die Analyse wird zurzeit fertig gestellt und werde dann für alle Interessenten im Internet zur Verfügung gestellt. Der Vorstand wird sich dafür einsetzen, eine bundeseinheitliche Umsetzung einer solchen Äquivalenzregelung zu fördern. Darüber hinaus ist bereits eingeplant, die entsprechenden Informationen insbesondere an die Hochschulen und Ausbildungskandidaten heranzutragen, sobald eine Entscheidung gefallen ist. Der Vorstand ist dazu im Gespräch mit der BPTK, dem NRW-Gesundheits- und Wissenschaftsministeri-

um, den Hochschulen, den PiA und nicht zuletzt den Ausbildungsstätten.

### Fortbildungsordnung

Die Kammerversammlung beschloss eine Ergänzung der Fortbildungsordnung, die mit dieser Veröffentlichung in diesem Psychotherapeutenjournal in Kraft tritt: Danach können PsychotherapeutInnen während eines Übergangszeitraums von 10 Jahren nach Empfehlung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Psychotherapeutenausbildung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Supervisorinnen und Supervisoren tätig sein, die nach ihrer Approbation mindestens 5 Jahre psychotherapeutisch berufstätig waren und mindestens 600 Behandlungsstunden in mindestens 6 Fällen in diesem Verfahren erbracht haben. Für die Gesprächspsychotherapie und die systemische Therapie gilt der genannte Übergangszeitraum ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung.

### Befugnisbeschränkungen

Der Ausschuss „Psychotherapie in der ambulanten Versorgung“ der Psychotherapeutenkammer NRW erarbeitete ein Positionspapier zum Versorgungsauftrag und zu den Befugnissen von Psychotherapeuten. Olaf Wollenberg fasste die Ergebnisse der Ausschlussdiskussion in drei Punkten zusammen:

1. Die Befugnisse von Psychotherapeuten (PP und KJP) werden derzeit durch gesetzliche Regelungen (z. B. PsychThG und SGB V) eingeschränkt. Diese Einschränkungen verhindern, dass Psychotherapeuten im vollen Umfang ihrer Qualifikation tätig sein können. Dies führt zu Defiziten in der Versorgung von Patienten und erschwert die Kooperation mit anderen Behandlern.
2. Die Einschränkungen der Befugnisse von Psychotherapeuten sollen durch Änderungen der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen aufgehoben werden. Zugleich soll sichergestellt sein, dass Psychotherapeuten im Einzelfall (z. B. zum Schutz der therapeutischen Beziehung oder aufgrund besonderer Erfordernisse des therapeutischen Arbeitssettings) von den Befugnissen keinen Gebrauch machen müssen.

3. Die Aufhebung der bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten soll dem Ziel dienen, die psychotherapeutische Versorgung von Patienten und die Kooperation mit anderen Behandlern zu verbessern. Dabei sollen die Eigenheiten psychotherapeutischer Tätigkeit in angemessener Weise berücksichtigt werden, um die spezifische Identität der psychotherapeutischen Profession in ihrer Vielfalt zu wahren.



*Olaf Wollenberg, Vorsitzender des Ausschusses „Psychotherapie in der ambulanten Versorgung“*

### Weiterbildung

Sabine Unverhau berichtete zum Stand der Diskussion bezüglich der Weiterbildung in Verfahren. Sie erläuterte, dass es zwar einen grundsätzlichen Konsens über die möglichen Eckpunkte einer Weiterbildung gäbe, aber weiterhin erhebliche Divergenzen darüber bestehen würden, ob eine Weiterbildungsordnung überhaupt benötigt werde. Anni Michelmann erklärte, dass es einen großen Bedarf an Systemischer Therapie in der stationären Jugendhilfe gebe. Die Profession müsse selbst definieren, was ein Psychotherapeut können muss, um Systemische Therapie anbieten zu können. Die Landespsychotherapeutenkammern Hessen und Rheinland-Pfalz hätten bereits Weiterbildungsordnungen für die Systemische Therapie beschlossen, um die Qualität in der Versorgung zu sichern. Daran könne sich die Psychotherapeutenkammer NRW orientieren.

### Selektivverträge

Uschi Gersch regte eine Diskussion über Selektivverträge am Beispiel des ADHS-Vertrages in Nordrhein-Westfalen an. Es gelte

Kriterien zu entwickeln, wann sich Psychotherapeuten an solchen Verträgen beteiligen und wann nicht. In Nordrhein wurde ein ADHS-Versorgungsvertrag zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und Berufsverbänden abgeschlossen, der unter anderem psychosoziale Interventionen zusätzlich honoriert, einen strengeren, leitliniengerechten Einsatz von Medikamenten vorschreibt und eine bessere Kooperation von Ärzten und Psychotherapeuten anstrebt.

### Neuer Geschäftsführer



*Dr. Markus Wirtz, Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer NRW*

Dr. Markus Wirtz ist seit dem 1. März 2011 neuer Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer NRW. Er wurde am 8. Mai 1960 in Düsseldorf geboren, studierte Soziale Arbeit von 1982 bis 1987 an der Hochschule Niederrhein (staatl. anerkannter Dipl.-Sozialarbeiter). Berufsbegleitend erwarb er 2004 den Grad eines Master of Science am Studiengang Consumer Health Care an der Med. Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität Berlin. Wirtz promovierte an der Med. Fakultät der TU Dresden zum Dr. rer. medic. (2004-2007). Sein voriger Arbeitgeber war die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband NRW e.V., deren Landesgeschäftsführer er war. Er ist verheiratet und Vater einer 17-jährigen Tochter. Sein Hobby: das Daumendrücken für Fortuna Düsseldorf.

### 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

## Änderung der Gebührenordnung vom 10. Dezember 2010

„Am 4. März 2011 ist die nachfolgend veröffentlichte Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW in Kraft getreten. Den vollständigen Wortlaut der Gebührenordnung können Sie auf der Homepage der Kammer unter der Rubrik ‚Recht‘ Unterrubrik ‚Satzungen und Verwaltungsvorschriften der Psychotherapeutenkammer NRW‘ einsehen.“

Aufgrund § 23 Heilberufsgesetz (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2009 (GV. NRW. S. 863), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer Sitzung am 10. Dezember 2010 folgende Änderung der Gebührenordnung vom 12. Dezember 2003 (MBL. NRW. 2004 S. 360), zuletzt geändert am 27. April 2007 (MBL. NRW. 2007 S. 505) beschlossen:

### Artikel I

Das Gebührenverzeichnis (Anlage zur Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer

Nordrhein-Westfalen vom 12. Dezember 2003, MBL. NRW. 2004 S. 360, zuletzt geändert am 27. April 2007, MBL. NRW. 2007 S. 505) wird wie folgt geändert:

1. Ziffer 12. (Aufnahme in die Sachverständigenliste für die Begutachtung in Strafrechtsfragen mit vorangegangener Überprüfung der Voraussetzungen) wird wie folgt geändert:

Die Worte „Aufnahme in die Sachverständigenliste für die Begutachtung in Strafrechtsfragen mit vorangegangener Überprüfung der Voraussetzungen: € 200“ werden durch die Worte „Aufnahme in die übrigen Sachverständigenlisten der Kammer mit vorangegangener Überprüfung der Voraussetzungen: € 200 für den ersten Bereich, € 100 für jeden weiteren Bereich, bei Verlängerung € 150 je Bereich“ ersetzt.

2. Ziffer 15. (Bearbeitung nicht eingelöster rücklaufender Lastschriften) wird wie folgt geändert:

Der Betrag „€ 20“ wird durch den Betrag „€ 12“ ersetzt.

### Artikel II

Die vorstehende Änderung der Gebührenordnung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Gebührenordnung wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 6. Januar 2011

Monika K o n i t z e r  
Präsidentin

Genehmigt: Düsseldorf, den 19. Januar 2011

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

- Az.: 232 – 0810.104.2 -  
Im Auftrag

G o d r y

MBL. NRW. 2011 S. 54

## Änderung der Fortbildungsordnung vom 9. April 2011

Aufgrund § 23 Heilberufsgesetz (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2009 (GV. NRW. S. 863), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer Sitzung am 9. April 2011 folgende Änderung der Fortbildungsordnung vom 16. Juli 2004, zuletzt geändert am 27. April 2007 beschlossen:

### Artikel I

Die Anlage 3 der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 16. Juli 2004, zuletzt geändert am 27. April 2007 wird wie folgt geändert:

Nach Ziffer 2. Absatz H. wird folgender Absatz angefügt:

- I. Abweichend von Buchstabe E und G können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten während eines Übergangszeitraums von 10 Jahren nach Empfehlung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Psychotherapeutenausbildung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Supervisorinnen und Supervisoren tätig sein, die nach ihrer Approbation mindestens 5 Jahre psychotherapeutisch berufstätig waren und mindestens 600 Behandlungsstunden in mindestens 6 Fällen in diesem Verfahren erbracht haben. Für die Gesprächspsychotherapie und die systemische Therapie gilt

der genannte Übergangszeitraum ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Absatzes.

### Artikel II

Die vorstehende Änderung der Fortbildungsordnung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Kammer (Psychotherapeutenjournal) in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Fortbildungsordnung wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 14. April 2011

Monika K o n i t z e r  
Präsidentin

## Positiver Auftakt in Dresden: 1. Ostdeutscher Psychotherapeutentag ein voller Erfolg

Vor dem Hintergrund des Anstiegs psychischer Erkrankungen und deren sozialen und gesellschaftlichen Folgen befasste sich der 1. Ostdeutsche Psychotherapeutentag in Dresden mit dem Thema Therapieziel Psychische Gesundheit. Im Zentrum des Kongresses standen die Bedingungen seelischer Gesundheit in der heutigen Gesellschaft und ihre Förderung durch psychotherapeutische Mittel. Die vielfältigen Beiträge namhafter ReferentInnen ermöglichten vielfältige und interdisziplinäre Einblicke in die Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Prävention psychischer Störungen und der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung seelischer Gesundheit.

Bereits in der Begrüßung machte die Präsidentin der OPK Andrea Mrazek den rund 500 Anwesenden deutlich, dass „unser Gesundheitssystem ... auf die Behandlung akuter Erkrankungen ausgerichtet sei“ und eben nicht auf das frühzeitige Erkennen und die Verhinderung von psychischen Krankheiten. Sie betonte das Vorhandensein zahlreicher Präventionsmöglichkeiten, „viele davon beziehen sich auf die Lebenswelten, in denen sich Menschen täglich bewegen. Hier anzusetzen, ist sicherlich eine Aufgabe für die Politik. Daran muss langfristig gearbeitet werden“. Ein erster Schritt dazu bestände darin, „die vorliegenden Ergebnisse ernst zu nehmen. Fachkundige Stellen könnten gezielt beraten, welches Vorgehen mit welchen Personengruppen Effekte zeigt, und welches man getrost lassen kann“. Anliegen des ersten Ostdeutschen Psychotherapeutentages war es, zu einer solchen differenzierten Sicht beizutragen.

In ihrem anschließenden Grußwort betonte die geladene Sächsische Staatsministerin Christine Clauß die hervorragende Zusammenarbeit der OPK mit ihrem Ministerium und sprach sich für weitere gegenseitige

Unterstützung aus. Gleichzeitig überbrachte sie der Präsidentin der OPK die erfreuliche Nachricht, dass die OPK fortan einen Sitz im Sächsischen Psychiatriebeirat erhalten wird. Darum war von Seiten der OPK lange gekämpft worden. Die Ministerin drückte ihre Hoffnung aus, dass dieser wichtige Schritt die gemeinsame Arbeit der OPK und des Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz für eine bessere psychotherapeutische Versorgung in Sachsen weiter befördern wird.



*Plenarsaal im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden*

Nach diesen einführenden Worten begann die zweitägige Veranstaltung im geschichtsträchtigen Hygiene-Museum in Dresden mit dem Vortrag von Prof. Dr. Klaus Hurrelmann von der Hertie School of Governance in Berlin zum Thema „Brauchen wir neue Ansätze in Pädagogik und Therapie? – Entwicklungs- und Identitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen“. Darin thematisierte er die Verschiebung der Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen in Richtung von psychosomatischen und auch somatischen Ausprägungen und versuchte, die Determinanten im Verhaltens- und Verhältnisbereich zu analysieren. Anschließend wurde untersucht, wie die bisherigen Förderansätze in Familie, Kommune, Vorschulbereich, Schule und Freizeitsektor auf die sich verändernden Rahmenbedingungen eingestellt sind. Weiterführende Ansätze in Pädagogik und Therapie wurden vorgestellt.

Im zweiten Plenumsvortrag ging Prof. (em.) Winfried Hacker von der TU Dresden dann auf ein zweites großes Lebensfeld ein. Unter dem Titel „Arbeit und Psychische Gesundheit“ verwies der Arbeits- und Organisationspsychologe auf die Unverzichtbarkeit psychologisch fundierter Verhältnis- und Verhaltensprävention in der Erwerbstätigkeit. „Psychische Gesundheit in diesem Feld benötigt die Überzeugung insbesondere der Führungskräfte zu psychologisch fundierter Arbeitsprozessgestaltung als auch die Vermittlung von Bewältigungstechniken für die MitarbeiterInnen. Die Therapie eingetretener psychischer Schäden allein ist zu wenig“.

Nach der Mittagspause konnten die Teilnehmer zwischen Fachvorträgen und Workshops zu unterschiedlichen Themen wählen. Von „Ressourcenaktivierung“ über „Katathym Imaginative Psychotherapie“ und „Pathologisches Glücksspielen“ bis hin zur „Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe bei Depressionen“ und „Präventionsansätzen zur psychischen Gesundheit“ u. v. m. wurden Inhalte rund um das Thema psychische Gesundheit geboten (eine Übersicht zu allen Vorträgen finden Sie unter [www.opt2011.de](http://www.opt2011.de)).



*Podiumsdiskussion*

Höhepunkt des ersten Tages war die Podiumsdiskussion am Abend im voll besetzten Plenarsaal des Hygiene-Museums. Langjährige berufliche Weggefährten und persönliche Freunde von Klaus Grawe diskutierten

die heutige Lage der „Psychologischen Psychotherapie nach Grawe“. Moderiert wurde die spannende und kontroverse Diskussion von Prof. Dr. Jürgen Hoyer, TU Dresden. Klaus Grawe war und ist eine der herausragenden Persönlichkeiten der Psychotherapieforschung. Nicht nur die empirischen Ergebnisse seiner Therapiestudien und Meta-Analysen haben die Diskussion in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie nachhaltig beeinflusst, sondern auch seine groß angelegten konzeptionellen Arbeiten zu einer integrativen Psychotherapie. Die Grundlage der Psychotherapie sah Grawe in der wissenschaftlichen Psychologie bzw. in der Psychologie und den Neurowissenschaften. Jenseits von Richtlinienverfahren ging es ihm darum, „Klären“ und „Bewältigen“ miteinander zu verbinden. Wie werden sich die Ideen zu einer integrativen Psychotherapie nach dem zu frühen Tod von Klaus Grawe weiterentwickeln? Welche Psychotherapieforschung brauchen psychotherapeutische PraktikerInnen? Diese Fragen beschäftigte alle DiskutantInnen und sorgte für zwei spannende Stunden, in denen unterschiedliche Auffassungen und Ansätze für Zündstoff sorgten.

Der gesellige Teil des Ostdeutschen Psychotherapeutentages fand in der Empfangshalle des Hygiene-Museums statt – festlich geschmückt und berauschend illuminiert. Für die musikalische Unterhaltung sorgten die Dresdner Salondamen,

mit deren Chansons und atemberaubenden Kleidern die 20er Jahre Einzug hielten und das Publikum zum Tanzen animierten.



*Dresdner Salondamen*

Den Auftakt des zweiten Tages bildete der provokante Vortrag von Prof. Dr. Kurt Hahlweg, TU Braunschweig, zum Thema „Prävention von Verhaltensstörungen im Kindesalter: Ist Deutschland ein Entwicklungsland?“. Prof. Hahlweg referierte unter anderem zur Prävalenz kindlicher psychischer Störungen und von Misshandlung, deren Risiko- und Schutzfaktoren sowie zur Reduktion von kindlichem Missbrauch und abschließend zu Populationsbasierten Präventionsansätzen.

Die TeilnehmerInnen im abermals voll gefüllten Plenarsaal konnten anschließend den Ausführungen von Prof. Dr. Elmar Brähler lauschen, der seine an der Leipziger Universität durchgeführte Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung vorstellte. Der Vortrag „Keine Angst vor Psychotherapie. Erfahrungen mit ambulanter

Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der PatientInnen“ lieferte Aussagen über die Versorgungssituation im Bereich der ambulanten Psychotherapie in Deutschland unter den realen Bedingungen der Praxis.

Bevor die Teilnehmer wieder aus verschiedenen Fachvorträgen und Workshops wählen konnten, hielt Dr. Marlies Volkmer, stellvertretende Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion, ein Abschlussgrußwort anlässlich des OPT. Sie ging ausführlich auf die dringend benötigte Reform der Bedarfsplanung sowie auf die ebenfalls in der Warteschleife befindliche Reform der Psychotherapieausbildung ein. Zur Freude aller Anwesenden sicherte sie diesem Anliegen ihre Unterstützung zu, genau wie einer Aufhebung der Befugnis-einschränkung für PsychotherapeutInnen.

Mit ca. 500 Teilnehmern war der erste Ostdeutsche Psychotherapeutentag eine überaus gut besuchte Premierenveranstaltung. Wir hoffen, dass alle TeilnehmerInnen eine positive Bilanz der Veranstaltung ziehen konnten und zahlreiche Anregungen für die eigene Arbeit an den PatientInnen mitgenommen werden konnten. Präsentationen der auf dem OPT gehaltenen Vorträge sowie einige fotografische Impressionen können auf der Homepage [www.opt2011.de](http://www.opt2011.de) eingesehen werden.

*wendt*

## Konstituierende Kammerversammlung auf Schloss Machern

Vom 8. bis 9. April 2011 fand die konstituierende Sitzung der 2. Kammerversammlung der OPK auf Schloss Machern statt. Nach der Begrüßung durch das amtierende Präsidium konnten die Wahlen durch den Wahlleiter Rechtsanwalt J. H. L. Immen eingeleitet werden. Die 33 anwesenden Delegierten der 2. Kammerversammlung wählten zu Beginn das Präsidium und den Vorstand.

### Der Kammervorstand

Folgende Mitglieder wurden für den Kammervorstand im Amt bestätigt:

**Andrea Mrazek**, M.A., M.S. (USA) – Präsidentin (Sachsen),

**Dr. Wolfram Rosendahl** – Vizepräsident (Sachsen-Anhalt),

**Dipl. Päd. Johannes Weisang** (KJP) – Vorstandsmitglied für Mecklenburg-Vorpommern,

**Dr. Gregor Peikert** – Vorstandsmitglied für Thüringen,

**Dipl.-Psych. Dietmar Schröder** – Vorstandsmitglied für Brandenburg.

Neu hinzu kam Frau **Dipl.-Psych. Margitta Wonneberger** – Vorstandsmitglied für Sachsen.

Die Vorstandsmitglieder bedankten sich bei der Kammerversammlung für die Wieder- bzw. Neuwahl sowie das entgegengebrachte Vertrauen.



*Der neue Kammervorstand*

## Vertreter in den Ausschüssen gewählt

Im Anschluss an die Vorstandswahl wurden die Mitglieder der Ausschüsse der OPK gewählt. Der amtierende Vorstand hat der Kammerversammlung vorgeschlagen (vgl. § 7 Abs. 1 Hauptsatzung OPK), die Ausschüsse mit mindestens 3 und höchstens 5 Personen zu besetzen. Weiterhin wird vorgeschlagen, den Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung, in zwei Ausschüsse a) Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung und b) Ausschuss für Qualitätssicherung zu teilen. Dieser Vorschlag wurde von der Kammerversammlung einstimmig angenommen.

Die Besetzung der Ausschüsse sehen Sie auf unserer Homepage [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de) (Die Vorsitzenden der jeweiligen Ausschüsse werden in den ersten gemeinsamen Sit-

zungen gewählt und dann auf der Homepage veröffentlicht.)

## Verabschiedung der Richtlinie Psychotraumathe- rapie

Im Anschluss an die Wahlen stand für die neu gewählte Kammerversammlung bereits die erste Beschlussfassung an: Die Verabschiedung der Richtlinien zum Erwerb der Fortbildungsqualifikationen „Psychotraumathe-  
rapie OPK“ und „Psychotraumathe-  
rapie Kinder und Jugendliche OPK“. Nach einer mehr als einjährigen Vorlaufphase konnten beide Richtlinien und Curricula von Dr. Thomas Guthke, Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung, vorgestellt werden. Die Richtlinie regelt im Rahmen der Fortbildungsordnung der OPK die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Fortbildungsqualifikation in Psychotraumathe-  
rapie, die Aufnahme in eine Liste der OPK sowie die Berechtigung zum Tragen

der Titel „Psychotraumathe-  
rapie OPK“ bzw. „Psychotraumathe-  
rapie Kinder und Jugendliche OPK“. Nach wenigen formalen Änderungsanträgen wurde die Richtlinie einstimmig von der Kammerversammlung angenommen. Über das weitere Vorgehen können Sie sich bald auf unserer Homepage [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de) informieren.

## Kammerworkshop

Den zweiten Tag der Kammerversammlung dominierte ein ganztägiger Workshop, an dem sowohl alle Delegierten der Kammer-versammlung als auch die MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle teilgenommen haben. Der Workshop wurde von Dr. Julika Zwack und Dr. Frauke Ehlers, vom Institut für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg, geleitet. Ziel des Tages sollte es sein, einen Austausch über zukünftige Projekte der nächsten Legislaturperiode anzuregen.

wendt

## PsychotherapeutInnen im Anstellungsverhältnis

Dipl.-Psych. Jürgen Golombek ist angestellter Psychotherapeut. Er arbeitet als Leiter der Psychosozialen Abteilung in der Heinrich-Heine-Klinik in Potsdam. Herr Golombek ist seit 2007 Mitglied der Kammerversammlung der OPK und tätig im Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ der BPTK.



Dipl.-Psych. Jürgen Golombek

Dieses Interview soll in erster Linie den neu approbierten PsychotherapeutInnen als Information und Übersicht dienen, welche Anforderungen und Möglichkeiten aus einem Angestelltenverhältnis heraus entstehen, aber auch mit welchen Problemen sie in einer Anstellung konfrontiert

werden könnten. Dieses Interview ist Teil einer Reihe der OPK, in dem für PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Tätigkeitsfelder nach der Approbation aufgezeigt werden. Unter dieser Rubrik wurde bereits von Herrn Dr. Wolfgang Pilz ein Artikel im PTJ 1-2010 mit dem Titel „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als sachverständige Gutachter?“ veröffentlicht sowie die Informationsveranstaltungen 2009 mit dem Schwerpunkt „Gutachtertätigkeit von Psychologischen PsychotherapeutInnen – Möglichkeiten und Grenzen“ durchgeführt.

Im OPK-Gebiet haben sich mehrere Mitglieder bereit erklärt, über ihre Arbeit im Angestelltenverhältnis bzw. allgemein zur Anstellung als PsychotherapeutIn zu berichten. Bereits im OPK aktuell 1-2010 konnte die Arbeit einer Kollegin in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) vorgestellt werden.

Das Interview mit Herrn Jürgen Golombek (JG) spiegelt die individuellen Erfahrungen und den persönlichen Eindruck seiner Arbeit in einer Klinik wieder und kann nicht verallgemeinert werden.

### 1. Welche Möglichkeiten der Anstellung gibt es für PsychotherapeutInnen überhaupt?

JG: Psychologische Psychotherapeuten haben ein sehr vielfältiges Einsatzfeld in einem Angestelltenverhältnis. Möglichkeiten der Anstellung reichen von Tätigkeiten in Krankenhäusern, in Rehabilitationskliniken, Suchteinrichtungen, Beratungsstellen, aber auch z. B. in der stationären Jugendhilfe oder im Maßregelvollzug. In Zusammenhang mit der Zunahme psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und einer bewussteren Einbeziehung psychosozialer Aspekte in die einzelnen Arbeitsbereiche haben sich die Möglichkeiten einer Angestelltentätigkeit für Psychologische Psychotherapeuten erweitert. Die Relevanz der Profession Psychologischer Psychotherapeuten bildet sich darin ab, dass wir in allen der genannten Einrichtungen wichtige Aufgabenfelder übernehmen und die Kompetenz der PP/KJP sehr geschätzt und oft für die Erreichung der Ziele in den jeweiligen Institutionen als unverzichtbar gelten.

### 2. Welche Probleme können aus den Aufgabenfeldern der angestellt

### **tätigen PsychotherapeutInnen erwachsen?**

Für die in Institutionen beschäftigten Psychotherapeuten finden sich im PsychThG keine unmittelbaren Regelungen. Die berufliche Stellung entsprechend dem Grundberuf blieb nach dem Gesetz unverändert. Die mit dem Psychotherapeutengesetz verbundene Hoffnung auf eine Gleichstellung mit Fachärzten und eine tarifliche Besserstellung gegenüber dem Grundberuf konnte bislang nicht durchgehend erreicht werden. Für niedergelassene Psychotherapeuten (PP/KJP) konnte die mit dem Art. 2 des PsychThG bewirkten Veränderungen des SGB V eine Eigenständigkeit in der Berufsausübung garantiert werden, was sich nicht analog in den Berufsfeldern von angestellten/verbeamteten PP/KJP anwenden lässt. Dennoch haben angestellte/verbeamtete PP/KJP vielfältige Möglichkeiten einer eigenständigen Arbeitsweise und Durchführung von Psychotherapie, die sich aus den jeweiligen institutionsspezifischen Konzepten und Regelungen ergeben.

Ein weiteres Problem ist, dass die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bisher noch zu sehr auf eine Tätigkeit in einer niedergelassenen Praxis konzipiert ist und berücksichtigt noch nicht ausreichend die Anforderungen und erforderlichen Kompetenzen z. B. in einer Klinik­tätigkeit. Die ersten beruflichen Erfahrungen werden ja in einer Klinik­tätigkeit gesammelt. Da werden z. B. in der Regel schwerpunktmäßig Gruppenpsychotherapien durchgeführt, während dies zu Beginn der Ausbildung noch keine wesentliche Rolle einnimmt.

### **3. Welche zusätzlichen Kompetenzen bzw. Qualifikationen sind erforderlich, um die Arbeit als PsychotherapeutIn in Institutionen aufnehmen zu können?**

Die Arbeit in einer Institution erfolgt in multiprofessionellen Teams und erfordert regelhaft die Zusammenarbeit und Kooperationsfähigkeit mit anderen Berufsgruppen. Zu den grundsätzlichen Qualifikationen gehören die Fähigkeit und fachliche Kompetenz, methodisch definierte Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting

durchzuführen. Heute bietet es sich darüber hinaus an, über ein breiteres Methodeninventar zu verfügen, um flexible und patientenorientierte Zugänge zu gewährleisten. Stationäre Einrichtungen sind in der Regel nicht nur an die wissenschaftlich anerkannten Verfahren gebunden, sondern arbeiten im Rahmen methodenintegrativer Konzeptionen. Insgesamt bedarf es der Fähigkeit des PP/KJP, den Gesamtbehandlungsplan der Einrichtung mitzutragen und zu gestalten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist immer auch interne und externe Schnittstellenarbeit und erfordert auch ein Wissen der Nachbardisziplinen, nicht nur des medizinischen Bereiches, sondern beispielsweise der Ergotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie.

Die Arbeit im Team und einer Institution erfordert zudem interpersonelle und soziale Kompetenzen, Fähigkeiten des Umgangs mit Vorgesetzten, die Vertretung der eigenen Profession und Kompetenzen, die sich aus den Aufgaben des Teams ergeben, wie die Durchführung von Schulungen, Psychoedukation, Fortbildungen, die Leitung von Supervisionen im Team oder die Übernahme von Leitungsfunktionen.

### **4. Viele leitende PsychotherapeutInnen in Institutionen sehen sich in der Stellung als MultiplikatorIn. Welche spezifischen Aufgaben erwachsen aus dieser Leitungsfunktion im Kontext der Institution?**

Leitungsfunktionen sind die Vertretung der eigenen Profession nach Innen und Außen und ermöglichen eine herausgehobene Vertretung der Psychotherapie. Leitungsfunktionen beinhalten, sowohl die eigene Profession zu vertreten, aber auch die Seite des Arbeitgebers oder Trägers. Hier kommt es darauf an, eine Balance zu finden und ggf. verschiedene Interessen auszugleichen. Eine Leitungsfunktion beinhaltet, je nach Institution, eine (Mit-)Gestaltung der inhaltlich-organisatorischen Konzeptionen und damit eine wissenschaftlich fundierte Vertretung der Profession sowohl in die Gesellschaft hinein als auch gegenüber Nachbardisziplinen.

### **5. Es zeichnet sich ab, dass die Anstellung neben der Niederlassung zunehmend als attraktives Arbeits-**

### **feld gesehen wird. Welche Ursachen könnten dem zugrunde liegen? Welches zukünftige Bild lässt sich abzeichnen?**

Die Begrenzung der Möglichkeiten, in einer niedergelassenen Praxis zu arbeiten, führen zwangsläufig zu der Überlegung, in einer Institution zu arbeiten. Der typische Weg, einige Jahre Berufserfahrung in einer Institution zu sammeln und dann eine eigene Praxis aufzubauen, ist auf Grund der auch zukünftig sicherlich bestehenden Zulassungsbeschränkungen zwar weiterhin möglich, dennoch dürfte die Nachfrage nach Tätigkeiten im Anstellungsverhältnis weiter bestehen, wenn nicht steigen. Dies dürfte zumindest für den Einzugsbereich der OPK zutreffen. Die Vielfalt der potenziellen Tätigkeiten lassen eine Arbeit in einer Institution als attraktives Tätigkeitsfeld erscheinen. Die Aufgaben und Tätigkeiten der Psychotherapeuten sind heterogen und an der Aufgabenstellung und den Zielgruppen der Institution ausgerichtet. Das Aufgabengebiet ist nicht nur im klassischen Sinne als Psychotherapie konzipiert, sondern ergibt sich aus der Zuordnung und den Aufgabenstellungen, z. B. in Behinderteneinrichtungen, Maßregelvollzug oder Beratungsstellen. Gleichzeitig bestehen auch die Notwendigkeit und die Möglichkeit, ein größeres Repertoire an psychotherapeutischen Interventionen anzuwenden.

In Krankenhäusern/Kliniken, aber auch in allen anderen Institutionen können auf Grund einer breiteren Konzeption vielmehr persönliche Neigungen und Fertigkeiten in der Anwendung verschiedener Therapieverfahren und Methoden realisiert werden, z. B. die Einbeziehung körperpsychotherapeutischer Elemente oder Methoden wie Musik- oder Kunsttherapie werden als komplementäre Therapien auch in den eigenen Arbeitsalltag integrierbar.

### **6. Welche tariflichen Eingruppierungen können im öffentlichen Dienst erreicht werden? Was können die Mitglieder der OPK diesbezüglich erwarten?**

Gegenwärtig werden, sofern der TVÖD angewandt wird, Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten ohne

Unterschied als Anfänger oder auch Stellenwechsler in die EG 13 eingruppiert. Für den Einzelnen besteht die Möglichkeit, durch Verhandlungen eine bessere Eingruppierung oder mehr Gehalt zu be-

kommen. Die Gewerkschaft Verdi fordert bei der Ausgestaltung der sog. Entgeltordnung für PP/KJP die Entgeltgruppe 15. Über die Aussichten, ob dies erreicht werden kann, lässt sich derzeit nichts

vorhersagen, hängt aber durchaus vom Engagement der eigenen Berufsgruppe ab.

*Jürgen Golombek, A. Wendt*

## Klausurtagung Berufsrecht und Beschwerdemanagement der Psychotherapeutenkammern

Vom 5. bis 6. Mai fand auf Schloss Machern (Sachsen) die Klausurtagung Berufsrecht und Beschwerdemanagement statt. In Folge war es die dritte Veranstaltung zu diesem Thema, zu der Vorstands- und/oder Ausschussmitglieder sowie Mitarbeiter, die Beschwerdefälle in den Psychotherapeutenkammern der jeweiligen Länder bearbeiteten, eingeladen wurden. Ausgerichtet wurde die Tagung dieses Mal von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.



*Gastgeber OPK, Präsidentin Andrea Mrazek (rechts)*

Ein Erfahrungsaustausch, Informationen zur Vorgehensweise und fachliche Diskussionen gab es überwiegend zu den Themen Umgang mit Schlichtungs- und Rügeverfahren in den einzelnen Landeskammern, Beschwerden über Behandlungsverträge von Patienten und Anfragen von Psychotherapeuten zu gesetzlichen Rahmenbedingungen bei der Behandlung von Kindern bei Sorgerechtsstreitigkeiten der Eltern sowie zu therapeutischen Pflichten bei einseitigen Therapiebedingungen. Fazit der interessanten Veranstaltung war, dass dieser Austausch zwischen den Landeskammern sinnvoll und hilfreich ist und kontinuierlich fortgeführt werden sollte. Ebenso wurde der Aufbau einer gemeinsamen Datenbank mit berufsrechtlichen Urteilen und den erstellten Bescheiden der einzelnen Kammern zur weiteren Pro-

fessionalisierung des Beschwerdemanagements angeregt.

### **Missbrauch des Behandlungsverhältnisses nach §174 c Abs. 2 StGB**

Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt der Klausurtagung bildete der Vortrag von Dr. Erik Hahn vom Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht der Universität Leipzig zum Thema § 174 c Abs. 2 StGB – Missbrauch des Behandlungsverhältnisses. Dieses Thema wurde bereits auf der letzten Klausurtagung in Hamburg diskutiert, da die Handhabung der Staatsanwaltschaft dieser Beschwerdeanlässe für die Psychotherapeutenkammern meist unbefriedigt ausfällt. Aus diesem Grund wurde Dr. Hahn eingeladen, um dieses Thema aus der Sicht von Rechtswissenschaft und Rechtsprechung darzustellen.



*Dr. Erik Hahn*

Immer wieder werden Beschwerden von Patienten aber auch von Psychotherapeuten den Psychotherapeutenkammern zur Anzeige gebracht, die die Verletzung des Abstinenzgebotes im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung beinhalten. Wird Anzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft erstattet und ein Strafverfahren eingeleitet, ist ein berufsrechtliches Verfahren zunächst auszusetzen.



*Kristiane Göpel (rechts), Vorstand LPK B-W*

Im Jahr 1995 zählte eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Untersuchung 600 Verstöße gegen das Abstinenzgebot, wodurch sich der Gesetzgeber aufgefordert sah, dies gesetzlich zu regeln und zu unterbinden. Daraufhin wurde der § 174c Abs. 2 im StGB aufgenommen:

### **§ 174c StGB Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses**

- (1) ...
- (2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.
- (3) ...

Zweck des Gesetzes sollte der Schutz der sexuellen Selbstbestimmung eines jeden Menschen und der Schutz der Integrität des Behandlungsverhältnisses als öffentliches Gesundheitsgut sein. Missbraucht der Behandler das Vertrauen des Patienten und erfolgt ein sexueller Kontakt, während das Behandlungsverhältnis besteht,

ist eine Verletzung des Abstinenzgebotes gegeben.



*Teilnehmer aus den Landeskammern*

In der Rechtsprechungsdatenbank juris finden sich bundesweit jedoch insgesamt nur 11 strafrechtliche Verfahren, die sich überhaupt auf § 174c StGB stützen. Davon betrifft wiederum nur ein Teil den Bereich Psychotherapie. Diese Zahl erscheint im Vergleich zu den genannten 600 Fällen sehr gering und lässt die Frage offen, ob es keinen Regelungsbedarf mehr gibt oder ob mit dieser gesetzlichen Regelung das ursprüngliche Ziel verfehlt wurde. Eine 2008 veröffentlichte Studie der Universität Köln konnte jedoch zumindest 77 Verstöße feststellen, von denen 80% der Grenzverletzungen vom Psychotherapeuten ausgegangen wären (Deutsches Ärzteblatt 10/2008, 463ff.). Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz in den Zahlen könnte sein, dass der Gesetzgeber ursprünglich alle Behandlergruppen, in denen Abhängigkeitsverhältnisse gegeben sind, einbeziehen wollte (Bundestagsdrucksache 13/8267). Jedoch wurde durch eine Entscheidung des BGH (Urt. v. 29.9.2009 – 1 StR 426/09 –, NJW 2010, 453) die Personengruppe, die zur Verantwortung gezogen werden kann, eingeschränkt:

„Täter des § 174c Absatz 2 StGB kann nur sein, wer zum Führen der Bezeichnung ‚Psychotherapeut‘ berechtigt ist und sich bei der Behandlung wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren bedient.“

Die Entscheidung besagt, dass der § 174c Abs. 2 StGB nur für approbierte Ärzte,

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt.

In den Jahren zuvor hatte die Rechtsprechung § 174 c Abs. 2 StGB bereits anderweitig begrenzt und so etwa Verstöße gegen das berufsrechtlich geforderte nachvertragliche Abstinenzgebot aus dem Tatbestand herausgenommen (LG Offenburg, Beschl. v. 30.11.2004 – 3 Qs 121/04 –, NSTZ-RR 2005, 74). Obwohl die Ent-



*Monika Konitzer, Präsidentin PTk NRW*

scheidung des Bundesgerichtshofs selbst unter Juristen auf Widerstand stößt und kontrovers diskutiert wird, sind Staatsanwaltschaften und Gerichte an die derzeitige Rechtsprechung gebunden.

Diskutiert wurde unter den Teilnehmern, welche Einflussmöglichkeiten die Psychotherapeutenkammern haben, um diesen Missstand zu beheben. Versucht werden sollte, den Gesetzgeber zu überzeugen, dass eine Erweiterung/Klarstellung des § 174c StGB notwendig ist. Nach Abschluss der staatsanwaltlichen Ermittlungen, die zumeist mit Einstellung des Verfahrens enden, obliegt es den Kammern, berufsrechtliche Sanktionen zu verhängen.

Eine gute Zusammenarbeit und Austausch mit den Landesprüfungsämtern und den Zulassungsausschüssen der KV bei vorliegenden, schwerwiegenden Beschwerden ist weiterhin zu fördern. Zudem sollte zukünftig auch ein größeres Augenmerk auf der Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft liegen. Als Ermittlungsbehörde haben die Staatsanwaltschaften mehr Möglichkeiten, Fakten zu eruieren, Zeugen zu befragen usw. Eine Aufklärung und Sensibilisierung im Sinne eines professionellen,

psychotherapeutischen Behandlungsverhältnisses wäre für den Schutz des Patienten und der Psychotherapeuten sicherlich sinnvoll.

*Kathrin Fischer, OPK*

#### *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)

## Bericht von der Vertreterversammlung am 17.4.2010

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollen hier nur einige wenige zentrale Punkte aus der Tagesordnung und Diskussion wiedergegeben werden.

Inhaltliche Schwerpunkte der 8. Sitzung der Vertreterversammlung der LPK RLP waren Fragen der Versorgungsstrukturen und Bedarfsplanung in der Psychotherapie (siehe hierzu auch den anschließenden Beitrag zur Situation in Rheinland-Pfalz) sowie eine ausführliche Darstellung und Aussprache zur wirtschaftlichen Situation der Kammer anhand des Wirtschaftsprüfberichtes 2010.

### Versorgung hinter Bedarf

Herr Timo Harfst, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Bundespsychotherapeutenkammer, erläuterte in einer mit detailliertem Zahlenmaterial aufbereiteten Darstellung die Geschichte und den aktuellen Stand der Bedarfsplanung im Hinblick auf das Versorgungsstrukturgesetz. Es lässt sich zeigen, dass die derzeitige Versorgungswirklichkeit gekennzeichnet ist durch ein starkes West-Ost und Stadt-Land-Gefälle, wobei Rheinland-Pfalz zahlenmäßig das schlechtest versorgte alte Bundesland ist.

Herr Harfst stellte verschiedene Szenarien zur Anpassung der Verhältniszahlen vor. Die rein rechnerischen Ansätze können aber nicht die von den Psychotherapeuten geforderte Lösung sein, da sie in verschiedenen Gebieten zwar Verbesserung bringe, andere aber schlechter stelle. Als Übergangslösung müssen sie jedoch in der politischen Diskussion eingebracht werden.

Um eine dauerhafte Verbesserung zu erreichen, wurde auf Bundesebene ein Papier

„Neun Eckpunkte zur besseren Versorgung psychisch kranker Menschen“ erarbeitet. Der Vertreterversammlung wurde darüber hinaus eine Stellungnahme der Kammer an die Ministerin als Tischvorlage übergeben, die die Verhältnisse in Rheinland-Pfalz darlegt. In beiden Papieren wird u. a. eine prospektive Steuerung der Versorgung gefordert.

### Psychotherapeuten zu faul?

In der anschließenden Diskussion wurde u. a. nachdrücklich der häufig aus der Politik zu hörenden Vorhaltung entgegen argumentiert, das Versorgungsproblem sei hausgemacht und der mangelnden Auslastung vieler Praxen zuzuschreiben. Präsident Alfred Kappauf verwies auf Daten der KV RLP, wonach 50% der psychotherapeutischen Praxen weniger oder bis zur Hälfte des vollen Versorgungsauftrages erfüllen. Dieser wird mit 36 Stunden pro Woche gerechnet. Andererseits gebe es nur ca. 2% der niedergelassenen KollegInnen, die diese als Maximalauslastung einer psychotherapeutischen Praxis festgelegte Menge auch tatsächlich bewältigen. Realistisch und auf Umfragedaten gestützt sei eine durchschnittliche Auslastung mit ca. 24,5 Therapiesitzungen pro Woche, was einem Gesamtarbeitsaufwand von ca. 38 Stunden entspräche. Dies sollte man selbstbewusst vertreten und sich nicht Leistungsverweigerung vorhalten lassen. Allenfalls KollegInnen, die hiervon deutlich nach unten abwichen, müssten sich kritisch fragen (lassen), ob nicht eine Teilzulassung (oder andere Job-Sharing-Modelle) dem Auftrag und dem Versorgungsbedarf gerechter würden. Keinesfalls könne man zulassen, die erwiesenen Versorgungsstrukturprobleme nur auf die Frage individueller Praxisauslastungen zu reduzieren.

### Kammer wirtschaftlich gesund

Der Wirtschaftsprüfer, Herr Niclas Reiniger, stellt den Prüfungsbericht zum Jahresabschluss 2010 vor. Der Bericht wurde den Mitgliedern der Vertreterversammlung in kompletter Form vorgelegt. Die sehr ausführlichen Erläuterungen und Erklärungen durch Herrn Reiniger stellten für die meisten Anwesenden eine willkommene Kurzschnur in Bilanz- und Rechnungswesen dar, die für das Verständnis des umfangreichen Zahlenmaterials nur hilfreich sein konnte.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Kammer sachlich und rechnerisch korrekt gewirtschaftet hat und finanziell auf gesunden Füßen steht. Diskussion entstand wie zu erwarten in der Frage der Verwendung der Rücklage für Beitragsentwicklung, die zwischenzeitlich auf ca. 300.000 Euro angewachsen sind. Da diese Rücklage allein durch Beitragsmehreinnahmen entstehen konnten, stellte sich die Frage, ob der Hebesatz einmalig gesenkt werden soll, um die Rücklage abzuschmelzen oder ob eine Rückzahlung erfolgen soll. Andererseits könnte ein großer Teil für den notwendig werdenden Umzug der Kammer oder einen eventuellen Hauskauf verwendet werden. Die Vertreterversammlung wird gebeten, sich damit zu beschäftigen, es wird jedoch vereinbart, dies erst mit entsprechender Vorbereitungszeit auf den nächsten Versammlungstermin zu verschieben. Da der Haushalt 2010 (wie auch der für 2011) schon diskutiert und mehrheitlich verabschiedet war, gab es keine weiteren Diskussionen über Einzelpositionen. Mit etwas Unmut wurden allerdings die hohen Abgaben für die Bundespsychotherapeutenkammer kommentiert. Die

Arbeit der Bundeskammer wurde in einigen Bereichen als nicht zufriedenstellend angesehen. Insbesondere der politische Einsatz der Bundeskammer für eine sozialrechtliche Anerkennung der systemischen Therapie und Gesprächspsychotherapie sei absolut hinter den Erwartungen und Möglichkeiten zurückgeblieben. Demgegenüber wurde die gute Kooperation und fachlich fundierte Zuarbeit der Bundeskammer in der Bedarfsplanungsdebatte hervorgehoben.

### Landeskrankenhausgesetz mit Leben füllen

Im Bericht des Vorstandes wies Herr Kappauf darauf hin, dass dies die erste Sitzung der Vertreterversammlung nach

Inkrafttreten der Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Rheinland-Pfalz ist. Man kann sagen, dass die Änderung in einer Form verabschiedet worden ist, auf die man vor zwei Jahren nicht zu hoffen gewagt hätte. Die Kammer ist hier sehr erfolgreich gewesen, da unterschiedlichste Gremien einheitlich zusammengewirkt haben. Die Gesetzesänderung ist ein Ergebnis jahrelanger kontinuierlicher Arbeit. Herr Kappauf ist der Ansicht, dass sich die Politik nicht von Problemschilderungen beeindrucken lässt sondern von Lösungsvorschlägen. Die Kammer hat gezeigt, dass sie diese bieten kann. Nun müssen das Landeskrankenhausgesetz ausgefüllt und seine Möglichkeiten ausgereizt werden. In den Kliniken müssen Initiativen begin-

nen mit dem Ziel, dass Psychotherapeuten Verantwortung übernehmen. So wird man nach einiger Zeit über Erfahrungswerte hinsichtlich der Auswirkungen der Gesetzesänderung verfügen.

### Neuwahlen der Kammer im Januar 2012

Der Wahlkalender wurde ausgegeben. Entgegen der Diskussion in der letzten Sitzung der Vertreterversammlung hat der Vorstand den Wahltermin in den Januar 2012 gelegt, um Probleme mit Ferien und Feiertagen zu vermeiden. Ausführliche Informationen über den Wahlvorgang werden rechtzeitig durch den noch zu benennenden Wahlausschuss an alle Mitglieder der Kammer versandt.

## Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gefordert: Bedarfsplanung endlich vom Kopf auf die Füße stellen

Es beginnt schon damit, dass der Begriff Bedarfsplanung missglückt wirkt, denn genau genommen kann Bedarf nicht geplant werden, allenfalls kann man Bedarf ermitteln und daraufhin Angebote und Kapazitäten planen. Genau dies leistet die Bedarfsplanung bislang nicht. Dabei müsste sie dringend reagieren auf das zunehmende und eklatante Missverhältnis zwischen der ansteigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung (insbesondere Angsterkrankungen, depressive und somatoforme Störungen schieben sich an die Spitze der Krankheitsstatistiken) mit entsprechenden Folgen an individuellem Leid und gesellschaftlichen Folgekosten (Fehltag, Produktivitätsausfall) und einer signifikanten Unterversorgung mit adäquaten Behandlungsmöglichkeiten.

### Rheinland-Pfalz nicht vorne

Die Lage in Rheinland-Pfalz ist da leider nicht besser als anderswo, im Gegenteil. Die durch psychische Erkrankungen verursachten Fallzahlen und Ausfallzeiten liegen über dem schon sehr hohen Bundesdurchschnitt. Zugleich liegen die Wartezeiten auf einen Therapieplatz ebenfalls über dem Bundeschnitt. Dagegen ist die Therapeutendichte mit durchschnittlich 19 pro 100.000 Einwohner so niedrig wie in keinem anderem der alten Bundesländer (Bundesdurchschnitt 25,7), allein die neu-

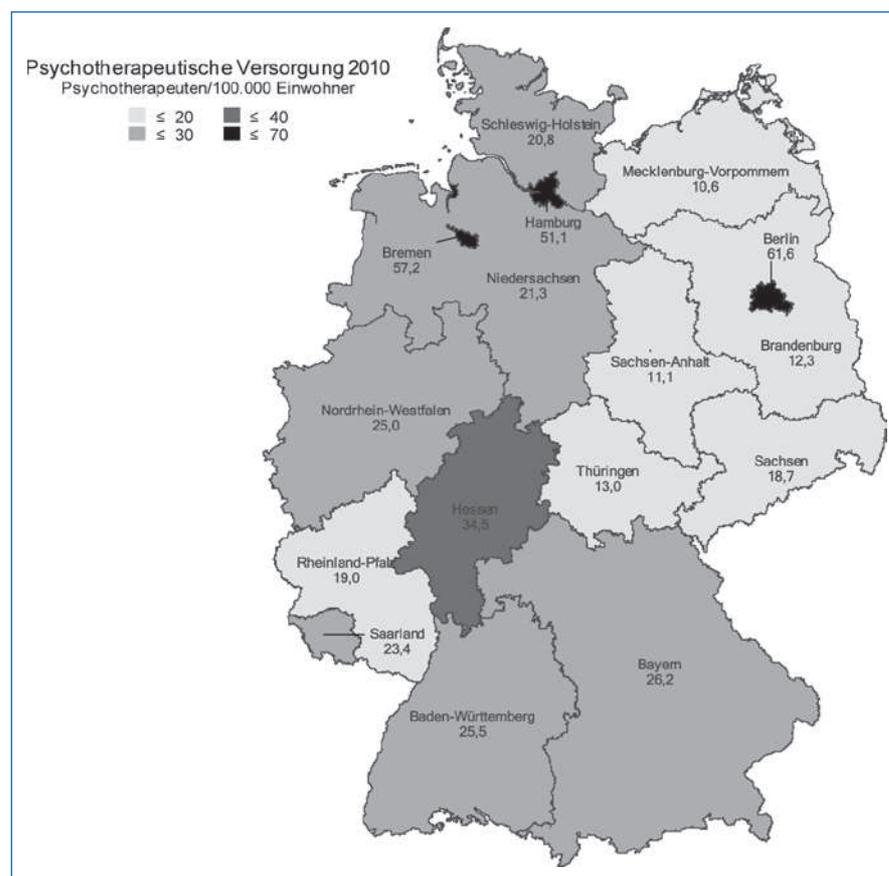


Abb. 1: Psychotherapeutendichte im Ländervergleich

en Bundesländer stehen noch schlechter da (s. Abb. 1).

Verschärft wird die Situation noch durch eine krasse Spreizung der Psychotherapeu-

ten/Einwohner-Relation. Die Richtlinien der Bedarfsplanung sehen unterschiedliche Soll-Vorgaben vor. Während sich in eher städtischen Bereichen bis zu 38,8 PT niederlassen können, sollen in ländlichen

Versorgungsgebieten gerade mal 4,3 PT auf 100.000 Einwohner ausreichend sein. Hierdurch kommt es zu der grotesken Situation, dass ohnehin schlecht versorgte Bereiche als massiv überversorgt ausgewiesen werden. Ein konkretes Beispiel:

*Kreis Bitburg Prüm: In diesem dünn besiedelten Flächenkreis sind 12 Psychotherapeuten zugelassen. Das sind gerade mal halb so viele psychotherapeutische Leistungserbringer je 100.000 Einwohner wie im Bundesdurchschnitt. Nach der Bedarfsplanungsrichtlinie wird jedoch ein psychotherapeutischer Versorgungsgrad von immerhin 317% erreicht (!).*

Während entsprechende Analysen von Erkrankungsstatistiken zeigen, dass die psychische Morbidität der ländlichen Bevölkerung um maximal 25% geringer ausfällt als in Kernstädten, sieht das planerische Soll ein neunfach verringertes Versorgungsangebot vor (s. Abb. 2.).

Dieser Spreizeffekt betrifft übrigens in etwas geringerem Umfang auch – ein Trost ist es nicht – die Berufsgruppe der Psychiater und Nervenärzte, ansonsten in diesem Ausmaß aber keine andere ärztliche Leistungsgruppe.

Man kann Folgendes festhalten: Das, was sich bislang Bedarfsplanung nennt, ist keine. Eine Region gilt psychotherapeutisch als ausreichend versorgt, wenn in ihr genau so viele Praxen existieren wie am 31. August 1999. Die Fest- und Fortschreibung des damaligen Status-Quo als Bemessungsgröße für den Versorgungsgrad erweist sich als untaugliches Mittel, bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

### Pillen statt Psychotherapie

Stattdessen zeigt sich bundesweit ein besorgniserregender Zuwachs in der Verordnung von Psychopharmaka, allein bei den Antidepressiva eine Steigerung von jährlich 15% in den letzten 10 Jahren. Auch hierbei

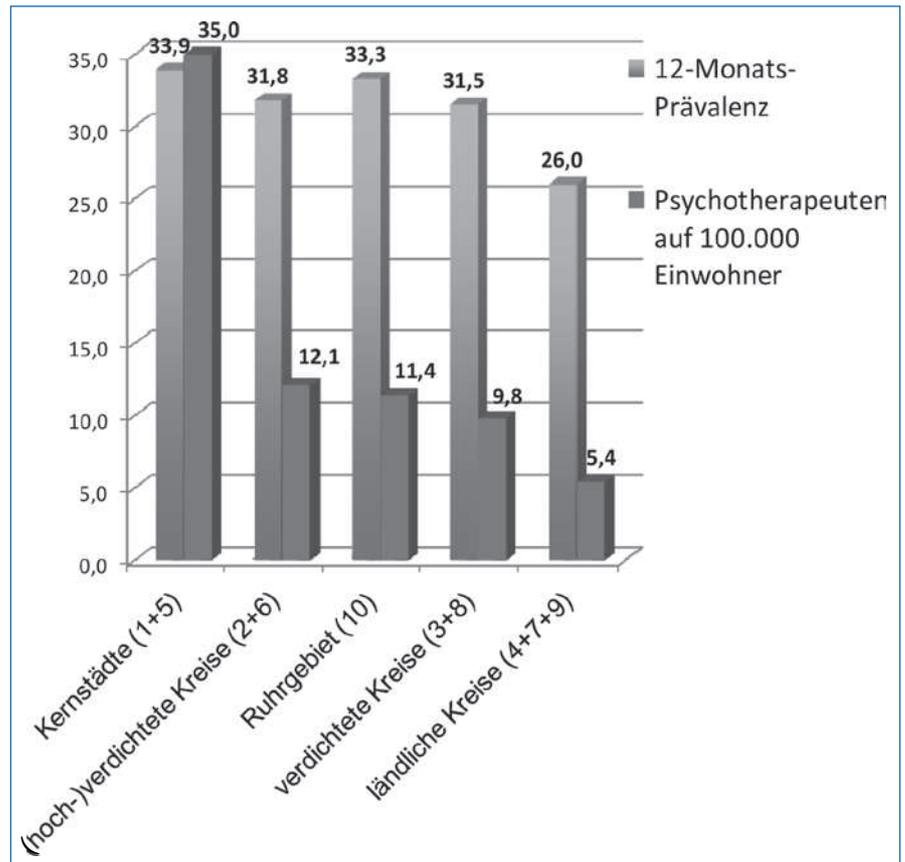


Abb. 2.: 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen und Versorgungsdichte

trägt Rheinland-Pfalz, zusammen mit dem Saarland, die rote Laterne.

### Was muss geschehen?

Gestützt auf detaillierte Analysen und Recherchen der BPTK hat die LPK in einem umfangreichen Eckpunktepapier dargelegt, wie mittel- bis langfristig die derzeitige Strukturplanung durch eine prospektive Rahmenplanung ergänzt und abgelöst werden kann. Notwendig hierzu wäre eine Orientierung an und Steuerung über prozess- und ergebnisorientierte Versorgungsziele, die für bestimmte Patientengruppen und Krankheitsbilder zu definieren sind. Um hierüber einen möglichst breiten Konsens zu erzielen, müssen nicht nur Politik und Selbstverwaltung an einen Tisch kommen, sondern auch die Betroffenen partizipativ eingebunden werden. Hierzu müssten Bund und Länder die gesetzli-

chen Rahmenbedingungen schaffen. Zu den kurzfristig wirksamen Maßnahmen würde sicher auch eine Neuberechnung der Verhältniszahlen und Verringerung der Stadt-Land-Spreizung gehören neben Erleichterungen von Sonderbedarfszulassungen oder der Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die LPK hat in intensiven Gesprächen mit dem zuständigen Ministerium und Politikern die Brisanz der Lage erläutern können und findet Gehör. Frau Staatsministerin Malu Dreyer hat zugesichert, die zur Verfügung gestellten Daten und Lösungsvorschläge gründlich zu prüfen und sich in den entsprechenden Bund-Länder-Kommissionen für eine angemessene Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse für die psychotherapeutische Versorgung in der Strukturplanung einzusetzen.

## Terminankündigung: Seminar Existenzgründung...

Die LPK führt die Reihe ihrer Veranstaltungen in Kooperation mit der PTK NRW auch in diesem Jahr fort.

Am **22. Oktober 2011** findet ein **Seminar zur Existenzgründung** statt, in dem der Fokus auf drei Aspekte gerichtet wird:

- die Rechtslage in der GKV,
- die Situation in der Gesetzlichen Unfallversicherung und
- die steuerrechtlichen Normen.

In Düsseldorf hat bereits eine ähnliche Veranstaltung stattgefunden, die wertvolle Hinweise auf Fragen geliefert hat, die den

Teilnehmern auf den Nägeln brennen. Diese werden in die Konzeption des Seminars mit einfließen.

Eine gesonderte Einladung mit den Hinweisen zu Tagungsort, Teilnahmegebühren und ausführlichem Programm werden wir noch auf der Homepage veröffentlichen.

## Fachtagung und Herbstfest 2011...

Wie in jedem Jahr werden wir auch dieses Mal wieder ein Herbstfest feiern, nachdem wir uns zuvor mit **neuen Erkenntnissen aus der Psychotherapieforschung und deren mögliche Implikationen für die tägliche psychotherapeutische Arbeit** beschäftigt haben. Unter diesem Motto wird die diesjährige Fachtagung stehen. Als **Referenten** konnten wir **Dr. Gunter Schmidt, Prof. Manfred Beutel, Prof. Wolfgang Lutz und Prof. Jürgen Hoyer** gewinnen. Wir hof-

fen, mit dieser hochkarätigen Besetzung auf reges Interesse zu stoßen und würden uns über viele Teilnehmer freuen. Fachtagung und Herbstfest finden am 24.9.11 ab 14.00 Uhr in Mainz statt. Ein Flyer mit Einzelheiten der Veranstaltung ist in Vorbereitung und wird im Sommer erscheinen.

*An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Dr. Andrea Benecke, Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein.*

### 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



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Externe Anhörung zum Regierungsentwurf für ein Saarländisches Therapieunterbringungsvollzugsgesetz (SthUVollzG)



Die PKS hat die Gelegenheit zur Anhörung zum Regierungsentwurf für ein Saarländisches Therapieunterbringungsvollzugsgesetz wahrgenommen und ihre Stellungnahme bei Ministerpräsident Müller in seiner Funktion als Justizminister des Saarlandes eingereicht.

### Hintergrund

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EMGR) in Straßburg hat in seinem Urteil vom 17.12.2009 die deutsche Praxis der nachträglichen Sicherungsverwahrung als eine „verkappte Strafverlängerung“ bezeichnet und als Verstoß gegen die Menschenrechte gerügt. Damit entstand die Frage, wie mit den Straftätern umgegangen werden soll, bei denen nachträglich eine Sicherungsverwahrung ange-

ordnet wurde. Die Antwort der Bundesregierung ist das „Gesetz zur Therapie und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter“ (Therapieunterbringungsgesetz – ThUG), das am 22.12.2010 im Bundestag verabschiedet wurde (BGBl. I S. 2300, 2305) und zum 01.01.2011 in Kraft getreten ist.

### Anmerkungen zum Bundesgesetz

In unserer Stellungnahme schicken wir einige Anmerkungen zum Bundesgesetz (ThUG) voraus, da es sich beim Saarländischen Therapieunterbringungsvollzugsgesetz (SthUVollzG) lediglich um das Vollzugsgesetz des ThUG handelt, der Regierungsentwurf der Landesregierung somit keinen Einfluss auf die Grundpositionen des ThUG nehmen kann:

Die Psychotherapeutenkammer ist äußerst irritiert über die im ThUG vorgenommene und folglich im SthUVollzG übernommene Neudefinition einer Personengruppe als sog. „psychisch gestörte Gewalttäter“. Diese Personen waren als gefährliche Straftäter in der Sicherungsverwahrung von Justizvollzugsanstalten und nicht als psychisch kranke Menschen im Maßregelvollzug (MRV) untergebracht. Sie befanden sich gerade deshalb in Sicherungsverwahrung, weil sie bisher nicht als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig galten. Der Gesetzgeber unterstellt jetzt, dass diese Straftäter „psychisch gestört“ seien, um der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und der Europäischen Menschenrechtskonvention zu entsprechen. Die Unterscheidung zwischen „psychischer Störung“ und „psychischer Erkrankung“ ist aus fachlicher Sicht völlig unklar. In der Begründung zum SthUVollzG heißt es dazu:

*„Der Begriff der ‚psychischen Störung‘ lehnt sich an die Begriffswahl der heute in der Psychiatrie genutzten Diagnoseklassifikationssysteme an, geht aber darüber hinaus. Er erfordert nicht zwingend einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, die mit Belastungen und Beeinträchtigungen auf der individuellen und oft auch der kollektiven oder sozialen Ebene verbunden sind. Letztlich deckt der Begriff der ‚psychischen Störung‘ im Sinne dieses Gesetzes ein breites Spektrum von Erscheinungsformen ab, von denen nur ein Teil in der psychiatrisch-forensischen Begutachtungspraxis als psychische Erkrankung gewertet wird.“*

Damit, so kritisiert die PKS weiter, wird eine bislang unbekannte Personengruppe „psychisch Gestörte“ definiert, die sich von psychisch kranken, schuldunfähigen oder vermindert schuldfähigen Patienten im MRV unterscheiden soll. Den so definierten psychisch gestörten Menschen wird unterstellt, dass sie gefährlich seien, und ihre Unterbringung zum Schutz der Allgemeinheit erforderlich sei.

Wir sehen mit dieser Neudefinition psychischer Störung die große Gefahr, der neuerlichen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen. Insbesondere die Anlehnung an die Diagnose-Klassifikationssysteme der WHO, in denen psychische Erkrankungen fachgerecht definiert und explizit von psychischen Störungen gesprochen wird, verdeutlicht die Gefahr der Verknüpfung von psychischer Störung mit Gefährlichkeit. Es stellt sich der Verdacht ein, dass eine Tautologie derart vorliegen könnte, dass mit „psychischer Störung“ die Tendenz zu kriminellen Verhaltensweisen gemeint sein könnte und andererseits die Tendenz zu kriminellen Verhaltensweisen wiederum

mit dem Vorhandensein einer psychischen Störung „erklärt“ werden soll. Psychische Störungen, die in Deutschland nach ICD diagnostiziert werden, erfordern gerade zwingend das Vorliegen klinisch relevanter Krankheitssymptome oder Verhaltensauffälligkeiten, die mit Belastungen und Beeinträchtigungen auf individueller und psychosozialer Ebene einhergehen.

Wenn es bereits **fachlich** völlig unklar bleibt, wie eine Personengruppe „psychisch Gestörter“ von psychisch Kranken unterschieden werden soll, muss sich eine Differenzierung erst recht dem **allgemeinen öffentlichen Verständnis** entziehen. Dies stellt einen erheblichen Rückschritt dar, der in den letzten Jahrzehnten erreichten gesellschaftlichen Akzeptanz psychischer Störungen und führt zu neuer Stigmatisierung psychisch Kranker.

### Änderungsvorschläge

In den Änderungsvorschlägen begrüßt die PKS u. a. ausdrücklich, dass der vorliegende Regierungsentwurf in seiner Begründung eine Unterbringung an Allgemeinkrankenhäusern mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie oder an psychiatrischen Akutkliniken ausschließt. Allerdings schlagen wir vor, diese Auffassung direkt in das Gesetz hineinzuschreiben, da eine Formulierung in einer Begründung zu einem Gesetzestext keine Rechtsverbindlichkeit darstellt.

Auch ist es aus Sicht der PKS verständlich, nach Wegen zu suchen, die Allgemeinbevölkerung vor gemeingefährlichen Straftätern zu schützen. Wir plädieren allerdings dafür, dass dafür vorgesehene sog. „spezialisierte“ Einrichtungen auch eindeutig von psychiatrischen Therapieangeboten des Maßregelvollzugs organisatorisch zu trennen sind, und zwar aus mindestens zwei Gründen:

1. Nach Auffassung des Gesetzgebers sind Einrichtungen des Therapieunterbringungsvollzugs organisatorisch von Justizvollzugsanstalten und damit auch von sozialtherapeutischen Anstalten zu trennen, um juristisch unangreifbar durch den EGMR zu bleiben. Auch die Zusammenlegung von Straftätern der Justizvollzugsanstalt mit Patienten des

Maßregelvollzugs wurde aus gutem Grund bisher vermieden; denn die Gefährlichkeit von Maßregelpatienten ist eng an die vorliegende psychiatrische Erkrankung gebunden. Besserungen im Krankheitsbild sollten nach fundierter Prognoseeinschätzung im Allgemeinen zu Lockerungen führen, dieser Zusammenhang wird den betroffenen Patienten transparent gemacht. Eine Zusammenlegung könnte dazu führen, dass die nach dem Therapieunterbringungsvollzugsgesetz im Maßregelvollzug Untergebrachten das therapeutische Klima in der Klinik schwer belasten. Sie würden ggf. erkennen, dass sie keine Chance wie die anderen im Maßregelvollzug untergebrachten Personen haben, durch aktive Mitarbeit an einer psychischen Störung „vorwärts zu kommen“ und vermehrte Freiheiten/Lockerungen zu erhalten.

2. Die Akzeptanz in der Bevölkerung für Einrichtungen des Maßregelvollzugs (MRV) ist in vielen Bundesländern ein großes Problem. Die Merziger Bevölkerung (das Saarland verfügt mit der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie – SKFP – über eine einzige MRV-Anstalt in der Stadt Merzig) hat sich hier bislang ausgesprochen positiv und sehr tolerant gezeigt, nicht zuletzt wegen der gewachsenen Tradition im Umgang mit psychisch kranken Menschen mit Gründung des ehemaligen Landeskrankenhauses seit 1876. Eine Vermischung der MRV-Untergebrachten mit schwerst gestörten Gewalttätern nach SthUVollzG könnte das empfindliche Gleichgewicht dieser Toleranz stören. Da im MRV die psychosoziale Reintegration psychisch kranker Straftäter regelhaft über gestufte Lockerungen erfolgen muss, ist es äußerst fraglich, inwieweit hier der Fortbestand der Akzeptanz und Toleranz gesichert bleibt. Lockerungen könnten erschwert oder gar verunmöglicht werden, da die Angst der Bevölkerung zu Vorbehalten, Widerstand oder gar Bürgerinitiativen führen könnten.

Die PKS schlägt für die Unterbringung der Gewalttäter nach SthUVollzG eine länderübergreifende spezialisierte Einrichtung vor, da es sich bei den in Frage kommen-

den Untergebrachten nach SthUVollzG im Saarland nur um wenige Personen handeln wird (gegenwärtig geht die Landesregierung von maximal 9 Personen aus). Dies hätte den Vorteil, dass die dort untergebrachten Probanden eine homogene Gruppe mit juristisch ähnlichen Eingangsvoraussetzungen und Perspektiven darstellen würde. Alle betroffenen Personen hätten einen längeren Freiheitsentzug in Justizvollzugsanstalten hinter sich. Damit hätten sie ähnliche pädagogische und sozialtherapeutische Interventionen durchlaufen, auf denen in den spezialisierten Einrichtungen aufgebaut werden könnte.

Die Kammer regt daher an, eine länderübergreifende Expertenkommission (z. B. Saarland/Rheinland-Pfalz) mit der Befassung der aufgeworfenen Fragen im Hinblick auf die Ausgestaltung des Gesetzes und die Bereitstellung adäquater spezialisierter Einrichtungen mit angemessenen speziellen Behandlungskonzepten zu beauftragen.

### Zusammenfassung der Positionen der PKS

- Der Regierungsentwurf stellt ein nach Einschätzung der PKS juristisch fragwürdiges Unterfangen zur weiteren Unterbringung der hierfür eigens definierten Gruppe „psychisch gestörter“ Straftäter dar.
- Die Psychotherapeutenkammer kritisiert deshalb die im Therapieunterbringungsgesetz eingeführte und im Saarländischen Vollzugsgesetz übernommene Definition „psychisch gestörter Gewalttäter“, auch wenn sie dem politischen Ziel des Gesetzes, die Allgemeinheit vor gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern zu schützen, uneingeschränkt zustimmt.
- In einer Zusammenlegung der Untergebrachten nach SthUVollzG mit psychisch kranken Untergebrachten im Maßregelvollzug sehen wir große Nachteile für die Behandlung der vermindert schuldfähigen bzw. schuldunfähigen Patienten sowie potentiell einen Verlust der Akzeptanz des MRV in der Bevölkerung.
- Die PKS favorisiert daher, auch wegen der zu erwartenden geringen Fallzahl im Saarland eine länderübergreifende Schaf-

fung spezialisierter Einrichtungen in denen eine klar definierte Behandlung der Unterbrachten anzubieten ist.

- Durch die fachlich unscharfe und mit den gültigen Diagnose-Klassifikations-

systemen sich überschneidende Definition „psychisch gestört“ drohen für psychisch Kranke neuerliche Stigmatisierungen. Es besteht die ernste Gefahr, dass psychisch Kranke dadurch generell

als gefährlich eingeschätzt werden und ein Erfordernis ihrer Unterbringung zum Schutz der Allgemeinheit angenommen wird.

*Bernhard Morsch – Präsident*

## Geschäftsstelle unter neuer Leitung

Seit dem 1.4.2011 ist Maïke Paritong als Leiterin der Geschäftsstelle für die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes tätig. Wir freuen uns, dass wir mit Frau Paritong eine erfahrene und engagierte Mitarbeiterin für diese wichtige Position gewinnen konnten. Die 46-jährige Wahl-Saarländerin ist verheiratet und hat drei Kinder. Sie verfügt über eine kaufmännische Ausbildung sowie über ein abgeschlossenes Hochschulstudium und hat nach ihrer Tätigkeit als Wissenschaftliche Assistentin am Institut für Computerlinguistik an der Hochschule des Saarlandes und anschließender freiberuflicher Lehrtätigkeit die letzten elf Jahre bei einem mittelständischen Saarbrücker IT-Beratungsunternehmen als Assistentin der Geschäftsleitung gearbeitet; zu ih-



ren Aufgaben gehörten die selbständige Führung des Sekretariats der Geschäfts-

führung, Marketing- und Vertriebsunterstützung inklusive der Verwaltung der Kundendatenbank sowie Personalverwaltung.

Als Leiterin der Geschäftsstelle wird Frau Paritong den Vorstand unterstützen, Ansprechpartnerin für Gremien (Ausschüsse, Vertreterversammlung) sein, die Mitgliedsdaten und -akten verwalten sowie Patienten- und Mitgliederanfragen bearbeiten.

Frau Paritong ist während der Sprechzeiten der Geschäftsstelle (Mo., Di. und Do. jeweils 8.00 bis 13.00 Uhr) telefonisch unter 0681-9545556 oder auch per Mail (paritong@ptk-saar.de) zu erreichen.

## Zum Zeugnisverweigerungsrecht einer Psychotherapeutin bei Gericht

Eine Psychotherapeutin stellt die Frage, ob sie vor Gericht das Zeugnis verweigern darf. Anlass der Frage ist die Ladung der Psychotherapeutin zum Familiengericht, das von ihr Informationen über den begleiteten Umgang eines Kindes mit einem Elternteil, der in den Räumen einer Beratungsstelle stattgefunden hat, erhalten möchte.

Zur Beantwortung dieser Frage ist zunächst auf Vorschriften des Strafgesetzbuches (StGB) und der Prozessordnungen (siehe unter I.), sodann auf Vorschriften der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) einzugehen (siehe unter II.). Besonderheiten aus dem Anstellungsverhältnis (Arbeitsverhältnis) der Psychotherapeutin zu einer Beratungsstelle werden anschließend erörtert (siehe unter III.).

### I. Die Strafbarkeit der Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 203 StGB) und das korres-

### pondierende Zeugnisverweigerungsrecht im Prozess

Die Frage, ob die Psychotherapeutin als Zeugin aussagen darf, hängt vor allem davon ab, ob die Zeugenaussage gegen die Strafvorschrift des § 203 StGB verstößt; wenn die Zeugenaussage gegen den Straftatbestand verstößt, darf die Psychotherapeutin nicht als Zeugin aussagen (siehe unter 1.).

Hiervon zu trennen ist die Frage, ob die Psychotherapeutin als Zeugin eine Aussage machen muss, wenn sie aussagen darf. Es kann, obwohl die Zeugenaussage nicht strafbar wäre, Gründe geben, die sie veranlassen, nicht aussagen zu wollen; hier ist zu untersuchen, ob der Psychotherapeutin ein Wahlrecht zusteht, das Zeugnis zu verweigern (siehe unter 2.).

Die Frage, ob sie als Zeugin aussagen darf, ist zeitlich vor der Frage, ob sie aussagen

muss, zu beantworten, weil die Entscheidung zur zweiten Frage von der Antwort auf die erste Frage abhängt.

1. § 203 StGB: Die Strafbarkeit der Verletzung von Privatgeheimnissen

§ 203 Abs. 1 StGB lautet auszugsweise wie folgt:

„§ 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1) Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufs-

bezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

- 2) Berufspsychologe mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
- 3) Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar [...],
- 4) Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
- 4a) Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
- 5) staatlich anerkannter Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
- 6) Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. [...].“

a) Eine Psychotherapeutin kann – je nachdem – als Angehörige eines Heilberufs im Sinn des § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB, als Berufspsychologin im Sinne des § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB oder als Beraterin einer anerkannten Beratungsstelle im Sinne des § 203 Abs. 1 Nr. 4 StGB angesehen werden.

b) Strafbar ist die Offenbarung eines fremden Geheimnisses, das dieser Person als Psychotherapeutin anvertraut oder sonst bekannt geworden ist. Schon die Tatsache, dass der Umgang eines Kindes mit einem Elternteil stattgefunden hat, könnte – bei strengem Verständnis der Vorschrift – als fremdes Geheimnis im Sinne des § 203 Abs. 1 StGB angesehen werden; selbst der (nüchterne) Bericht über das (formale) Stattgefun-

denhaben des Umgangstermins könnte als Offenbarung dieses Geheimnisses verstanden werden. In jedem Fall sind aber Beobachtungen über das Empfinden des Kindes beim Umgang mit dem Elternteil als fremdes Geheimnis anzusehen; ein (ausführlicher) Bericht über das (inhaltliche) Erleben des Kindes ist als Offenbarung dieses Geheimnisses anzusehen.

c) Ob die Offenbarung gegenüber dem Gericht im Rahmen einer Zeugenaussage „unbefugt“ ist, hängt davon ab, ob die Voraussetzungen eines Rechtfertigungsgrundes vorliegen; wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt, ist das Verhalten der Psychotherapeutin nicht „unbefugt“, so dass sie deswegen nicht bestraft werden kann.

Vorliegend kommt der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung in Betracht, wenn der/die Sorgeberechtigte(n) eines Kindes (regelmäßig: beide Elternteile) die Psychotherapeutin von der Schweigepflicht entbunden hat/haben.

d) Zwischenergebnis: Unter der Voraussetzung, dass der/die Sorgeberechtigte(n) die Psychotherapeutin von der Schweigepflicht entbunden hat/haben, macht sich die Psychotherapeutin nicht wegen der Verletzung eines Privatgeheimnisses strafbar, wenn sie über den Umgang des Kindes mit einem Elternteil im Rahmen einer Zeugenaussage vor Gericht berichtet. Die Psychotherapeutin **darf** dann aussagen.

## 2. Zeugnisverweigerungsrecht im Prozess

Das (Gerichts-)Verfahren in Kindschaftssachen, wozu auch die Regelung des Umgangsrechts gehört, sind im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) geregelt (vgl. § 151 Nr. 2 FamFG). Es liegt regelmäßig im Ermessen des Gerichts, ob eine förmliche Beweisaufnahme entsprechend der Zivilprozessordnung durchgeführt wird (§ 30 Abs. 1 FamFG). Die Zivilprozessordnung (ZPO) regelt die Beweisaufnahme durch Zeugenbeweis in den §§ 373 bis 401 ZPO; das Zeugnisverweigerungsrecht ist in den §§ 383 und 385 ZPO auszugsweise wie folgt geregelt:

„§ 383 ZPO Zeugnisverweigerungsrecht aus persönlichen Gründen

(1) Zur Verweigerung des Zeugnisses sind berechtigt:

[...] 6. Personen, denen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes Tatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch ihre Natur oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist, in Betreff der Tatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht.“ [...]

§ 385 ZPO Ausnahmen vom Zeugnisverweigerungsrecht

[...] (2) Die in § 383 Nr. 4 und 6 genannten bezeichneten Personen dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.“

Eine Psychotherapeutin darf **grundsätzlich** das Zeugnis über solche Tatsachen verweigern, auf welche sich die – hier in § 203 StGB geregelte – Verpflichtung zur Verschwiegenheit bezieht (§ 393 Abs. 1 Nr. 6 ZPO). Das in der Zivilprozessordnung geregelte Zeugnisverweigerungsrecht korrespondiert mit dem strafrechtlichen Verbot, Privatgeheimnisse zu verletzen; hierdurch wird verhindert, dass sich eine Psychotherapeutin durch eine Zeugenaussage vor Gericht strafbar macht.

Das Zeugnisverweigerungsrecht besteht jedoch **ausnahmsweise** dann nicht, wenn die Psychotherapeutin von der Schweigepflicht entbunden ist (§ 395 Abs. 2 ZPO). In einem solchen (Ausnahme-)Fall macht sich die Psychotherapeutin nicht wegen der Verletzung eines Privatgeheimnisses strafbar, weil ihr Verhalten nicht „unbefugt“ ist; sie bedarf dann des Schutzes durch das Zeugnisverweigerungsrecht nicht, weil sie sich durch die Zeugenaussage vor Gericht nicht strafbar macht.

(Eine vergleichbare Regelung über das Zeugnisverweigerungsrecht findet sich auch in der Strafprozessordnung [StPO]: Das für Psychotherapeuten grundsätzlich bestehende Zeugnisverweigerungsrecht [§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO] gilt nicht, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwie-

genheit entbunden sind [§ 53 Abs. 2 Satz 1 StPO].)

Zwischenergebnis: Die Psychotherapeutin **muss** als Zeugin aussagen, wenn sie von der Schweigepflicht entbunden ist.

## II. Die in der Berufsordnung geregelte Schweigepflicht

Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16.6.2008, regelt die Schweigepflicht – im Einklang mit der Musterordnung – wie folgt:

### „§ 8 Schweigepflicht

(1) Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen/Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. [...]

(2) Soweit Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patientinnen/Patienten und deren Therapie zu entscheiden.

[...]

(8) In allen Fällen der Unterrichtung Dritter nach den Absätzen (2) bis (7) hat sich die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut auf das im Einzelfall erforderliche Maß an Informationen zu beschränken.“

Durch Vorschriften der Berufsordnung kann die in § 203 Abs. 1 StGB geregelte Strafbarkeit einer „unbefugten“ Offenbarung von Dienstgeheimnissen nicht beseitigt werden; die Vorschriften der Berufsordnung sind lediglich deklaratorisch, da sie die sich aus den Strafvorschriften ergebende Rechtslage wiedergeben. Fer-

ner können durch die Berufsordnung auch nicht die Vorschriften der Prozessordnungen, namentlich die über das Zeugnisverweigerungsrecht, modifiziert werden. Die Vorschriften der Berufsordnung haben für die Beantwortung der hier gestellten Frage keine besondere Bedeutung.

## III. Besonderheiten aufgrund des Anstellungsverhältnisses (Arbeitsverhältnisses)

Für Richter, Beamte und Angehörige **des öffentlichen Dienstes** sieht die Zivilprozessordnung ausdrücklich vor, dass im Einklang mit den beamtenrechtlichen Vorschriften (bzw. richterrechtlichen Vorschriften bzw. TVÖD) vor einer Vernehmung als Zeuge eine Aussagegenehmigung vorliegen muss (§ 376 ZPO). (Die Strafprozessordnung enthält eine gleichlautende Regelung [§ 54 StPO].)

Die Regelung kann jedoch nicht auf Arbeitnehmer **außerhalb** des öffentlichen Dienstes übertragen werden: Für das Anstellungsverhältnis (Arbeitsverhältnis) gilt zwar die arbeitsvertraglich (ausdrücklich oder stillschweigend) vereinbarte Verschwiegenheitspflicht; diese – vertraglich geregelte – Verpflichtung kann aber die – gesetzlich geregelte – Pflicht zur Zeugnisaussage nicht außer Kraft setzen.

Der Gesetzgeber hat den öffentlich-rechtlichen Dienstherrn besonders geschützt, indem er für Richter, Beamte oder Angehörige des öffentlichen Dienstes eine spezielle Regelung getroffen hat; diese Regelung gilt nicht für den „normalen“ Arbeitgeber außerhalb des öffentlichen Dienstes.

Die außerhalb des öffentlichen Dienstes beschäftigte Psychotherapeutin ist aufgrund ihres Arbeitsvertrages in jedem Fall verpflichtet, ihren Arbeitgeber von dem Gerichtstermin und der beantragten Vernehmung als Zeugin frühzeitig zu informieren und etwaige Konsequenzen für die weitere Behandlung des Kindes oder für weitere Termine des begleiteten Umgangs zu besprechen.

## IV. Ergebnis

Der Psychotherapeutin steht (nur dann) ein Zeugnisverweigerungsrecht zu, wenn

sie nicht von der Schweigepflicht entbunden ist: Wenn die Psychotherapeutin von der Schweigepflicht entbunden ist, **muss** sie als Zeugin aussagen; wenn sie nicht von der Schweigepflicht entbunden ist, **darf** sie **nicht** als Zeugin aussagen.

Sofern die Psychotherapeutin **außerhalb des öffentlichen Dienstes** beschäftigt ist, bedarf es – anders als bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes – keiner Aussagegenehmigung ihres Arbeitgebers. Der Arbeitgeber ist über die beantragte Vernehmung als Zeugin zu informieren, kann die Zeugenaussage jedoch nicht verhindern.



Manuel Schauer ist Rechtsanwalt und berät die Kammer als Justiziar seit 2009.

## Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Vorstand PKS

Präsident: Bernhard Morsch

Vizepräsident: Joachim Jentner

Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs,

Michael Schwindling

### Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124

66123 Saarbrücken

Tel 0681. 95455 56

Fax 0681. 95455 58

kontakt@ptk-saar.de

www.ptk-saar.de

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



dass Sie dieses und noch folgende PTJ-Hefte in den Händen halten können, ist

das Ergebnis des Ringens aller Präsidentinnen und Präsidenten (als Herausgeber) am 13. Mai 2011 in Berlin. – Damit ist das PTJ als wichtigstes Mitteilungsorgan des Berufsstandes gesichert!

In diesen Wochen endet die 2. Wahlperiode der Kammerversammlung und des Vorstands. Auf der letzten Kammerversammlung am 27. Mai 2011 stellten die Vorstandsmitglieder die positive Entwicklung der Kammer dar und waren sich darin einig, dass in den letzten Jahren innerhalb

der Kammerversammlung sich die Diskussionskultur erfreulich sachorientierter zeigt. Jürgen Hardt, Präsident der Hessischen Psychotherapeutenkammer, gab in seinem Referat zur Zukunft unseres Berufsstandes wichtige Denkanstöße.

In Kürze erhalten Sie Post vom Wahlvorstand. Nutzen Sie Ihr Wahlrecht! Über eine hohe Wahlbeteiligung würden sich alle „Aktiven“ sicherlich freuen!

*Juliane Dürkop  
 Präsidentin*

## 18. DPT beschließt: Keine neuen Weiterbildungsregelungen, bis Klarheit besteht über die Reform der Psychotherapieausbildung

Der 18. DPT war extra um einen halben Tag verlängert worden, um eine erneute Vertagung der Vorstellung und Diskussion des Berichtes der Kommission „Zusatzqualifizierung“ zu verhindern. In dem Bericht hatte die Kommission auf ca. 60 Seiten Pro- und Contra-Argumente für weitere Weiterbildungsregelungen zusammengefasst. Als einzige Kammer hatte im Vorfeld Schleswig-Holstein eine ergänzende schriftliche Stellungnahme dazu eingereicht. Herr Dr. Waldvogel stellte zunächst für die Kommission noch einmal die wesentlichen Ergebnisse vor. Er machte deutlich, dass es zu den meisten Pro- auch ein Contra-Argument gebe und umgekehrt. Danach begann eine sehr engagierte, fair und sachlich geführte ca. zweistündige Diskussion zur Frage, ob bzw. in welchen Bereichen weitere Weiterbildungsregelungen sinnvoll seien. Ein Kernthema war immer wieder die Frage, in welcher Weise Weiterbildungsregelungen ungewollt letztlich doch zu einer Abwertung der mit der Approbation nach den aktuellen Ausbildungsrichtlinien erworbenen Qualifikation

führen könnten. Die Delegierten der PKSH brachten sich mit ihrer Weiterbildungsregelungen ablehnenden Haltung vielfältig argumentativ ein. Sie machten insbesondere deutlich, dass die aktuell festzustellende mangelhafte Versorgung der Bevölkerung nicht in einem Fehlen von durch Weiterbildungen noch weiter spezialisierten PsychotherapeutInnen begründet sei, sondern Ursachen insbesondere in einer völlig unsachgemäßen „Bedarfsplanung“ habe. Erst wenn politisch eine angemessene allgemeine psychotherapeutische Versorgung weitgehend erreicht sei, könne man prüfen, ob Spezialisierungen durch Weiterbildungsregelungen ggf. für eine weitere Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen noch sinnvoll seien.

Herr Deutschmann machte darauf aufmerksam, dass auch die Kommission in ihrem Bericht darauf hingewiesen habe, dass praktisch alle bislang diskutierten potentiellen Weiterbildungsbereiche mit der aktuellen Musterweiterbildungsordnung

nicht vereinbar seien. Notwendige Änderungen der Musterordnung bedeuteten jedoch eine Öffnung für eine ganze Flut von Weiterbildungsregelungen. Eine Art „Dambruch“ sei zu befürchten. Genau aus diesem Grunde habe die Musterordnung nur mit ihren klaren Eingrenzungen möglicher Regelungsbereiche in den Paragraphen 1 und 2 im Jahr 2006 überhaupt eine Mehrheit auf dem DPT finden können.

Er stellte abschließend fest, dass sowohl der Bericht der Kommission als auch die aktuelle Diskussion immer von dem aktuellen Stand der Psychotherapie-Ausbildung ausgegangen seien. Nun habe der Berufsstand aber der Politik einen Gesetzentwurf zur Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vorgelegt, der auf einen Beruf statt bislang zwei Berufe (PP und KJP) abziele. Aus der Politik seien Stimmen zu vernehmen, die eher eine Direktausbildung, d. h. Psychotherapieausbildung zur Approbation im Studium, analog zur Ausbildungsstruktur im ärztlichen Be-

reich, favorisieren. Beide Modelle würden jetzt diskutierte Fragen zu Weiterbildungsregelungen auf sehr unterschiedliche Art in einem ganz anderen Licht erscheinen lassen. In dem einen Modell würden sich Weiterbildungsregelungen in Richtung Psychotherapie mit Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen aufdrängen, im anderen Fall eher Weiterbildungen in Vertiefungsverfahren. Jetzt angedachte Weiterbildungsregelungen passten nicht mehr sinnvoll in eine solche Struktur. Wie immer

werde es dann aber schwierig sein, einmal geschaffene Weiterbildungsregelungen/-strukturen dann wieder abzuschaffen. Mit dieser Argumentation begründete Herr Deutschmann einen von einer Gruppe von Delegierten eingebrachten Antrag, wonach der DPT beschließen möge, angesichts der Unklarheiten über die zukünftige Ausgestaltung der Berufsausbildung auf Fortschreibungen bzw. Ergänzungen der Musterweiterbildungsordnung zu verzichten, bis Klarheit über die Inhalte der

Novellierung des PsychThG bestehe. Die Landespsychotherapeutenkammern sollten gleichzeitig aufgefordert werden, bis zu einer entsprechenden Klärung zur Reform des PsychThG keine weiteren Weiterbildungsregelungen mehr in Kraft zu setzen. Dieser Antrag wurde mit einer knappen Mehrheit von 51 zu 50 Stimmen angenommen.

*Detlef Deutschmann  
Vorstandsmitglied*

## Bericht aus der Kammerversammlung vom 25. März 2011

### **Erläuterung des Jahresabschlusses, des Berichtes des Rechnungsprüfungsausschusses und Entlastung des Vorstandes**

Herr Deutschmann erläuterte zunächst kurz den endgültigen Jahresabschluss 2010, der allen Delegierten mit der Einladung rechtzeitig schriftlich zugestellt worden war. Trotz Reduktion der vollen Beiträge um € 20,00 in 2010 konnte nach Abzug von Forderungen, Verbindlichkeiten sowie Abschreibungen ein Jahresüberschuss von € 54.198 ausgewiesen werden. Die Rücklagen erhöhten sich somit zum Jahresende 2010 auf € 453.319.

Herr Deutschmann stimmte dem Rechnungsprüfungsausschuss zu, dass eine weitere Erhöhung der Rücklagen nicht mehr notwendig oder sinnvoll sei. Dies sei aber



*Die Mitglieder der Kammerversammlung*

auch in der Haushaltsplanung 2011 mit einer Beitragsreduktion um € 30,00 bereits berücksichtigt worden. Er prognostizierte für 2011 daher höchstens noch eine minimale Veränderung der Rücklagenhöhe. Auf entsprechende Anmerkungen im Prüfbericht bzw. kritische Nachfragen stellte er klar, dass durch regelmäßige Investitionen die technische und sonstige Geschäftsstellen-ausstattung (in 2010: neuer Server, neuer PC, Software-Updates...) natürlich fortlaufend auf einem angemessenen aktuellen Stand gehalten werde. Auch die Bezahlung der Geschäftsstellenmitarbeiter halte er für absolut fair und angemessen. Der Vorstand orientiere sich hier seit Beginn seiner Amtszeit regelmäßig und für die Mitarbeiter transparent an entsprechenden Tarifen im öffentlichen Dienst. Ideen einer Gehaltser-

höhung oder Sonderzahlungen angesichts des aktuellen Jahresüberschusses erteile er eine klare Absage. Der Vorstand verstehe die Rücklagen nicht als persönliche Verfügungsmasse für Wohltaten irgendeiner Art, sondern betrachte sie nach wie vor als Beiträge der Mitglieder, zu deren gewissenhafter und wirtschaftlicher Verwendung er sich verpflichtet fühle.

Der Vorstand wurde abschließend einstimmig von der Kammerversammlung entlastet.

### **Änderungen der Fortbildungsordnung**

Für die zum 01.07.2004 in Kraft getretene Fortbildungsordnung der PKSH bestand

### **Aufruf zur Kammerwahl 2011**

**Wahl zur 3. Kammer-  
versammlung:  
per Briefwahl in der Zeit  
vom 16.06. – 11.07.2011**

Weitere Infos unter: [www.pksh.de/index.php/kammerwahl](http://www.pksh.de/index.php/kammerwahl)

NEU:

Die Kandidatinnen und Kandidaten stellen sich auf der Homepage der PKSH vor:  
[www.pksh.de/index.php/kammerwahl/wahlbewerberinnen](http://www.pksh.de/index.php/kammerwahl/wahlbewerberinnen)

Änderungsbedarf insbesondere wegen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss im März 2009 beschlossenen Fortbildungsnachweispflicht für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die angestellt tätig sind in solchen Kliniken, die nach § 108 SGB V zugelassen sind. Diese Regelung (§ 137 SGB V) orientiert sich weitgehend an der für Fachärzte gültigen Regelung. Danach ist die beschriebene Mitgliedergruppe verpflichtet, Fortbildungen im Umfang von 250 Fortbildungspunkten entsprechend einer Anerkennung durch die zuständige Psychotherapeutenkammer innerhalb von fünf Jahren nachzuweisen. Bislang regelte die Fortbildungsordnung der PKS H nur die Voraussetzungen zu Erteilung des Fortbildungszertifikates nach § 95d SGB V. Dieses ermöglicht vertragspsychotherapeutisch tätigen Mitgliedern, die Erfüllung ihrer Fortbildungspflicht gegenüber der KV (auch 250 Punkte innerhalb von fünf Jahren, aber nach leicht abweichenden Kriterien) nachzuweisen.

Weiter hatte sich in der Praxis ein Bedarf für einige redaktionelle bzw. klarstellende Änderungen in den Durchführungsbestimmungen, bei den Regelungen zu den Fortbildungskategorien sowie den Akkreditierungsregelungen ergeben. Der Fortbildungsausschuss hatte hierzu einen kommentierten Entwurf zur Erörterung und Beschlussfassung vorgelegt.

Ausführlich diskutiert wurde insbesondere die Frage, ob bzw. in wie weit in der Fort-

## Einladung zur konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung am

**Freitag, 02. September 2011,  
15 Uhr**

**Ort: Kanzlei Koch Staats Kückler  
Schramm & Partner**

**Deliusstr. 16, 24114 Kiel**

**Mitglieder sind als Gäste herzlich  
willkommen;**

**Anmeldung in der Geschäftsstelle  
vorab erwünscht.**

bildungsordnung auch stärkere Vorgaben festgelegt werden sollten, aus welchen Bereichen maximal wie viele Fortbildungspunkte für ein Zertifikat eingebracht werden dürfen. Nach eingehender Diskussion der unterschiedlichen Aspekte dieser Thematik entschied die Kammerversammlung ohne Gegenstimme, keine Regulierungen über den Appell in der Präambel hinaus festzuschreiben, wonach die Fortbildungen möglichst bei verschiedenen Veranstaltern und in verschiedenen Fortbildungskategorien erfolgen sollten.

Beschlossen wurde schließlich, dass zukünftig Fortbildungszertifikate nach § 95 d SGB V (für KV-Zugelassene), nach § 137 SGB V (für Angestellte in Krankenhäusern)

und darüber hinaus bei Nachweis von 250 Fortbildungspunkten ein allgemeines Zertifikat auch für jedes übrige Mitglied auf Antrag ausgestellt werden sollen. Entsprechende Regelungen wurden in der Fortbildungsordnung aufgenommen. Klarstellungen bzw. Präzisierungen wurden weiter insbesondere hinsichtlich einer eindeutigen Differenzierung zwischen verschiedenen Fortbildungskategorien und den damit verbundenen Akkreditierungsnachweisen beschlossen. Veranstalter müssen zukünftig angeben, ob sie eine Veranstaltung nach Kategorie B (Kongress, Symposium...) als ganzes akkreditieren lassen wollen (eine Akkreditierungsnummer, keine genaue Einzelprüfung eines jeden Referenten, Vortrages etc., keine Anwesenheitsüberprüfung und Evaluation jeder Teilveranstaltung...) oder nach Kategorie A (Vortrag, Diskussion...) bzw. C (u. a. Workshop, Seminar, Kurs, Supervision...) jede Veranstaltung einzeln mit allen notwendigen Nachweisen und Überprüfungen akkreditieren lassen wollen. Hier gab es in der Vergangenheit Unklarheiten in der Auslegung. Die vorgenommenen Klarstellungen führen zu einer Angleichung an die Musterfortbildungsordnung sowie die Praxis in den meisten anderen Ländern.

Auch für die Kategorie F wurde eine sinnvolle Präzisierung dahingehend eingeführt, dass für Autorenschaft von Zeitschriften- und Buchartikeln ein Punkt für angefangene fünf Seiten festgeschrieben wurde. Die neue Fortbildungsordnung mit diesen sowie einigen weiteren kleineren Änderungen wurde abschließend einstimmig beschlossen.

## Änderung der Gebührenordnung

Gebühren sollten sich in ihrer Höhe stets an dem Aufwand orientieren, der durch die veranlasste Leistung verursacht wird. Nachdem sich die Onlineakkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen zunehmend etabliert hat und der mit Akkreditierungen in der Geschäftsstelle allgemein verbundene Arbeitsaufwand weiter standardisiert und vereinfacht werden konnte, hatte der Vorstand sich entsprechend veranlasst gesehen, die Kalkulation der Kosten des durchschnittlichen Aufwandes einer Akkreditierung zu überprüfen. Im



24. Kammerversammlung am 25.03.2011

Ergebnis sah er Spielraum, die Gebühren sowohl für Online- als auch für Papier-Akkreditierungsanträge um € 5,00 zu senken auf nunmehr € 20,00 bzw. € 25,00. Ein entsprechender Änderungsantrag sowie

kleinere redaktionelle Änderungen der Gebührenordnung wurden mit großer Mehrheit beschlossen. Damit liegen die Gebühren für Akkreditierungen im Vergleich mit anderen Psychotherapeutenkammern,

aber auch der Ärztekammer Schleswig-Holstein deutlich im unteren Bereich.

*Detlef Deutschmann  
Vorstandsmitglied*

### Wir über uns oder: die neuen PiA-Vertreter stellen sich vor

Im Herbst vergangenen Jahres haben wir, nach längerer Vakanz des Amtes in Schleswig-Holstein, unsere Tätigkeit als PiA-Vertreter aufgenommen. Gegenwärtig durchlaufen wir einen Findungsprozess zur Ausgestaltung unserer Aufgabe. Hierbei werden wir sowohl durch unsere Kammer als auch durch die PiA-Vertretungen anderer Länderkammern unterstützt.

In der Kürze der Zeit haben wir eine wesentliche Erkenntnis gewinnen können: Diese Arbeit ist sehr wichtig, denn wir, die in Ausbildung befindlichen, sind die nächste Generation der Psychotherapeuten.

In einem sich stark verändernden Berufsumfeld, das durch Umstrukturierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen, die für die nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten notwendig erscheinen mögen, geprägt ist, bedarf es auch einer deutlichen Stimme derer, die diese Zukunft mitgestalten werden! Dies umso mehr, als der Generationswechsel in vollem Gang ist: In den nächsten zehn Jahren wird mehr als die Hälfte der heute tätigen Psychotherapeuten in den Ruhestand treten.

Es ist uns ein Herzensanliegen, die Stimme der nächsten Generation in der Kammer und darüber hinaus hörbar zu machen. Auf dem Weg zur Approbation durchlaufen wir eine ganz andere Sozialisation als die Generation vor dem Psychotherapeutengesetz – und auch häufig einen anderen Weg, als der Gesetzgeber mit dem Psychotherapeutengesetz im Sinne hatte. So wurde aus der Absicht des Gesetzgebers, am Anfang der unglücklicherweise als Ausbildung legislativ formulierten postgraduierten Weiterqualifikation zum Psychotherapeuten umfassende Kenntnisse psychiatrischer Störungsbilder zu vermitteln, in der Versorgungsrealität ein regulärer

Einsatz der „Praktikanten“ im klinischen Tagesgeschäft, jedoch unter meist prekären Bedingungen. Unter diesen Bedingungen leiden nicht nur wir, sondern auch die psychisch Kranken – und das Ansehen unseres Berufes in der Öffentlichkeit.

Auch ist es uns wichtig, das Bewusstsein innerhalb der Auszubildenden zu schärfen für das was kommen kann und die direkte Notwendigkeit des Engagements der Auszubildenden für ihren Beruf, den sie ausüben wollen, in den Vordergrund zu stellen. Hier möchten wir unsere Ideen einbringen und mitgestalten. Kurzum: wir engagieren uns für die Gestaltung der Zukunft unseres Berufstandes und Berufsbildes. Wir, das sind:



*Dr. Hilmar Böhm*

Geboren 1974, verheiratet. Doppelstudium der Psychologie und Mathematik in Hamburg, Promotion an der Université Catholique de Louvain (Belgien) über multivariat-statistische Fragestellungen mit fundamentaler Bedeutung für die Neuropsychologie. Selbständig als Unternehmensberater, zurzeit mit Fokus auf die Vorbereitung psychiatrischer Fachkliniken auf die neuen Herausforderungen im Entgelt-

system. Mit viel Leidenschaft in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) am Lehrinstitut Lübeck – ZAP Nord.



*Jens Röschmann*

Geboren 1966, eine Tochter, Studium der Psychologie in Hamburg, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Sektion für Sexualmedizin. Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (verhaltenstherapeutisch) am Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung Kiel – IFT Nord.

*Dr. Hilmar Böhm  
Jens Röschmann*

### Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2  
24103 Kiel  
Tel. 0431/66 11 990  
Fax 0431/66 11 995  
Mo bis Fr: 9 – 12 Uhr  
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr  
Mail: info@pksh.de  
Homepage: www.pksh.de

# Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

## R. Nübling: „Aktuelles aus der Forschung: Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Versorgungsforschung in der Psychotherapie“, Psychotherapeutenjournal 1/2011

### Überschätzte Forschungsmethodik der RCT

Rüdiger Nüblings klare Ausführungen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung sind es wert nochmals genannt zu werden:

- In allen drei untersuchten Therapieverfahren verbesserten sich die unterschiedlichen Parameter erheblich.
  - Die therapeutische Arbeitsbeziehung erweist sich in ihrer Qualität als abhängig von der Beeinträchtigungsschwere.
  - Das durch die Gutachter bewilligte Behandlungskontingent wird flexibel ausgestaltet; Verlängerungen ergeben sich aus der zu Behandlungsbeginn festgestellten Beeinträchtigungsschwere.
  - Weniger die Evaluation zum Zeitpunkt des Therapieendes, als vielmehr die Dynamik des Änderungsverlaufes, über die Behandlung hinaus, ist von Bedeutung.
  - Der überwiegende Teil der Psychotherapiepatienten ist multimorbide erkrankt.
  - Die ambulante Psychotherapie wird von den Patienten als sehr wirksam eingeschätzt.
- Positive Veränderungen erstrecken sich auf weitere relevante Lebensbereiche, u. a. auch auf Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität, führen zu seltenerer Krankschreibung und zu geringerer Inanspruchnahme anderer Behandlungstermine.
  - Dennoch werden Patienten nur selten zur Aufnahme psychotherapeutischer Behandlung ermutigt, weder von Haus- oder Fachärzten noch von Angehörigen.
  - Selbst Fachärzte für Psychiatrie überweisen nur zu etwa 25% an Psychotherapeuten weiter, verschreiben dagegen in über 50% Psychopharmaka.
  - Prävalenz und Chronifizierungsrisiko psychischer Erkrankungen sind stark bildungs- und schichtabhängig, zeitstabil und in überragender Bedeutung von frühkindlichen und kindlichen Belastungen geprägt.

Summa summarum: „Psychotherapie in der realen Versorgungssituation, weitab von kontrollierten RCTs, ist sehr erfolgreich und [...] höchst effizient: Jeden in Psychotherapie investierten Euro bekommt die Gesellschaft in zwei-, drei-, vierfachem Volumen zurück [...] Psychotherapie zahlt

sich aus, für den einzelnen Patienten, aber auch für die Gesellschaft als Ganzes.“

Daraus folgt: Die in neopositivistisch geprägtem Wissenschaftsverständnis unseres digitalen Zeitalters überschätzte Forschungsmethodik der RCT (der randomisierten kontrollierten Forschungsstudie) oder das Herausgreifen eng umrissener stark symptombezogener Einzelphänomene mit der jeweils als neueste Erkenntnis gefeierten pragmatisch orientierten Behandlungstechnik greifen nicht so tief, wie es die Ergebnisse langfristiger ausgerichteter Psychotherapieforschung als notwendig und möglich zu erkennen geben. Diese sprechen vielmehr für ein Denken in Zusammenhängen, die sich weit in Zeit und Raum erstrecken. Dafür braucht es eine gegenstandsangemessene Forschungsmethodik. Diese lässt in Anbetracht der komplexen Verhältnisse einem logischen Denkvermögen Raum, das wiederholbare einfache Wenn-dann-Bedingungen übersteigt.

*Dipl.-Psych. Cornelia Puk  
PP, KJP, Kinderanalytikerin (DPV, IPA)  
71083 Herrenberg  
Eichendorffstraße 13  
cornelia.puk@dvpv-mail.de*

## T. Bär: „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“, Psychotherapeutenjournal 1/2011

### Herzlichsten Dank

Sehr geehrter Herr Dr. Bär,

Mit Freude habe ich Ihren Beitrag zur „Psychotherapeutischen Versorgung von

Menschen mit Migrationshintergrund“ im Psychotherapeutenjournal 1/2011 gelesen. Als Vorsitzender der Gesellschaft für Türkischsprachige Psychotherapie und Psychosoziale Beratung (GTP e.V.) möchte ich Ihnen meinen herzlichsten Dank aus-

sprechen. Die Absichten der BPTK, sich für Möglichkeiten zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund einzusetzen decken sich mit unseren Vereinszielen. Seit nunmehr 17 Jahren

setzen wir uns satzungsgemäß für genau diesen Zweck ein.

Unsere 1994 als Arbeitskreis türkischsprachiger PsychotherapeutInnen (AKTPT) gegründete Gesellschaft für Türkischsprachige Psychotherapie und Psychosoziale Beratung e.V. ist ein bundesweites Netzwerk, bestehend aus einem Großteil aller türkischsprachigen PsychotherapeutInnen und Psychosozialen BeraterInnen im deutschsprachigen Raum. Neben vielfältigen regionalen Arbeitskreisen, Interventionsgruppen und Tagungen bieten wir auf unserer Homepage eine umfangreiche Adressliste türkischsprachiger PsychotherapeutInnen, Reha-Kliniken, Suchtberater und Psychosozialer Berater sowie eine

stark frequentierte Jobbörse für türkischsprachige Fachkräfte an.

Aufgrund des geballten Praktiker- und Expertenwissens in unserer Gesellschaft können wir über die Situation und die Erfordernisse der Psychotherapie türkischsprachiger Migranten qualifizierte Aussagen machen. Alle von Ihnen zitierten türkischsprachigen Autoren sind bei uns Mitglied (Schouler-Ocak, Kahraman) bzw. Vorstandsmitglied (Erim). Frau Erim führt derzeit übrigens eine Studie zur Effektivität der muttersprachlichen Psychotherapie durch, an der viele unserer Mitglieder teilnehmen.

Ich schildere Ihnen diese Umstände, weil wir der BPTK gerne unsere Unterstützung

beim Thema „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ anbieten würden. Ich würde mich freuen, wenn Sie meine Nachricht an die dafür geeigneten Ansprechpartner weiterleiten und verbleibe mit herzlichem kollegialem Dank.

Mit freundlichen Grüßen

*Dipl.-Psych. Zeki Özdemir  
Psychologischer Psychotherapeut (VT)  
Vorsitzender der GTP e.V.  
(www.gtp-online.eu)  
Psychotherapeutische Praxis  
Neufchateaustr. 9  
59077 Hamm  
zeki.oezdemir@gmx.de*

## Schwerpunkt: „Psychotherapie bei Migranten“, Psychotherapeutenjournal 1/2011

### **Das Kulturelle definiert uns als Menschen, es sollte uns nicht trennen**

Bitte sprechen Sie in Zukunft von Sprach- und Religionsunterschieden, aber verabschieden Sie sich von der Idee der „kulturellen Differenz“ zwischen Menschen, die mehr kulturelle Gemeinsamkeiten haben als Unterschiede.

Das Kulturelle definiert uns als Menschen, es sollte uns nicht trennen. Mensch sein heißt kulturelles Wesen sein.

Das Kulturelle heißt: Beherrschung des Feuers, das Kochen und Essen, das Tanzen und Musizieren, das Entwickeln von Ritual und Religion, das Nutzen von Symbolisierung in Bild, Symbol und Wort und das Erfinden von Theorien, Modellen und Paradigmen über die Natur der Welt und des Menschen. Und die Entwicklung von Kunst und Poesie.

Die Betonung der Unterschiede und das Fassen dieser Vielfalt in Begriffe einer nationalen oder religiösen „Kultur“ dient der Ausgrenzung und vertieft die Diskriminierungserfahrung, die im Heft als eine der

Ursachen für psychische Erkrankungen gesehen wird.

Es gibt nicht nur den aggressiv ausgrenzenden Rassismus der Faschisten oder der Sarrazinisten, es gibt auch die „gut gemeinte“ pater-/maternalistische Ausgrenzung, und die ist nicht minder diskriminierend: du kannst seit Generationen hier leben – du bleibst der „Ausländer“ oder der „Mensch mit Migrationshintergrund“.

Zur Globalisierung gehört es, den Begriff der Menschheit, der spätestens seit Beginn der Raumfahrt und des Zugangs zu Bildern des Planeten mit emotionalem Gehalt gefüllt und somit zum gemeinsamen sinnhaltigen Symbol unserer Spezies wird, zu benutzen und den ausgrenzenden Begrifflichkeiten der Nation und Religion entgegen zu stellen.

Psychologen, die sich von der Idee der „unterschiedlichen Kulturen“ von der Realität der vielfältigen, nicht klar abzugrenzenden und sich gegenseitig beeinflussenden Vielfarbigkeiten der menschlichen Kultur und ihres flüssigen, nicht-kristallinen Charakters ablenken lassen, laufen Gefahr, ihren Konzepten mehr zu trauen als der Realität. Sie halten an Denk- und Symbolstrukturen des

19. und 20. Jahrhunderts fest. Vielleicht, weil die Beschleunigung gesellschaftlicher Prozesse uns Angst macht und die scheinbar so klare Identität ins Schwanken bringt.

Mit diesem Festhalten zeigen sie „wissenschaftlichen Aberglauben“ und geraten in unerwartete Nähe zur „Tendenz der Zuwanderer“, sich an „magischem Aberglauben“ festzuhalten.

Auf einer Veranstaltung zum Thema sagte eine Frau: „Wenn die (Deutschen) sagen: ‚Wir Deutschen haben die Juden umgebracht‘, dann widerspreche ich: ‚Ihr habt Deutsche umgebracht‘. Sie erklärten Deutsche zu Juden und haben sie umgebracht, das waren keine Ausländer, die kamen später dran“. Das hat mich zum Nachdenken gebracht und ich bin ihr dankbar für diesen Hinweis. Es wurde Religion gegen Nationalismus gestellt, und das funktioniert leider immer noch.

Schade eigentlich und so überflüssig manchmal.

*Dipl.-Psych. Michael Kuhn  
Baruther Straße 21  
10961 Berlin  
mischakuhn@aol.com*

## U. Rüping & A. Möhring: „Generationengerechtigkeit bei der Vergabe von Vertragspsychotherapeutenstellen“, *Psychotherapeutenjournal* 1/2011

### Zum Wohl der hilfeschenden PatientInnen

Knapp daneben ist auch vorbei! Die Überschrift und der Fokus des aktuellen Beitrags treffen das Problem allenfalls peripher. Es geht nicht um Generationengerechtigkeit innerhalb der Psychotherapeutenschaft, sondern um eine sachgerechte Auswahl

von Bewerberinnen durch den jeweiligen Zulassungsausschuss, die im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung, also zum Wohl der hilfeschenden PatientInnen (!) getroffen wird. Das impliziert allerdings auch eine ausgewogene Altersverteilung der Vertragspsychotherapeuten, die nicht durch unangemessene Entscheidungen

der Zulassungsausschüsse oder sonstige Regelungen erschwert oder gar unmöglich gemacht werden darf.

*Dr. Jürgen Thorwart  
PP, Psychoanalytiker (DGPT)  
Joh.-Seb.-Bach-Weg 9  
82223 Eichenau*

## Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

### Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030/27 87 85-0  
Fax 030/278785-44  
info@bptk.de  
www.bptk.de

### Baden-Württemberg

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

### Bayern

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

### Berlin

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

### Bremen

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

### Hamburg

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax 040/226 226 089  
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr  
Mi 9.00 – 17.00 Uhr  
Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
info@ptk-hh.de  
www.ptk-hh.de

### Hessen

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

### Niedersachsen

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

### Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.30 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

### Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

### Rheinland-Pfalz

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

### Saarland

Scheidterstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681/9545556  
Fax 0681/9545558  
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr  
Mi 13.30 – 17.30 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

### Schleswig-Holstein

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 – 16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

# Kammerveranstaltungen

Datum	Titel	Ort	Informationen und Anmeldung
<b>BPTK</b>			
22.06.2011	Psychisch gesund bei der Arbeit: Mit betrieblichen Programmen AU-Tage senken	Berlin	www.bptk.de
12.11.2011	19. Deutscher Psychotherapeutentag	Offenbach	www.bptk.de
<b>PTK Baden-Württemberg</b>			
09.07.2011	Landespsychotherapeutentag 2011: „Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“	Stuttgart	www.lpk-bw.de
<b>PTK Bayern</b>			
01.07.2011	Migration und Psychotherapie	München	www.ptk-bayern.de
07.07.2011	Informationsveranstaltung der PTK Bayern für Mitglieder	Augsburg	www.ptk-bayern.de
08.07.2011	Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung	München	www.ptk-bayern.de
15.07.2011	10. Suchtforum: „Vom Tüchtigen zum Süchtigen ... arbeitsmüde, erschöpft und ausgebrannt: Arbeiten, bis die Helfer kommen!“	Nürnberg	www.ptk-bayern.de
20.07.2011	Informationsveranstaltung der PTK Bayern für Mitglieder	München	www.ptk-bayern.de
<b>Psychotherapeutenkammer Berlin</b>			
15.06.2011, 21.09.2011, 16.11.2011	Interdisziplinärer Jour Fixe: Psychosoziale Diagnostik im Jugendhilfebereich	Berlin	www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
05.11.2011	Forum für Persönlichkeitsstörungen: Schizoide Persönlichkeitsstörung	Berlin	www.Forum-F60.de forum@ivb-berlin.de
17.11.2011	Kammermitglieder stellen ihre Arbeit vor: Gestalttherapie	Berlin	www.psychotherapeutenkammer-berlin.de info@psychotherapeutenkammer-berlin.de Tel. 030 887140-0
ab Januar 2012	Start einer curricularen Fortbildung zur Gerontopsychotherapie ab Januar 2012	Berlin	ab Herbst 2012 unter www.alternpsychotherapie.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
17.03.2012	Landespsychotherapeutentag 2012	Berlin	www.psychotherapeutenkammer-berlin.de info@psychotherapeutenkammer-berlin.de Tel. 030 887140-0
<b>PK Niedersachsen</b>			
17.06.2011	Approbation – was nun?	Hannover	www.pknds.de/114.0.html
25.11.2011	Approbation – was nun?	Osnabrück	www.pknds.de/114.0.html
03.02.2012	Notfallpsychotherapie	Hannover	in Kürze unter www.pknds.de
<b>PTK Nordrhein-Westfalen</b>			
01.07. – 02.07.2011	Grundlagen der Sachverständigentätigkeit – Teil I: Allgemeine juristische und methodische Grundlagen der Sachverständigentätigkeit	Düsseldorf	<i>Die Veranstaltung ist bereits ausgebucht.</i>
08.07.2011	Berufsrecht für niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen	Düsseldorf	www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html
13.07.2011	Berufsrecht für angestellte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Einrichtungen der Jugendhilfe	Dortmund	www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html

Datum	Titel	Ort	Informationen und Anmeldung
09.09. – 10.09.2011	Grundlagen der Sachverständigentätigkeit – Teil I: Allgemeine juristische und methodische Grundlagen der Sachverständigentätigkeit	Düsseldorf	<i>Die Veranstaltung ist bereits ausgebucht.</i>
24.09.2011	Praxisabgabe und Praxisübernahme	Köln	<a href="http://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html">www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html</a>
14.10. – 15.10.2011	Grundlagen der Sachverständigentätigkeit – Teil II: Begutachtung im Familien- und Strafrecht	Düsseldorf	<i>Die Veranstaltung ist bereits ausgebucht.</i>
22.10. – 23.10.2011	7. Jahreskongress Psychotherapie Wissenschaft-Praxis: „Psychotherapie bei sexuellen Störungen und sexuellen Gewalterfahrungen“	Bochum	<a href="http://www.unifortbildung-psychotherapie.de">www.unifortbildung-psychotherapie.de</a>
04.11. – 05.11.2011	Grundlagen der Sachverständigentätigkeit – Teil II: Begutachtung im Familien- und Strafrecht	Düsseldorf	<i>Die Veranstaltung ist bereits ausgebucht.</i>
26.11.2011	Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall	Köln	<a href="http://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html">www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html</a>
03.12.2011	Berufsrecht für angestellte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen	Essen	<a href="http://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html">www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html</a>
<b>OPK</b>			
20.06. – 23.06.2011	Sachverständigentätigkeit Spezialisierungsmodul B1 Strafrecht	Schloss Machern	<a href="http://www.opk-info.de">www.opk-info.de</a> angelika.wendt@opk-info.de Tel. 0341-46243218
31.08.2011	OPK-Informationsveranstaltung Mecklenburg-Vorpommern	Rostock	Die Einladungen erhalten die Mitglieder der OPK ab dem 27.06.2011.
01.09.2011	OPK-Informationsveranstaltung Brandenburg	Potsdam	Die Einladungen erhalten die Mitglieder der OPK ab dem 27.06.2011.
06.09.2011	OPK-Informationsveranstaltung Sachsen	Dresden	Die Einladungen erhalten die Mitglieder der OPK ab dem 27.06.2011.
07.09.2011	OPK-Informationsveranstaltung Sachsen-Anhalt	Magdeburg	Die Einladungen erhalten die Mitglieder der OPK ab dem 27.06.2011.
08.09.2011	OPK-Informationsveranstaltung Thüringen	Jena	Die Einladungen erhalten die Mitglieder der OPK ab dem 27.06.2011.
12.09. – 16.09.2011	Sachverständigentätigkeit Grundlagenmodul „Rechtliche Grundlagen der Sachverständigentätigkeit“	Schloss Machern	<i>Keine Anmeldungen mehr möglich</i>
07.11. – 10.11.2011	Sachverständigentätigkeit Spezialisierungsmodul B4 Sozialrecht	Schloss Machern	<a href="http://www.opk-info.de">www.opk-info.de</a> angelika.wendt@opk-info.de Tel. 0341-46243218
14.11. – 17.11.2011	Sachverständigentätigkeit Spezialisierungsmodul B3 Familienrecht	Schloss Machern	<a href="http://www.opk-info.de">www.opk-info.de</a> angelika.wendt@opk-info.de Tel. 0341-46243218
<b>PTK Saarland</b>			
26.11.2011	2. Saarländischen Psychotherapeutentag: „Psychische Gesundheit – Was hält uns gesund? Was macht uns krank?“	Völklingen	in Kürze unter <a href="http://www.ptk-saar.de">www.ptk-saar.de</a> kontakt@ptk-saar.de
<b>PK Schleswig-Holstein</b>			
16.06. – 11.07.2011	Wahl zur 3. Kammerversammlung		<a href="http://www.pksh.de/index.php/kammerwahl">www.pksh.de/index.php/kammerwahl</a>
12.07.2011	Stimmauszählung/Ermittlung des Wahlergebnisses	Kiel	<a href="http://www.pksh.de/index.php/kammerwahl">www.pksh.de/index.php/kammerwahl</a>
02.09.2011	konstituierende Sitzung der Kammerversammlung	Kiel	<a href="http://www.pksh.de/index.php/kammerwahl">www.pksh.de/index.php/kammerwahl</a>

## Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – 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. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Landeskammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

### Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

### Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), 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 Thielens (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

### Anschrift Redaktion

Karin Welsch  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
welsch@ptk-bayern.de

### Anzeigen (siehe Infokasten S. 131)

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

### Verlag

medhochzwei Verlag, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/91496-12; Fax: 06221/91496-20, annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69181 Leimen

### Druck

Vogel Druck und Medienservice  
97204 Höchberg

### Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)  
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)  
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)  
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

### Abonnementservice

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Frau Sabine Hornig, aboservice@medhochzwei-verlag.de, Tel. 06221/91496-15, Fax 06221/91496-20

### Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

### Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags 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.

### Manuskripte

Redaktionsschluss für die Ausgabe 3/2011 ist der 24. Juni 2011, für Ausgabe 4/2011 der 9. September 2011. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen (mit Leerzeichen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

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.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

### Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehensendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie) und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.