

ISSN 1611-0773  
D 60843  
11. Jahrgang

# *Psychotherapeuten- journal*

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

Organ der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

**1/2012**

22. März 2012 (S. 1-84)

- 100 Jahre Ruth Cohn – ihr Leben und ihr Werk
- Warum Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur lesen
- Erinnerungen an Horst-Eberhard Richter
- Psychotherapie in Österreich
- Interview: Ethische und rechtliche Aspekte psychotherapeutischer Expertise in den Medien



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die erste Ausgabe des Psychotherapeutenjournals im neuen Jahr 2012, das für Sie alle hoffentlich gut begonnen hat und für das wir Ihnen Glück, Erfolg und gute Gesundheit wünschen, bearbeitet wieder mehrere wichtige Themen.

Angelika Rubner würdigt anlässlich der 100. Wiederkehr ihres Geburtstages lebendig und kenntnisreich das Leben und Wirken von Ruth Cohn und die Entwicklungsgeschichte ihres Denkens. Hans-Jürgen Wirth und Jürgen Hardt schildern in einem ausführlichen Nachruf den Lebensweg von Horst-Eberhard Richter, der im Jahr 2011 verstarb. Beide Texte erinnern uns an Persönlichkeiten, die die Geschichte der Psychotherapie wesentlich mit prägten, die aber auch – jenseits von Theorie und Praxis der Psychotherapie – auf ihre jeweils sehr eigene Art und Weise in die Gesellschaft und ihre Institutionen hineinwirkten. Beider Leben und Wirken erinnert uns daran, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihr Denken und Handeln nicht auf die Arbeit im Behandlungsraum beschränken sollten, sondern dass eine Reflexion gesellschaftlicher Rahmenbedingungen stets erforderlich ist.

Aktuelle gesellschaftlich relevante Themen bearbeiten Gertraud Schlesinger-Kipp, Gebhard Allert und Lorenz Böllinger im Gespräch mit Ulrich Wirth über „Ethische und rechtliche Aspekte psychotherapeutischer Expertise in den Medien“. Gemeinsam erörtern sie, wie und nach welchen Grundsätzen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sich verantwortungsvoll im Spannungsfeld zwischen berufsethisch gefordertem Halten der Abstinenz und Repräsentanz der Psychotherapie in der Öffentlichkeit bewegen können. Einen wichtigen Ort stellt im Rahmen ihrer Überlegungen das Feld der Jurisdiktion dar; dort prallen gesetzlich geregelte Pflichten von Psychotherapeuten und die berufsethischen Pflichten, Patientinnen und Patienten und die psychotherapeutische Beziehung zu schützen, manchmal besonders

konfliktiv aufeinander. Zur Frage verantwortlicher „Lösungen“ derartiger Konflikte äußert sich in diesem Interview besonders Lorenz Böllinger. Er kennt sich als Jurist und Psychoanalytiker und Psychotherapeut in der Gratwanderung zwischen „beiden Welten“ gut aus und ist als Leiter des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses der Psychotherapeutenkammer Bremen immer wieder auch mit entsprechenden Konflikten beschäftigt. Mit dem Format des Interviews ist es möglich, dass Experten ihre eigenen Positionen in pointierter Form vortragen können. Der Redaktionsbeirat verspricht sich davon eine lebhaftere, auch kontroverse Diskussion im Psychotherapeutenjournal, sei es in Form von Leserbriefen oder anderen Beiträgen.

„Heiß“ ist auch das Thema, das Thorsten Padberg in seiner Arbeit zur Psychotherapieforschung bearbeitet. Er stellt in durchaus provokanter Weise die Frage nach der Relevanz von Forschung für die psychotherapeutische Praxis und denkt nach über die häufig zu beobachtenden Widerstände vonseiten der Praktikerinnen und Praktiker gegen die aktive Rezeption von Forschungsergebnissen. Der „gap“, den er thematisiert, ist ein Thema über die Verfahren hinweg. Die Redaktion beabsichtigt, die Debatte, die Padberg hier zur Psychotherapie als Wissenschaft anstößt, durch weitere Beiträge in den nächsten Ausgaben des Psychotherapeutenjournals fortzusetzen und weiter anzureichern.

In unserer ständigen Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ beschäftigt sich Matthias Ochs in dieser Ausgabe – auch zu lesen im Kontext der Gedanken von Thorsten Padberg – u. a. mit einer RCT-Studie, die aufzeigt, dass auch Laborforschung praxisrelevante Ergebnisse zeitigen kann. Außerdem referiert Ochs Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie unter realen Versorgungsbedingungen, zur Mikroprozessanalyse psychotherapeutischer Sitzungen mithilfe qualitativer Forschungsmethodik und – wichtig für uns alle! – zur

Salutogenese, insbesondere zu Praktiken und Mustern zur Psychohygiene und Selbstfürsorge von Ärztinnen und Ärzten, die auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Bedeutung sind.

Eine Fortsetzung in lockerer Reihe stellt Kerstin Dittrichs Übersicht zur Psychotherapie in Österreich dar; wir möchten Sie im Psychotherapeutenjournal auch informieren über die Rahmenbedingungen und den aktuellen Stand der Psychotherapie in anderen europäischen Ländern. Wir berichteten bereits aus Frankreich und aus Polen. Der Blick über den deutschen „Tellerrand“ hinaus lohnt; Unterschiede und spezifische regionale Rahmenbedingungen werden deutlich, und der rückschließende Blick von „außen“ auf unsere hiesigen Verhältnisse ermöglicht, die gute Verankerung der Psychotherapie in Deutschland zu würdigen, aber auch andererseits zu sehen, dass die vergleichsweise gute gesundheitspolitische Stellung der Psychotherapie hierzulande auch ihren Preis in Form von schützender und gleichzeitig einschränkender Regulierung fordert.

Wir hoffen, dass auch diese Ausgabe wieder Ihr Interesse findet, und begrüßen Ihre Rückmeldungen und Diskussionsbeiträge!



Anne Springer  
(Berlin)

Mitglied des Redaktionsbeirats

# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	1
<b>Originalia</b>	
<i>Angelika Rubner</i> Ruth Cohn zum 100. Geburtstag – ihr Leben und ihr Werk . . . . .	4
Auf die Darstellung des Lebensweges von Ruth C. Cohn und der Einflüsse, die verschiedene wissenschaftliche Disziplinen (Psychoanalyse, Humanistische Psychologie, Pädagogik und Philosophie) auf ihr Lebenswerk, die Entwicklung der Themenzentrierten Interaktion (TZI), genommen haben, folgt die Beschreibung der TZI in den Dimensionen Haltung, Methode, Modell und Handlungskonzept.	
<i>Thorsten Padberg</i> Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur? . . . . .	10
Zur Beantwortung der im Titel gestellten Frage wird exemplarisch die Arbeit eines Psychotherapeuten auf ihre Wissenschaftlichkeit geprüft, ein wenig beachteter Teil der Arbeit von Psychotherapieforschern herausgestellt und überlegt, warum Forschungsartikel in der Psychotherapie, anders als in der Vergangenheit, kaum noch eine Rolle spielen. Der Artikel schließt mit Vorschlägen zur Verbesserung der aktuell unbefriedigenden Situation.	
<i>Hans-Jürgen Wirth &amp; Jürgen Hardt</i> Horst-Eberhard Richter: Arzt, Philosoph, Psychoanalytiker, Sozialtherapeut und ein „Wegbereiter“ des Psychotherapeutengesetzes. . . . .	18
Horst-Eberhard Richter, Psychoanalytiker, Professor für Psychosomatische Medizin, Sprecher der Friedensbewegung und über vier Jahrzehnte einflussreicher Autor sozialtherapeutischer und sozialphilosophischer Werke, starb am 19. Dezember 2011 in Gießen. Aus diesem Anlass erinnern sich zwei Gießener Psychologische Psychotherapeuten und Psychoanalytiker.	
<i>Kerstin Dittrich</i> Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Österreich . . . . .	24
Die Lage der Psychotherapie in unserem Nachbarland Österreich ist geprägt durch den Widerstreit unterschiedlicher Lager bei der Einordnung von Psychotherapie. Ist Psychotherapie als heilkundliche Anwendungswissenschaft der Klinischen Psychologie zu verorten – oder doch als unabhängige Dienstleistung? Eine für Patient(inn)en wie Psychotherapeut(inn)en schwerwiegende Entscheidung.	
<b>Interview</b>	
<i>Ulrich Wirth</i> Ethische und rechtliche Aspekte psychotherapeutischer Expertise in den Medien. Ein Interview mit Gertraud Schlesinger-Kipp, Dr. Gebhard Allert und Prof. Lorenz Böllinger. . . . .	28
<b>Recht: Aktuell</b>	
<i>Kerstin Geis</i> Bundesfinanzgerichtshof ermöglicht volle Abschreibung des Praxiswertes . . . . .	33
<b>Aktuelles aus der Forschung</b>	
<i>Matthias Ochs</i> . . . . .	34
<b>Buchrezension</b>	
<i>Manuela Möser</i> Martell C. R., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral Activation for Depression: A Clinician’s Guide. New York: Guilford Publications. . . . .	39

## Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .	40
Baden-Württemberg . . . . .	43
Bayern . . . . .	47
Berlin . . . . .	52
Bremen . . . . .	56
Hamburg . . . . .	59
Hessen . . . . .	63
Niedersachsen . . . . .	66
Nordrhein-Westfalen . . . . .	69
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .	72
Rheinland-Pfalz . . . . .	74
Saarland . . . . .	77
Schleswig-Holstein . . . . .	80
<b>Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern . . . . .</b>	<b>83</b>
<b>Impressum . . . . .</b>	<b>84</b>

### 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 Länder in dieser Ausgabe sind wichtige Unterlagen beigeheftet:

- Hamburg: Satzung der Ethik-Kommission (siehe Mitteilungsseiten Hamburg)
- Rheinland-Pfalz: Satzungsänderungen Berufsordnung, Gebührenordnung und Weiterbildungsordnung (Einhefter Teilausgabe Rheinland-Pfalz)

# Ruth Cohn zum 100. Geburtstag – ihr Leben und ihr Werk

Angelika Rubner

Psychotherapeutische Praxis, Nussdorf

**Zusammenfassung:** Es werden der Lebensweg von Ruth C. Cohn sowie die Einflüsse dargestellt, die verschiedene wissenschaftliche Disziplinen (Psychoanalyse, Humanistische Psychologie, Pädagogik und Philosophie) auf ihr Lebenswerk genommen haben – nämlich die Entwicklung der Themenzentrierten Interaktion (TZI). Es folgt die Beschreibung der TZI in den Dimensionen Haltung, Methode, Modell und Handlungskonzept. Die Haltung der TZI basiert auf dem anthropologischen Menschenbild von Ruth Cohn, das sie in drei Axiomen zusammengefasst hat. Auf dieser Grundlage hat sie die spezielle Methodik der TZI entwickelt, die darauf zielt, jene Faktoren, die allem psychosozialen Handeln zugrunde liegen, zu erfassen und zu steuern. In dem von ihr entwickelten Vier-Faktoren-Modell (ES, ICH, WIR und GLOBE) werden die Faktoren in ihrem Zusammenwirken anschaulich dargestellt und in ihrer Relevanz für die Interventionen einer Gruppenleitung beleuchtet.



Ruth C. Cohn (27.08.1912–30.01.2010)  
(Foto: Walter Schels)

## 1. Wer ist Ruth Cohn?

„Sei Deine eigene Chairperson“ beziehungsweise „Störungen haben Vorrang“ – diese Forderungen kennt inzwischen fast jeder, der im sozialen, pädagogischen oder auch psychotherapeutischen Bereich arbeitet. Weniger bekannt hingegen ist die Tatsache, dass diese nicht im luftleeren Raum geschaffen wurden und stehen sollen, sondern dass sie ihren spezifischen Stellenwert im Rahmen der Themenzentrierten Interaktion (TZI) haben. Die TZI wurde in den fünfziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts von Ruth Cohn in New York entwickelt.

Ruth Cohn (geb. am 27.08.1912 in Berlin, gest. am 30.01.2010 in Düsseldorf) gilt als eine der Bedeutendsten unter den Vertreterinnen und Vertretern<sup>1</sup> der Humanistischen Psychologie. Sie wurde vor hundert Jahren in Berlin geboren und wuchs als Tochter jüdischer Eltern wohlbehütet in einem gut bürgerlichen Elternhaus auf. Ruth Cohn studierte zunächst Nationalökonomie und Psychologie an der Universität Heidelberg und

der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin. Früh schon hatte sie die Menschenverachtung und die Gefahren erkannt, die von den in den dreißiger Jahren immer stärker werdenden Nationalsozialisten ausgingen, und war 1933 in die Schweiz geflohen. Dort ließ sie sich bei Medard Boss zur Psychoanalytikerin ausbilden und studierte gleichzeitig noch Pädagogik, Theologie, Literatur und Philosophie an der Universität Zürich. Die Auseinandersetzung mit den Greueln, die Nazi-Deutschland beging, und die Erkenntnis der Verführbarkeit des einzelnen Menschen und der Massen, war eine entscheidende Voraussetzung für die später von ihr entwickelte Methode der TZI. Das Spezifische der TZI ist nämlich, dass ihre Methode auf einer präzisen wertebetonen Axiomatik aufbaut mit dem zentralen Anliegen, die Verantwortung des Menschen im Umgang mit sich selbst, mit anderen und mit seiner Umwelt bewusst zu machen und zu fördern.

Ihre eigene Analyse und die Auseinandersetzung mit dem Konzept der Psychoanalyse ließen in Ruth Cohn die Hoffnung wach-

sen, „dass die Psychoanalyse den Anbruch eines neuen menschlicheren Zeitalters bedeuten würde, weil die vertiefte Selbsterkenntnis, die die Psychoanalyse ermöglicht, Wege zur besseren Selbstleitung und neue Erziehungsmöglichkeiten eröffnen kann“ (Farau & Cohn, 1984, S. 216).

1941 verließ Ruth Cohn mit Mann und Kind die Schweiz und baute sich – gegen viele Widerstände, weil sie keine Medizinerin war und als Psychologin vom „New Yorker Psychoanalytic Institute“ keine Arbeitserlaubnis bekam – zunächst eine Existenz als Kinder- und Jugendtherapeutin auf (erst später durfte sie als Psychoanalytikerin auch Erwachsene behandeln). Aufgrund ihrer schon früh erwachten gesellschaftstherapeutischen Intentionen erschien ihr alsbald die Couch als „zu klein“

<sup>1</sup> Im Folgenden werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht immer die weiblichen und männlichen Formen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

„Die Couch war zu klein“ war auch ihr Vorschlag für den Titel des 1975 erschienenen Buches, den der Klett-Verlag jedoch umwandelte in: „Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion“) und sie suchte nach Möglichkeiten, mehr Menschen zu erreichen, als es die Zweiersituation der Psychoanalyse vermag. Insofern fielen die in den fünfziger Jahren in den USA aufkommenden Methoden der Gruppentherapie und der Humanistischen Psychologie bei ihr auf einen fruchtbaren Boden.

In den USA absolvierte sie eine Ausbildung in Gruppentherapie bei Pionieren wie Asya Kadis, Sandy Flowermann und Alexander Wolf. Sie hatte Kontakt – unter anderem – zu Fritz und Laura Perls (bei Fritz Perls durchlief sie von 1965 bis 1966 eine Ausbildung zur Gestalttherapeutin), zu Kurt Goldstein, Theodor Reik, Frieda Fromm-Reichmann und Erich Fromm. Sie lernte George Bach, Carl Rogers, Virginia Satir, Albert Ellis, Alexander Lowen und die „Experientialisten“ Carl Withaker und John Warkentin kennen. Die von den beiden Letzteren auf den Grundlagen der Humanistischen Psychologie entwickelte Methode der „experiential therapy“ (in deutscher Übersetzung: „Erlebnistherapie“) beeindruckte Ruth Cohn so sehr, dass sie sich eine Weile dieser Richtung zugehörig fühlte (Hecker, 2009, S. 41). Die „Sicht- und Handlungsweisen“ der „Erlebnistherapie“, in der sie „keine Abwendung von Freud, sondern die Weiterentwicklung seiner Methode“ sieht (Cohn, 1975, S. 86), gehen „nahezu lückenlos in das Selbstverständnis und die Prinzipien der Themenzentrierten Interaktion ein“ (Johach, 2009, S. 279).

### **Erkenntnisse aus Humanistischer Psychologie und Psychoanalyse**

Es sind die folgenden zentralen Anliegen der Humanistischen Psychologie, die Ruth Cohn ansprechen:

1. Im Mittelpunkt steht die Person als psychosomatische und psychosoziale Einheit mit ihrem Erleben im Hier und Jetzt,
2. das Streben nach lebenslangem Lernen und nach Selbstverwirklichung,

3. die Betonung des Wertes und der Würde des Menschen,
4. die Sicht auf die Ressourcen und die kreativen Möglichkeiten des Menschen und
5. die Forderung nach gleichrangigen bzw. gleichwertigen sozialen Beziehungen – auch im therapeutischen Raum –, die getragen sein sollen von gegenseitigem Respekt und allseitiger Authentizität.

In der von ihr entwickelten TZI sind diese Anliegen enthalten und verbunden mit zentralen Erkenntnissen der Psychoanalyse: „Die Intensivierung persönlicher Kommunikation und unmittelbarer Begegnung ist die Fortführung der Auffassung Freuds von Übertragung und Gegenübertragung als aktive Elemente der Vergangenheit in der Gegenwart.“ (Cohn, 1975, S. 87)

Die Entdeckung Freuds, dass der Einzelne nicht als vereinzelte Einheit, sondern als Teil und Ausdruck seiner Beziehungen zu seiner Umwelt zu betrachten ist, hat Harry Stuck Sullivan in seiner interpersonellen Beziehungstheorie aufgegriffen und in seiner Konzeption des nicht neutralen, sondern empathischen Psychotherapeuten weiterentwickelt. Für ihn ist der Psychotherapeut „ein partizipierender Beobachter“ (Sullivan, 1947, S. 347). Ruth Cohns Konzept der „partizipierenden Gruppenleitung“ geht unmittelbar auf die Einflüsse von Harry Stuck Sullivan zurück, aber auch auf andere Erfahrungen, die sie mit Gruppenpsychoanalytikern gemacht hat, die von ihrer neutral-abstinenten Haltung hin zur existenziellen Partnerschaft mit ihren Patienten gewechselt haben.

Wenn Ruth Cohn immer wieder fordert, dass es um Werte gehen muss (Cohn, 1989), und das heißt für sie, sich dafür einzusetzen, dass es in dieser Welt weniger Angst und Elend, weniger Einsamkeit und Erniedrigungen gibt, dann findet auch diese Forderung ihren Vorläufer bei einem Psychoanalytiker, nämlich bei Alfred Adler. Er war es, der als erster Tiefenpsychologe Ethos und Pädagogik in die psychotherapeutische Arbeit einbezogen und die analytische Arbeit weitergeführt hat, hinein ins Gesellschaftliche – bis hin zur Entwicklung des Begriffes des „Gemeinschaftsgefühls“ (Adler, 1911). Sein Einfluss wurde aller-

dings oft übersehen, zunächst auch von Ruth Cohn selbst. Sie nahm Adlers Schriften erstmals – wie sie selbst zugibt – in die Hand, als sie zusammen mit Alfred Farau, einem Adlerianer, die „Gelebte Geschichte der Psychotherapie“ geschrieben hat (Farau & Cohn, 1983, S. 442).

Die zunächst in psychoanalytischen Gruppen gesammelte Erfahrung, dass es möglich ist, durch Echtheit und durch einen offenen und verantwortungsvollen Gefühlsaustausch eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre herzustellen, ließ Ruth Cohn folgern, dass diese Phänomene auch in nichttherapeutischen Arbeitsgruppen zu fördern und zu nutzen seien. Die TZI versucht mit ihrer gruppenpädagogischen Methodik jene Bedingungen herzustellen, die ein vertrauensvolles und kooperatives Miteinander ermöglichen.

### **Pädagogische und philosophische Grundlagen der Themenzentrierten Interaktion**

Die **pädagogischen Grundlagen**, die später in das Konzept der TZI eingeflossen sind, wurden bei Ruth Cohn – biographisch gesehen – schon früh gelegt (siehe auch Reiser, 2010, S. 44 ff.). Sie absolvierte während ihrer Ausbildung zur Psychoanalytikerin in Zürich ein Praktikum in einem Kindergarten – mit der Absicht, sich ihre erwachsenen Patienten besser als Kinder vorstellen zu können. Sie behielt „als bleibende Erinnerung“ an diese Zeit „den Widerspruch zwischen äußerer Ordnung und innerem Ordnungssinn“ (Reiser, 2010, S. 43 f.). Die zweite wichtige Station in der Beschäftigung mit Pädagogik war ihre Rolle als Mutter, in der sie – wie sie selbst bemerkt – sehr viel von ihren eigenen Kindern gelernt hat. Da sie als Psychologin zunächst in den USA keine Erlaubnis erhalten hatte, Erwachsene zu therapieren, sondern „nur“ mit Kindern arbeiten durfte, arbeitete sie als „student teacher“ in dem berühmten Lehr- und Lerninstitut der „Bankstreet school“. Dort fand sie die Grundlage für ihre spätere pädagogisch-therapeutische Arbeit. Ihre Jahre später erfolgende Mitarbeit in der Ausbildung von angehenden Psychoanalytikern ließen ihr pädagogisches Interesse und ihr Gespür für Erziehen und Lehren weiter wachsen. Schließlich war es ein im Jahr 1953 begonnenes Ausbildungsseminar für

Psychoanalytiker zum Thema der „Gegenübertragung“, das als die Geburtsstunde der TZI betrachtet werden kann. Sie selbst beschreibt ihre damalige Vorgehensweise und das, was sie dadurch entdeckt hat, wie folgt: *„Ich förderte den Abbau von Angst vor Gegenübertragung, indem ich den Workshop mit einem eigenen Gegenübertragungsproblem einleitete* (hier entwickelt sie die Grundidee des „partizipierenden Gruppenleiters“, Anmerkung der Verfasserin). *Die Methode erwuchs im Prozess* (auch das ein wesentliches Element der TZI, Anmerkung der Verfasserin). *Wir entdeckten z. B., dass sich die in freien Assoziationen vorgetragenen Schwierigkeiten zwischen Patient und Therapeut in den Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern und dem referierenden Therapeuten widerspiegelten. Diese wurden zum Gruppenproblem, das entwirrt und verstanden werden konnte. Thema, Gruppe und Person waren mir gleichwichtig*“ (das gleichseitige Dreieck der TZI, bestehend aus dem ICH des Einzelnen, dem ES, also dem Anliegen, um das es geht, und dem WIR der Gruppe, wirft hier bereits seine Schatten voraus, Anmerkung der Verfasserin). (Cohn, 1979, S.874 f.)

Später – nach ihrer endgültigen Rückkehr nach Europa (1974) – hat Ruth Cohn jahrelang in einem internationalen Landschulheim (in der Ecole d'Humanité in Goldern auf dem Hasliberg in der Schweiz) in der Supervision von Lehrern und in der Unterstützung von Schulentwicklung gearbeitet.

Das Angebot der TZI an die Pädagogik gründet auf der „Idee der gegenseitigen Durchdringung von Autonomie und Interdependenz als Motor der Entwicklung“ (Reiser, 2010, S. 46). Die TZI stellt die intrapsychische und die interaktionelle Selbstregulation ins Zentrum ihres als reformpädagogisch zu bezeichnenden Konzepts. Ruth Cohn will die Wahrnehmungsfähigkeit und die Entscheidungsfähigkeit des Individuums schärfen, indem sie – im Chairpersonpostulat – einen bewussten Blick nach innen und nach außen fordert, um dann die Entscheidung für eine bestimmte Handlung zu fällen.

**Die philosophischen Grundlagen:** Im Chairpersonpostulat sind auch Niederschlä-

ge der Existenzphilosophie erkennbar, denn es bestehen unmittelbare Parallelen zur Auffassung Jean-Paul Sartres, dass jeder Mensch Verantwortung trägt – sowohl für sich selbst als auch für andere. Das dialogische Prinzip Martin Bubers und seine Philosophie der Begegnung gehören ebenso zum philosophischen Hintergrund der TZI wie der Holismus Kurt Goldsteins, der sich im holistischen Menschenbild der TZI wiederfindet (siehe auch Kroeger, 1973). Auch die Frankfurter Schule mit ihrer Kritischen Theorie (Stollberg, 2010, S. 54) dürfte Ruth Cohn in ihrem Denken beeinflusst haben.

Es ist das große Verdienst von Ruth Cohn, viele unterschiedliche Strömungen aus der Psychologie, der Psychoanalyse, der Humanistischen Psychologie, der Pädagogik und der Philosophie in dem – scheinbar verblüffend einfachen und gleichzeitig so komplexen – Konzept der TZI zusammengefasst zu haben.

### **Gesellschaftstherapeutischer Anspruch**

Bevor ich das Konzept der TZI darstelle, möchte ich noch einmal auf die **Biographie und die Person von Ruth Cohn** zurückkommen: Im Jahr 1968 betrat Ruth Cohn zum ersten Mal wieder europäischen Boden. Sie war zum Vierten Internationalen Gruppenpsychotherapie-Kongress nach Wien eingeladen, wo sie auch zum ersten Mal wieder die deutsche Sprache verwendete. Es folgten weitere Einladungen zu verschiedenen Kongressen (so z. B. 1970 zu den Lindauer Psychotherapiewochen), bei denen sie jeweils ein lebhaftes Interesse für die TZI wecken konnte. Sie begann, TZI-Workshops und -Ausbildungen in Europa abzuhalten, denn hier war das Echo auf ihre Methode vielfacher und größer als in den USA. Anfangs waren es vor allem Psychoanalytiker, die ihre Seminare besuchten, später folgten Menschen aus anderen therapeutischen Richtungen und aus theologischen, pädagogischen und beratenden Berufen. Inzwischen hat die TZI auch Eingang in die Wirtschaft gefunden, z. B. in die Fortbildung von Teamleitern und Managern.

Allmählich wurde Ruth Cohn klar, dass sie auf Dauer nicht den Spagat zwischen Amerika und Europa halten könnte, und sie ent-

schied sich, ihren Wohnsitz im Berner Oberland auf dem Hasliberg aufzuschlagen.

1979 wurde ihr die Ehrendoktorwürde der Psychologischen Fakultät der Universität Hamburg verliehen, 15 Jahre später die des Instituts für Psychologie der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Bern. Ende der neunziger Jahre zog Ruth Cohn nach Düsseldorf, zu ihrer Freundin und Kollegin Helga Hermann. Hier starb sie im Alter von 98 Jahren am 30. Januar 2010.

Aus der Darstellung des Lebensweges von Ruth Cohn und der verschiedenen Grundlagen der TZI wird deutlich, mit welchen politischen, geistesgeschichtlichen und therapeutischen Strömungen sie zeit ihres Lebens konfrontiert war und welche sie davon in die TZI eingebaut hat. Aus Europa kommend, von den Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus geprägt und dann in den USA lebend, ist es ihr gelungen, eine Synthese aus europäischem und amerikanischem Gedankengut und aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen herzustellen und daraus die TZI zu entwickeln. Die TZI ist zugleich eine Haltung, ein Modell, eine Methode und ein Handlungskonzept.

Darüber hinaus vertritt sie – wie bereits erwähnt – eine „Gemeinschaftspädagogik“ bzw. einen gesellschaftstherapeutischen Anspruch. Ausgehend von der Not des 20. Jahrhunderts, die ihren schrecklichsten Niederschlag im Nationalsozialismus gefunden hat, fordert Ruth Cohn *„Ehrfurcht vor allem Leben und seinem Wachstum und Vergehen*“ (siehe das zweite philosophisch-ethische Axiom), Achtung vor der Würde der einzelnen Person, vor ihren Gruppierungen und – letztendlich – vor der Gemeinschaft allen Lebens und seiner Verflechtungen mit der Umwelt und dem Universum. Es gilt – immer wieder aufs Neue – die Bedrohungen und Gefahren nicht zu verdrängen, sondern sie bewusst wahrzunehmen, sie zu reflektieren und Konsequenzen zu ziehen.

## **2. Was ist Themenzentrierte Interaktion?**

Die TZI entfaltet auf der Basis von anthropologischen Grundannahmen und einer



bestimmten Werteaxiomatik und der Zusammenschau von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen ein Konzept zur Selbst- und zur Gruppenleitung, das auf Persönlichkeitsentwicklung und auf effektives Lernen und Arbeiten in psychosozialen Zusammenhängen abzielt.

Der Begriff „psychosozial“ bezieht gleichermaßen die Person und den Kontext, in dem sie lebt, mit ein. Das der TZI zugrunde liegende psychosoziale Verständnis der „Person in ihrer Umwelt“ bzw. des „Individuums in seiner Gruppe“ ist kein statisches, sondern ein dynamisches. Es beachtet das Zusammenwirken von sich ständig verändernden und sich wechselseitig bedingenden vielfältigen Einflüssen und Auseinandersetzungen auf der psychischen und der sozialen Ebene.

Bei dieser Wechselwirkung zwischen der Person und ihrer Umwelt setzt die TZI an, indem sie die Person auffordert, sich der Ursachen und Wirkungen ihres persönlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Handelns bewusst zu werden. Erst dann kann sie sich entscheiden, was sie verändern möchte und kann und was sie als gegeben annehmen muss bzw. wo und wie sie Hilfe annehmen muss, um den Prozess der Selbstleitung oder der Einflussnahme auf ihre Umwelt verbessern zu können.

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass die TZI sowohl in psychotherapeutischen als auch in pädagogischen, in sozialen und in gesellschaftlichen Kontexten angewendet werden kann.

### Die drei Axiome der TZI

Die **ethischen Grundlagen der TZI** sind in **drei Axiomen** formuliert, von denen jedes ein bestimmtes Spannungsfeld umschließt, innerhalb dessen sich unsere menschliche Existenz ereignet:

- Das **erste Axiom**, das **existenziell-anthropologische Axiom**, beleuchtet das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Interdependenz. Der Mensch ist immer selbstständig und abhängig zugleich. Er ist autonom, da er sich selbst steuert und selbst entscheidet. Gleichzeitig aber ist er interdependent, denn

er steht und lebt in vielfältigen und wechselseitigen Abhängigkeiten. Je mehr sich der Einzelne dieser Abhängigkeiten bewusst wird, umso größer wird seine Autonomie.

- Das **zweite Axiom**, das **philosophisch-ethische Axiom**, lautet: „Ehrfurcht gebührt allem Lebendigen, seinem Wachsen und Vergehen. Respekt vor dem Wachstum bedingt bewertende Entscheidungen.“ Die „bewertenden Entscheidungen“ haben als Parameter die Werte der jüdisch-christlich-humanistischen Tradition. Das Spannungsfeld besteht zwischen der Ehrfurcht und der Achtung dem eigenen Leben gegenüber und der gleichwertigen und gleichzeitigen Berücksichtigung anderen Lebens (der Menschen, der Tiere, der Pflanzen).
- Gegenstand des **dritten**, des **pragmatisch-politischen Axioms** ist die menschliche Entscheidung, die im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Bedingtheit geschieht. Einerseits entscheidet der Mensch frei, andererseits bestehen bedingende innere und äußere Grenzen für diese Entscheidungen. Erweiterung dieser Grenzen ist möglich – durch die Bewusstwerdung der Grenzen als Voraussetzung dafür, sie überschreiten zu können.

Aus diesen drei Axiomen sind die bereits zitierten Postulate – das Chairperson- und das Störungspostulat – erwachsen, die in der TZI zugleich (ergänzt durch die sogenannten „Hilfsregeln“) als Kommunikations- und Handlungsanweisungen zu verstehen sind.

Das Postulat **„Sei Deine eigene Chairperson!“** fordert uns auf, uns unsere innere und äußere Wirklichkeit bewusst zu machen und unsere Sinne, Gefühle und Gedanken zum Verständnis unserer selbst und unserer Umwelt zu nutzen. Aufgrund dieser Bewusstwerdung sollen wir Entscheidungen treffen und die Verantwortung dafür übernehmen. Es gehört zur Realität menschlicher Existenz, dass die geforderte Selbstbestimmung bzw. -leitung inneren und äußeren Beschränkungen unterliegt. Nur im Austausch und in der Wechselwirkung mit diesen Bedingtheiten des menschlichen

Daseins, die wir uns immer wieder aufs Neue vergegenwärtigen müssen, kann Selbstleitung und Einflussnahme gelingen.

Das zweite Postulat, *„Störungen und Betroffenheiten haben Vorrang“*, fordert auf, Ablenkungen, Beeinträchtigungen, Stolpersteine und Hindernisse auf dem Weg zu einem – wie auch immer gearteten – Ziel als Realität anzuerkennen und nach Möglichkeiten zu suchen, sie zu lösen bzw. zu überwinden. Störquellen, die die Zuwendung zu sich selbst, zu einem Menschen, zu einer Gemeinschaft oder zu einer Sache blockieren, können sowohl innere Vorgänge (körperlicher, unbewusster, emotionaler oder rationaler Art) als auch äußere (physikalischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, atmosphärischer Art) sein. Erst wenn diese Hindernisse beachtet und beseitigt worden sind, kann der eingeschlagene Weg weiter begangen werden. Steht die Person bzw. die Gruppe gerade vor einem Hindernis, das die weitere Entwicklung des Einzelnen, des Arbeits- oder des Gruppenprozesses blockiert, so wird dieses im Thema aufgegriffen – gemäß dem Prinzip, dass Störungen Vorrang *haben*, weil sie sich den Vorrang *nehmen*. Die Psychoanalyse hat seinerzeit dieses Vorgehen mit der Forderung nach der „Arbeit am Widerstand vor der Arbeit am Inhalt“ benannt.

### 3. Wie sieht das Interaktions- bzw. das Gruppenmodell der TZI aus?

Nach dem Verständnis der TZI sind es **vier verschiedene Faktoren**, die die Prozesse und Interaktionen in allen sozialen Situationen bestimmen. Es sind

- die zu bearbeitende Sache, der Inhalt, die Aufgabe oder der Lernstoff – das sogenannte **ES**,
- jede einzelne Person mit ihrer Lebensgeschichte und ihren individuellen Anliegen, Gefühlen, Wünschen, Ängsten und Kompetenzen – das **ICH**,
- die Beziehungen und Interaktionen zwischen allen Beteiligten – das **WIR** sowie

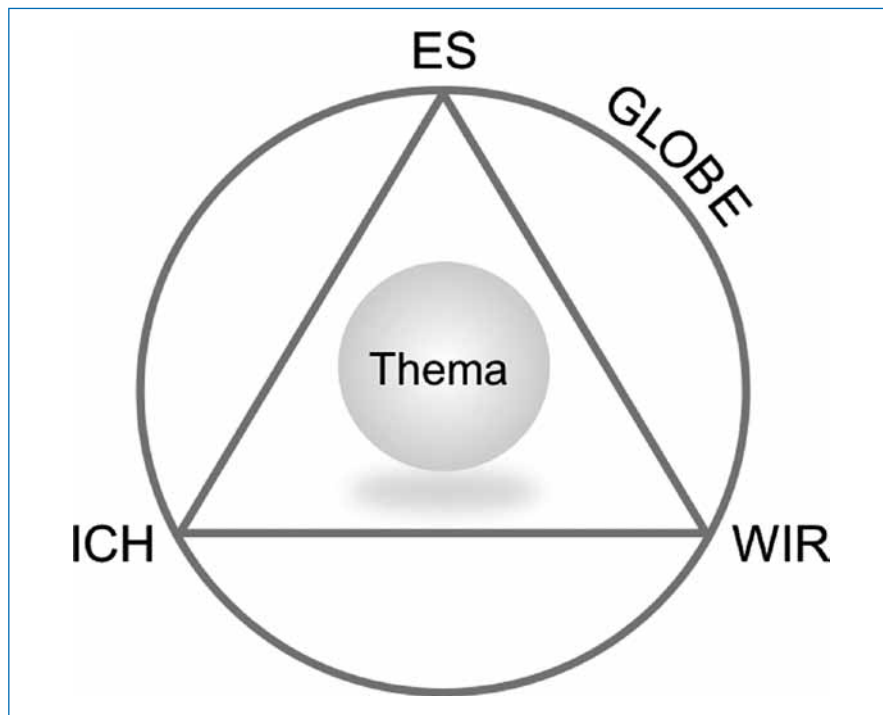
- die Rahmenbedingungen, das Umfeld, innerhalb dessen die Menschen leben und agieren – der **GLOBE**.

Als Symbol für das gleichzeitige Wirksamwerden dieser vier Faktoren hat Ruth Cohn das Dreieck in der Kugel gewählt, das sogenannte **Vier-Faktoren-Modell** (siehe Abbildung).

Diese vier Faktoren sind überall, wo Menschen miteinander leben und arbeiten, wirksam – sei es in der Familie, in Gruppen, in Gremien, Klassen, Teams, Arbeitskreisen u. a. m. Jede Einflussgröße wird von der TZI als gleichwichtig und als gleichwertig betrachtet und behandelt. Wird die TZI in professionellen Kontexten gehandhabt, dann ist es die Aufgabe der Gruppenleitung, Strukturen und Themen zu setzen, die – unter Berücksichtigung der Umwelteinflüsse – ein bewegtes Gleichgewicht zwischen dem Inhalt, um den es jeweils geht, den Bedürfnissen und Anliegen des Einzelnen und der Interaktion zwischen den Teilnehmenden ermöglichen. Gelingt diese **dynamische Balance**, dann wirkt sie als Motor für lebendige Lern- und Kommunikationsprozesse. Letztere aber sind nie Selbstzweck, sondern sie dienen einer optimalen gemeinsamen Bearbeitung der anstehenden Sache, der Aufgabe, des Themas – egal, um welchen Inhalt es sich gerade handelt.

Nicht umsonst nennt Ruth Cohn ihre Methode *Themenzentrierte* (und nicht Ich- oder Wir-zentrierte) *Interaktion*.

Das nach bestimmten Regeln zu formulierende **Thema** ist ein zentrales Leitungsinstrument in der TZI. Zum einen leitet es den Entwicklungs-, Arbeits-, Austausch- oder Lernprozess, zum anderen bzw. gleichzeitig stellt es immer wieder das Gleichgewicht zwischen den vier Faktoren ES, ICH, WIR und GLOBE her. Die Kunst eines adäquat formulierten Themas liegt darin, dass es den einzelnen Personen ihren Zugang zum Arbeitsanliegen eröffnet, es den Austausch untereinander stimuliert und deutlich macht, wo die einzelne Person bzw. die Gruppe gerade steht. In gewissem Sinne ist die Formulierung und Setzung des Themas (das ja immer nur ein Angebot sein kann) dem der Deutung in der Psychoanalyse verwandt – in dem Sinne nämlich, dass das,



Das Vier-Faktoren-Modell der Themenzentrierten Interaktion

was gerade ansteht und bearbeitet werden muss, thematisiert wird. Das kann – je nachdem – die Arbeit an der Sache, am einzelnen Gruppenmitglied, an den Beziehungen der Teilnehmenden untereinander, an den Umweltbedingungen oder auch an der Störung sein.

#### 4. Welches sind die Anwendungsfelder der TZI?

Im Laufe der vergangenen 40 Jahre hat die TZI – als professionelles Handlungskonzept – Anwendung gefunden in folgenden Bereichen:

- in der Therapie – sowohl im Einzel- wie im Gruppensetting,
- in der Beratung (Coaching),
- in der (Einzel- und Gruppen-) Supervision,
- in der Pädagogik (Persönlichkeitsentwicklung, Erziehung),
- in der Sozialarbeit,
- in der Teamentwicklung und -beratung (als Analyse- und Interventionsinstrument),
- in der Schule, Fachhochschule, Universität und in der beruflichen Weiterbil-

dung (zur Planung und Analyse von Lehr- und Lernprozessen),

- in der Erwachsenenbildung,
- in der Seelsorge (als Handlungskonzept) und
- in der Wirtschaft (in Führungskräfte trainings zur Weiterentwicklung der Führungspersönlichkeit und der Leiterkompetenz).

Da die TZI ein Modell zum Leiten von Gruppen, Gremien, Teams und Organisationen anbietet, kann sie in Gruppen jeder Art zur Planung, Vorbereitung und Leitung von Sitzungen, Besprechungen und Meetings eingesetzt werden. Überdies dient ihre Methode der Prävention und Bearbeitung von Kommunikationsstörungen.

#### 5. Geschichte und Anliegen des ruth-cohn-institute for TCI international

Im Jahr 1966 hat Ruth Cohn in New York das „Workshop Institute for Living Learning“ (genannt: *WILL*) gegründet. Ruth Cohn hat die TZI – auf einen Vorschlag von Norman Liberman hin – als eine „Methode des Lebendigen Lernens“ bezeichnet. Diese Bezeichnung hat sie in den Namen des von ihr

gegründeten Instituts aufgenommen. „Lebendiges Lernen“ deshalb, weil die TZI auf ein aktives, schöpferisches, entdeckendes und ganzheitliches Lernen und Arbeiten ausgerichtet ist. 1972 gründete sie in der Schweiz „WILL-Europa“ – ein Institut für die Verbreitung, Ausbildung, Forschung, und Praxis der TZI. 2002, also vor genau zehn Jahren, wurde dieses Institut umbenannt in „ruth-cohn-institute for TCI international“.

Eine der Hauptaufgaben des Instituts ist die **Ausbildung in der TZI**. Der Weg zum TZI-Diplom gliedert sich in zwei Abschnitte:

1. In der *Grundausbildung* geht es sowohl um den Erwerb von Grundkenntnissen in der Theorie und Praxis der TZI als auch um Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung. Sie endet mit dem Erwerb des *Zertifikats*.
2. Die *Aufbauausbildung* vertieft und erweitert die in der Grundausbildung erworbenen theoretischen, methodischen und praktischen Kenntnisse und die eingeleitete Persönlichkeitsentwicklung. Außerdem geht es in ihr darum, die Haltung, die Methode und das Modell der TZI im eigenen Berufsfeld zu reflektieren und anzuwenden, und das heißt auch um den Erwerb von spezifischem, auf die jeweilige berufliche Tätigkeit hin ausgerichtetem Wissen und Können in der Anwendung von TZI. Die *Aufbauausbildung* endet mit dem Erwerb des *Diploms*.

Ein möglicher dritter Schritt in der TZI-Ausbildung ist der Weg zur *Graduierung*, der mit dem Erwerb der Lehrbefähigung und -berechtigung der TZI endet.<sup>2</sup>

### **Engagement für Themen, die alle Menschen angehen**

Abschließend soll noch einmal Ruth Cohn selbst zu Worte kommen. In einem im Jahr 1985 geführten Gespräch mit Rolf Birmelin und Anna Reuble zieht sie eine Zwischenbilanz zu ihrem Werk: „Historisch gesehen war meine Idee, das, was in Einzeltherapien hilft, soweit wie möglich vielen Menschen zugänglich zu machen. Ich glaube, das ist eigentlich ganz wesentlich geschehen. Es geschieht sehr viel Therapeutisches in TZI-Gruppen. (...) Therapie enthält viel Pädagogisches und Pädagogik viel Therapeuti-

ches. (...) Die klinische Psychologie kann etwas von der TZI-Pädagogik übernehmen: vor allem, dass es keine Selbstverwirklichung geben kann, wenn diese nicht auch in der Einbeziehung der Gemeinschaftlichkeit gesucht wird. Ebenso stimmt es umgekehrt, dass es keine Gesellschaftstherapie geben kann, die das persönliche (biologische und geistige) Ich vernachlässigt.“ (Cohn, 1985, S. 22, zitiert nach Johach, 2009, S. 291)

In diesen Sätzen beschreibt Ruth Cohn nicht nur die Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt, sondern – wieder einmal – ihr über die einzeltherapeutische bzw. -pädagogische Intention hinausgehendes gesellschaftstherapeutisches Anliegen. Die auf der Basis des humanistischen Weltbildes entwickelte TZI soll in ihrer Anwendung in spezifischen sozialen Zusammenhängen und Berufsfeldern letztendlich – so ihr Vermächtnis – dazu dienen, dass wir uns für gesellschaftspolitische, umwelt- und friedenspolitische Themen engagieren. Ein Vermächtnis, dem wir – als ihre Schülerinnen und Schüler – uns verpflichtet fühlen.

### **Literatur**

- Adler, A. (1920). *Theorie und Praxis der Individualpsychologie*. München: Bergmann.
- Cohn, C. R. (1975). *Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett.
- Cohn, C. R. (1979). Themenzentrierte Interaktion. Ein Ansatz zum Sich-selbst- und Gruppenleiten. In A. Heigl-Evers (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts* (Bd. VIII, S. 873-883). Zürich: Kindler.
- Cohn, C. R. (1985). Aus einem Gespräch mit Ruth Cohn. In R. Birmelin (Hrsg.), *Erfahrungen lebendigen Lernens. Grundlagen und Arbeitsfelder der TZI* (S. 9-22). Mainz: Gründewald.
- Cohn, C. R. (1989). *Es geht ums Anteilnehmen*. Freiburg: Herder.
- Farau, A. & Cohn, C. R. (1984). *Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hecker, W. (2010). Einflüsse der Humanistischen Psychologie. In M. Schneider-Landolf & W. Zitterbarth (Hrsg.), *Handbuch Themenzentrierter Interaktion*

(TZI) (S. 38-42). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Johach, H. (2009). *Von Freud zur Humanistischen Psychologie*. Bielefeld: Transcript.

Kroeger, M. (1973). *Themenzentrierte Seelsorge*. Über die Kombination Klientenzentrierter und themenzentrierter Areit nach Carl R. Rogers und Ruth C. Cohn in der Theologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Löhmer, C. & Standhardt, R. (Hrsg.) (1992). *TZI – Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reiser, Helmut (2010). Pädagogische Grundlagen. In M. Schneider-Landolf & W. Zitterbarth (Hrsg.), *Handbuch Themenzentrierter Interaktion (TZI)* (S. 43-47). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schneider-Landolf, M. & Zitterbarth, W. (Hrsg.). *Handbuch Themenzentrierter Interaktion (TZI)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stollberg, D. (2010). Jüdisch-christliche Einflüsse. In M. Schneider-Landolf & W. Zitterbarth (Hrsg.), *Handbuch Themenzentrierter Interaktion (TZI)* (S. 54-58). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sullivan, H. S. (1947). *Conception of modern psychiatry*. Washington/DC: William Alanson White Psychiatric Foundation.



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Angelika Rubner**

Psychologische Psychotherapeutin (PA),  
Lehrbeauftragte für die TZI  
Katzenbichl 4  
83131 Nussdorf  
angelika.rubner@t-online.de

<sup>2</sup> Siehe dazu auch [www.ruth-cohn-institute.org](http://www.ruth-cohn-institute.org), „Ausbildung“, „Seminare“.

# Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur?

*Nur durch erhöhte Praxis sollten die Wissenschaften auf die äußere Welt wirken;  
denn eigentlich sind sie alle esoterisch und können nur durch  
Verbessern irgendeines Tuns exoterisch werden.  
Alle übrige Teilnahme führt zu nichts.*

*Johann Wolfgang von Goethe*

Thorsten Padberg

Psychotherapeutische Praxis, Berlin

**Zusammenfassung:** Im Folgenden wird untersucht, warum Psychotherapeuten nicht lesen, was (auch) für sie geschrieben wurde, nämlich Artikel der Psychotherapieforschung. Da die Produktion dieser Texte einen großen Teil der wissenschaftlichen Aktivitäten ausmacht, die Rezeption zugleich aber so sehr zu wünschen übrig lässt, ist dies Anlass genug, zu betrachten, was diese Texte wirklich leisten (können). Die Untersuchung kommt zu den folgenden Ergebnissen: 1. Forschungsliteratur instruiert nicht, 2. Forschungsliteratur informiert nicht und 3. Forschungsliteratur inspiriert nicht. Als gemeinsame Wurzel dieser drei Mängel wird ein Missverständnis bezüglich der Rolle der Schriften und Begriffe im Wissenschaftsbetrieb der Psychologie benannt. Sie transportieren keine allgemeingültigen Psychotherapieeregeln. Vielmehr sind sie Werkzeuge im Ablauf professioneller Praxis.

## Eine Anomalie im Forschungsbetrieb

1988 formuliert der Sprachwissenschaftler Charles Bazerman, der unter anderem die Entwicklung des psychologischen Forschungsartikels untersucht hat: „*Knowledge produced by the academy is cast primarily in written language [...]*“ (Bazerman, 1988). Er spricht damit das scheinbar Offensichtliche aus. Der gesammelte Wissensschatz der Profession findet sich in den Texten, die beschreiben, was die Forschung gefunden hat. Wie selbstverständlich versteht inzwischen auch die Psychotherapieforschung ihre Ergebnisse als die Abfassung instruktiver Texte. Mittels empirisch gesicherter „Wenn-dann“-Regeln (Dick et al., 1999) soll es zur Feinsteuerung der Psychotherapeuten bei ihrer Arbeit kommen, etwa: „Wenn ein Klient in der Stunde Y tut, dann reagiere mit Intervention Z“ (vgl. Grawe,

1999). Würden sich die Psychotherapeuten nach diesen so niedergelegten Handlungsanweisungen richten, könnten sie – so die Annahme – im Anschluss bei ihrer Arbeit erneut beobachtet werden und anhand der daraus gewonnenen Daten weiter verbesserte Handlungsregeln aufgestellt werden usw. Das Resultat wäre ein fortwährender Prozess der Verbesserung der Praxis mit positiven Folgen für alle Beteiligten (Forscher, Psychotherapeuten, Klienten). Die Orientierung am Stand der Forschung kommt vor diesem Hintergrund einer Verpflichtung für den Praktiker gleich, so Schulte (1996, S. 6).

Wäre es da für die Psychotherapieforschung nicht eine bestürzende Erkenntnis, wenn sie ihre Forschung nur für sich selbst betriebe? Wenn ihre Ergebnisse exklusiv den Forschern dienen und einer breiteren Öffentlichkeit, insbesondere den Psychotherapeuten, weitgehend gleichgültig bleiben? Doch genau das ist der Fall.

Die Journale und Zeitschriften, in denen die Forscher über ihre Ergebnisse berichten, werden vorwiegend von anderen Forschern gelesen. Diejenigen, die sie in die Praxis umsetzen sollen und könnten, halten sich von diesen Publikationen auffallend fern. Schon 1979 berichtet Cohen, wie selten Psychotherapeuten Therapieforschungsliteratur lesen. In einer Untersuchung von Morrow-Bradley und Elliott (1986) benennen nur vier Prozent aller befragter Psychotherapeuten Forschungsliteratur als wichtigste Informationsquelle für ihre Arbeit, dagegen 48 Prozent persönliche Erfahrungen mit Klienten. Vor die Wahl zwischen acht verschiedenen Informationsquellen gestellt, favorisieren die Teilnehmer einer Interviewstudie von Cohen, Sargent und Sechrest (1986) die Diskussion mit Kollegen weit vor der auf dem letzten Platz landenden Forschungsliteratur.

Diese frühen Befunde sind inzwischen mehrfach bestätigt worden. Goldfried (2005) bat 15 prominente Vertreter verschiedener Psychotherapierichtungen (u. a.: Wachtel, Lazarus, Mahoney, Greenberg), ihre therapeutische Entwicklung zu reflektieren. Nach einem Vergleich der verschiedenen Berufsautobiographien fasst er abschließend zusammen: „[...] *we therapists originally learn what we are taught, both through our role models and our direct experiences*“ (ebd., S. 329). Dieser auf Grundlage einer kleinen, aber prominenten Stichprobe erstellte Befund, der die Wich-

tigkeit von Vorbildern und Erfahrungen, nicht aber von Forschung betont, findet sich auch in groß angelegten Untersuchungen: Orlinsky und Ronnestad (2005) befragten weltweit fast 5.000 Psychotherapeuten. Insbesondere Psychotherapie-Novizen mit wenig therapeutischer Erfahrung haben demnach kaum Interesse an Seminaren, in denen typischerweise theoretische Modelle und therapeutische Regel-Sätze vermittelt werden. Diese werden bei einer Auswahl von acht möglichen Einflussquellen erst an fünfter Stelle genannt. Aus Sicht ihrer Zielgruppe sind die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zum Erwerb therapeutischer Praxis offenbar wenig geeignet.

Aus der Forschung über Psychotherapeuten erhält der Psychotherapieforscher also deprimierende Nachrichten zur wahrgenommenen Relevanz seiner Arbeit durch den Praktiker.

Für ein Fach wie Klinische Psychologie, das sich der wissenschaftlichen Absicherung seiner psychotherapeutisch tätigen Praktiker gewidmet hat, ist das ein alarmierendes Ergebnis. Psychologie begreift sich in ihrer Methodologie überwiegend als Naturwissenschaft; Psychotherapieforschung wählt die angewandte Praxis des eigenen Fachs zu ihrem Objekt. Wenn dann die Ergebnisse dieser Forschung von den Beforschten nicht befolgt werden, ist das so, als beschieße ein Physiker im Labor atomare Teilchen mit Elektronen – und statt den geltenden Naturgesetzen gemäß etwa die Flugbahn zu ändern, zeige das Teilchen dem Forscher die kalte Schulter und drehe ihm zusätzlich noch eine lange Nase. Etwas ist aus den Fugen geraten in der naturwissenschaftlich orientierten Psychotherapieforschung. Es besteht – durchaus im Sinne Kuhns (1991) – eine „Anomalie“ im Wissenschaftsbetrieb.

## Der Scientist-Practitioner bleibt Vision

Jetzt ist das Bestehen dieser Anomalie seit Langem bekannt und führte bereits zu allerlei Gereiztheiten zwischen Forschern und Praktikern. Den einen gelten die Praktiker als beratungsresistent, den anderen die Forscher als realitätsfremd; man wirft

sich gegenseitig Unfähigkeit und mangelnde Sachkenntnis vor. Wie so oft bei misslingender Koordination und Kommunikation unterstellt man der Gegenseite „badness or madness“ – Böswilligkeit oder Abseitigkeit. Nur so ist etwa der Furor zu erklären, mit dem Pawelzik (2009) die „Misere der Psychotherapie“ – natürlich verursacht durch die Versäumnisse der Praktiker bei der Rezeption und Umsetzung der Forschungsergebnisse – anprangert, oder warum ein relativ kurzer Artikel von Grawe (1992), der eigentlich die Ergebnisse einer Meta-Analyse zur wissenschaftlichen Absicherung der Psychotherapie berichtet, immerhin 18 polemisch-abwertend formulierte Stellen aufweist (vgl. Padberg, 1998). Wissenschaftler und Praktiker stehen scheinbar auf gegenüberliegenden Seiten eines Grabens und das oftmals propagierte Ziel, der „Scientist-Practitioner“, der Wissenschaftler und Praktiker in einer Person, wirkt sehr, sehr weit entfernt.

Attacken *ad personam* sind in der Wissenschaftsgeschichte keineswegs neu. Sie haben aber immer wieder große Sprengkraft entwickelt und zur Auflösung ganzer Akademien geführt, weshalb bei der Gründung der Royal Society 1660 in London die Mitglieder auf eine ganze Reihe moralischer Konventionen im Umgang miteinander und mit den Ergebnissen anderer Forscher verpflichtet wurden. Sie hatten emotionale Zurückhaltung in der Debatte zum Ziel, ein Merkmal, das bis heute einen Teil unseres Objektivitätsverständnisses ausmacht (vgl. Daston, 1992). Nicht fröhliche Wissenschaft, sondern höfliche Wissenschaft gilt seitdem als Grundvoraussetzung für ein gemeinsam durchzuführendes Projekt. Doch es gibt noch weitere, psychologiespezifische Gründe für die Nichtbeachtung, mit der die Praktiker die Ergebnisse der Forschung strafen (und für die Verständnislosigkeit, mit der die Forscher darauf reagieren). Diesen möchte ich mich im Folgenden zuwenden.

Warum also – Lernfähigkeit und Bereitseligkeit selbstverständlich vorausgesetzt – rezipieren die Psychotherapeuten nicht das, was für sie doch relevant sein sollte, die Ergebnisse der Psychotherapieforschung?

## 1. Forschungsliteratur instruiert nicht

„Wir müssen also empirische Zusammenhänge auf der Ebene von Wirkfaktormustern untersuchen, wenn wir zu empirisch fundierten Handlungsregeln gelangen wollen“, verlangt Grawe (1999, S. 191). Bei Befolgung solcherart aufgestellter Regeln verspricht der Psychotherapieforscher dem Psychotherapeuten gelingende Therapiepraxis. Ein zentrales Ergebnis dieser Art von Psychotherapieforschung ist die Formulierung der fünf sogenannten Wirkfaktoren der Psychotherapie. Damit sind die möglicherweise in allen Psychotherapieformen gemeinsam wirksamen Bestandteile gemeint. Weil sie schulenübergreifend wirksam sein sollen, nennt man die Praxis, die sich an ihr orientiert, Allgemeine Psychotherapie; weil sie ihre Methoden an psychologisch gesicherten Erkenntnissen der empirischen Psychologie ausrichtet, nennt man sie auch Psychologische Psychotherapie. Die fünf Wirkfaktoren sind a) die Nutzung vorhandener Stärken und Bedürfnisse der Klienten (Ressourcenaktivierung), b) die Vergegenwärtigung des Problems etwa in der Imagination oder Realität (Problemaktualisierung), c) das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten (Problembewältigung), d) die Förderung des Bewusstseins für Problemdeterminanten und Ziele (motivationale Klärung) und e) die Qualität der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient (Therapiebeziehung) (vgl. Grawe, 2005). Zusammen mit den schon erwähnten „Wenn-dann“-Regeln sollte den Praktikern anhand der Beschreibung dieser Wirkfaktoren deutlich werden, wie sie sich in konkreten Situationen zu verhalten haben. Um die versprochene Lenkungs kraft zu entfalten, müssten sie von den Praktikern nur noch so interpretiert werden, wie sie von den Forschern gemeint sind. Wie es um die Eindeutigkeit der Interpretationen solcher empirisch gewonnener Wirkfaktoren-Konzepte und „Wenn-dann“-Regeln bestellt ist, verdeutlicht eine Übung, die ich in Seminaren mit Psychotherapeuten in Ausbildung durchführe und die der Leser für sich selbst nachvollziehen kann:

## „25 Jahre jünger“ – Ausschnitt aus der Psychotherapie eines depressiven Mannes nach Trennung

Das folgende Transkript habe ich nach einem Therapievideo angefertigt, das ich den Psychotherapeuten in Ausbildung zeige. Sie sollen beurteilen, ob der darin gezeigte Psychotherapeut dem aktuell gültigen Stand der Wissenschaft entsprechend vorgeht. Es ist der erste Kontakt zwischen Psychotherapeut und Klient, das Gespräch hat vor wenigen Minuten begonnen. Der Klient sitzt in sich zusammen gesunken in seinem Rollstuhl. Er ist 55 Jahre alt, sein Haar wird langsam schütter, seine Kleidung wirkt dunkel und trist. Vor einigen Monaten ist er von seiner Frau verlassen worden. Es geht um Gefühle der Einsamkeit, die Suche nach einer neuen Partnerin. Er eröffnet dem Psychotherapeuten, seine Frau sei 25 Jahre jünger gewesen als er selbst. Der Psychotherapeut runzelt die Stirn und fragt:

**Th.:** Wie lange waren Sie mit ihr verheiratet?

**Kl.:** Neun Jahre, zehn Jahre.

**Th.:** Also war sie 20, 21, eine Kindfrau. War sie Krankenschwester oder sowas?

**Kl.:** Nein, sie hat studiert und ist Zahnärztin jetzt.

**Th.:** (*erstaunt*) Sie ist Zahnärztin?

**Kl.:** (*lächelt*) Richtig.

**Th.:** Warum zur Hölle wollte sie sich mit einem Krüppel wie Ihnen zusammentun?

**Kl.:** *blickt zu Boden, nickt. Ein Mundwinkel ist zu einem Lächeln hochgezogen.*

**Th.:** Haben Sie sich das auch gefragt? Sagen Sie ja!

**Kl.:** (*nickt*) Ja.

**Th.:** Jo!

**Kl.:** Ja, das ist jetzt auch Teil meines Problems, dass ich denke ... tja, Scheiße, jetzt bin ich wieder auf mich zurück geworfen ...

**Th.:** Genau!

**Kl.:** ... und ... dann kommt Einsamkeit ...

**Th.:** (*hebt hilflos die Arme, fasst den Klienten dann an der Hand*) Genau! ... außer

Sie fahren Ihren Rollstuhl in eine Gruppe junger Krankenschwestern: „Whoa, Entschuldigung! Ich habe Sie getreten. Ich habe diesen spastischen rechten Fuß, der Sie getreten hat.“ (*tritt einmal in die Luft*) Ja! (*wird aufgeregt*) Ich kann Sie coachen, da kann ich Ihnen was beibringen, das ist einfach!

**Kl.:** *nickt und lacht.*

**Th.:** (*imitiert den Klienten*) „Ich bin ein einsamer alter Mann, und ich hatte gerade ...“ (*lacht unecht, dann mit hoher Stimme:*) „Oh, es tut mir so leid für ihn ...“ (*macht ein hohes jammernendes Geräusch; dann höhnisch, an den Klienten gewandt:*) Besorgen Sie sich eine Florence Nightingale/Mutter Theresa, die ihr Leben einem (*dehnt jede Silbe*) außer-ordentlich sensiblen Mann widmen will, der vollkommen hilflos ist! Manche Frauen finden diese Kombination einfach unwiderstehlich!

**Kl.:** (*schüttelt den Kopf*) Ich aber nicht.

**Th.:** Nein, Sie nicht. Sie wollen jemanden vögeln, der ... (*lacht*). Aber ich spreche über Frauen!

## Die Interpretationsoffenheit psychotherapeutischer Wirkfaktoren

Die Psychotherapeuten in Ausbildung, die in der Regel schon recht weit fortgeschritten sind in ihrer Ausbildung, sehen in der Mehrzahl in diesem kurzen Dialog zunächst kein Beispiel für am aktuellen Forschungsstand orientierte Praxis: Mögliche Ressourcen (Wirkfaktor a: Ressourcenaktivierung) des Klienten werden vom Psychotherapeuten nicht gesehen oder erfragt (etwa: Wie konnte es sein, dass sich eine so junge Frau für ihn interessiert und ihn sogar geheiratet hat?). Das Problem, das ihn in die Psychotherapie führt, wird zwar vom Klienten angesprochen, vom Psychotherapeuten aber nicht genauer analysiert (Wirkfaktor b: Problemaktualisierung). Statt vertiefende Fragen zu stellen (etwa: „Was ist für Sie das Schlimmste an der Einsamkeit?“) bestätigt dieser einfach die negativen Oberflächengedanken des Klienten durch einzelne Ausrufe („Jo!“, „Genau!“) und wechselt übergangslos zu einer Bewältigungsperspektive. Die vorgeschlagene Lösung, den Rollstuhl unkontrolliert in eine Gruppe Krankenschwestern

zu fahren, ist aber so offensichtlich untauglich, dass auch die Problembewältigung (Wirkfaktor c) als nicht realisiert anzusehen ist. Der Klient wird nicht zu seinen Zielen in der Psychotherapie befragt, stattdessen unterstellt der Psychotherapeut dem Klienten rein sexuelle Absichten, sodass darüber hinaus nicht von einer motivationalen Klärung (Wirkfaktor d) gesprochen werden kann. Als komplettes Desaster muss die Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Wirkfaktor e) angesehen werden. Selbst diejenigen Psychotherapeuten in Ausbildung, die Sympathien für provokative Interventionen bekennen, erklären, diese müssten in eine bereits als gefestigt anzusehende therapeutische Beziehung eingebettet sein. Keinesfalls dürfe man beim Beziehungsaufbau wie gesehen vorgehen, wenn die Psychotherapie erst am Anfang stehe, von einer therapeutischen Beziehung im eigentlichen Sinne also noch gar nicht gesprochen werden könne.

Offensichtlich fällt es nicht schwer, die aus der Wissenschaft bekannten Konzepte auf das konkrete Handeln des Psychotherapeuten anzuwenden und sogleich massive Abweichungen festzustellen. Für eine wissenschaftlich gesicherte Instruktion, die den Psychotherapeuten zuverlässig durch seine Gespräche mit Klienten steuert, sollte jedoch nicht nur *irgendeine* Korrespondenz vom Wort zur Handlung hergestellt werden können, sondern eine möglichst *eindeutige*.

Wie ist es jedoch um diese Eindeutigkeit – und damit um die Lenkungs-kraft der Ergebnisse der Psychotherapieforschung – bestellt, wenn im nächsten Schritt *die gleichen wissenschaftlichen Begriffe auf dasselbe Material mit dem gegenteiligen Ergebnis* angewendet werden könnten? Im Seminar bekommen die Psychotherapeuten in Ausbildung anschließend die Anweisung – entgegen ihrem ersten Eindruck – nach Anzeichen dafür zu suchen, inwieweit die fünf Wirkfaktoren im gezeigten Psychotherapieausschnitt eventuell doch realisiert wurden. Mit etwas Interpretationsarbeit ist dies für die meisten Teilnehmer problemlos möglich: Eine gute therapeutische Beziehung (Wirkfaktor e) kann hier bei ihrer Entstehung beobachtet werden: Die Kommunikation ist sehr direkt,

der Psychotherapeut setzt sich unmittelbar mit der vor ihm sitzenden Person auseinander. Es gibt immer wieder Augenkontakt zwischen den beiden, der Psychotherapeut setzt offensichtlich auch Humor bei seinen Vorschlägen ein; der Klient ist, so kann man sagen, sein liebstes Publikum. Der Klient lacht und bestätigt den Psychotherapeuten dadurch in der Rolle desjenigen, der solche Scherze machen darf. Dessen untaugliche Vorschläge zur Problembewältigung erzeugen beim Klienten eine eigenständige Abwägung von Problembewältigungsmöglichkeiten – erkennbar am Widerspruch („Ich aber nicht“) und dem Lachen des Klienten. Der Klient wird – eben durch die offensichtliche Untauglichkeit der Vorschläge des Psychotherapeuten – angeregt, selbst die Lösung zu suchen (Wirkfaktoren a: Ressourcenorientierung und c: Problembewältigung). Zugleich bewirkt die plastisch-drastische Darstellung des Krüppels, der seine Behinderung zur Partnersuche instrumentalisiert, sowohl einen Anstoß zur motivationalen Klärung (Wirkfaktor d) als auch zu einer Problemaktualisierung (Wirkfaktor b). Alles in allem ein äußerst gelungenes Beispiel für Psychotherapie – gemäß der veröffentlichten Befundlage der Psychotherapieforschung.<sup>1</sup>

Diese psychotherapeutische Sequenz lässt sich mit den in der Literatur beschriebenen Wirkfaktoren in Übereinstimmung bringen, obwohl sie kurz zuvor nach den gleichen Maßstäben noch als vollkommen untherapeutisch angesehen wurde. Das ist sogar bei ein und demselben Psychotherapeuten-Verhalten möglich. Beispielsweise nimmt der Psychotherapeut den Klienten während einer seiner Interventionen bei der Hand. Ein Teil der Psychotherapeuten in Ausbildung empfindet dies als schädlich für die therapeutische Beziehung (Wirkfaktor e), weil sie es für übergreifig halten und außerdem eine andere als eine therapeutische Beziehung damit impliziert werde. Für andere ist es aber auch denkbar, dass dies für die therapeutische Beziehung förderlich ist, weil nämlich ein persönlicher Kontakt hergestellt werde, der die auf der verbalen Ebene ausgesprochenen Unverschämtheiten quasi neutralisiert. Im Kontrast zwischen gesprochener und Körpersprache entstehe somit ein besonderes,

vom Alltag verschiedenes therapeutisches Verhältnis: Der Psychotherapeut äußert in Worten sehr direkt Kritik an einzelnen Denk- und Verhaltensweisen, signalisiert zugleich körpersprachlich aber eine vollkommene Annahme der Person des Klienten.

Die Interpretationsoffenheit von Verhalten zeigt sich darüber hinaus an einer Diskussion, die sich regelmäßig um das „Lachen“ des Klienten entspinnt: Lacht der Klient, weil er beginnt, einen humorvollen Blickwinkel auf sein Schicksal einzunehmen, oder lacht er aus Verlegenheit, etwa weil er nicht als humorlos dastehen will, und zeigt dementsprechend eher Anzeichen von beispielsweise „sozialer Erwünschtheit“? Bei eingehender Betrachtung des Ausschnitts wird einigen Beobachtern zudem zunehmend unklar, ob der Klient wirklich „mit Humor“ lacht oder etwa eher zynisch den Mund verzieht und dabei ein resigniertes, falsches Lachen hören lässt, das die Bezeichnung „Lachen“ eigentlich gar nicht verdient.

### **Die Handlungsanweisungen der Psychotherapieforschung führen zu Relativismus**

Diese Beispiele zeigen ein grundlegendes Problem auf. Psychologisches Wissen besteht eben nicht aus Verhaltensbeschreibungen, sondern aus Sätzen über Phänomene wie „Motivation“, „Offenheit“, „Ressourcen“ oder „Beziehung“, die in der konkreten Praxis erst jeweils mit Inhalt gefüllt werden müssen. Die Frage, die sich die auf die Instruktion von Psychotherapeuten ausgerichtete Forschung stellen muss, lautet deshalb: Sind nicht alle genannten Interpretationen *richtig*, wenn man ausschließlich die Begriffe, in denen Wirkfaktoren und therapeutische Regeln formuliert sind, zur Verfügung hat? Ich habe dieses Phänomen an anderer Stelle (Padberg, 2011) ausführlicher analysiert und es das „Handlungsparadox der Psychotherapieforschung“ genannt. Entgegen der Absicht ihrer Verfasser sind die Berichte über empirisch gewonnene Handlungsregeln und Wirkfaktoren *besonders wenig* zur Anleitung von Psychotherapeuten geeignet, weil die zur Beschränkung des Verhaltens gedachten Begriffe durch die Leserschaft beliebig operationalisierbar sind.

Die Instruktion bleibt aus und von „Feinsteuerung“ (Dick et al., 1999) kann erst recht nicht die Rede sein. Durch die Konzentration allein auf die schriftlichen Früchte der Forschungsarbeit – bei gleichzeitigem Verzicht auf die etablierten Psychotherapieschulen (vgl. Dilg, 2005; Walz-Pawlitza, Lackus-Reitter & Loetz, 2009) – hat man einen weitreichenden Relativismus erst herbeigeführt.

Die Psychotherapeuten haben ihrerseits wenig Anlass, sich diesen Schriften zuzuwenden, da sie hier nicht die Anweisungen finden, die sie zum Erwerb einer neuen oder zur Verbesserung einer bestehenden Praxis bräuchten. Aufgrund der unklaren Kriterien der Anwendung der verwendeten Begriffe muss der Praktiker die erforschten allgemeinen Gesetzmäßigkeiten anhand des eigenen Erfahrungsschatzes mit Inhalt füllen. Er lernt dann aus der Psychotherapieforschung nur das, was er ohnehin schon weiß. Das Versprechen der Psychotherapieforschung, nützliche Anweisungen geben zu können, wird nicht eingelöst.

Seine Orientierung findet der Praktiker an anderer Stelle, etwa in der Ausbildung, während der Supervision, an konkreten Beispielen und in überwältigendem Maße in der Arbeit mit den Klienten selbst (vgl. dazu z. B. Skovholt & Ronnestad, 1995; Willutzki et al., 2006). Die Lektüre von Fachartikeln ist daher für den Psychotherapeuten überflüssig. Die darin ausbleibende Instruktion zur Praxis ist ein erster, wichtiger Grund, warum Psychotherapeuten nicht lesen, was in der Forschung über und für sie geschrieben wird.

Dass dies den Forschern unverständlich bleibt, mag daran liegen, dass sie selbst offensichtlich von ihrer eigenen Forschungstätigkeit profitieren und sie entsprechend auch eine höhere Einschätzung von Forschungsliteratur aufweisen (vgl. Cohen, 1979). Es gibt nämlich einen wei-

<sup>1</sup> Das besprochene Psychotherapieesegment stammt aus der Provokativen Therapie und kann auf DVD (Farrelly, 2005) im Kontext betrachtet werden. Es wurde ausgewählt, um zu zeigen, wie sich selbst eine weit vom üblichen Standard abweichende psychotherapeutische Sequenz mit den in der Forschung beschriebenen Wirkfaktoren in Übereinstimmung und zugleich in Widerspruch bringen lässt.

teren Grund, aus dem der Transfer von der Forschung in die Praxis scheitert. Die Fachbegriffe spielen eine unterschiedliche Rolle, je nachdem, ob der Forscher sie während seiner Arbeit benutzt oder ob der Leser sie rezipiert. Dieser entscheidende Unterschied wird im nächsten Abschnitt genauer erläutert.

## 2. Forschungsliteratur informiert nicht

*Nach der Benennung fragt nur der sinnvoll, der schon etwas mit ihr anzufangen weiß.*

Ludwig Wittgenstein, *Philosophische Untersuchungen*

„Findings from therapy research on process and outcome and from research on psychopathology have shaped my approach“, schreibt der Verhaltenstherapeut Alan Goldstein (2005, S. 152) über Einflüsse auf seine Arbeit. Dieser auch selbst forschende Praktiker findet in seiner Forschung offensichtlich einen Halt, auf den die meisten Psychotherapeuten, glaubt man den Ergebnissen der Rezeptionsforschung, verzichten. Ja, umso länger sich die Teilnehmer meiner Seminare um die Verknüpfung von Forschungsergebnissen mit konkreter Praxis bemühen, umso mehr erscheint ihnen die Verbindung zwischen Forschung und Praxis willkürlich. Was fehlt den Praktikern, um die Forschung zu ihrem Vorteil zu nutzen?

### Reliabilität als Ergebnis gemeinsamen Trainings

Kritisieren würde ein Forscher an meiner Übung vermutlich zuallererst die Vernachlässigung von in Forschungsarbeiten üblichen Maßnahmen zur Sicherung von Gütekriterien wie Reliabilität oder Konzeptrealisierung. Normalerweise sichert man sich mittels eines Rater-Trainings gegen voneinander abweichende Einschätzungen der untersuchten Psychotherapieabläufe ab (wie z. B. Smith, Regli & Grawe, 1999, S. 234). Die Rater, die einschätzen sollen, inwieweit etwa therapeutische Wirkfaktoren realisiert wurden, erhalten von diesen Forschern ein mehrwöchiges Training, um möglichst einheitlich zu interpretieren und mit den gleichen Begriffen zu berichten,

was sie beobachten. Die Forschung sichert sich damit gegen solche interpretativen Ausreißer ab, die in meinen Seminaren regelmäßig auftreten – und erzielt damit eine ungleich höhere Verlässlichkeit bei der Einschätzung des Beobachteten. In dieser gegenseitigen Absicherung wird die zur Benennung von Untersuchungseinheiten benutzte Sprache zu einem nützlichen Instrument der Instruktion und Interaktion.

Entscheidend für unsere Frage ist, dass diese Instruktion die Form eines *Trainings* annimmt, sich also selbst nicht im Lesen von Texten erschöpft, sondern in Interaktionen *vor Ort* stattfindet, in denen die Begriffe eine Rolle bei der gegenseitigen Unterweisung erhalten. Denn dadurch erzeugt die Forschung ein vollkommen unterschätztes Problem: Von dem Prozess, mittels dessen die Begriffe, mit denen die Forscher interagieren, ihre spezifische Bedeutung erhalten, erfährt der Leser nämlich nichts. In diesem Sinne ist es zu verstehen, wenn der amerikanische Sozialpsychologe Kenneth Gergen, der sich seit Jahrzehnten für ein aufgeklärtes Verhältnis seines Faches zur Fachsprache einsetzt, feststellt: „[...] the audience for research reports is never exposed to ongoing events; one never gains first-hand experience with the research process itself“ (Gergen, 1994, S. 101).

Wer aber, in Wittgensteins Worten (s. o.), nicht darüber informiert wurde, was die Forscher bei ihrer Arbeit mit den Begriffen angefangen haben, der kann nicht *sinnvoll* nach ihrer Bedeutung fragen – geschweige denn effektiv mit ihnen umgehen. Es ist falsch zu glauben, die Entstehung der exakten Bedeutung der Begrifflichkeiten, mit denen ein Wirkfaktor benannt wurde, habe mit der allgemeinen Gültigkeit dieser Ergebnisse genauso wenig zu tun, wie etwa der Produktionsprozess eines Telefons mit den damit geführten Gesprächen. Die Bedeutung der in der Psychotherapieforschung verwendeten Terminologie ist vielmehr stark an die konkreten Umstände ihrer Entstehung gebunden; damit aufgestellte Regeln haben durch ihre Situationsgebundenheit eine eingeschränkte Reichweite.<sup>2</sup> Dieser Umstand wird häufig davon überdeckt, dass die zur Formulierung von Wirkfaktoren und therapeutischen Regeln

### Erlernte Hilflosigkeit – überraschendes Ergebnis oder lokales Ereignis?

Bazerman (1988, S. 310) weist darauf hin, dass Forscher in der Regel nur diejenigen Versuchselemente in ihren Texten festhalten, die sie selbst im Moment der Niederschrift für notwendig halten, um ein bestimmtes Phänomen zu produzieren und zu beobachten. Das hat zur Folge, dass andere unter scheinbar gleichen Bedingungen zu abweichenden Resultaten kommen, ja, eventuell sogar die Forscher selbst zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr die gleichen Ergebnisse erzielen.

Das lässt sich gut am Konzept der „Erlernen der Hilflosigkeit“ aufweisen, das laut Seligman (1995, S. 19) eine „unerwartete und verblüffende Entdeckung“ war. Erlernte Hilflosigkeit, eines der bekanntesten und einflussreichsten klinisch-psychologischen Konzepte, soll demnach das Nebenprodukt von Experimenten zur Angstkonditionierung gewesen sein. Die Darstellung der „unerwarteten Entdeckung“ des Phänomens durch Seligman scheint die eigenständige Wirklichkeit von Laborergebnissen zu belegen, die eben auch unabhängig von den konkret Beteiligten, ihren Erkenntnisinteressen und ihren Interaktionen existieren. Doch das Phänomen „Erlernte Hilflosigkeit“ erwies sich in der Folge dann als flüchtiger als gedacht: In 92 Replikationsversuchen anderer Forscher trat es nur zweimal auf (Klosterhalfen & Klosterhalfen, 1983).

verwendeten Begriffe aus der Alltagssprache stammen; für einen sinnvollen Umgang mit diesen Ergebnissen müsste der Leser sie aber auf Grundlage derselben Praxis verstehen können, in der sie während der Forschung benutzt wurden.

<sup>2</sup> Dies ist ein Problem, das die Psychologie im Vergleich zu anderen Wissenschaften in besonderem Maße betrifft, weil die Beobachtungssprache für konkretes, menschliches Verhalten sehr rudimentär ist (vgl. dazu die Ausführungen von Gergen, 1994, S. 59 ff.). Es lassen sich also schwerlich allgemeine Psychotherapieeregeln aufstellen.



Die oftmals unzureichende Information über die tatsächlichen Geschehnisse im „Labor“ ist ein weiterer Grund, aus welchem Psychotherapeuten nicht lesen, was Forscher schreiben. Es ist ihnen vollkommen unklar, auf welchen Praktiken die Begriffe ihre Bedeutung gründen (vgl. auch Kriz, 1997). Dieser Umstand wird durch Meta-Analysen über an verschiedenen Orten, zu verschiedenen Zeiten, von unterschiedlichen Menschen und in voneinander abweichenden Kontexten durchgeführte Studien noch verschärft. Die Sprache der so entstehenden Forschungsartikel flottiert frei über der tatsächlichen Psychotherapiepraxis. Der praktisch interessierte Leser hält sich von derlei Schilderungen folgerichtig fern.

In unserer bisherigen Untersuchung erwiesen sich die psychologischen Forschungsartikel in doppelter Hinsicht als unzureichend. Weder bieten sie praktisch verwertbare Anleitungen, noch liefern die geschilderten Ergebnisse Erkenntnisse über die Geschehnisse im Labor. Es mag an dieser Stelle etwas rätselhaft erscheinen, wie die Forderung nach Anwendung psychologischer Erkenntnisse in der Psychotherapie überhaupt hat entstehen können und sich so weit verbreitet hat, wenn die Forschungsartikel so wenig bindend vorschreiben, wie in der Psychotherapie zu verfahren ist. Es muss etwas über die nahezu beliebig auslegbaren Texte der Forschung Hinausgehendes geben, das der Profession einen Halt gibt, den sie, wie gezeigt, in solcherart beschriebenen Wirkfaktoren niemals finden kann.

Damit komme ich zum letzten Punkt. Welche Arten von Schriften standen an der Wiege der empirischen Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Bemühungen? Und welche Art von Einfluss übten sie aus? Es wird zu erläutern sein, wie ihr schöpferisches Potenzial verloren ging, sodass man heute meistens sagen muss:

### 3. Forschungsartikel inspirieren nicht

*Zuerst hatten wir große Bedenken, Angst experimentell herbeizuführen. Wir entschieden uns aber zuletzt doch*

*dafür, den Versuch zu machen und beruhigten uns damit, dass es ohnehin zu solchen Ängsten kommen würde, sobald Albert aus der geschützten Umgebung des Heimes in die raue Wirklichkeit seines Zuhauses entlassen werden würde. Wir machten uns erst an die Arbeit, als Albert elf Monate und drei Tage alt war. Albert war ein ziemlich phlegmatisches Kind.*

*Ausschnitt aus: Watson & Rayner, Conditioned Emotional Reactions*

Einer der zentralsten Texte der Klinischen Psychologie und der Anwendung ihrer Erkenntnisse ist wohl der Bericht von John B. Watson und Rosalie Rayner zur ersten experimentellen Konditionierung von emotionalem Verhalten, „*Conditioned Emotional Reaction*“ aus dem Jahr 1920. Was sind die Verdienste dieses Textes, die sich spätere Forschungsartikel bei den Praktikern nicht mehr erwerben können?

#### Der Kleine Albert – John B. Watson schreibt Geschichte

Liest man diesen Text heute, fallen viele Unterschiede zu aktuellen Arbeiten auf. Beide Forscher treten selbst als handelnde Akteure im Text auf. Auch das „Untersuchungsobjekt“ hat noch Subjekt-Status: Der Kleine Albert ist nicht nur bis heute den meisten Psychologen namentlich bekannt, sondern wird auch im Text mit seinen Eigenheiten und Eigenschaften vorgestellt. Watson und Rayner bieten Interpretationen ihrer Beobachtungen an, sie schildern einen zeitlich geordneten Ablauf über einen Monat hinweg, anekdotisch fließen Randereignisse ein (ein bellender Laborhund versetzt nicht nur den Kleinen Albert, sondern auch das ganze Versuchsteam in Angst und Schrecken). Wir lesen, mit einem Wort, eine „Kurzgeschichte“ (Bazerman, 1988, S. 270). Watson fertigt zudem Fotos und Filme während des Experiments an, mit denen er seine Arbeiten populär macht. So wird die von ihm und Rayner im Labor geleistete Arbeit äußerst anschaulich verbreitet.

Dieser Text ist so wirkmächtig, dass er noch Jahrzehnte später in vielen Lehrbüchern zitiert und nacherzählt wird. Anhand der Schilderung des Experiments lässt sich Studenten die Wirkung von Konditionierungs-

prozessen auf Gefühlsreaktionen trefflich demonstrieren – trotz aller späteren Methodenkritik und der damit nach strengem empirischem Maßstab eigentlich fraglichen Brauchbarkeit (vgl. Harris, 1979). Auch die erste Re-Konditionierung unter Experimentalbedingungen – und damit im engeren Sinne therapeutisch angelegte Arbeit – von Mary Jones (1924) ist ähnlich verfasst und trägt den Namen des Untersuchungsobjekts, den Kleinen Peter, schon im Titel. Die so geschilderte „Evidenz“ ist ausreichend, um später eine verhaltenstherapeutische Praxis zu inspirieren. Die Inspiration durch das von Watson formulierte und mittels Beispiel anschaulich gemachte Forschungsprogramm ist den ersten verhaltenstherapeutisch arbeitenden Protagonisten genug, um praktisch tätig zu werden. Die Instruktion durch weitere Forschungsergebnisse wird zwar erhofft und erwartet, aber nicht abgewartet (vgl. Glass & Arnkoff, 1993).

Diese Forschungsartikel erfüllen eine Aufgabe, die ihnen selbst ein so sprachkritischer Wissenschaftler wie Gergen (1994, S. 100 ff.) zubilligt: die Verbreitung einer neuen theoretischen Auffassung. Aufgrund der in solchen Schriften anschaulichen Verbindung von Theorie und Praxis wird die abstrakte Reiz-Reaktions-Sprache des Behaviorismus für den Leser greifbar; ein Erfolg der frühen Forschungsartikel.

Leider leistet der heutige Forschungsartikel diese Arbeit nicht mehr. Bazerman (1988) beschreibt, wie die Anweisungen zur Abfassung von Forschungsartikeln im *Publication Manual* der APA im Laufe der Jahre immer länger, die Artikel selbst jedoch immer kürzer werden. Sie verlieren das Geschichtenhafte und zerfallen mehr und mehr in die unverbunden nebeneinander stehenden Abschnitte „Darstellung der Hypothese“ – „Test“ – „Auswertung“. Die so entstehenden Texte veranschaulichen nicht mehr, was sie zu sagen haben; gleichzeitig mit der ausbleibenden Instruktion und Information verlieren sie auch das Interesse ihrer praktisch orientierten Leserschaft.

#### Fazit

Fallgeschichten scheinen der Psychologie im Laufe der Jahrzehnte zu wenig gewor-

den zu sein. Man will allgemeine Lehrsätze, nomothetische Verhaltensgesetze und nomopragsmatische Psychotherapierregeln aufstellen, die über den Einzelfall hinausgehen. Eben wie in den Naturwissenschaften. Doch in der Verallgemeinerung verschwindet das Besondere der psychotherapeutischen Situation: Auf der praktischen Seite verliert man die nötige Detailschärfe, um *Anleitung* wirksam geben zu können. Durch den Verzicht auf Demonstration der individuellen Praxis verschenkt man die Möglichkeit, *Maßstäbe* zu setzen. Und auf Seiten des Publikums verliert man das Interesse, weil die abstrakten Termini und die unbeteiligte Darstellung den *Nachvollzug* verhindern.

Seit die moderne Psychotherapieforschung meint, sie könne mehr anbieten als therapeutische Muster, Anschauungs- und Vergleichsobjekte, stagniert die Nachfrage. Das hat zur oben angesprochenen Anomalie geführt: Ein Teil der Klinischen Psychologen arbeitet unter Laborbedingungen an der „Wahrheit“, der andere in seiner Praxis mit Menschen. Die Forschung „schämt“ sich der etablierten Psychotherapieschulen, weil diese ihre Praxis an Einzelfälle, erfolgreiche Vorbilder, bewährte Praktiken und an ihre idiosynkratischen Theorien gebunden haben (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. V). Doch nach dem Abgesang auf die Psychotherapieschulen und der Formulierung der eigenen Regel-Sätze und Wirkfaktoren steht der Forscher vor dem Praktiker mit leeren Händen da. Man fühlt sich an das Diktum des Pater Bourdin erinnert: „*Ein vorzügliches Verfahren: Damit dem Kind nicht die Nase läuft, wird sie ihm abgeschnitten. Putzen denn andere Mütter die Nase nicht besser?*“

Dabei wäre eine Einbindung der eigenen Vorschläge, Regeln und Ideen zur therapeutischen Praxis in nachvollziehbare Berichte in der Psychotherapie, die nicht zuletzt eine sprachlich basierte Tätigkeit ist, relativ einfach: Wer das von Watson, Rayner und Jones genutzte Mittel der (Fall-) Geschichte nicht schätzt, könnte die eigene Praxis durch Transkripte des tatsächlich gesprochenen Wortes oder entsprechende Audio- und Videoaufzeichnungen verbreiten. Ein noch direkterer Weg wäre allerdings die Verbreitung und Validierung der

eigenen Praxis im unmittelbaren Kontakt mit den Praktikern. So kommt man zu einer funktionierenden Sprache, die sich im gegenseitigen Austausch entwickelt und nicht nur mit überhöhtem Anspruch da steht. Durch *gegenseitige* Instruktion, Information und Inspiration ließe sich die Anomalie in der Klinischen Psychologie, dass Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur lesen, beseitigen (vgl. auch Westen, 2007). Es könnte der Anfang einer vielbeachteten Erfolgsgeschichte werden.

*Ich danke allen, die mit instruierenden und inspirierenden Kommentaren die Entstehung dieses Textes begleitet haben, besonders Frank Groth, Helga Kurz-Challia, Ernst Machemer, Ekkehard Müller-Eckhard, Christian Rabhansl, Anja Siegmund und Andreas Veith. Die hier vertretenen Positionen – und mögliche Fehler – habe ich jedoch allein zu verantworten.*

### Literatur

Bazerman, C. (1988). *Shaping Written Knowledge*. Madison: University of Wisconsin Press.

Cohen, L. (1979). The Research Readership and Information Source Reliance of Clinical Psychologists. *Professional Psychology, 10*, 780-785.

Cohen, L., Sargent, M. M. & Sechrest, L. B. (1986). Use of Psychotherapy Research by Professional Psychologists. *American Psychologist, 41*, 198-206.

Daston, L. (1992). Baconian Facts, Academic Civility, and the Prehistory of Objectivity. *Annals of Scholarship, 8*, 337-363.

Dick, A., Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999). Was soll ich tun wenn ...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31* (2), 253-280.

Dilg, R. (2005). Welche Rolle kann empirische Validierung für die psychotherapeutische Praxis spielen? *Psychotherapeutenjournal, 4* (3), 247-256.

Farrelly, F. (2005). *Die Provokative Therapie. Grundlagen – Grundhaltungen – Grundstruktur* [DVD]. Köln: Change-works & D.I.P.

Gergen, K. J. (1994). *Toward Transformation in Social Knowledge. Second Edition*. London: Sage.

Glass, C. R. & Ankoff, D. B. (1993). Behavior Therapy. In D. K. Freedheim (Hrsg.), *History of Psychotherapy. A Century of Change* (S. 587-628). Washington, DC: American Psychological Association.

Goldfried, M. R. (2005). *How Therapists Change. Personal and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goldstein, A. (2005). Reflections of a Behavior Therapist. In M. Goldfried (Ed.), *How Therapists Change. Personal and Professional Growth* (S. 147-162). Washington, DC: American Psychological Association.

Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau, 43*, 132-162.

Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31* (2), 185-200.

Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal, 4* (1), 4-11.

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

Harris, B. (1979). Whatever Happened to Little Albert? *American Psychologist, 34* (2), 151-160.

Jones, M. C. (1924). A Laboratory Study of Fear: The Case of Peter. *Pedagogical Seminary, 31*, 308-315.

Klosterhalfen, W. & Klosterhalfen, S. A. (1983). Critical Analysis of the Animal Experiments Cited in Support of Learned Helplessness. *Psychologische Beiträge, 25*, 436-458.

Kriz, J. (1997). Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *systema, 11* (1), 42-50.

Kuhn, Th. (1991). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Morrow-Bradley, C. & Elliott, R. (1986). Utilization of Psychotherapy Research by Practicing Psychotherapists. *American Psychologist, 41* (2), 188-197.

- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Padberg, T. (1998). *Zur Rolle der Objektivität am Ende des 20. Jahrhunderts am Beispiel der Psychotherapieforschung*. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Ruhr Universität Bochum.
- Padberg, T. (2011). Vom Scientist-Practitioner zum Practicing Scientist – Eine notwendige Neukonzeption des Verhältnisses der Forschung zur psychotherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, 625-642.
- Pawelzik, M. R. (2009). Für eine Professionalisierung der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 41 (3), 569-580.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1995). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (1995). *The Evolving Professional Self: Stages and Themes in Therapist and Counselor Development*. London: Wiley.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31 (2), 227-252.
- Walz-Pawlitza, S., Lackus-Reitter, B. & Loetz, S. (2009). Plädoyer für eine verfahrensbezogene Ausbildung und Praxis: Zur „methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit therapeutischer Prozesse“. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (4), 352-365.
- Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Westen, D. (2007). Discovering What Works in the Community: Toward a Genuine Partnership of Clinicians and Researchers. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Hrsg.), *The Art and Science of Psychotherapy* (S. 3-30). New York: Routledge.
- Willutzki, U., Orlinsky, D., Cierpka, M., Ambühl, H., Laireiter, A., Meyerberg, J. & SPR Collaborative Research Network (2006). WIR – Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In O. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. (S. 26-38). Stuttgart: Schattauer.



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

Psychologischer Psychotherapeut  
Baumschulenstr. 73  
12437 Berlin  
torsten.padberg@freenet.de

# Horst-Eberhard Richter: Arzt, Philosoph, Psychoanalytiker, Sozialtherapeut und ein „Wegbereiter“ des Psychotherapeutengesetzes

## Zwei Gießener Psychologische Psychotherapeuten und Psychoanalytiker erinnern und bedanken sich

Ein Nachruf von Hans-Jürgen Wirth<sup>1</sup> und Jürgen Hardt<sup>2</sup>

1 Psychotherapeutische Praxis, Gießen

2 Mitglied des Redaktionsbeirats, Wetzlar

*Horst-Eberhard Richter, Psychoanalytiker, Professor für Psychosomatische Medizin, Sprecher der Friedensbewegung und über vier Jahrzehnte einflussreicher Autor sozialtherapeutischer und sozialphilosophischer Werke, starb am 19. Dezember 2011 in Gießen. Aus diesem Anlass erinnern sich zwei Gießener Psychologische Psychotherapeuten und Psychoanalytiker, Hans-Jürgen Wirth (H-JW) und Jürgen Hardt (JH).*

*(H-JW)* Vor mehr als 40 Jahren, im Sommer 1970, ich war noch keine 20 Jahre alt, zog mich Horst-Eberhard Richters „Patient Familie“ in einen wahren Leseraus. Es eröffnete sich mir eine neue Welt, und in mir wurde die Neugier geweckt, die psychoanalytische Erkundung der komplexen Zusammenhänge zwischen Psyche und Gesellschaft (den Begriff „psychosozial“ hatte Richter noch nicht geprägt) zum Zentrum meines weiteren Lebens und späteren Berufes zu machen. Was ich bei Richter las, wirkte – religiös gesprochen – fast wie eine Offenbarung.

*(JH)* Ende der 1960er-Jahre, als junger Diplom-Psychologe an der Universität Köln tätig, kontaktierte ich die Gießener Klinik. Im Rahmen meiner klinisch-psychologischen Tätigkeit interessierte ich mich für die Methodologie klinischer Interviews und suchte einen Austausch mit der Arbeitsgruppe um Horst-Eberhard Richter, der

### Lebensdaten Horst-Eberhard Richter

geb. am **28. April 1923** in Berlin

**1943–1949:**

Studium der Medizin, Philosophie und Psychologie in Berlin

**1949:**

Promotion zum Dr. phil.

**1950–1954:**

Psychoanalytische Ausbildung am Berliner Psychoanalytischen Institut

**1957:**

Promotion zum Dr. med.

**ab 1955:**

zunächst als Assistenzarzt, dann als Oberarzt an der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik der FU Berlin

**1959–1962:**

Leiter des Berliner Psychoanalytischen Instituts

**1962–1992:**

Geschäftsführender Direktor des Psychosomatischen Universitätszentrums in Gießen

**1992–2001:**

Geschäftsführender Direktor des Sigmund-Freud-Instituts Frankfurt

**seit 1980:**

Engagement in der Friedens- und in der Ökologiebewegung

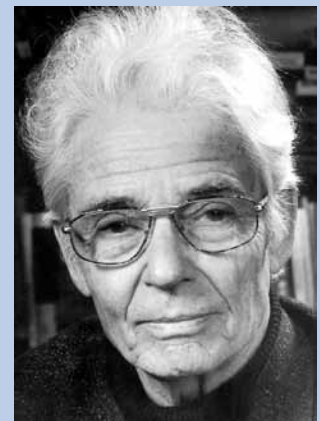
**1981:**

Mitgründer der westdeutschen Sektion der Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW)

**seit 1987:**

Mitarbeit in der International Foundation for the Survival and Development of Humanity

gest. am **19. Dezember 2011** in Gießen



*Horst-Eberhard Richter  
(28.04.1923–19.12.2011)  
(Foto: Paul Swiridoff)*

mich nach einem kurzen freundlichen Gespräch an Dieter Beckmann verwies, den Statistiker der Arbeitsgruppe. Der Beginn einer langen Reihe von Missverstehen. Ich war einerseits fasziniert von ihm, andererseits erlebte ich ihn jenseits der praktischen Aufgaben, die mich beschäftigten. Anfang der 1970er-Jahre begann ich meine Psychoanalytische Ausbildung in Gießen ohne Kontakt zur engeren Gruppe um Richter.

## Biografisches

(H-JW) Am 28. April 1923 in Berlin geboren, wuchs Horst-Eberhard Richter als Einzelkind auf. Die Mutter schilderte er als eine sehr emotionale Frau, die sich an ihn klammerte. Den Vater, ein erfolgreicher Ingenieur und Abteilungsleiter einer großen Firma, erlebte Richter als „stillen, in sich gekehrten Grübler“. Nach Hitlerjugend und Arbeitsdienst wurde Richter 18-jährig zum Militär eingezogen und diente in einem Artillerieregiment in Russland. Kurz vor der Verlegung seiner Truppe nach Stalingrad erkrankte er lebensgefährlich an Diphtherie. Mit 22 Jahren geriet er in Kriegsgefangenschaft und erfuhr erst bei seiner Rückkehr vom Tod seiner Eltern, die zwei Monate nach Kriegsende auf einem Spaziergang in der Nähe ihres Dorfes von zwei betrunkenen Russen ermordet worden waren.

Nach Studium der Medizin, Philosophie und Psychologie in Berlin promovierte Richter 1949 zum Dr. phil. und 1957 zum Dr. med. 1950 begann er seine Psychoanalytische Ausbildung am Berliner Psychoanalytischen Institut, die er 1954 abschloss. Bereits fünf Jahre später, 1959, wurde Richter Leiter dieses Instituts und übte diese Funktion bis 1962 aus. Gerade 41-jährig wurde er 1964 zum Vorsitzenden der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) gewählt und engagierte sich in dieser Position bis 1968.

## Klinik und Institutsleitung

(H-JW) Im Jahr 1963, ein Jahr nachdem er auf den zweiten deutschen Lehrstuhl für

Psychosomatische Medizin berufen worden war, publizierte Horst-Eberhard Richter sein Buch „*Eltern, Kind und Neurose. Zur Psychoanalyse der kindlichen Rolle in der Familie*“, das kurioserweise als Habilitationsschrift abgelehnt wurde. Richter wurde ohne Habilitation Professor und für drei Jahrzehnte Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

(JH) Schon während der Tätigkeit in Berlin plante Richter zusammen mit einigen psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen die Gründung eines psychoanalytischen Ausbildungsinstitutes in Gießen, das er ab 1963 innerhalb seiner neuen Klinik aufbaute. Die Leitung des Institutes und seine Vertretung in den Gremien der DPV hatte Richter bis 1970 inne. In diesem Gießener Institut wurden von Beginn an von einem Lehrkörper, der aus ärztlichen und sogenannten Laienanalytikern bestand, Ärzte und hauptsächlich Psychologen gemeinsam ausgebildet. Darüber hinaus entwickelten sich zwei weitere Ausbildungsangebote: einerseits Psychotherapie für Ärzte und Psychologen sowie andere Akademiker – die sogenannte Kleine Psychoanalytische Ausbildung –, die in Institutionen, Psychiatrien und zunehmend auch in der ambulanten Praxis toleriert und anerkannt wurde, andererseits die Familien- und Sozialtherapie, offen für einen größeren Kreis von Interessierten.

(H-JW) Richters erstes Buch „*Eltern, Kind und Neurose*“ wurde in den folgenden Jahren zum einflussreichen Grundlagenwerk für die neue psychoanalytische Behandlungsmethode der Familientherapie, die er im deutschsprachigen Raum als Erster entwickelte. „*Die Rolle des Kindes*“, schrieb Richter (1963, S. 73), „bestimmt sich also aus der Bedeutung, die ihm im Rahmen des elterlichen Versuches zufällt, ihren eigenen Konflikt zu bewältigen.“ Der Konflikt des Kindes wird hervorgerufen durch „*Narzisstische Projektionen der Eltern auf das Kind*“ (Richter, 1960) – so der Titel seines Aufsatzes im „*Jahrbuch der Psychoanalyse*“, zu dessen Herausgeberkreis er bis zu seinem Tod gehörte.

## Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien

(H-JW) Persönlich lernte ich Horst-Eberhard Richter 1970 zu Beginn meines Psychologiestudiums im Rahmen einer studentischen Initiativgruppe kennen, die in der Gießener Obdachlosensiedlung „Eulenkopf“ sozialpolitisch und sozialpädagogisch tätig ist. Wie viele meiner sich im Aufbruch befindlichen Generation fühlte ich mich durch Richters Gedanken angezogen, und seine in den 1970er-Jahren publizierten Bücher „*Die Gruppe*“ (1972), „*Lernziel Solidarität*“ (1974), „*Flüchten oder Standhalten*“ (1976) und „*Engagierte Analysen*“ (1978) begleiteten uns in diesen Jahren. „*Die Gruppe*“ hat den Untertitel „*Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Psychoanalyse in Kooperation mit Gruppeninitiativen*“. Dieses Buch war Ausdruck des geistig-kulturellen Klimas der frühen 1970er-Jahre und bot zugleich Interpretationen und Reflexionen an, um die mit dem Jahr 1968 angebrochene psychosoziale Neuorientierung besser verstehen und für die Gestaltung des Lebens nutzen zu können. Richter war kein Anhänger der antiautoritären Studentenbewegung der Jahre 1968/69, sondern ein Sympathisant der sanfteren Initiativ-, Alternativ- und Ökologiebewegung der 1970er-Jahre und der Friedensbewegung der 1980er-Jahre. Richter erkannte im Phänomen der Gruppe deren sowohl politische als auch psychologische und psychotherapeutische Bedeutung und sah auch, dass der Typus der spontanen, hierarchiefreien und mit den Mitteln der Selbstreflexion sich organisierenden Gruppe eine soziale Neuerfindung war, ein gesellschaftliches Novum, das vom emanzipatorischen Teil der Jugend- und Studentenbewegung kreiert worden war.

So sah Richter in der Psychoanalyse nicht nur eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode, sondern, und vielleicht zuallererst, ein Instrument der Aufklärung einer sich sozialanalytisch begreifenden Wissenschaft von Mensch und Gesellschaft. In den Jahren 1972 bis 1981 schrieb er fünf Bücher, die das ganzheitliche Konzept von Psychoanalyse darstellen und

quasi zur Pflichtlektüre für eine breite Schicht politisch aufgeklärter und sozial engagierter Bürger geworden sind.

## Psychiatrie-Reform

(H-JW) Von den sozialpolitischen Experimenten der 1970er-Jahre und den neuen Arbeitsansätzen der Initiativ-, Spontan- und Selbsthilfegruppen, von denen Richter inspiriert war und die er seinerseits angeregt hatte, gingen weitreichende Innovationen im Bereich der psychosozialen Beratung und Therapie aus. Die Besinnung auf die psychischen und sozialen Voraussetzungen von Krankheit und Therapie sowie die Entwicklung eines auf das Psychosoziale bezogenen Gesundheits- und Krankheitsbegriffs war von den kritischen Impulsen aus der Initiativgruppen-Bewegung mitbestimmt. Anfang der 1970er-Jahre waren es fast ausschließlich kritische Studenten, die sich den benachteiligten Gruppen der Gesellschaft, den Heimzöglingen, Obdachlosen, Psychiatriepatienten usw. zuwandten, das Gewissen der Gesellschaft weckten und sowohl die Öffentlichkeit als auch die Fachdisziplinen zwangen, sich mit diesen vernachlässigten Problembereichen auseinanderzusetzen. Maßgeblich beteiligte sich Richter an der Reform der deutschen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie, wofür er 1980 den Theodor-Heuss-Preis erhielt. Die in der Psychiatrie-Enquête als Modell der regionalen Selbstorganisation der psychosozialen Versorgungsdienste empfohlene „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft“ wurde beispielsweise auf Richters Vorschlag aufgenommen und nach dem Modell der Initiativgruppe konzipiert. Nachdem Richter in der Initiativgruppe einiges über die Kreativität von hierarchiearmen Spontangruppen erfahren hatte, versuchte er sofort, den freien Geist der Initiativgruppen in die institutionelle Struktur seines universitären Psychosomatischen Zentrums und der „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“ in Gießen einzubringen.

(JH) Als Mitglied der Sozialpsychiatrischen Bewegung traf ich Richter Anfang der 1970er-Jahre in der „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“ wieder. Nach einer Institutionsanalyse eines psychiatrischen Krankenhauses, die eine professionell ge-

mischte Kollegengruppe unter Supervision eines psychiatrienerfahrenen Psychoanalytikers durchgeführt hatte, versuchte die Gruppe psychotherapeutisch ausgebildeter Psychologen in einem großen Verband institutionelle Positionen auszuhandeln und zu besetzen. So wollten sie ihre Tätigkeit absichern und auf die Institution einwirken. Franco Basaglias Umformung der Psychiatrie war ein wesentlicher Anstoß für diese Pläne. Dass diese Initiative wesentlich von Psychologen ausging, hing mit dem Klima des Gießener Institutes zusammen. In seinem Umkreis arbeiteten Ärzte und Psychologen gleichberechtigt zusammen, waren sich aber der legalen Unterschiede wohl bewusst und versuchten, sie informell zu bewältigen. Richter war und blieb den Versuchen gegenüber, sich in Institutionen zu engagieren und sie zu verändern, skeptisch und setzte alleine auf die Kraft informeller Zusammenarbeit, wie sie seinem Erfahrungsbereich entsprach; vom Gang durch die Institution, um sich ihrer zu bemächtigen und sie zu verändern, hielt er nicht viel; er vermutete wohl eher, dass der, der sich auf einen solchen Weg macht, sich selbst verändere, als dass er eine institutionelle Änderung bewirken könne.

## „psychosozial“: von der Zeitschrift zum Verlag

(H-JW) Zu Richters publizistischen Aktivitäten gehörte auch die Gründung der Zeitschrift „psychosozial“, in deren Herausgeberkreis er mich früh holte. Aus „psychosozial“ ging später der von mir gegründete Psychosozial-Verlag hervor. Richter war insofern Namensgeber des Psychosozial-Verlages, der sich der von ihm vertretenen Auffassung von Psychoanalyse verpflichtet weiß.

## Friedensbewegung und IPPNW

(H-JW) Bereits ab 1980 engagierte sich Richter in der Friedensbewegung und war 1981 einer der maßgeblichen Gründer der westdeutschen Sektion der Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW – International

Physicians for the Prevention of Nuclear War). Er beeinflusste die politische und inhaltliche Orientierung der bundesdeutschen IPPNW von Anfang an in Richtung einer Basisdemokratie und des kollegialen Miteinanders. Das Engagement in der Friedensbewegung gewann immer größeres Gewicht in Richters Leben. Er verfasste die berühmte „Frankfurter Erklärung“, in der jeder Unterzeichner sich mit seiner Unterschrift dazu bekennt, sich jeglicher kriegsmedizinischen Schulung und Fortbildung zu verweigern. In etwas abgewandelter Form, als „New Physicians' Oath“, wurde diese Erklärung, nachdem Richter sie auf dem 2. IPPNW-Weltkongress in Cambridge eingebracht hatte, von der Weltföderation übernommen. Im Jahr 1985, als das atomare Wettrüsten seinen Höhepunkt erreicht hatte, erhielten die Internationalen Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges – und mit ihnen Horst-Eberhard Richter – den Friedensnobelpreis. Der Friedensnobelpreis war die höchste Ehrung, die Richter erhalten hat. Dennoch gab es auch Kritik an der Verleihung. Besonders in der damaligen deutschen Regierung unter Helmut Kohl war die Empörung groß, dass eine Organisation, die als „Moskau-gesteuert“ bezeichnet wurde, geehrt wurde. Richter grenzte sich immer gegen eine Vereinnahmung durch falsche Freunde ab. Aber er ließ sich umgekehrt durch Verdächtigungen nicht von seinen eigenen Wegen abbringen.

Sein friedenspolitisches Engagement auf internationaler Ebene brachte Richter 1987 auch in Kontakt mit einer Arbeitsgruppe unter der Schirmherrschaft von Michail Gorbatschow. Zu dieser Vereinigung, die sich „für eine atomwaffenfreie Welt und für das Überleben der Menschheit“ einsetzte, gehörten unter anderem der russische Atomwissenschaftler und Menschenrechtler Andrej Sacharow, Ex-US-Verteidigungsminister und Weltbank-Chef Robert McNamara und der Gründer von Greenpeace, David McTaggart. Von den Projekten, die diese Gruppe ins Leben rief, holte Richter eines an seine Klinik: eine psychologische Untersuchung von 1.400 Studierenden der Justus-Liebig-Universität Gießen und 1.000 Moskauer Studierenden zu deren Einstellungen, politischen Meinungen, Wünschen und

Ängsten. Das zentrale Ergebnis dieser Untersuchung – die noch vor dem Ende des Kalten Krieges, noch vor der Maueröffnung stattfand – ergab, dass junge Russen und Deutsche sich psychologisch viel näher sind und viel weniger Vorurteile über den jeweils anderen haben, als die offizielle Politik vermuten lässt. Die Ergebnisse publizierte Richter 1990 in *„Russen und Deutsche. Alte Feindbilder weichen neuen Hoffnungen“*. Wieder tauchte das Wort Hoffnung in einem seiner Buchtitel auf.

### „Erinnern hilft Vorbeugen“

(H-JW) Die erinnernde Bearbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit stellt das zentrale Motiv für Richters politisches Engagement dar. Schon mit *„Eltern, Kind und Neurose“* hatte Richter ein theoretisches Konzept formuliert, mit dem die unbewussten Verstrickungen der Generationen, die transgenerationale Weitergabe von Traumata und von unbewussten Konflikten, psychoanalytisch verstanden werden konnte. Der Begriff der transgenerationalen Weitergabe von Traumata sollte erst viele Jahre später von der Holocaustforschung geprägt werden, aber die zugrundeliegende Psycho- und Beziehungsdynamik wurde von Richter bereits Anfang der 1960er-Jahre konzeptuell begriffen. Er selbst und andere Autoren haben diese Koinzidenz rückblickend auch so gesehen. Bemerkenswert ist allerdings, dass auch Richter seinerzeit die übergreifende historisch-politische Bedeutung seines Eltern-Kind-Konzeptes nicht klar war. Der Holocaust und die anderen Verbrechen des Nationalsozialismus waren noch so abgespalten vom allgemeinen Bewusstsein, dass sie nicht thematisierbar waren. In *„Patient Familie“* drängt sich die latente Bedrohung durch das verleugnete Thema Nationalsozialismus noch eindringlicher auf, ohne dass es zu einer bewussten Thematisierung gekommen wäre. Die massenhafte Verbreitung angstneurotischer Familienstrukturen, die Richter für die 1950er- und 1960er-Jahre konstatiert, lässt sich nach Überlegungen von Tilman Moser (1995) auf die „Schweigegebote“ über die „Schrecken der Vergangenheit“ zurückführen. Um sich nicht mit der nationalsozialistischen Vergangenheit konfron-

tieren zu müssen, klammerten sich viele Familien *„mit Hilfe von Vermeidungs- und Verleugnungstaktiken an die Illusion einer friedlichen, guten, geordneten Welt“* (Richter, 1970) und organisierten ihr familiäres Zusammenleben nach dem Vorbild eines harmonischen und konfliktfreien Sanatoriums. Für das Verhältnis der Eltern zu ihren Kindern hatte dies zur Folge, dass diese ängstlich überbehütet und phobisch gebunden wurden. Die Jugend- und Protestbewegung der 1960er-Jahre kann unter anderem auch als ein Aufstand gegen diese überfürsorgliche und als einengend empfundene Bevormundung sowie als erste emotional bedeutsame Thematisierung der verleugneten deutschen Vergangenheit verstanden werden.

Erst im Zusammenhang mit der Nachrüstungsdebatte und dem erneuten Wettrüsten zwischen der NATO und dem Warschauer Pakt Anfang der 1980er-Jahre kommen Richter die Erinnerungen an die Grausamkeiten des Zweiten Weltkrieges, seine eigenen Kriegserlebnisse und die Unmenschlichkeit des Nationalsozialismus zu vollem Bewusstsein. Richter prägt das Motto *„Erinnern hilft Vorbeugen“*, unter das die bundesdeutsche Sektion der IPPNW ihre Kampagne von 1985 stellte, mit der sie die öffentliche Diskussion und Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit zu einem zentralen Anliegen ihres Kampfes für die Beendigung des Wettrüstens machte. Dem liegt der Gedanke zugrunde, die Beschäftigung mit den Verbrechen des Nationalsozialismus könne unsere Wahrnehmung für die psychischen und sozialen Umstände sensibilisieren, die die „psychische Krankheit Friedlosigkeit“ (eine Formulierung, die Richter von Carl Friedrich von Weizsäcker, 1967, übernahm) bedingen. Unsere Friedensfähigkeit heute – so lautet Richters Überlegung – hänge entscheidend von der Bereitschaft ab, zu erinnern und im Gedächtnis zu bewahren, welche Verbrechen von den Deutschen an den Juden und an den Nachbarvölkern begangen wurden, so wie umgekehrt das aktive Eintreten für die Überwindung der Konfrontation zwischen den Militärblöcken und die Beschäftigung mit den psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen des paranoiden Freund-Feind-Denkens nahezu

zwangsläufig dazu führe, dass man sich mit der nationalsozialistischen Vergangenheit auseinanderzusetzen beginne. Insofern knüpft Richter an die berühmte Zeitdiagnose Alexander und Margarete Mitscherlichs von der *„Unfähigkeit zu trauern“* (1967) an, wendet diese aber in ein sozialtherapeutisches Konzept, das originär psychoanalytischen Erfahrungen folgt: Die erinnernde Bearbeitung der traumatischen Vergangenheit befreit auch auf der kollektiven Ebene von dem Zwang, die alten Traumata zu wiederholen, und eröffnet neue Denk- und Handlungsräume.

### Von der Psychoanalyse zur Sozialphilosophie

(H-JW) Richter hat in den letzten Jahren seine theoretischen Interessen, seine praktischen Forschungen und die Versuche der praktisch-therapeutisch-politischen Beeinflussung vom Individuum auf die Zweierbeziehung, von dort auf die Familie, von der Familie auf die Gruppe, von der Gruppe auf den Stadtteil und die regionalen psychosozialen Versorgungssysteme ausgeweitet, um bei sozialen Bewegungen, politischen Entscheidungsträgern (*„Die hohe Kunst der Korruption“*), der Interaktion zwischen Völkern (*„Russen und Deutsche“*) und schließlich bei philosophischen Betrachtungen (*„Der Gotteskomplex“*) anzukommen. *„Der Gotteskomplex“* (1979) ist sein psychoanalytisch-sozialphilosophisches Hauptwerk, in dem er, auf *„Eltern, Kind und Neurose“* aufbauend, an Sigmund Freuds Begriff des „Prothesengottes“ aus dem *„Unbehagen in der Kultur“* (1933) anknüpfend, sein Verständnis des Grundproblems des modernen Menschen entwickelt. Richters weit ausholende These setzt beim Übergang aus der religiösen Geborgenheit des Mittelalters in die aufgeklärte Neuzeit an. Nach dem Verlust der mittelalterlichen Gotteskindschaft floh der Mensch in die Identifizierung mit göttlicher Allmacht und Allwissenheit. Der Glaube an Gott wurde durch den Glauben an die Allmacht des Menschen ersetzt. *„Die grandiose Selbstgewissheit des Ich ist an die Stelle der Geborgenheit in der großen idealisierten Elternfigur getreten. Das individuelle Ich wird zum Abbild Gottes.“* (Richter, *„Der Gotteskomplex“*, 1971) Der

Versuch, die Schattenseiten des Lebens – Alter, Krankheit, Gebrechlichkeit, Schwäche, Ohnmacht und schließlich der Tod – durch die übertriebene Betonung der entgegengesetzten Eigenschaften – Jugendlichkeit, Gesundheit, Fitness, Stärke, Macht und Todesverachtung – zu verleugnen, bezeichnet Richter als „Krankheit, nicht leiden zu können“. Wer aber nicht leiden will, der muss hassen und sucht sich dafür Sündenböcke, auf die er die eigenen verleugneten schwachen Seiten projizieren kann, so lautet seine psychoanalytisch fundierte Schlussfolgerung.

## Richter als Botschafter der Psychoanalyse

(H-JW) Es bedurfte eines großen Mutes und starker Selbstgewissheit, um mit der sozialen Isolationsdrohung und Ächtung fertig zu werden, die Richter aus der Professoren-Kollegenschaft der Ärzte, auch von seinen Psychoanalytiker-Kollegen, oft entgegenschlugen. Indem er sich beharrlich der Auseinandersetzung mit dieser Kollegenschaft stellte, gewann er die Kraft, sich von den Zwängen und Denkverboten, die die verschiedenen Rollen mit sich bringen, zu distanzieren. Dabei war er ein Neuerer des psychoanalytischen Denkens, der den Kontakt mit der Psychoanalyse nicht abbrach, der keine eigene, mehr oder weniger sektiererische Schule gründete, wie es in der Geschichte der Psychoanalyse häufig geschehen ist. Vielmehr flossen seine Gedanken in den Strom der psychoanalytischen Diskussion ein. Bezeichnend ist, dass er nach seiner Emeritierung in Gießen von 1992 bis 2002 die Leitung des unmittelbar von der Schließung bedrohten Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt übernahm und diesem eine Zukunft sicherte.

Richter wirkte in der Öffentlichkeit als ein Botschafter der Psychoanalyse, der dazu beitrug, dass psychoanalytische Argumente in der Öffentlichkeit Gehör finden. Mit seinen Publikationen, die sich an eine breite Leserschaft richten, betrieb er eine Art „psychoanalytische Volksaufklärung“, wie sie in den Anfängen der psychoanalytischen Bewegung zum Selbstverständnis vieler Psychoanalytiker gehörte. Unzählige

Menschen sind durch ihn darauf aufmerksam gemacht worden, dass es psychotherapeutische Hilfe für ihre seelischen Probleme gibt. Auch die psychoanalytisch-psychotherapeutische Gemeinschaft wäre ohne den „politischen Psychoanalytiker“ Richter ärmer: Seine Bücher und Ideen haben unsere Sensibilität für die Bedeutung sozialer und politischer Probleme bei der Bewältigung unbewusster Konflikte geschärft und zugleich deutlich gemacht, dass Psychotherapie nie in einem gesellschaftsfreien Raum existiert. Zugleich ermutigte und motivierte sein konstruktives politisches Engagement viele Menschen – außerhalb und innerhalb der Psychoanalyse –, Initiative zu ergreifen, um sich in gesellschaftliche Konflikte einzumischen.

(JH) Richters großangelegte Versuche, zum Gelingen einer besseren Welt beizutragen, wurden von seinem unmittelbaren Kollegenkreis mit Skepsis und sogar Missachtung betrachtet. Als ich Anfang der 1980er-Jahre in die Leitungsgremien der psychoanalytischen Fach- und berufspolitischen Vereinigungen gewählt wurde und damit für das Gießener Institut Positionen übernahm, die Richter vorher inne gehabt hatte, war ich oft verblüfft und erschüttert über die Heftigkeit der Urteile über ihn bei oft geringer oder fehlender Kenntnis seiner Arbeiten. Meist wurden seine Publikationen als fachlich belanglos und nicht psychoanalytisch abgetan. So schien Richters Einschätzung zutreffend zu sein, der Weg in und durch die Institutionen mache aus jedem – auch dem noch so fortschrittlich Engagierten – einen Funktionär des Apparates. Aber dass das für Richter zwingend so erscheinen musste, lag einerseits mit daran, dass sein Charisma glühende Anhänger und erbitterte Gegner produzierte. Andererseits hing es wohl auch damit zusammen, dass er in anderem Ausmaß die Gewalt von Institutionen kennenlernen musste, als das bei den Nachkommenden der Fall war.

## Richter als ein „Wegbereiter“ der neuen psychotherapeutischen Berufe

(JH) Der von Richter inspirierte Geist sozialer Verpflichtung der Psychotherapie hatte

nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes auch auf die Entwicklung der beiden neuen Berufsgruppen, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, einen wesentlichen, wenn auch indirekten Einfluss. Die in seinem Institut psychoanalytisch und psychotherapeutisch ausgebildeten Psychologinnen und Psychologen traten selbstbewusst auf, auch wenn sie keinen eigenständigen Zugang zur Heilkunde hatten. Die legalen Unterschiede galten in der Praxis als lästige Relikte, die nicht mehr zeitgemäß waren und denen nur formal Genüge getan werden musste. Dieses Verständnis bezog sich auf alle Bereiche psychotherapeutischen Handelns, auf die unterschiedlichen Arbeitsweisen in Institutionen und der ambulanten Praxis. Die juristische Anerkennung durch eine neue eigenständige Approbation war nur ein überfälliger Schritt, der eine längst etablierte Praxis sanktionierte. Auch das Mitbedenken sozialer Einflüsse bei der Feststellung und Behandlung seelischer Erkrankungen war eine kollegial geteilte Selbstverständlichkeit. Aus diesen Gründen lag es nahe, dass die berufliche Ausgestaltung der beiden neuen Berufe und ihrer institutionellen Vertretung – der Kammer – dem Ideal einer sozialengagierten und kulturkritischen psychotherapeutischen Tradition folgten (vgl. „Das Geisenheimer Manifest“ der Hessischen Psychotherapeutenkammer).

## Horst-Eberhard Richter als Charismatiker

(H-JW) Wie gelang es Horst-Eberhard Richter über einen Zeitraum von fast 50 Jahren beständig und einflussreich in der öffentlichen Diskussion mit so belastenden Themen wie Randgruppen, Vorurteilen und Krieg präsent zu bleiben? Dies hängt mit einer Eigenschaft zusammen, die Max Weber als Charisma bezeichnet. Die charismatische Persönlichkeit wird von einer besonderen Aura umgeben, die auf andere motivierend und faszinierend wirkt. Charismatische Persönlichkeiten haben die Vision einer besseren Zukunft, verfügen über Selbstvertrauen, Entschlossenheit und Ausdauer, sie besitzen eine außergewöhnliche Bereit-



schaft zum Risiko und scheuen keine persönlichen Wagnisse. Sie leben ihre Vision vor, fungieren als Sprachrohr der Gemeinschaft und sind anregende Kommunikatoren, die ihre Botschaften einfallsreich und emotional ansprechend vermitteln. Richter verkörpert wie kaum ein Zweiter den Glauben und die Hoffnung auf eine bessere, friedlichere und gerechtere Welt, auch wenn er diese Utopie häufig in Fragen kleidete: „Sind wir zum Frieden fähig?“, „Ist eine andere Welt möglich?“ – Richter wurde deshalb häufig als „Gutmensch“ belächelt. Das hat ihn geärgert und gekränkt, aber er hat diese Bezeichnung auch als Auszeichnung verstanden und sich in der Rolle des „Mahners“, des „Gutmenschen“, des „Gewissens der Nation“, gar des „Psychotherapeuten der Nation“ (Johannes Rau) wohlgeföhlt.

(JH) Richter hat seine psychoanalytische Grundauffassung gerne eine sozialanalytische Anthropologie genannt, die dem Ethos des Heilens im weitesten Sinne verpflichtet ist. Das hieß für ihn, Patient der psychotherapeutischen Bemühungen ist nie nur das einzelne Individuum mit seinen unmittelbaren Bezugspersonen wie Familie und Gruppe, sondern die gesamte von Menschen gemachte und zu verantwortende Mit- und Umwelt. Deswegen berühren sich in seiner Auffassung Psychotherapie und verantwortliche Politik, in beiden geht es um den Erhalt des Lebens und wenn möglich um das Schaffen von Verhältnissen, die ein gutes Leben möglich machen. So stand Richter in der ältesten und ehrwürdigsten Tradition philosophisch-therapeutischer Anstrengungen.

**Prof. Dr. Dipl.-Psych.  
Hans-Jürgen Wirth**

Psychologischer Psychotherapeut,  
Psychoanalytiker, Verleger des Psychosozial-Verlags  
Walltorstr. 10  
35390 Gießen  
hjw@psychosozial-verlag.de

**Dipl.-Psych. Jürgen Hardt**

Psychologischer Psychotherapeut,  
Psychoanalytiker  
Mitglied des Redaktionsbeirats des  
Psychotherapeutenjournals  
juergenhardt@t-online.de

**Wichtigste  
Veröffentlichungen**

**Eltern, Kind und Neurose.** Stuttgart 1963 (Klett). Taschenbuchausgabe: Reinbek 1963 (Rowohlt).

**Herzneurose.** (Zusammen mit Dieter Beckmann) Stuttgart 1969 (Thieme). Neuauflage: Gießen 2004 (Psychosozial-Verlag).

**Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie.** Reinbek 1970 (Rowohlt). Neuauflage: Gießen 2007 (Psychosozial-Verlag).

**Der Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik.** (Zusammen mit Dieter Beckmann), Bern 1972 (Huber). 4., überarbeitete Neuauflage zusammen mit Dieter Beckmann und Elmar Brähler: Bern 1991 (Huber).

**Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Psychoanalyse in Kooperation mit Gruppeninitiativen.** Reinbek 1972 (Rowohlt). Neuauflage: Gießen 1998 (Psychosozial-Verlag).

**Lernziel Solidarität.** Reinbek 1974 (Rowohlt). Neuauflage: Gießen 1998 (Psychosozial-Verlag).

**Flüchten oder Standhalten.** Reinbek 1976 (Rowohlt). Neuauflage: Gießen 1996 (Psychosozial-Verlag).

**Engagierte Analysen.** Reinbek 1978 (Rowohlt). Neuauflage: Gießen 1995 (Psychosozial-Verlag).

**Der Gotteskomplex.** Reinbek 1979 (Rowohlt). Neuauflage: Gießen 2005 (Psychosozial-Verlag).

**Wer nicht leiden will muss hassen.** Hamburg 1993 (Hoffmann und Campe). Neuauflage: Gießen 2007 (Psychosozial-Verlag).

**Die Chance des Gewissens.** Erinnerungen und Assoziationen. Hamburg 1986 (Hoffmann & Campe). Neuauflage: Gießen 2002 (Psychosozial-Verlag).

**Umgang mit Angst.** Hamburg 2000 (Hoffmann & Campe). Neuauflage: Gießen 2008 (Psychosozial-Verlag).

**Russen und Deutsche. Alte Feindbilder weichen neuen Hoffnungen.** Hamburg 1990 (Hoffmann & Campe).

**Kultur des Friedens.** Gießen 2001 (Psychosozial-Verlag).

**Ist eine andere Welt möglich? Für eine solidarische Globalisierung.** Köln 2003 (Kiepenheuer & Witsch). Neuauflage: Gießen 2005 (Psychosozial-Verlag).

**Die Krise der Männlichkeit in der unerwachsenen Gesellschaft.** Gießen 2006 (Psychosozial-Verlag).

**Die seelische Krankheit Friedlosigkeit ist heilbar.** Gießen 2008 (Psychosozial-Verlag).

**Moral in Zeiten der Krise.** Berlin 2010 (Suhrkamp).

**Ehrungen und  
Auszeichnungen**

**1970:** Forschungspreis der Schweizer Gesellschaft für Psychosomatische Medizin

**1980:** Theodor-Heuss-Preis für seine maßgebliche Beteiligung an der Reform der deutschen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie

**1990:** „Bornheimer“ als pädagogischer Ehrenpreis der Stadt Bornheim (Rheinland)

**1993:** Urania-Medaille für „herausragende Wissenschaftler“

**2000:** Der Jüdische Nationalfonds pflanzt ihm für sein Lebenswerk zehn Bäume in Israel

**2001:** Deutscher Fairness Preis

**2002:** Goetheplakette der Stadt Frankfurt am Main für seine „konsequent pazifistische Grundhaltung“

**2003:** Gandhi-Luther King-Ikeda Award des Morehouse College, Atlanta, USA

**2007:** Ehrenmedaille des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen in Würdigung seines Lebenswerkes

**2007:** Ehrenbürgerschaft der Universitätsstadt Gießen

**2008:** Paracelsus-Medaille für herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft

**2010:** Marburger Leuchtfleur für soziale Bürgerrechte

# Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Österreich

Kerstin Dittrich

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

**Zusammenfassung:** Obwohl Österreich europaweit Vorreiter bei der Etablierung von Psychotherapie war und bereits 1991 gesetzliche Ausbildungsstandards festgeschrieben wurden, fordern österreichische Psychotherapeuten<sup>1</sup> seit Langem wesentliche Gesetzesänderungen ein. Keine Einigkeit besteht jedoch in Hinsicht auf zentrale Forderungen, da die österreichische Psychotherapeutenchaft gespalten ist zwischen den Vertreterinnen einer heilkundlichen akademischen Psychotherapie und denjenigen, die in der Psychotherapie eine unabhängige, nicht zwingend akademische Dienstleistung auch außerhalb der Heilkunde sehen. Parallel existiert eine gesonderte Rechtsstellung für Klinische Psychologinnen und Gesundheitspsychologen. Eine dauerhafte Baustelle ist auch die Finanzierung von Psychotherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Österreich hat bekanntermaßen eine reiche psychotherapeutische Tradition. Das Wirken von Sigmund Freud und seiner Schüler, Nachfolgerinnen und Kontrahenten im Wien des frühen 20. Jahrhunderts gilt vielfach als Beginn der modernen Psychotherapie. Mit der Gründung der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung 1908 begann auch ihre Institutionalisierung. Auch wenn die psychotherapeutische Blütezeit in Österreich durch die politische Verfolgung und Emigration vieler Psychoanalytikerinnen vorläufig endete, kann es durchaus als Fortsetzung dieser Tradition gelten, dass Österreich als erstes europäisches Land ein eigenes Psychotherapiegesetz erließ.<sup>2</sup>

So traten schon zum Jahresbeginn 1991 zwei Gesetze in Kraft, die einerseits Psychotherapie und andererseits Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie regelten: Ähnlich wie einige Jahre später im deutschen Psychotherapeutengesetz, wurde im österreichischen Psychotherapiegesetz beschrieben, was unter Psychotherapie zu verstehen ist; es wurden Ausbildungsvor-

aussetzungen und -inhalte festgelegt, die Berufsbezeichnung geschützt und Berufspflichten festgelegt. Darüber hinaus bestehen jedoch einige wesentliche Unterschiede zum deutschen Psychotherapeutenge-

setz. Der zentrale Unterschied besteht dabei in der Verortung von Psychotherapie innerhalb des kurativ ausgerichteten Gesundheitssystems. In Deutschland ist dies weitestgehend erfolgt; in Österreich entschied man sich dagegen. Natürlich ist Psychotherapie auch in Österreich in erster Linie eine Methode zur Krankenbehandlung; darüber hinaus ist aber auch die Tradition stark, Psychotherapie als Mittel zur Erreichung „wei-

1 Anmerkung der Verfasserin: Um die Lesbarkeit dieses Textes zu vereinfachen, wurden im Wechsel die männliche oder die weibliche Personenbezeichnung verwendet. Gemeint sind stets beide Geschlechter.

2 In Schweden, Italien und in einigen Schweizer Kantonen gab es zuvor schon gesetzliche Regelungen von Psychotherapie, allerdings nicht durch eigene Gesetze.

## Auf einen Blick – Psychotherapie in Österreich



Bevölkerung	ca. 8.400.000
Anzahl Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ca. 6710 registriert beim Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
gesetzliche Regelung von Psychotherapie	ja, seit 1991
Titelschutz	ja, seit 1991
Zugangsvoraussetzungen zu Ausbildung	festgelegte Anzahl von Zugangsberufen (akademisch und nichtakademisch) sowie Möglichkeit der Zulassung aufgrund besonderer persönlicher Eignung
Ausbildung	zweistufig, verfahrensspezifisch, insgesamt 3.215 Stunden
zugelassene Verfahren	21 Therapieschulen, die den vier Orientierungen psychodynamisch, humanistisch-existentiell, systemisch und verhaltenstherapeutisch zugeordnet werden können

cherer“ Ziele wie Persönlichkeitsentwicklung und Erhöhung der Lebensqualität zu verstehen. Dies spiegelt sich in vielen der im Folgenden angesprochenen Punkte wieder.

## Zur Geschichte von Psychotherapie- und Psychologengesetz

Das Psychotherapiegesetz und auch das zeitgleich in Kraft getretene Psychologengesetz wurden nötig, nachdem in den 1980er-Jahren in Österreich das gesellschaftliche Interesse an Psychologie und Psychotherapie wuchs – und damit die Anzahl der Menschen, die psychosoziale Dienstleistungen in Anspruch nehmen wollten. In der Folge entwickelte sich eine vielfältige und außerhalb des ärztlichen Bereiches völlig unreglementierte Szene, in der Psychotherapie, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsweisen gelehrt, gelernt und angewendet wurden – für Hilfesuchende undurchschaubar, für Anwender riskant: Die gewerbsmäßige Ausübung von Heilkunde durch Personen ohne ärztliche Ausbildung galt nämlich rechtlich<sup>3</sup> als Kurpfuscherei und stand unter Strafe. Nichtärztliche Psychotherapeuten begegneten dieser Rechtsunsicherheit häufig, indem sie ein Gewerbe für „Psychologische Beratung“ anmeldeten. Zwar war in diesem Rahmen keine Heilkunde erlaubt, wurde aber aufgrund der unbefriedigenden Trennschärfe zwischen psychologischen und psychotherapeutischen Tätigkeiten vielfach trotzdem durchgeführt. Ein gesetzlicher Regelungsversuch, mit dem Standards für Lebens- und Sozialberatung geschaffen wurden (allerdings auf der Grundlage niedriger Qualifikationen), konnte aber faktisch keine Lösung für die Probleme der Qualitätssicherung und der Transparenz schaffen. Dies wurde 1991 mit dem Psychologen- und dem Psychotherapiegesetz erneut versucht.

Wenngleich beide Gesetze unbestreitbar verlässliche Ausbildungsstandards garantierten und damit mehr Transparenz und ein Mindestmaß an Qualitätssicherung schufen, so bleibt doch problematisch, dass damit zwei unterschiedlich qualifizierte Berufe existieren, zu deren Kerntätigkeit die

klinische Behandlung psychischer Störungen gehört. Dadurch entstanden Widersprüche, die nach wie vor nicht geklärt sind. Klinische Psychologinnen und Gesundheitspsychologen auf der einen Seite sind Akademiker, zu deren Aufgaben „die klinisch-psychologische Diagnostik hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen ...“ sowie „... die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation“<sup>4</sup> gehören. Sie verfügen zusätzlich zu ihrem Studium über ein etwa einjähriges klinisches Praktikum. Von der Kassenfinanzierung sind von Psychologen erbrachte ambulante Leistungen jedoch ausgeschlossen. Anders bei Psychotherapeutinnen. Hier besteht – unabhängig von den ungelösten Finanzierungsfragen, auf die weiter unten noch eingegangen wird – die Möglichkeit, ambulante Patientenbehandlungen mit der Krankenkasse abzurechnen. Obwohl viele Psychotherapeutinnen Psychologie studiert haben oder über eine Doppelqualifikation (Psychotherapie/Klinische Psychologie oder Gesundheitspsychologie) verfügen, sind zumindest die formalen Qualifikationsvoraussetzungen für Psychotherapeutinnen wesentlich niedriger und setzen derzeit nicht einmal die Hochschulreife voraus. Aus psychologischer Sicht ist die diagnostische Kompetenz von Psychotherapeutinnen oft mangelhaft, da die in der Psychotherapieausbildung vermittelten Inhalte nicht ausreichen. Psychotherapeuten auf der anderen Seite vermissen an Psychologen die ausgeprägte Identifikation mit einer Psychotherapieschule und beurteilen die im Rahmen der Qualifikationen zum Klinischen- oder Gesundheitspsychologen absolvierten Selbsterfahrungsanteile als nicht ausreichend.

Diese grundsätzlichen Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen erschweren es, gemeinsame politische Ziele zu verfolgen.

## Das Psychotherapiegesetz

### Anwendungsbereich

Welche Interventionen der Psychotherapie zuzurechnen sind, wird im österreichi-

schen Psychotherapiegesetz weiter gefasst als im deutschen Psychotherapeutengesetz: Zur Psychotherapie gehört demnach, „bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“. Psychotherapie wird hier nicht nur kurativ verstanden, sondern kann auch zur Erreichung entwicklungsbezogener Ziele bei psychisch gesunden Menschen angewandt werden.

### Ausbildung – Zugang

Die auch in Deutschland bekannte und im Rahmen der Diskussion um eine Ausbildungsreform jüngst wieder aufgeflammete Diskussion darüber, wo auf dem Kontinuum zwischen eigenständiger Disziplin und Anwendungswissenschaft der Psychologie Psychotherapie nun einzuordnen sei, wurde in Österreich vorläufig entschieden. Demnach gilt Psychotherapie hier als unabhängiges Fach, das sich zu ähnlichen Teilen aus unterschiedlichen Grundlagenfächern speist und auch nicht grundsätzlich einen akademischen Zugang verlangt. Gerade die Psychoanalyse hat in Österreich eine lange nichtakademische Tradition. Entsprechend wird Psychotherapie in Österreich nicht nur von den klassischen Heilberufen Arzt und Psychologin ausgeübt, sondern von einer sehr viel breiteren Gruppe von Professionen praktiziert:

Zugang zur Psychotherapieausbildung haben in Österreich außer Psychologen und Medizinerinnen auch Absolventen von Studiengängen in Pädagogik, Philosophie, Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, Theologie oder Lehramt für höhere Schulen. Zusätzlich sind auch Sozialarbeiterinnen, Ehe- und Familienberater, Musiktherapeutinnen und Krankenpfleger zugangsberechtigt. Alternativ zu diesen Zugangsvoraussetzungen sieht das Psychotherapiegesetz auch einen weiteren Zulassungsweg vor, der in Österreich als „Genieparagraf“ bekannt ist: Wem vom Psychotherapiebeirat<sup>5</sup> eine besondere per-

3 Österreichisches Strafbuch; § 184.

4 § 3 Absatz (2) Psychologengesetz.

5 Der Psychotherapiebeirat berät gemäß § 20-22 Psychotherapiegesetz das zuständige Ministerium in psychotherapeutischen Angelegenheiten.

sönliche Eignung attestiert wird, der kann zur Ausbildung zugelassen werden, auch ohne die berufsbezogenen Zugangsvoraussetzungen zu erfüllen. Diese Möglichkeit wird von recht vielen Ausbildungswilligen genutzt: Ungefähr ein Viertel aller Propädeutikumskandidatinnen erhält aufgrund einer so attestierten Eignung Zugang zur Psychotherapieausbildung. Ärzte und Psychologinnen stellen gemeinsam ungefähr die Hälfte der Ausbildungskandidatinnen, wobei der ärztliche Anteil sinkt (auf ca. 20% im Jahr 2010) und jener der Psychologinnen steigt.<sup>6</sup>

### **Ausbildung – Struktur und Inhalte**

Insgesamt umfasst die Psychotherapieausbildung 3.215 Stunden, wobei relevante Inhalte aus zuvor absolvierten Ausbildungen angerechnet werden können. Sie besteht aus zwei aufeinander aufbauenden Teilen, die als Propädeutikum (1.315 Stunden) und als Fachspezifikum (1.900 Stunden) bezeichnet werden. Die beiden Ausbildungsteile können an unterschiedlichen Einrichtungen absolviert werden, welche vom Gesundheitsministerium zugelassen werden. Das Propädeutikum, währenddessen Grundlagen der Psychotherapie vermittelt werden, ist nicht verfahrensbezogen und besteht aus 770 Stunden Theorievermittlung sowie aus 550 Stunden Praxis. Die Praxiserfahrung wird an einer Einrichtung des Gesundheits- oder Sozialwesens, die der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung dient, erworben. Psychiatrische Erfahrung ist damit nicht unbedingt gewährleistet. Zum Praxisteil gehören auch Supervision und Selbsterfahrung. Das Fachspezifikum baut auf dem bestandenen Propädeutikum auf. Es wird an verfahrensspezifischen Ausbildungsstätten durchgeführt. Die Ausbildungskandidatinnen müssen sich an den jeweiligen Einrichtungen direkt bewerben. Diese können, zusätzlich zu den gesetzlich vorgegebenen Zugangsvoraussetzungen, eigene Eignungskriterien aufstellen und stehen vor der Aufgabe, einerseits ungeeignete Bewerberinnen auszuschließen, andererseits aber die Ausbildungsinstitute rentabel führen zu müssen.

Nach der Absolvierung der beiden Ausbildungsbestandteile ist noch ein weiterer Schritt nötig, um selbstständig psychothe-

rapeutisch tätig sein zu dürfen: ein Eintrag in die vom Gesundheitsministerium geführte Psychotherapeutenliste. Darüber hinaus gibt es eine Altersgrenze, die eine angemessene Reife der Psychotherapeutinnen wahrscheinlicher machen soll. Während in Deutschland durch den Ausbildungsaufbau und das zuvor zu absolvierende Studium die Approbation nur in Ausnahmefällen vor dem 30. Lebensjahr erworben wird, ermöglichen die nichtakademischen Zugangswege in Österreich zumindest theoretisch den Abschluss der Ausbildung in einem jüngeren Lebensalter. Um die für die Berufsausübung notwendige Reife wahrscheinlicher zu machen, wird daher ein Mindestalter von 24 Jahren für die Aufnahme der Ausbildung und von 28 Jahren für die selbstständige Arbeit als Psychotherapeut verlangt.

### **Ausbildung – Psychotherapieschulen**

Ebenso wie in Deutschland wird in Österreich die Psychotherapieausbildung in einer bestimmten Therapieschule absolviert. Während diese Schulen in Deutschland als „Verfahren“ bezeichnet werden und festgelegten Kriterien<sup>7</sup> genügen müssen, um als solche anerkannt zu werden, ist in Österreich dafür der Begriff der „Psychotherapiemethode“ gängig. Für die Anerkennung einer psychotherapeutischen Behandlungsform als Methode sind in Österreich jedoch nicht dieselben Bedingungen Voraussetzung, die eine Psychotherapiemethode in Deutschland nach den Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen muss. Die Anzahl der zur Ausbildung zugelassenen Therapieschulen ist in Österreich wesentlich höher als in Deutschland; die wissenschaftliche Fundierung der Therapieschulen ist dabei recht unterschiedlich – eine schwierige Situation für Patientinnen, die sich in der Angebotsvielfalt zurechtfinden müssen.

Die aufgeführte Tabelle (siehe S. 27) bietet einen Überblick über alle 22 anerkannten Therapieschulen. Über deren Zulassung zur Psychotherapieausbildung entscheiden Psychotherapiebeirat und Gesundheitsministerium. Dass die Kriterien dabei nicht immer eindeutig sind, zeigt die umstrittene Zulassung der „Neuro-linguistischen Psychotherapie“, einer Weiterent-

wicklung des Neuro-linguistischen Programmierens. Diese wurde 2007 gegen das Votum des Psychotherapiebeirates von der damaligen Gesundheitsministerin durchgesetzt.

### **Finanzierung**

In Österreich ist ein Großteil der Bevölkerung, nämlich Angestellte, Selbstständige, Auszubildende, Rentnerinnen und Empfänger von Transferleistungen gesetzlich pflichtversichert. Ein Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen existiert nicht, da je nach Wohnort und Personengruppe eine Krankenkasse zuständig ist, die durch Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern finanziert wird. Rund ein Drittel der Bevölkerung verfügt über eine private Zusatzversicherung, die zusätzliche Leistungen abdeckt.

Psychotherapie gehört seit 1992 zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings führt dies in der Praxis nicht zur flächendeckenden Kassenfinanzierung von psychotherapeutischen Behandlungen, da trotz langjähriger Verhandlungen der notwendige Kollektivvertrag nicht abgeschlossen werden konnte.

Als inzwischen dauerhafte Zwischenlösung steht in jedem Bundesland ein fixes Kontingent an GKV-finanzierten Behandlungsstunden zur Verfügung. In Wien sind das etwa 125.000 Stunden pro Jahr. Dies entspricht 0,08 Stunden pro gesetzlich versicherter Wienerin. Entsprechend schnell sind diese Stunden aufgebraucht, in der Regel innerhalb der ersten Jahreshälfte. Wer nach Ausschöpfung dieses Kontingents eine Behandlung benötigt, muss diese privat bezahlen und erhält davon einen seit 1992 unveränderten Zuschuss in Höhe von 21,80 € pro Stunde von den Krankenkassen zurückerstattet – bei ärztlichen Psychotherapeuten liegt der Zu-

6 Mückstein, 2010.

7 Sie müssen u. a. über eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten verfügen, aus der Behandlungsstrategien für ein breites Krankheitspektrum abgeleitet werden – siehe die „Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Definition Verfahren, Methode, Technik“ vom 20. Dezember 2007.

Tabelle: Therapieschulen in Österreich

Psychoanalytische Orientierung	Tiefenpsychologische Orientierung	Humanistisch-existenzielle Orientierung	Systemische Orientierung	Verhaltenstherapeutische Orientierung
Analytische Psychologie	Autogene Psychotherapie	Existenzanalyse	Systemische Familientherapie	Verhaltenstherapie
Gruppenpsychoanalyse	Daseinsanalyse	Existenzanalyse und Logotherapie	Neuro-linguistische Psychotherapie (NLPT)	
Individualpsychologie	Dynamische Gruppenpsychotherapie	Gestalttheoretische Psychotherapie		
Psychoanalyse	Hypnosepsychotherapie	Integrative Gestalttherapie		
	Katathym Imaginative Psychotherapie	Integrative Therapie		
	Konzentrierte Bewegungstherapie	Klientenzentrierte Psychotherapie		
	Transaktionsanalytische Psychotherapie	Personenzentrierte Psychotherapie		
Psychodrama				

schuss höher.<sup>8</sup> Die tatsächlichen Behandlungskosten betragen ca. 80,00 € pro Therapiestunde. So werden psychotherapeutische Leistungen tatsächlich über einen Mix aus Kontingenten, privaten Zusatzversicherungen und Privatzahlungen finanziert.

## Fazit und Ausblick

Insgesamt zeigt die derzeitige Lage der Psychotherapie in Österreich, wie groß die Herausforderung ist, einerseits eine politische Lösung zu finden, die der Psychotherapie eine angemessene Rolle im Gesundheitswesen sichert (und damit psychisch Kranken die Verfügbarkeit von adäquaten Behandlungen), und andererseits einen möglichst breiten Konsens innerhalb einer heterogenen Profession herzustellen.

Interessant wird in naher Zukunft die Frage, ob es den Psychologinnen gelingt, ihre Rolle als akademischer Heilberuf im Gesundheitssystem zu stärken, und welche Folgen dies für die Psychotherapeuten-schaft hätte. Nicht zuletzt wird die Akademisierungsdiskussion auch durch die heftig umstrittene Sigmund-Freud-Hochschule angetrieben, die Psychotherapiestudiengänge anbietet, auch wenn diese derzeit nicht zur Anerkennung nach dem Psychotherapiegesetz führen.

## Literatur

Bednar, W., Lanske, P. & Schaffenberger, E. (2004). *Regulation of the professions of psychotherapist, clinical psychologist, health psychologist in the member states of the EEA and the swiss confederation*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Hofmarcher, M. & Rack, H. (2006). *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Mückstein, E. (2010). *Das österreichische Psychotherapiegesetz. Stand und Perspektiven*. Präsentation im Rahmen des OPK-Symposiums „Psychotherapie im Vereinten Europa – Psychotherapeutengesetze, Ausbildungswege und Entwicklungen des Berufsstandes in Polen, Deutschland und Europa“.

Pritz, A. (Hrsg.) (2002). *Globalized Psychotherapy*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Wisgott, N. (2009): *Die Interessenskonflikte bei der Entstehung des österreichischen Psychotherapiegesetzes*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Donau-Universität Krems.

<sup>8</sup> Siehe Hofmarcher & Rack, 2006.



Dipl.-Psych. Kerstin Dittrich

Wissenschaftliche Referentin  
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer  
Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
kerstin.dittrich@opk-info.de

# Ethische und rechtliche Aspekte psychotherapeutischer Expertise in den Medien

## Interview mit Gertraud Schlesinger-Kipp, Dr. Gebhard Allert und Prof. Lorenz Böllinger

Ulrich Wirth

Mitglied des Redaktionsbeirates, Hamburg

Ob es um psychisch erkrankte Sportler oder bekannte Persönlichkeiten, um Opfer oder Verursacher von Katastrophen oder Gewalttaten geht, um Depression, Suizid, „Burn-out“, Drogenmissbrauch, um körperliche oder sexuelle Gewalt oder Missbrauch: Psychotherapeutische Expertise wird in den Medien inzwischen häufiger, wohl mit steigender Tendenz, bei diesen Themen eingebracht oder erwartet. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die darauf eingehen, sind dabei meist in besonderer Weise gefordert, ethische, rechtliche und konzeptionelle Aspekte zu berücksichtigen. Wo sich Berufsrecht und Strafrecht verschränken, hat dies schon wiederholt zu Fragen, Unsicherheiten und Kontroversen geführt. Dabei verdichtete sich der Eindruck, dass es auch aus juristischer Sicht keine allseits oder höchstrichterlich abgesicherte Wahrheit gibt, die die Psychotherapeutenschaft davon entbinden könnte, aus ihrer fachlichen Sicht fundierte Positionen zu entwickeln. Das Psychotherapeutenjournal möchte mit dem folgenden Interview eine solche Entwicklung fördern. Ulrich Wirth, Mitglied im Redaktionsbeirat, hat sich dazu mit Gertraud Schlesinger-Kipp, Dr. Gebhard Allert und Prof. Lorenz Böllinger, die psychotherapeutisch tätig sind und über diese Thematik gearbeitet haben, unterhalten und ihre Position erfragt.

### **Wie sind Sie dazu gekommen, sich mit Fragen der Ethik im Umgang bei Äußerungen über psychotherapeutische Patientinnen in der Öffentlichkeit näher zu beschäftigen?**

**Lorenz Böllinger (L. B.):** Ich arbeite in meinem Zweitberuf als approbierter Psychotherapeut hin und wieder mit Straftätern und bin manchmal mit deren Leid als öffentlich Stigmatisierte konfrontiert. Da ich in meinem Erstberuf als Strafrechtler und Kriminologe öfter von Medien als Experte befragt werde, muss ich dann die Gratwanderung zwischen Vermittlung allgemeinen Wissens zu derartigen Fällen einerseits und Persönlichkeitsschutz andererseits leisten. Außerdem habe ich an einem internationalen psychoanalytischen Gutachten über Vertraulichkeit bzw. Verschwiegenheitspflicht in der Psychotherapie (1) mitgearbeitet. Im Übrigen bin ich

als Leiter des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses der Psychotherapeutenkammer Bremen für eventuelle Beschwerden zuständig, bin aber mit einer entsprechenden Problematik hier noch nicht befasst gewesen.

**Gebhard Allert (G. A.):** Mich hatte sehr nachdenklich gestimmt, wie in letzter Zeit anlässlich aktueller Missbrauchs- und Gewaltfälle oft sehr voyeuristisch über Betroffene berichtet wurde und über deren Befindlichkeiten, Persönlichkeitsmerkmale und Motive intensiv spekuliert wurde. Im Hinblick auf Berichte über sexuellen Missbrauch, Amoklauf, Suizid oder ganz aktuell über Burn-out, gab es – neben sehr guten und professionellen Kommentaren – auch Reportagen und Interviews, die ein sehr ungutes Gefühl und oft auch Ärger in mir mobilisiert haben, weil dabei die Privat-

sphäre und die persönliche Integrität der Betroffenen offenkundig missachtet und übergangen wurden. Veränderungen in unserer Gesellschaft – wie eben auch in der Medienlandschaft – haben offensichtlich zu einem deutlich verstärkten Interesse an Erklärungen und Ausdeutungen von extremem und abweichendem menschlichen Verhalten geführt. Dies betrifft uns auch in unserem professionellen Selbstverständnis zentral.

Konkreter Anlass war für mich ein Vortrag von Herrn Prof. Dr. Jan Philipp Reemtsma, in dem er eindrücklich die Frage stellte, ob man für Gewaltopfer von der Öffentlichkeit Abstinenz fordern kann (2). Er beantwortete dies im Hinblick auf die Medien mit einem klaren „Ja“ und forderte unsere Fachgesellschaft dazu auf, ein entsprechendes Gutachten zu verfassen. Er erinnerte dabei an einen Aufruf der American Analytical Association von 2008, in dem diese eindrücklich forderte: „Media, stop trying to analyze Spears!“ (3). Im Hinblick auf den Medienhype um den Popstar Britney Spears wurde dabei nachhaltig dazu aufgefordert, dass öffentliche Äußerungen zu medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnosen und Befunden zu unterlassen sind und dass der Schutz der Persönlichkeitsrechte eindeutig Vorrang hat. Zusammen mit einigen Kolleginnen und Kollegen habe ich daraufhin eine ausführliche Stellungnahme erarbeitet, in der ich mich intensiv mit Fragen der Ethik öffentlicher Äußerungen über Opfer und Täter beschäftigt habe (4).

**Gertraud Schlesinger-Kipp (G. S.-K.):** Wie Gebhard Allert hat mich der Vortrag von Herrn Reemtsma auf dieses Thema aufmerksam gemacht. Ich wurde auch z. B. sehr nachdenklich, als sich der Psychotherapeut von Robert Enke, dem Fußballtorwart, der sich 2009 das Leben nahm, in der Pressekonferenz mit Frau Enke über die Psychotherapie äußerte. Obwohl auch gute Zeitungsartikel über diesen Suizid geschrieben wurden und dies ganz wichtig wurde für die Akzeptanz psychischer Erkrankungen und für die Notwendigkeit von Psychotherapie in der Gesellschaft, fragte ich mich dennoch, ob ich als Psychotherapeutin ähnlich gehandelt hätte, zumal Enke ja offensichtlich vor allem über das eventuelle Bekanntwerden seiner Psychotherapie und ihres Anlasses, nämlich seiner Depressionen, verzweifelt war. Ich hatte den Eindruck, dass wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten uns bisher zu wenig Gedanken zu diesem Thema gemacht haben.

**Welche gesetzlichen Aspekte haben Psychotherapeutinnen zu beachten, wenn sie sich öffentlich äußern?**

**L. B.:** Zu unterscheiden sind verschiedene Konstellationen: Zum einen können sachverständige Äußerungen über aktuell oder vormalig behandelte Patienten nachgefragt werden oder solche über Patienten, die man nicht selbst behandelt. Zum anderen können Psychotherapeuten als Sachverständige oder „Sachverständige Zeugen“ vor Gericht geladen werden, um dort entweder über aktuelle bzw. frühere Patienten oder über von ihnen nicht behandelte Probanden Aussagen zu machen.

Die Berufsordnungen für Psychotherapeuten (z. B. § 27 Abs. 4 Muster-Berufsordnung der BPTK) geben vor, dass Gutachtenaufträge betreffend eigene Patienten „in der Regel“ abgelehnt werden müssen. Auch das Abstinenzgebot kann dadurch verletzt werden (z. B. § 6). Bei Anfragen betreffend eigene Patienten – z. B. durch Presse oder Fernsehen – herrscht grundsätzlich absolute Verschwiegenheitspflicht. Das heißt, die Tatsache, dass ein Patient sich in Psychotherapie befindet, darf ebenso wenig öffentlich berichtet werden wie irgendwelche Inhalte aus dem Therapie-

verlauf. Dies ergibt sich, abgesehen von der Berufsordnung und den durch Rechtsauslegung definierten Kunstregeln und Ethik-Richtlinien der Berufsorganisationen, aus dem durch § 203 StGB geregelten Geheimnisschutz. Dasselbe gilt natürlich für auf Patienten bezogene Äußerungen im Rahmen von Forschungsveröffentlichungen (§ 28 MBO-BPTK).

Probleme entstehen zum einen dadurch, dass ein Behandler von einem Gericht als Sachverständiger oder Zeuge bestellt wird. Dann ist er auch ohne Schweigepflichtentbindung seitens des Patienten nicht nur gesetzlich befugt, sondern auch verpflichtet, dem Gericht umfassend und wahrheitsgemäß auch über Höchstpersönliches des Patienten Auskunft zu geben. Durch die grundsätzliche Öffentlichkeit des Verfahrens hat dann, wenn nicht die Öffentlichkeit zum Schutz des Betroffenen ausgeschlossen werden kann, auch die Presse Zugang. Allerdings muss der entsprechende Beweisbeschluss und Gutachtenauftrag auf bestimmte Rechtsfragen zugespielt sein, z. B. auf „Voraussetzungen der Schuldfähigkeit“ oder „Prognose der Gefährlichkeit“. Das Gutachten ist auf für diese Rechtsfragen relevante, sogenannte Anknüpfungstatsachen zu beschränken, muss also nicht uferlos in alle Details einer Lebensgeschichte eintauchen.

Ein anderes Problem entsteht dadurch, dass Patienten, veranlasst durch Rechtsanwälte oder andere Instanzen, ihrem Psychotherapeuten zuweilen Schweigepflichtentbindungen erteilen und ihn als Zeugen laden lassen bzw. direkt präsentieren, ohne dass diesbezüglich vom Gericht ein förmlicher Sachverständigenbeweisbeschluss ergeht. Sie tun das z. B., weil sie sich vom Behandler eine für sie positive Aussage versprechen. Solche Patienten können in der Regel selbst nicht beurteilen, dass ihnen das schaden kann. In solchen Fällen sollte der Psychotherapeut vorab versuchen, der auch in der Berufsordnung statuierten allgemeinen Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht (z. B. §§ 3 u. 5 MBO-BPTK) folgend, dem Patienten abzuraten, ihn von der Schweigepflicht zu entbinden. Äußerstes Mittel könnte in beiden Konstellationen sein, die Aussage mit dem Argument ganz oder teilweise zu verwei-

gern, dass man sonst den Patienten schädigen und sich theoretisch wegen Verletzung der Kunstregeln sogar strafbar machen könnte. Geeigneter wäre es in solchen Fällen, die entsprechende Instanz in einem Gespräch aufzuklären und zu einer aus psychotherapeutischer Sicht für den Patienten gerade noch verträglichen Lösung zu kommen. Was in diesem Sinne noch verträglich sein kann, muss der Abwägung im Einzelfall überlassen bleiben. Jedenfalls muss sich der Psychotherapeut an die durch die Schweigepflichtentbindung eventuell gesetzten Grenzen halten. Ein entsprechendes Abwägungsgebot enthält auch die Berufsordnung (z. B. § 27 Abs. 4 MBO-BPTK).

Bei Patienten bzw. augenscheinlich psychisch gestörten Menschen, die man nicht selbst behandelt, kann man sich aufgrund allgemein zugänglicher Tatsachen gegenüber der Presse oder der Justiz grundsätzlich sachverständig äußern. Die Berufsordnung für Psychotherapeuten gibt insofern lediglich generalklauselhafte Sorgfaltspflichten vor (z. B. §§ 3 u. 5 MBO-BPTK). In rechtlicher Hinsicht kann eine konkrete Aussage oder eine Art Ferndiagnose über einen Menschen, zu dessen Persönlichkeit oder Handlung man befragt wird, jedoch durchaus dessen Persönlichkeitsrecht verletzen. Sie kann entwertend bis beleidigend erlebt werden oder als Rufschädigung durch üble Nachrede und Stigmatisierung auch objektive Folgen haben. Deshalb ist grundsätzlich zu empfehlen, sich zurückhaltend, in abstrahierter, wissenschaftlicher Form zu äußern und klarzustellen, dass psychopathologische Ferndiagnosen kunstfehlerhaft wären.

**Nochmal zurück: Das heißt, dass sich eine Psychotherapeutin strafbar macht, wenn sie z. B. bereits am Telefon davon spricht, dass jemand bei ihr in Psychotherapie ist. Welche Rechte haben Patientinnen dabei?**

**L. B.:** Hinsichtlich eigener Patienten zu beachten ist vor allem die Strafbarkeit der „Verletzung des Privatgeheimnisses“, also der Verschwiegenheitspflicht: § 203 StGB; Abs. 1 betrifft Angehörige von Heilberufen, Abs. 2 Psychologische Psychotherapeuten. Es drohen Freiheitsstrafen bis zu einem

Jahr oder Geldstrafen. In Betracht kommt aber auch eine zivilrechtliche Haftung aus Unerlaubter Handlung, das wäre § 823 Abs. 1 BGB wegen Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, eines anerkannten Grundrechts, oder § 823 Abs. 2 BGB wegen Verstoß gegen § 203 Abs. 1 oder 2 StGB. Im zwar unwahrscheinlichen, aber denkbaren Extremfall, kann eine öffentliche oder veröffentlichte Äußerung des Psychotherapeuten während oder nach der Behandlung einen den Patienten schädigenden Kunstfehler darstellen, mit der möglichen Folge einer Strafverfolgung wegen Körperverletzung gemäß § 223 StGB. Denn auch erhebliche psychische Beeinträchtigungen, z. B. Traumatisierungen, können so gewertet werden.

Hinsichtlich nicht selbst behandelter Patienten, zu denen sich eine Psychotherapeutin äußert, sind strafrechtliche Konsequenzen zwar unwahrscheinlich. In Extremfällen kämen eine Strafbarkeit wegen Beleidigung oder übler Nachrede nach § 185 und 186 StGB und eine zivilrechtliche Schadensersatzklage wegen Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts nach § 823 Abs. 1 BGB in Betracht.

Grundsätzlich unabhängig von straf- und zivilrechtlichen Verfahren der Konfliktverarbeitung, jedoch häufig wechselseitig mit ihnen verknüpft, sind jedenfalls abgestufte Sanktionen nach den Beschwerde- und Schlichtungsordnungen der Psychotherapeutenkammern und den Heilberufegesetzen der Länder, auf die die Berufsordnungen im Falle von Verstößen verweisen. Ebenso unabhängig davon sind Sanktionen der Fachgesellschaften gemäß deren Ethikrichtlinien.

**Es könnte ja auch eine gesteigerte Akzeptanz psychischer Erkrankungen ausdrücken und von Nutzen sein, wenn in den Medien ein starkes Interesse für die Expertise von Psychotherapeutinnen vorhanden ist.**

**L. B.:** Aus eigener Erfahrung meine ich sagen zu können, dass das Medieninteresse grundsätzlich positiv zu bewerten ist, weil darin eine größere Aufgeschlossenheit für das Verstehen komplexer Zusammenhän-

ge zum Ausdruck kommt. Wenn Psychotherapeuten als Experten gehört werden, ist das jedenfalls sachgerechter, als wenn inkompetente Interviewpartner aussagen oder die Interpretation eines Verhaltens reißerischen Alltagstheorien überlassen wird. Allerdings muss man bei solchen Äußerungen versuchen, besonders kurz und prägnant zu formulieren, weil – jedenfalls in Nachrichtensendungen – regelmäßig nur sehr wenig Zeit, höchstens zwei bis drei Minuten, zur Verfügung steht. Zugleich muss man konkret auf einen Patienten bezogene Aussagen vermeiden und stattdessen auf wissenschaftlichem Abstraktionsniveau argumentieren.

**G. A.:** Mir scheint es im Rahmen der zunehmenden Medialisierung unserer Gesellschaft dringend erforderlich zu sein, dass Fragen des angemessenen Umgangs mit öffentlichen Äußerungen vermehrt in unsere Ausbildungsprogramme integriert werden. Ein diesbezügliches Beratungswissen kann erfahrungsgemäß am besten in fallbezogenen Seminaren vermittelt werden, in denen dabei auch die berufsrechtlichen Implikationen diskutiert werden.

**Was würden Sie Journalistinnen sagen, wie sie sich bei der Darstellung von psychischen Erkrankungen und von psychisch Erkrankten einstellen sollen?**

**G. A.:** Im Hinblick auf den Schutz der Betroffenen ist der Prozess der Herstellung einer validen Zustimmung, also von „*informed consent*“, auch im journalistischen Bereich von zentraler Bedeutung. Neben der ausführlichen Aufklärung über typische Schwierigkeiten und Risiken entsprechender Formate gehört dazu auch, dass den Betroffenen für ihre Entscheidung hinreichend Zeit eingeräumt wird. Dies gilt meines Erachtens genauso für Situationen, in denen Beteiligte sich selbst an die Presse oder andere Medien wenden und ihrerseits die Vermarktung ihrer Geschichte anbieten. Auch in solchen Situationen ist zu bedenken, dass durch die öffentliche Darstellung Prozesse in Gang gesetzt werden können, die psychisch belasten und die zur Retraumatisierung der Betroffenen führen können.

**L. B.:** Ich meine, Journalisten sollten über die methodischen und inhaltlichen Gründe für die Verschwiegenheitspflicht aufgeklärt werden. Sie sollten insbesondere darüber informiert werden, dass die Berichterstattung psychisch schädigen oder retraumatisieren kann, gleich ob sie Psychotherapeuten oder Patienten interviewen.

Wünschenswert wären gemeinsame Seminare, in denen Journalisten grundlegendes Wissen vermittelt werden könnte – und umgekehrt Psychotherapeuten die journalistische Seite besser verstehen.

**Sehen Sie bestimmte Probleme aufseiten der Medien und ihrer Intentionen, möglichst viele Rezipientinnen zu erreichen?**

**L. B.:** Natürlich wollen die Medien einfache und eingängige Erklärungen, jedoch bemühen sich viele Journalisten inzwischen doch um differenziertere Aufklärung und Überwindung von Klischees – sonst würden sie nicht Experten befragen. Jedoch stehen sie unter Zeitdruck und manchmal extremem Kürzungsdruck.

Meine persönliche Erfahrung zeigt, dass weder von den öffentlich-rechtlichen noch von den privatrechtlichen Medien Expertenaussagen im mutmaßlichen Rezipienteninteresse je gezielt verfälscht worden sind. Es muss aber jedenfalls darauf geachtet werden, dass die veröffentlichten Texte oder zu sendenden Interviews noch einmal zur Autorisierung vorgelegt werden – auch wenn dies in Einzelfällen unter dem zumeist herrschenden Zeitdruck schwer durchzusetzen ist. Bei Missbrauch hilft dann nur, sich zukünftig dem entsprechenden Medium zu verweigern.

**Welche Chancen und welche Rechte haben Erkrankte, Opfer oder Täterinnen, sich gegen einen medialen Zugriff zu behaupten? Was sollten sie bedenken?**

**L. B.:** Grundsätzlich kann jeder Mensch sich gegen mediale Eingriffe in sein Persönlichkeitsrecht juristisch zur Wehr setzen. Dies kann entweder zivilrechtlich geschehen, z. B. durch einstweilige Verfügungen, Unterlassungs- und Schadensersatz-



klage. Oder es kann Strafanzeige und Strafantrag gestellt werden.

Allerdings sind die Chancen für ein erfolgreiches Vorgehen abhängig von dem, was man Beschwerdemacht nennen könnte: Kundige und Wohlhabende unter den Patienten haben es da leichter. Auch in Therapie befindliche Opfer von Unfällen oder Kriminalität können in der Regel mit mehr Verständnis rechnen als entsprechende Täter. Aus grundrechtlichen und ethischen Erwägungen dürfte aber aus therapeutischer Sicht kein Unterschied gemacht werden. Die Patienten müssten gegebenenfalls dahingehend beraten werden, wie sie sich selbst am besten schützen können – und sei es nur durch Verweis an einen Rechtsanwalt.

**G. A.:** Ich glaube, es ist sehr wichtig, dass wir Betroffene darüber informieren, dass die mediale Berichterstattung und auch die Zusammenarbeit mit den Medien große Risiken birgt. Gerade im Hinblick auf die besondere Bedürfnislage von Betroffenen, z. B. dem Wunsch nach Aufklärung und Richtigstellung oder auch den starken Gefühlen der Beschädigung und Entwertung, ist es sehr wichtig, dass im privaten wie auch im psychotherapeutischen Rahmen über diesbezügliche Gefühle gesprochen werden kann. Gleichwohl warnen wir Opfer und Angehörige jedoch davor, dies in öffentlicher Weise zu tun. Sie sollten sich vielmehr für die Bearbeitung ihrer vielschichtigen inneren Gefühle und Impulse selbst Zeit nehmen und sich keinesfalls von dem Handlungsdruck der Medien erpressen lassen. Besonders problematisch erscheinen zudem Formate wie Fernsehauftritte oder Talkshows, in denen Worte und Gesten unmittelbar gesendet werden und nicht mehr korrigiert oder zurückgenommen werden können. Vermeintliches Verständnis und Anteilnahme können gerade in solchen Situationen leicht zu Aussagen verleiten, die unvermutet zu öffentlicher Bloßstellung und Beschämung führen.

**Welche Implikationen sehen Sie für die psychotherapeutische Arbeit und die Beziehung zwischen Psychotherapeutin und Patientin, wenn etwas in die Öffentlichkeit gelangt?**

**L. B.:** Auch wenn eine veröffentlichte Stellungnahme abstrakt gehalten ist, lässt sich oft nicht vermeiden, dass der Patient darin wiedererkannt wird. Es ist keine Frage, dass der Therapieverlauf dadurch beeinflusst und gegebenenfalls beeinträchtigt wird. Die unterschiedlichsten Affekte und Phantasien werden durch solch externes, von Psychotherapeut oder -therapeutin zu verantwortendes bewusstes Handeln bewirkt. Z. B. kann eine langjährige, ursprünglich durch ein Verbrechen traumatisierte Patientin, über die anonym in der Zeitung berichtet wird, sich durch die ebenso anonyme und durchaus wohlwollend gemeinte Interviewäußerung ihrer Psychotherapeutin verraten und zu selbstschädigenden Handlungen oder Therapieabbruch veranlasst fühlen.

Ähnlich dem Problem der Veröffentlichung von Falldarstellungen in Fachmedien, sind Fallkonstellationen schwer abzugrenzen, in denen lediglich der Patient sich trotz ausreichender Abstraktion wiedererkennt.

In beiden Konstellationen erscheint es mir wichtig, den Patienten zu informieren und die damit verbundenen Affekte und Phantasien fachgerecht psychotherapeutisch durchzuarbeiten. In der Regel erscheint mir das ebenso möglich wie die Verarbeitung anderer externer Ereignisse und Maßgaben der Psychotherapie. Einer sorgfältigen Abwägung zwischen dem grundsätzlich zu akzeptierenden Informationsinteresse von Medien und Öffentlichkeit einerseits und den Interessen des Patienten andererseits sollte aber in jedem Fall genügend Raum gegeben werden. Gegebenenfalls muss die öffentliche Äußerung abgelehnt werden, auch wenn sie noch so abstrakt und anonym gehalten ist.

**Wie können Psychotherapeutinnen auf ihre Patientinnen im Falle eines Öffentlichkeitsbezuges eingehen?**

**G. S.-K.:** Es ist wichtig, dass wir Psychotherapeuten dem Patienten oder der Patientin gegenüber deutlich machen, dass sie ein berechtigtes Bedürfnis nach Reintegration in die Gesellschaft, nach Verlassen des Opferstatus, nach Aufklärung der Öffentlichkeit über das erlittene Unrecht hat. Dies kann zum Heilungserfolg beitragen, denn ein traumatisches Erlebnis kann besser verkraf-

tet werden, wenn es als solches von anderen anerkannt wird. Die Form, in der diese Anerkennung erreicht werden kann, sollte jedoch vom Patienten sehr genau bedacht und geplant werden. Vor allem nach öffentlichen Auftritten im Fernsehen oder nach eigenen Veröffentlichungen in Facebook oder Twitter, die nicht mehr hinterher korrigiert werden können – stehen Patienten oft mit Scham- und Schuldgefühlen alleine da. Dies kann nach einer Traumatisierung erneut schädigend wirken, wir würden sagen, es kann retraumatisieren. Die Betroffenen sollten sich nicht unter Druck setzen lassen vonseiten der Medien, sondern aktiv ihre Form der Veröffentlichung in die Hand nehmen oder es lieber bleiben lassen. Richtigfertigungen und Richtigstellungen im Nachhinein bewirken oft nicht viel. Opfer projizieren ihr Bedürfnis nach Hilfe und Wiedergutmachung oft auf die Öffentlichkeit und können sich damit selbst schaden. Falls öffentliche Auftritte schon geschehen sind und der Patient bzw. die Patientin im Nachhinein eine Psychotherapie sucht, ist es wichtig, dass wir die auftretenden Gefühle der Ohnmacht, der Scham und Enttäuschung mit den Patienten aufarbeiten, ihr Bedürfnis nach Anerkennung im Sinne einer Art Zeugenschaft in der Behandlung realisieren, indem wir selbst Stellung zu dem Geschehen nehmen und über Folgen von Traumatisierung aufklären.

**Was ist aus Ihrer Sicht bei der medialen Kommentierung von Gewalt- und Naturereignissen und von Persönlichkeiten für Psychotherapeutinnen zu beachten?**

**G. A.:** Als Psychotherapeuten sollten wir uns grundsätzlich an Kommentaren und Auftritten nicht beteiligen, in denen es um persönliche Informationen und Gefühle von Betroffenen geht bzw. bei denen subjektive Diagnosen oder Therapieindikationen abgefragt werden. In Behandlungssituationen können wir nicht zugleich in öffentlicher Weise auftreten und handeln. Wenn wir uns wünschenswerterweise an öffentlichen Diskursen zu grundlegenden Themen unseres Fachgebietes beteiligen, so ist dies in einer Form zu tun, dass dabei das Selbstbestimmungsrecht und die Privatsphäre des Einzelnen stets gewahrt werden. Zudem sollten wir uns auf öffentliche Auftritte und

Stellungnahmen sorgfältig vorbereiten und die jeweiligen Rahmenbedingungen vorher gründlich hinterfragen, um nicht für fremde Interessen und Vorstellungen „benutzt“ zu werden (5).

**L. B.:** Unerlässlich erscheint mir zum einen, sich auf die eigene Fachkunde zu beschränken und die Notwendigkeit einer Betrachtung von verschiedenen Perspektiven und Disziplinen zu betonen. Zum anderen sollten Stellungnahmen natürlich möglichst sachlich, fachlich konsistent begründet und wohl abgewogen sein. Besonders wichtig erscheint mir auch die Vermeidung von Dramatisierung und Angst erzeugenden Zuspitzungen. Statt auf Klischees und Polarisierungen muss es auf Differenzierung und Klarstellung von Ambivalenzen ankommen.

### Welche Konsequenzen ziehen Sie aus Ihren bisherigen Erfahrungen?

**L. B.:** Ich versuche, auf dem gekennzeichneten Weg weiterzugehen, wenn auch zurückhaltend und vorsichtig. Mir liegt viel an der Möglichkeit, den Journalisten und der Öffentlichkeit psychotherapeutisches Verstehen und psychotherapeutische Möglichkeiten auf diesem Wege näher zu bringen. Es sollte versucht werden, durch deren Differenzierungsleistungen und Herstellung von Zusammenhängen ein wenig

zu gesellschaftlicher Aufklärung und Zivilisierung beizutragen.

**G. A.:** Mir ist sehr wichtig, dass wir zu nächst in unserer eigenen Profession eine größere Sensibilität für ethische Fragen und Probleme von öffentlichen Äußerungen über Opfer und Täter herstellen. Nur wenn wir uns selbst intensiv mit diesen Themen beschäftigen, können wir dann für Betroffene, wie auch für Vertreter der Medien, ein entsprechendes Beratungswissen zur Verfügung stellen.

*Ich danke Ihnen allen sehr für dieses Interview.*

### Literaturanmerkungen

- (1) Garvey, P. & Layton, A. (Eds.). (2004). *Comparative Confidentiality in Psychoanalysis*. London: The British Institute of International and Comparative Law and The International Psychoanalytical Association.
- (2) Reemtsma, J. P. (2008). Gewaltopfer – kann man von der Öffentlichkeit Abstinenz fordern? In G. Schlesinger-Kipp, H. Vedder (Hrsg.), *Gefährdete Begegnung. Psychoanalytische Arbeit im Spannungsfeld von Abstinenz und Intimität*. Tagungsband der DPV-Frühjahrstagung 2008 (S. 102-116). Frankfurt: Geber und Reusch.

- (3) Noveck, J. (2008). What ails Britney? Whatever it is, therapists wish the armchair diagnoses would stop. *Associated Press Archive*, 23.
- (4) Allert, G. et al. (2010). Stellungnahme zur Ethik öffentlicher Äußerungen von Psychotherapeuten und Psychoanalytikern über Opfer und Täter. Verfügbar unter: [www.dpv-psa.de/archiv/dokumente](http://www.dpv-psa.de/archiv/dokumente) [01.02.2012].
- (5) Reinsch, U. (2007). Psychotherapeuten in der Mediengesellschaft: Genutzt oder benutzt? *Psychotherapie Forum*, 15 (4), S. 157-161.



**Dipl.-Psych. Ulrich Wirth**

Psychotherapeutischer Psychotherapeut  
Mitglied des Redaktionsbeirats  
Zuschriften an: [rehbach@ptk-bayern.de](mailto:rehbach@ptk-bayern.de)



**Prof. em. Dr. Dipl.-Psych.  
Lorenz Böllinger**

Psychologischer Psychotherapeut,  
Psychoanalytiker in eigener Praxis  
Bremen  
[boe@uni-bremen.de](mailto:boe@uni-bremen.de)



**Dipl.-Psych.  
Gertraud Schlesinger-Kipp**

Psychologische Psychotherapeutin,  
Psychoanalytikerin in eigener Praxis  
Kassel  
[gertraud.schlesinger-kipp@dpv-mail.de](mailto:gertraud.schlesinger-kipp@dpv-mail.de)



**Dr. med. Gebhard Allert**

niedergelassener Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie –  
Psychoanalyse  
Ulm  
[gebhard.allert@t-online.de](mailto:gebhard.allert@t-online.de)

# Recht: Aktuell

Kerstin Geis

Psychotherapeutenkammer Hessen

## Bundesfinanzgerichtshof ermöglicht volle Abschreibung des Praxiswertes

Der Bundesfinanzgerichtshof (BFH) hat entschieden, dass beim Erwerb einer Praxis der Praxiswert in voller Höhe abgeschrieben werden darf. In einer Verfügung der Oberen Finanzdirektion Münster (OFD) hatte diese im Februar 2009 die Auffassung vertreten, dass die Kassenzulassung ein selbstständiges immaterielles Wirtschaftsgut darstellt und aufgrund der zeitlich unbegrenzten Nutzungsmöglichkeit nicht abgeschrieben werden kann. Nach der Auffassung der OFD Münster ist die Kassenzulassung ein „wirtschaftlicher Vorteil“ gegenüber anderen. Aufgrund dieser Verfügung hat die Finanzverwaltung in der Folge die Anerkennung der Abschreibung des Praxiswertes für den Teil abgelehnt, der auf den Wert der Kassenzulassung bzw. den damit verbundenen „wirtschaftlichen Vorteil“ erfolgt. Gegen diese Handhabung hat ein Facharzt für Orthopädie geklagt und Recht bekommen. (Urteil vom 9.8.2011, AZ VIII R 13/08)

Der Wert einer erworbenen Praxis ist ein abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut im steuerlichen Sinne. Die Erwerbskosten für einen solchen Praxiswert können demnach jährlich im Rahmen der Einnahmen-Überschuss-Rechnung über die Abschreibung als Betriebsausga-

ben steuerlich geltend gemacht werden. Die Nutzungsdauer – und damit auch die Abschreibungsdauer – ist sachgerecht zu schätzen. Für den Wert einer erworbenen Einzelpraxis wird i. d. R. eine Abschreibungsdauer von drei bis fünf Jahren angesetzt. Dies gilt zumindest dann, wenn sich der Kaufpreis für die Praxis an Gewinn/Umsatz orientiert und keine gesonderte Zahlung für die Zulassung erfolgt.

Im Klage- und Revisionsverfahren hat der BFH entschieden, dass der mit dem Kaufpreis einer Kassenpraxis abgeholte Praxiswert den Vorteil aus der Zulassung grundsätzlich untrennbar umfasst. Der Praxiserwerber schafft daher kein gesondertes immaterielles Wirtschaftsgut „Wirtschaftlicher Vorteil einer Vertragsarztzulassung“ an. Nach der Entscheidung des BFH ist der Geschäftswert eines Unternehmens ein Wirtschaftsgut. Damit bezieht sich der BFH auf den wirtschaftlichen Vorteil einer Kassenzulassung. Er stellt fest, dass sich der Kaufpreis grundsätzlich nicht, auch nicht teilweise, dem wirtschaftlichen Vorteil aus der Kassenzulassung zuordnen lässt. Das Urteil begründet, dass der Kauf einer eingeführten Praxis für den Praxiserwerber die Grundlage für eine freiberufliche Tätigkeit

schafft. Die erworbene Praxis bildet den Wert durch verschiedene Einzelbestandteile wie Standort, Umsatz, Patientenstamm etc. Dabei wird davon ausgegangen, dass es sich hier um im Einzelnen nicht messbare Wertfaktoren handelt.

Im Urteil wird allerdings auch festgestellt, dass diese Regelung nur dann Anwendung finden kann, wenn sich der Kaufpreis der Praxis nach dem Verkehrswert richtet. Dabei wird berücksichtigt, dass der Praxisveräußerer den Vorteil aus der Zulassung grundsätzlich nicht selbstständig verwenden kann. Er kann nur gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Antrag auf Fortführung der bestehenden Praxis durch einen Nachfolger stellen. Das löst ein neues Zulassungsverfahren aus. Praxisverkauf und Abgabe der Zulassung sind zwei „getrennte Geschäfte“, die aber vom Zulassungsausschuss im Rahmen der Neuzulassung des Nachfolgers zusammen verhandelt werden. Die Zulassung des Praxiserwerbers hängt jedoch auch von den persönlichen Eigenschaften ab und liegt im Ermessen des Zulassungsausschusses. Aus der Sicht des BFH kann die Zulassung gerade nicht zusammen mit der Praxis entgeltlich übertragen werden. Praxisverkauf und

Nachbesetzung durch die KV sind zwei voneinander unabhängige Rechtsakte.

Der Zulassungsausschuss soll die wirtschaftlichen Interessen des Praxisveräußerers oder seiner Erben berücksichtigen. Dies gelingt aber nur, wenn der Kaufpreis den Verkehrswert der Praxis nicht überschreitet (§ 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V). Dadurch soll das eigentumsrechtlich geschützte Recht des bisherigen Praxisinhabers mit dem Grundrecht des Bewerbers auf freie Berufswahl in Übereinstimmung gebracht werden. Gleichzeitig soll nach dem Willen des BFH verhindert werden, dass durch die erhöhte Nachfrage nach Kassensitzen der Kaufpreis für die Praxis ungerechtfertigt erhöht wird.



Kerstin Geis

Psychotherapeutenkammer  
Hessen  
Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
kgeis@ptk-hessen.de

# Aktuelles aus der Forschung

Matthias Ochs

Psychotherapeutenkammer Hessen

Die folgende Auswahl vier aktueller Studien repräsentiert unterschiedliche Aspekte von Forschungsbemühungen im Kontext von Psychotherapie: Die erste Studie, eine Art Pendant zur klassischen, Mitte der 1990er-Jahre in den Vereinigten Staaten durchgeführten „Consumer-Reports-Studie“ von Martin Seligman (1995), bekräftigt eindrücklich die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie unter realen Versor-

gungsbedingungen aus Sicht der Patienten.<sup>1</sup> Die zweite hier vorgestellte Studie, eine methodisch sehr gut durchgeführte RCT-Untersuchung (RCT: *randomized controlled trials*) unter Federführung der Universität Frankfurt, zeigt, dass mittels Laborforschung auch sehr praxisbezogene Hinweise zu spezifischen Wirkfaktoren ermittelt werden können. Die dritte Studie stellt ein Beispiel dafür dar, wie Mikroprozess-

analysen psychotherapeutischer Sitzungen qualitativ durchgeführt werden können – und somit, wie im vorliegenden Fall, wie sehr genau empirisch basiert nachvollzogen werden kann, wie sich „rupture and repair“-Prozesse der psychotherapeutischen Beziehung gestalten können. Forschung im Kontext von Psychotherapie kann auch beinhalten, dass der Kontext, in dem Psychotherapie bzw. Heilkunde stattfindet,

Gegenstand der Forschung ist: In der letzten Studie werden salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte erkundet, die selbige anwenden, um langfristig gesund und zufrieden als Heilkundler tätig sein zu können – Praktiken und Muster, die auch für Psychohygiene und Selbstfürsorge von Psychotherapeuten sehr relevant sein können.

## Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie aus Patientensicht

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010/2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55, 503-514. (Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*, 56, 51-60.)

Seit geraumer Zeit kursieren im politischen und öffentlichen Raum, etwa in großen Zeitungen, spezifische Missinformationen und Falschdarstellungen bezüglich Psychotherapie, denen auf Grundlage stichhaltiger empirischer Argumente energisch seitens der Profession entgegenzutreten ist. Diese, wenn man so will, „Mythen und Märchen über Psychotherapie“<sup>2</sup> beinhalten etwa: „Psychotherapeuten arbeiten zu wenig und nehmen ihren Versorgungsauftrag nicht hinreichend wahr“; „Patienten, die

von Psychotherapeuten behandelt werden, sind nur leicht krank“; „Die Behandlungsdauer der Psychotherapie ist zu lange bzw. die Länge der Psychotherapien ist nicht zu rechtfertigen“ und eben auch „Psychotherapie kostet (zu)viel und/oder hilft wenig“. Die besten Argumente, um solche Fehlinformationen zu entkräften, gründen auf guten Studien zur psychotherapeutischen Versorgung. Die vorliegende naturalistische Studie, durchgeführt von in Ostdeutschland ansässigen Psychotherapeuten (es wurden demoskopische Befragungstechniken angewandt, um gezielt den Anteil Befragter aus den neuen Bundesländern zu erhöhen), liefert Aussagen über die Versorgungssituation im Bereich der ambulanten Psychotherapie in Deutschland unter realen Praxisbedingungen. Telefonisch gaben 1.212

Personen im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung (Juni 2008 bis September 2009), die im Zeitraum von sechs Jahren vor der Erhebung in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung oder während der Erhebung noch in ambulanter Psychotherapie waren, zu ihren Erfahrungen mit ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung Auskunft. Es wurden neben sozioökonomischen Merkmalen auch Angaben zu Anlass, Zugangswegen, Kostenträgern und Ansprechpartnern für psychische Erkrankungen erhoben. Die Behandlungsformen, begleitende medikamentöse Behandlungen und Behandlungssettings der Psychotherapie werden zudem beschrieben. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass ambulante Psychotherapie, die aufgrund

vielfältiger und zahlreicher Beschwerden (häufige Komorbidität) aufgenommen wurde, als sehr wirksam eingeschätzt wurde: Die Besserungsraten betragen für alle Beschwerden mehr als 50%, außer bei Übergewicht (37%) und sexuellen Funktionsstörungen (44%). Die „Verschlechterungsraten“ lagen durchweg unter 8%. Die Behandlung wirkte sich nicht nur auf die Zielsymptomatik, sondern auch auf weitere relevante Lebensbereiche sehr positiv aus. Fast 90% der Befrag-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die weiblichen und männlichen Formen nicht durchgehend beide genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

2 So der Arbeitstitel eines Papiers, an dem die Wissenschaftlichen Referenten der BPTK und der Landespsychotherapeutenkammern aktuell arbeiten.

ten gaben an, dass sie mit ihrem Psychotherapeuten zufrieden waren, was sich auch in hohen Zustimmungsraten für differenziertere Aussagen über eine positive therapeutische Beziehung, ein stabiles Arbeitsbündnis, das Erleben von Autonomie der Patienten in der Psychotherapie und über Kompetenz sowie ethisches Verhalten der Psychotherapeuten bestätigte. Die Patienten stellten ihren Psychotherapeuten hervorragende Beurteilungen aus und waren in hohem Maß zufrieden mit den durch die psychotherapeutische Behandlung erzielten Veränderungen.

Neben diesem für die ambulante Psychotherapie in Deutschland sehr positiven Gesamtergebnis finden sich in den Daten weitere, für die berufspolitische Diskussion wesentliche Partikularresultate: Die Daten liefern keine Hinweise auf die Bevorzugung jüngerer oder besonders wohlhabender Patienten; 84% der Patienten schätzten ihre eigene seelische Verfasstheit als schlecht oder sehr schlecht ein, die Mehrzahl der Patienten gab an, dass sich die psychischen Beeinträchtigungen auf eine Vielzahl weiterer Lebensbereiche auswirkt, für 36% der Patienten wurde eine stationä-

re Psychotherapie im Verlauf der ambulanten Maßnahme notwendig: Das Argument etwa, dass Psychotherapeuten nur die „nice neurotics“ bzw. die „YARVIS“ (young, attractive, rich, verbal, intelligent, social) behandeln, wie es der emeritierte Psychiatrieprofessor Klaus Dörner teils in der Presse kolportiert<sup>3</sup>, lässt sich in den Daten nicht wiederfinden. Ein Großteil der Patienten sucht als ersten Ansprechpartner bei psychischen Problemen einen Arzt (Hausarzt, Psychiater) auf. Dies spricht einerseits für eine eher positive Arzt-Patient-Beziehung und für die große Bedeutung des (Haus-)Arztes als „gatekeeper“ für die psychotherapeutische Versorgung. Andererseits ist bekannt, dass psychische Störungen weiterhin unzureichend in der Primärversorgung diagnostiziert und entsprechende Behandlungsempfehlungen ausgesprochen werden (Pittrow, Pieper, Klotz & Wittchen, 2007). Zudem verwundert der Befund, dass die Empfehlungsquote von Psychiatern für Medikamente bei 50% lag, die für Psychotherapie aber nur bei 27%. Dieses Empfehlungsverhältnis lässt sich nur schwer mit einer leitliniengerechten Behandlung, wie sie etwa in den Nationalen Versor-

ungsleitlinien Depression vorgeschlagen wird (z. B. Richter et al., 2011), in Einklang bringen. Interessant auch: Die Patienten geben eine reduzierte Inanspruchnahme anderer medizinischer Leistungen aufgrund der Psychotherapie an – ein Befund, der im Gegensatz zur GEK-Studie zur ambulanten Psychotherapie, in der quantitative Krankenkassendaten ausgewertet wurden (Grobe, Dörning & Schwartz, 2007), steht.

Was die methodische Qualität der Untersuchung angeht, so gelten prinzipiell die Einschränkungen und Kritikpunkte, die im Rahmen von Consumer Reports zu Recht bekanntlich diskutiert wurden und werden – z. B. geringe interne Validität, mögliche systematische Unterschiede (Bias) zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der Telefonbefragung, retrospektive Datenerhebung, Begrenzung auf die Ebene des Patientenurteils mit den bekannten Deckeneffekten bei Patientenzufriedenheitsbefragungen. Auf der anderen Seite verfügen die Daten über eine hohe externe Validität. Zudem wurde die Telefonbefragung von einem unabhängigen Meinungsforschungsinstitut durchgeführt, wodurch ein hohes

Maß an Anonymität gewährleistet wurde (übrigens auch an Repräsentativität – im Unterschied zu etwa der schon erwähnten Consumer-Reports-Studie und der „Stiftung Warentest-Studie“<sup>4</sup>). Des Weiteren: Positive Veränderungen psychischer Erkrankungen stellen einen hochkomplexen „Gegenstandsbereich“ psychischer und sozialer Wirklichkeit dar. Die Vorstellung, dass dieser Gegenstandsbereich mit einer einzigen Forschungsmethode bzw. -perspektive angemessen untersucht werden könnte, ist naiv (Ochs, 2009). Psychosoziale Wirklichkeit kann nur annähernd angemessen durch eine Verschränkung multipler Perspektiven erfasst werden (Ochs & Schweitzer, 2010; Ochs, 2012). Diese multiplen Perspektiven lassen sich in der Forschung etwa durch den Einsatz verschiedener Forschungsmethoden verwirklichen, in der Psychotherapieforschung beispielsweise RCT-Studien, Consumer Reports, Kosten-Nutzen-Analysen, Fallstudien. Die Befunde der vorliegenden Studie bieten im Konzert mit weiteren Studien (wie etwa des sogenannten TK-Modellprojekts, Wittmann & Steffanowski, 2011) einen weiteren deutlichen empirischen Beleg für die Wirksamkeit von Psychotherapie.

## Ein RCT-Vergleich von KVT und IPT – und was die Praxis davon hat ...

Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M. & Clark, D. M. (2011). Cognitive Therapy vs. Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder. A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 68, 692-700.

Die Prävalenzrate für Soziale Phobien liegt nach neueren Untersuchungen bei annä-

hernd 10%. Soziale Phobien gehen oft mit großen Beeinträchtigungen im beruflichen und psychosozialen Bereich einher und sind nicht selten komorbid (mit etwa Depression, weiteren Angststörungen und Alkoholabusus). Dieser Sachverhalt ist Grund genug, genauer zu untersuchen, welche die beste Behandlung dieser einschränkenden seeli-

chen Störung ist und welche Behandlungskomponenten hierfür „aktiv“ sind. Die vorliegende RCT-Studie, die an den Universitäten in Frankfurt und Freiburg durchgeführt wurde, vergleicht Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Interpersonelle Psychotherapie (IPT), die den psychodynamischen Verfahren zugerechnet wird, und eine Wartekontrollgruppe. An

der Studie nahmen 106 Patienten (mit Sozialer Angst – eine leichte bis milde Depression wurde zudem als komorbi-

3 [www.welt.de/wirtschaft/artikel-13702724/Das-krank-Milliardengeschaeft-mit-der-wunden-Seele.html](http://www.welt.de/wirtschaft/artikel-13702724/Das-krank-Milliardengeschaeft-mit-der-wunden-Seele.html)

4 [www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/meldung/Ergebnisse-der-Umfrage-Psychotherapie-Therapie-hat-vielen-geholfen-4288428-4288430/](http://www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/meldung/Ergebnisse-der-Umfrage-Psychotherapie-Therapie-hat-vielen-geholfen-4288428-4288430/)

de Kondition zugelassen) teil. Diejenigen Patienten, die in die Behandlungsgruppen randomisiert wurden, erhielten 16 plus eine Therapiesitzungen. Als Outcome-Maße dienten: eine Fremdbeurteilungsskala („Clinical Global Impression Improvement Scale CGI-I“), die „Liebowitz Social Anxiety Scale LSAS“, die „Hamilton Rating Scale for Depression HRSD“ und ein Selbstbeurteilungsrating der Patienten hinsichtlich ihrer Sozialen Phobie, SPAI.

Erwartungsgemäß zeigen die Ergebnisse, dass die beiden Behandlungsgruppen KVT und IPT zu signifikant höheren Verbesserungen führen als die Wartekontrollgruppenbedingung. Was speziell die Sozialen Ängste angeht, schneidet KVT auf der CGI-I und der LSAS signifikant besser ab als IPT – und zwar sowohl direkt nach Beendigung der Behandlung als auch zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese. Was die Patientenselbstbeurteilung SPAI angeht, so konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Was die Depressionsreduktion, gemessen mit

der HRSD, betrifft, so schneidet IPT besser als KVT ab – was nicht verwunderlich ist, da IPT bekanntlich für die Depressionsbehandlung entwickelt wurde. Die Autoren der Studie überlegen, dass die Wirksamkeitsunterschiede zwischen KVT und IPT auf der CGI-I und der LSAS damit zusammenhängen können, dass KVT Aspekte „ansteuert“, die sich in experimentellen Studien als für Soziale Phobien ätiologisch relevant herausgestellt haben, wie etwa erhöhte Selbstaufmerksamkeit oder Absicherungsverhalten. Die Autoren schlussfolgern, dass IPT auch bei Sozialen Ängsten ähnlich effektiv sein könnte wie etwa bei Depressionen oder Bulimie, wenn diese Behandlungsmethode über ihr grundlegendes Behandlungskalkül (nämlich die Modifikation dysfunktionaler Beziehungsmuster) hinaus um einige Komponenten, wie Aufmerksamkeitstraining oder Veränderung des Absicherungsverhaltens, angereichert werden würde.

Die Autoren haben sich methodisch sehr bemüht, einen validen und „fairen“ Vergleich

der beiden Psychotherapieansätze zu gewährleisten. Zudem haben sie Komorbidität quasi ein wenig zugelassen, um die externe Validität (wie man weiß ein Hauptproblem bei Psychotherapie-Laborstudien wie der vorliegenden) der Untersuchung nicht aus den Augen zu verlieren. Beindruckend ist, dass die Autoren diesen Artikel in der Fachzeitschrift „Archives of General Psychiatry“ platzieren konnten, einer Zeitschrift, die mit einem Impact-Faktor von 10.78 (2010) im absoluten Top-Bereich der internationalen Fachzeitschriften, in denen Psychotherapeuten publizieren können, liegt. Der Impact-Faktor kann als ein Maß dafür betrachtet werden, wie angesehen eine Fachzeitschrift in der internationalen Wissenschaftsgemeinschaft ist. Wenn Psychotherapeuten in Top-Journalen publizieren, dann hilft dies der weiteren wissenschaftlichen Anerkennung der gesamten Profession. Interessant ist zudem, gerade auch für die Praxis, dass die Studie, obwohl sie „aus dem Labor“ kommt, Aussa-

gen zulässt zu Wirkfaktoren in der psychotherapeutischen Behandlung von Sozialen Phobien: So sind spezifische Behandlungskomponenten, wie sie die KVT bei Sozial Phobien vorsieht (und wie sie in der IPT-Behandlung eben nicht explizit vorkommen), zu empfehlen: Modifikation des Absicherungsverhaltens und des Selbstbilds (z. B. mit Video-Feedback), Verhaltensexperimente und Aufmerksamkeitstraining.

Wamboldt (zitiert nach Schiepek, 2011) fordert: „Clinical trials comparing treatments should be discontinued“; stattdessen solle Psychotherapieprozessforschung intensiviert werden. Die vorliegende Studie zeigt jedoch, dass RCT-Therapievergleichsuntersuchungen, über ein eher profanes „Wettrennen“ der Therapieverfahren hinaus<sup>5</sup>, dazu beitragen können, die Wirksamkeit von Psychotherapie insgesamt zu verbessern – was nach Wamboldt ebenfalls auf einer Psychotherapieforschungsagenda, die *up to date* ist, stehen sollte.

## „Rupture and repair“ der psychotherapeutischen Beziehung: eine Mikroanalyse

Voutilainen, L., Peräkylä, A. & Ruusuvaori, J. (2010). Misalignment as a Therapeutic Resource. *Qualitative Research in Psychology*, 7, 299-315.

Ein Verdienst von Jeremy Safran (z. B. Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001) ist es, unser Augenmerk darauf zu richten, dass dem Prozess des Verstehens und Adressierens von Schwachstellen und Brüchen (in) der psychotherapeutischen Beziehung eine entscheidende Bedeutung zukommt bei der Durchführung

erfolgreicher Psychotherapien. Dementsprechend beschäftigte sich ein Forum auf dem letzten Hessischen Psychotherapeutentag „Psychotherapeutische BEZIEHUNGen“ auch mit der Thematik.<sup>6</sup> Wenn solche zum Psychotherapieprozess „normal“ dazu gehörenden Schwachstellen und Brüchen im therapeutischen Prozess gelingend bewältigt werden, dann stellen sie gar eine Ressource für die psychotherapeutische Beziehung dar. In der vorliegenden Studie wird mithilfe von Konversationsanalyse ge-

zeigt, wie es innerhalb einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Sitzung durch eine Art interaktioneller Fehlaustrichtung zur Krise in der psychotherapeutischen Beziehung kam und wie die Psychotherapeutin diese Krise konstruktiv bewältigte. Die Konversationsanalyse stellt eine etablierte qualitative Forschungsmethode dar, die schon vielfältig zur Psychotherapieprozessanalyse verwendet wurde (z. B. Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar, 2008). Mithilfe dieser Methode können kleinschrittig

Mitschriften von Therapiesitzungen, die nach genau festgelegten Vorschriften und Kodierungssystemen transkribiert werden, hinsichtlich interaktio-

5 Es sei daran erinnert, dass es im Kontext der Profession eine sehr kenntnisreiche und differenzierte Auseinandersetzung mit Sinn und Unsinn von RCT-Studien zur Untersuchung von Psychotherapie gibt: Eine ganze Reihe von Artikeln auch im *Psychotherapeutenjournal* (z. B. Tschuschke, 2005; Kriz, 2008) zeugen davon.

6 [www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/786](http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/786)

neller Mikroprozesse analysiert werden. Im Mittelpunkt stehen hierbei implizite Regeln, Praktiken und Verfahren, mit denen Psychotherapeuten und Patienten ihre Kommunikation/Interaktion in ihrem sequenziellen Charakter, das heißt als aufeinanderfolgende Äußerungen, konkret gestalten.

So lässt sich anhand der im Artikel dargestellten Transkript-Extrakte sehr gut nachvollziehen, wie Psychotherapeutin und Patientin quasi unterschiedliche Zielkorridore mittels ihrer Gesprächsbeiträge ansteuern: Die Patientin berichtet beispielsweise recht emotional von Schwierigkeiten und Ängsten bezüglich eines Bewerbungsgesprächs und einer Seminarteilnahme, während die Psychotherapeutin den Fokus weg von den Gefühlsoffenbarungen der Patientin richtet bzw. selbiger auf eine eher distanzierte Art und

Weise Explorationsangebote macht. Nachdem die psychotherapeutische Konversation ins Stocken gerät, was sich gut in den Beispieltranskriptauszügen nachverfolgen lässt, thematisiert die Psychotherapeutin das konkrete Beziehungsgeschehen: So bietet sie der Patientin etwa als Möglichkeit an, dass sie von den Reaktionen von ihr als Psychotherapeutin auf ihre Gefühlsäußerungen enttäuscht sein könnte. Diese Überlegung erweist sich als anschlussfähig an die Patientin, worauf die Psychotherapeutin auch eigene emotionale Erlebnisinhalte der Patientin gegenüber äußert. Es wird nachvollziehbar, wie durch diese Intervention der Psychotherapeutin ein „repair“-Prozess der therapeutischen Beziehung in Gang kommt.

Wie erwähnt fordert Wamboldt (zitiert nach Schiepek, 2011), dass Psychotherapieforschung

sich u. a. bemühen sollte, besser zu verstehen, wie die Wirksamkeit von Psychotherapie verbessert werden kann – und zwar verfahrensunabhängig. Zudem wissen wir, dass Überblicksarbeiten davon ausgehen, dass etwa 5-10% der Psychotherapiepatienten eine Verschlechterung ihres Zustands erleben und 15-25% keinen messbaren „Ertrag“ erzielen (Lutz, Kosfelder & Joormann, 2004). Umso wichtiger erscheint es, besser nachvollziehen zu können, wie Schwächungen und Brüche der therapeutischen Beziehung, die eben auch mit einem Abbruch der Behandlung einhergehen können, stattfinden, und welche konkreten Strategien zur Stärkung derselben sich als erfolgreich herausgestellt haben. Hierzu können konversationsanalytische Untersuchungen mit ihrer ausdifferenzierten und strengen Aufzeichnungsmethodologie, wie die vorlie-

gende, einen sehr wichtigen Beitrag leisten. Der Nachteil solcher Einzelfallanalysen ist allerdings, dass sie keine Aussagen dazu zulassen, welche Faktoren generell zur Schwächung und Stärkung der psychotherapeutischen Beziehung beitragen. Eine Vielzahl solcher konversationsanalytischer Einzelfallanalysen (*multiple-case-studies*) würde allerdings ermöglichen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Fälle zu identifizieren, sowohl bezüglich struktureller (etwa typische Abfolgerhythmen, Mengenanteile am Gespräch, Unterbrechungskulturen, Länge von Gesprächspausen) als auch inhaltlicher Aspekte (z. B. Synchronisierung/Desynchronisierung, gegenseitiges Aufgreifen der Gesprächsinhalte) und sich somit allgemeingültigeren Aussagen zu nähern.

## Was hilft erfahrenen Heilkundlern, Burn-out zu vermeiden?

Zwack, J., Abel, C. & Schweitzer, J. (2012). Resilienz im Arztberuf. Salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* (im Druck).

Das Risiko, an Burn-out zu erkranken, ist für Heilkundler im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt erhöht. Dies mag mit Grund gewesen sein, dass die Bundesärztekammer eine Studie finanziert hat, welche Strategien erfasst, die erfahrene Ärzte einsetzen, um langfristig gesund, zufrieden und leistungsfähig zu bleiben. In dieser Studie wurden 200 qualitative Interviews mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung und Berufserfahrung in Klinik

und Niederlassung durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Insgesamt konnten somit 30 Kernkategorien identifiziert werden. Diese Kategorien wurden als soziale und kognitiv-emotionale Strategien beschrieben, die als bewusste oder habituelle „Investitionsentscheidungen“ verstanden werden können und in fünf Teilsystemen realisiert werden: 1.) in der Arzt-Patienten-Interaktion, 2.) als Kollege, Mitarbeiter oder Vorgesetzter im Klinik- oder Praxis-System, 3.) im gesundheitspolitischen System mit seinen Rahmenbedingungen und Vorgaben, 4.) in der außerberuflichen Lebensumwelt (Familie, Freunde, Interessensfelder) und 5.) in der Beziehung des einzelnen Arz-

tes zu sich selbst (Selbstwahrnehmung und Selbstkenntnis).

Bei einem genaueren Blick fällt die geringe Situationsspezifität der Bewältigungsstrategien auf, die erfahrene Ärzte zur eigenen Burn-out-Prophylaxe verwenden. Unabhängig vom jeweiligen Stressor geht es um die Schaffung einer diversifizierten Gratifikations- und Anreizlandschaft und um die grundlegende Pflege sozialer Ressourcen, die dann wiederum im Sinne eines generalisierten Stresspuffers wirken. Der erfolgreiche Einsatz gut gepflegter Ressourcen ermöglicht also nicht nur eine gute Stressbewältigung, sondern bildet selbst wiederum im Sinne des zirkulären Prozesses zwischen

Ressourceninvestition und Stressresistenz eine Ressource – z. B. in Form von Erfahrung, gesteigerter Selbstwirksamkeit, externer Anerkennung. Dabei unterstützend, und im Erleben der befragten Ärzte im Sinne der Gesunderhaltung entscheidend, sind bestimmte Grundhaltungen, wie die Akzeptanz unabänderlicher Umgebungsfaktoren, realistische Erwartungen an das eigene Leistungsvermögen oder die Kenntnis der eigenen Person, einschließlich ihrer Vulnerabilitäten.

Die Daten werden vor dem Hintergrund einerseits der Theorie der Ressourcenbewahrung von Stevan Hobfoll (z. B. Hobfoll, 1998) und anderer-

seits der Inkonsistenztheorie von Klaus Grawe (2004) erklärt. Der Theorie der Ressourcenbewahrung zufolge entsteht Stress, wenn der Schutz oder der Zugewinn von Ressourcen vermeintlich oder tatsächlich nicht gelingt, was sich subjektiv als Gefühl der Bedrohung manifestiert. Menschen unter starkem und anhaltendem Stress münden oft in defensive Verlustspiralen ein: Die eigenen Ressourcen scheinen erschöpft, werden deshalb auch nicht investiert, der Stress hält an. Umgekehrt ermöglicht ein erfolgreicher Einsatz von Ressourcen nicht nur eine gute Stressbewältigung, sondern bildet selbst wiederum eine Ressource. Es kommt zu „Gewinnspiralen“: Erfolgreiche Bewältigung lässt Ressourcen wachsen, was wiederum erfolgreiche Bewältigung wahrscheinlicher macht etc. – wer hat, dem wird gegeben. Und: Von nichts kommt nichts. Resilienz als Heilkundler wird demnach definiert als die Fähigkeit, trotz widriger Umweltbedingungen, etwa über persönliche Investitionsentscheidungen, Ressourcen-Aufwärtsspiralen zu initiieren.

Im Rahmen seiner Inkonsistenztheorie hat Grawe bekanntlich den engen Zusammenhang zwischen der Vernachlässigung/Verletzung wichtiger Grundbedürfnisse und der Vulnerabilität für psychische Störungen aufgezeigt. Neben dem übergeordneten Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle über das eigene Leben geht es um das Bedürfnis nach verlässlichen und tragfähigen Bindungen, um Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung.

Eine dysfunktionale Bedürfnisbefriedigung erzeugt eine unangenehme „Inkongruenzspannung“, die – auf Dauer – mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für körperliche und psychische Erkrankungen einhergeht, während befriedigte Bedürfnisse gewissermaßen die „Energie-Depots“ auffüllen und widerstandsfähig gegenüber ungünstigen Umgebungseinflüssen machen. Nach Grawe haben nicht die beruflichen und privaten Anforderungen per se, sondern hat das Ausmaß der Bedürfnisbefriedigung den größten Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass es bei der Prävention von Depression, Burn-out und Sucht bei Heilkundlern neben der Förderung der situativen Stressbewältigungsfähigkeit wichtig erscheint, vermehrt auf die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und die Balance zwischen verschiedenen Lebensbereichen zu fokussieren.

### Literatur

- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grobe, T. G., Döming, H., Schwartz, F. W. (2007). *GEK-Report ambulante ärztliche Versorgung 2007*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 59. St. Augustin: Asgard.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, Culture, and Community*. New York: Plenum Press.
- Kriz, J. (2008). Vermessene Wissenschaftlichkeit. Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers. *Psychotherapeutenjournal*, 7 (2), 117-119.
- Lutz, W., Kosfelder, J., Joermann, J. (Hrsg.). (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Ochs, M. (2009). Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (2), 120-126.
- Ochs, M. (2012). Systemisch forschen per Methodenvielfalt – konzeptuelle Überlegungen und Anwendungsbeispiele. In M. Ochs, J. Schweitzer (Hrsg.), *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: V&R.
- Ochs, M., Schweitzer, J. (2010). Systemische Forschung. In K. Bock, I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (163-173). Leverkusen: Barbara Budrich.
- Peräkylä, A., Antaki, C. Vehviläinen, S. & Leudar, I. (Hrsg.). (2008). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge, UK: University Press.
- Pittrow, D., Pieper, L., Klotsche, J. & Wittchen, H.-U. (2007). *DETECT-Ergebnisse einer klinisch-epidemiologischen Querschnitts- und Verlaufsstudie mit 55.000 Patienten in 3000 Hausarztpraxen*. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Richter, R. et al. (2011). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – zentrale Aspekte für die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (3), 244-252.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2001). Repairing Therapeutic Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 38, 406-412.

Schiepek, G. (2011). Psychotherapie. Vortrag auf der Fachtagung der „Europäische Akademie der Wissenschaften und Künste (Academia Scientiarum et Artium Europaea)“ und der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg. „Zukunftsperspektiven der Psychotherapie: Neue Wege einer schulenübergreifenden, prozessorientierten, bio-psycho-sozialen Therapie“ am 12.03.2011 in Salzburg.

Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (2), 106-115.

Wittmann, W. W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojektes. *Psychotherapie Aktuell*, 3 (3), 6-12.



**Dr. Dipl.-Psych.  
Matthias Ochs**

Psychologischer Psychotherapeut, Wissenschaftlicher Referent der Psychotherapeutenkammer Hessen  
Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
MOchs@ptk-hessen.de



# Buchrezensionen

**Martell C. R., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide. New York: Guilford Publications. 220 Seiten. 28,99 €.**

Manuela Möser

Verhaltensaktivierende Interventionen zählen seit Jahrzehnten zu den Grundkomponenten in behavioralen und kognitiv-behavioralen Behandlungen. In den letzten Jahren geriet die Verhaltensaktivierung (VA) als eigenständige Behandlungsmethode für Depressionen in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die Gründe dafür sehen Christopher R. Martell, Sona Dimidjian und Ruth Herman-Dunn vor allem in zwei Punkten: Zum einen bedient sich die VA einfachen und überschaubaren Prinzipien und zum anderen konnten empirische Studien die Wirksamkeit dieser Intervention bereits belegen (z. B. Jacobson et al., 1996). Das Buch soll in erster Linie als praktische Richtlinie dienen. Die Autoren verzichten auf umschweifende Erklärungen zu den theoretischen Modellen und Hintergründen. Vielmehr sollen die Grundprinzipien der VA in den praktischen Kontext transferiert werden.

Kapitel I gibt eine Einführung in das Thema VA sowie einen kurzen historischen Abriss zu den Ursprüngen, der Entwicklung und den wichtigsten Vertretern.

Kapitel II stellt die zehn Grundprinzipien vor. Am Fall einer jungen Frau namens Alicia werden die wichtigsten Aspekte der VA illustriert und gezeigt, wie die Konzeptualisierung und Interventionsarbeit in der klinischen Praxis aussehen kann. Ergänzend werden immer wieder weitere Fallbeispiele präsentiert, was sehr zum Verständnis beiträgt und den praktischen Bezug aufrechterhält. Dabei setzen die Autoren zum einen ihr Wissen aus dem Bereich der klinischen Forschung ein, verweisen auf empirische Belege etwa hinsichtlich verschiedener Behandlungsmöglichkeiten bei depressiven

Patienten und deren Wirksamkeit. Zum anderen profitiert der Leser von den jahrelangen Erfahrungen aus der Behandlungspraxis der Autoren – so werden beispielsweise viele Fragen dargestellt, die typischerweise von Patienten gestellt werden, und mögliche Antworten darauf genannt.

In den Kapiteln III bis VI geht es um die Struktur und den Aufbau der Psychotherapie, wie man antidepressiv wirkende Aktivitäten zusammen mit dem Patienten identifizieren kann und wie diese mithilfe von aufgestellten Plänen in die Tat umgesetzt werden können.

Kapitel VII widmet sich dem Thema „depressives Grübeln“ (Rumination) und beschreibt zunächst den Zusammenhang zu Depression. Wie Grübeln im psychotherapeutischen Prozess gemessen wird und welche Interventionsmöglichkeiten es gibt, beschreiben die Autoren detailliert und erneut an Beispieldialogen.

In Kapitel VIII schildern die Autoren mögliche Probleme, die sich der erfolgreichen VA in den Weg stellen können, und wie man als Psychotherapeut darauf reagieren kann.

Das IX. und letzte Kapitel des Buches fokussiert die sorgfältige Vorbereitung auf das Ende der Psychotherapie und unterstreicht die Wichtigkeit der Rückfallprävention. Das Kapitel fasst außerdem noch einmal die wesentlichsten Punkte der VA zusammen.

Praktisch erfahrene Psychotherapeuten werden als Leser dieses Buches vermutlich viele Aspekte ihrer eigenen Arbeit wiedererkennen. Für Leser, die mit verhaltensaktivierenden Methoden weniger vertraut sind,

bietet dieses Buch mit einer Vielzahl anwendungsbezogener Beispiele eine hervorragende Instruktion, wie man in Zusammenarbeit mit depressiven Patienten die Abwärtsspirale der Depression mittels VA überwinden kann. Jedes Kapitel schließt mit der Zusammenfassung der wichtigsten Fakten. Mich hat interessiert, Näheres über den Ansatz zu erfahren, und man findet in der deutschsprachigen Literatur keine vergleichbaren Werke. Aber der praktische Nutzen dieser englischsprachigen Originalausgabe ist dennoch beachtlich. Im Anhang stellen die Autoren verschiedene Arbeitsmittel zur Verfügung, die hilfreich für die Strukturierung der Psychotherapie sind und ohne großen Aufwand ins Deutsche zu übertragen sein dürften. Spannend bleibt es, die weiterführende Forschung über supplementäre Einsatzmöglichkeiten der VA, beispielsweise im gruppentherapeutischen Setting, zu verfolgen. Erste Studien dazu liegen bereits vor (z. B. Porter, Spates & Smitham, 2004). Die Vorteile hinsichtlich der Behandlungskosten und der nachgewiesenen Effektivität dürften klar auf der Hand liegen.

## Literatur

- Jacobson, N. S. et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.
- Porter, J. F., Spates, C. R. & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 35* (3), 297-301.

Dipl.-Psych. Manuela Möser, Dresden



# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## Kabinettsentwurf zum Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Die Qualität der stationären Behandlung psychisch kranker Menschen hängt wesentlich von der Anzahl und Qualifikation des therapeutischen und pflegerischen Personals ab. Die BPTK begrüßt deshalb den Gesetzentwurf zu einem neuen Entgeltsystem in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz), den die Bundesregierung am 18. Januar 2012 beschloss.

Mit dem Kabinettsentwurf wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Indikatoren für eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festzulegen. Dabei wird der G-BA auch verpflichtet, Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal zu beschließen. Der G-BA soll sich hierfür an den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung orientieren und diese an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anpassen. Die BPTK begrüßt ausdrücklich, dass damit die Anzahl und Qualifikation des therapeutischen und pflegerischen Personals als Kriterium für die Qualität der stationären Behandlung im Gesetz berücksichtigt wurden. Ausgewählte Ergebnisse dieser Qualitätssicherung sollen in den Qualitätsberichten der Kliniken veröffentlicht werden.

Das diagnostische und therapeutische Wissen über die Behandlung psychischer Erkrankungen hat sich in den letzten 20 Jahren stetig weiterentwickelt. Für die häufigsten psychischen Erkrankungen, die auch stationär behandelt werden, z. B. Unipolare Depression, Schizophrenie, Demenz oder Essstörungen, existieren S3- oder vergleichbare internationale Leitlinien. Psychotherapie ist bei nahezu allen psychischen Erkrankungen ein oder das Behandlungsverfahren der Wahl. Die Qua-

lität der Behandlung in Krankenhäusern hängt deshalb wesentlich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen und pflegerischen Personals ab. Wenn in einer Klinik kaum Psychotherapeuten arbeiten, müsste bezweifelt werden, dass in dieser Klinik überhaupt leitlinienorientiert gearbeitet werden kann.

Krankenhäuser für psychisch kranke Menschen benötigen eine neue Standortbestimmung. Im Interesse ihrer Patienten sollten sich Krankenhäuser verstärkt als Teil

eines Versorgungsnetzes verstehen und arbeiten. Das Psych-Entgeltgesetz soll es nun ermöglichen, einfacher als bisher mit Modellvorhaben neue Ansätze der integrierten Versorgung auszuprobieren. Aus Sicht der BPTK sollte eine solche sektorenübergreifende Versorgung notwendiger Standard und nicht nur modellhafte Ausnahme werden. Neben der Entwicklung von Tagespauschalen sollte bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems deshalb geprüft werden, ob auch andere Pauschalen, wie z. B. Zeitpauschalen oder

### **177 zusätzliche Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ab 2013 – G-BA korrigiert falsche Berechnung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Februar 2012 seine Berechnung der Mindestquote für ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie korrigiert. Danach entstehen bundesweit voraussichtlich 177 zusätzliche Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die BPTK hatte immer wieder kritisiert, dass der G-BA für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen Psychotherapeuten zählt, die gar keine Kinder und Jugendlichen behandeln. Die zusätzlichen 177 Praxissitze hätten schon seit 2009 für die Versorgung zur Verfügung stehen sollen. Die neue Berechnung für die Mindestquote tritt aber erst ab 1. Januar 2013 in Kraft. Das Gesetz zur Mindestquote in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entfaltet damit erst vier Jahre nach seinem Inkrafttreten die Wirkung, die der Gesetzgeber beabsichtigte.

Am 1. Januar 2009 führte der Gesetzgeber eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein, um die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Danach sollten mindestens 20 Prozent der niedergelassenen Psychotherapeuten „ausschließlich“ Kinder und Jugendliche behandeln. Der G-BA benötigte nach Inkrafttreten des Gesetzes noch fast ein Jahr, um die notwendigen Verwaltungsvorschriften zur Umsetzung der Mindestquote zu schaffen. Dabei zählte er dann aber Psychotherapeuten, die sowohl als „Psychologischer Psychotherapeut“ als auch „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, zur Hälfte als Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Ein Blick in die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen hätte schon damals geklärt, dass doppelt zugelassene Psychotherapeuten nur in sehr geringem Umfang Kinder und Jugendliche behandeln. In Deutschland arbeiten 667 niedergelassene Psychotherapeuten mit einer doppelten Zulassung. Davon behandeln mehr als 40 Prozent ausschließlich Erwachsene. Nur knapp zehn Prozent behandeln auch zur Hälfte Kinder und Jugendliche. Dies hatte der G-BA für alle doppelt zugelassenen Psychotherapeuten angenommen.

Leistungskomplexe geeignete Abrechnungseinheiten sein könnten.

Bei der prospektiven Abbildung der notwendigen Ressourcen ist zu berücksichti-

gen, dass Behandlungen trotz derselben Diagnose sehr unterschiedlich verlaufen können und zahlreichen weiteren Einflussfaktoren unterliegen, z. B. der Krankheits- schwere, dem Auftreten von Krisen oder

der (schwer erfassbaren) Präferenz und Akzeptanz der Therapie durch den Patienten. Es ist daher zu begrüßen, dass in diesem Versorgungsbereich nach wie vor keine Fallpauschalen (DRGs) vorgesehen sind.

## Fachkonferenz zur Psychotherapie im Europaparlament

Psychotherapie für eine bessere Versorgung der psychisch kranken Menschen in Europa: Das war am 9. Februar 2012 Thema einer Fachkonferenz im Europaparlament in Brüssel unter Schirmherrschaft der irischen Europaparlamentarierin Nessa Childers. Eingeladen hatten das Network for Psychotherapeutic Care in Europe (NPCE) und die Bundespsychotherapeutenkammer.

Jeder dritte Europäer im Erwachsenenalter erkrankt innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Psychisch kranke Menschen stoßen nach wie vor auf Ablehnung und Vorurteile, die ihr persönliches Leiden vergrößern und ihre soziale Ausgrenzung verschärfen. Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise drei bis vier Prozent des europäischen Bruttoinlandsproduktes. Vor diesem Hintergrund diskutierten Psychotherapeuten, Ärzte, Patientenvertreter, Vertreter der Kostenträger und Repräsentanten der Pharmaindustrie gemeinsam mit Vertretern von EU-Kommission und EU-Parlament die Rolle der Psychotherapie.

In ihrer Begrüßung appellierte die irische Europaabgeordnete Childers, die Interes-

sen der psychisch kranken Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Sie selbst blicke auf eine zwanzigjährige Berufserfahrung als Psychotherapeutin zurück und kenne daher die verheerenden Folgen psychischer Erkrankungen aus nächster Nähe. Darauf, dass „Psychische Gesundheit“ zumindest für die EU-Kommission bereits ein wichtiges Thema sei, machte Dr. Patrizia Tosetti von der Generaldirektion Forschung und Innovation aufmerksam und verwies auf den „Europäischen Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden“, zu dem in den kommenden Jahren weitere gemeinsame Maßnahmen gestartet würden.

### NPCE – Eine europäische Stimme für die Psychotherapie

BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter erinnerte daran, dass Psychotherapie in evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung fast aller psychischen Erkrankungen das Mittel der Wahl oder zumindest unverzichtbarer Teil der Behandlung sei. Dennoch werde Psychotherapie vergleichsweise wenig genutzt. Im europäischen Vergleich dominiere die Psychopharmakotherapie, deren Nutzen aber oft zweifelhaft

sei und die von vielen Patienten wegen ihrer Nebenwirkungen abgelehnt werde. Von der Europäischen Union forderte Richter eine stärkere Unterstützung der „Sprechenden Medizin“, vor allem in der Forschungsförderung, statt einseitig auf die genetische und neurobiologische Grundlagenforschung zu setzen. Um der Psychotherapie im Konzert der europäischen Lobbyinteressen eine starke Stimme zu verleihen, habe die BPTK vor einem Jahr das Network for Psychotherapeutic Care in Europe mit initiiert.

### Psychotherapie ist individuell, effektiv und kosteneffizient

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (TU Dresden) ging bei der Bewertung des Stellenwertes der Psychotherapie weiter. Psychotherapie sei bei den meisten psychischen Erkrankungen nicht nur wirksam, sondern auch effizient. Im Versorgungsalltag sei dies aber nicht zu beobachten, denn dort spiele Psychotherapie nur eine Nebenrolle. Eine wesentliche Ursache liege für ihn darin, dass sich die psychotherapeutische Behandlungspraxis zu selten am Stand der Forschung orientiere. Dr. Declan Aherne, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut an der Universität Limerick (Irland), verglich den nachgewiesenen Nutzen von Psychotherapie und die Versorgungsrealität am Beispiel von Depressionen und kritisierte die massive Fehlversorgung mit Antidepressiva. Obwohl Psychopharmaka nur bei schweren Erkrankungen wirksam seien und es keine Belege gebe, dass eine Kombination mit Psychotherapie langfristig der ausschließlichen Psychotherapie überlegen sei, würden entsprechende Präparate heute aber bei allen Schweregraden von Depressionen verordnet. Er forderte eine evidenzbasierte Versorgung psychischer Erkrankungen, zu der ein gemeinsames europäisches Forum der beteiligten Professionen beitragen könne.



Europäische Union

Richard Bergström, Generaldirektor der Europäischen Föderation der Pharmazeutischen Industrie (EFPIA), wies ebenfalls auf die Notwendigkeit des Evidenznachweises hin, um Politik und Kostenträger von bestimmten Therapien zu überzeugen. Dabei erlebe die Pharmaforschung aktuell einen Paradigmenwechsel hin zu einer individualisierten Pharmakotherapie, bei der abhängig vom Genotyp maßgeschneiderte Medikamente verabreicht werden würden. Dies werde Wirkungsaussagen ohne randomisierte Kontrollgruppendesigns erforderlich machen.

### Behandlung von Depressionen – was Patienten wirklich brauchen

In einer von Andrea Mrazek, M. A., M. S., (Vorstandsmitglied der BPTK) moderierten Podiumsdiskussion stellten Patientenvertreter und Vertreter der Kostenträger her-

aus, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung ein fundamentales Recht in ganz Europa sei, für dessen Realisierung es in Bezug auf psychische Gesundheit aber noch einiges zu tun gebe. Dazu gehöre die kontinuierliche Qualifizierung der Gesundheitsberufe ebenso wie die Erstattung der Behandlungskosten für alle qualifizierten Berufe. Bei den meisten psychisch kranken Menschen sei Psychotherapie europaweit die Behandlung der ersten Wahl, erst danach komme die Pharmakotherapie psychischer Störungen. Patienten müssten aber auch eine gute Wahl treffen können und daher im Sinne der evidenzbasierten Medizin angemessen informiert werden. Neben diesen Behandlungsangeboten sollte zugleich die Rolle der Selbsthilfe gestärkt werden. Expertise durch Erfahrene berge großes Potenzial und koste wenig.

Am Ende blickten die Teilnehmer auf eine Veranstaltung zurück, auf der sich die ver-

schiedenen Stakeholder in vielen Punkten einig waren. Gemeinsam war es gelungen, den Nutzen und die Potenziale von Psychotherapie aufzuzeigen. Noch habe Psychotherapie zwar keine große Lobby in den europäischen Gesundheitssystemen, aber man sei auf einem guten Weg. Klare, überzeugende Positionen können vertreten werden, wenn sich die Beteiligten auf Versorgungsfragen konzentrieren.

Grundlegende Fragen, wie die nach dem Wesen der Psychotherapie oder der Qualifikation der Behandler, schwebten dabei natürlich immer mit. In einem Netzwerk unterschiedlicher Beteiligten vom Behandler bis zum Patienten könnten die damit verbundenen offenen Fragen durchaus in den Hintergrund treten, damit sich der Blick auf das Wesentliche nicht verstellt: Psychotherapie nützt Europa.

**Links:** [www.npce.eu](http://www.npce.eu) und [www.bptk.de](http://www.bptk.de)

## Ambulante neuropsychologische Therapie wird GKV-Leistung

Rund 25 Jahre nach Aufnahme der Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie erweitert sich mit der Zulassung der neuropsychologischen Therapie erstmalig wieder das psychotherapeutische Leistungsspektrum in der ambulanten GKV-Versorgung. Die ambulante Versorgung von Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen wird sich durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 24. November 2011, die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ um die neuropsychologische Therapie zu erweitern, erheblich verbessern können. Damit wird den Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen künftig auch in der ambulanten Versorgung die neuropsychologische Therapie zur Verfügung stehen, die schon seit Jahren zum Standard der Krankenhausbehandlung bzw. der Rehabilitation zählt.

Im nächsten Schritt wird es darum gehen, dass der Bewertungsausschuss die Aufnahme der entsprechenden Gebührenpositionen für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen der neuropsychologischen Therapie in den entsprechenden Abschnitt des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs beschließt. Dies ist die Voraus-

setzung dafür, dass die neuropsychologische Therapie regulär von den zugelassenen Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung für neuropsychologische Therapie abgerechnet werden kann.

Der G-BA hat die ambulante neuropsychologische Therapie in Anlage I der Richtlinie „Methode vertragsärztliche Versorgung“ geregelt und nicht als Psychotherapiemethode nach § 6 der Psychotherapie-Richtlinie (PTR), wie dies seit der Änderung des § 17 Absatz 2 PTR am 21. März 2008 grundsätzlich möglich gewesen wäre. Entsprechend unterscheiden sich die Vorgaben der Richtlinie insbesondere zur Indikationsstellung und Qualitätssicherung von denen der Psychotherapie-Richtlinie.

Die Richtlinie sieht für die neuropsychologische Therapie eine zweistufige Indikationsstellung vor. In einem ersten Schritt stellt in der Regel ein Neurologe oder Psychiater eine hirnanorganische Erkrankung oder Schädigung fest, welche die Ursache der jeweiligen organisch bedingten psychischen Störung ist.

Im zweiten Schritt erfolgt die spezifische Indikationsstellung für die neuropsychologische Therapie auf der Basis einer umfas-

senden neuropsychologischen Diagnostik. Neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung und die darauf aufsetzende Behandlung werden von Psychotherapeuten, Psychiatern oder Neurologen erbracht, die neben der Fachkunde in einem Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie insbesondere auch über eine Qualifikation entsprechend dem Bereich „Klinische Neuropsychologie“ der Musterweiterbildungsordnung der BPTK verfügen.

Da derzeit erst ein relativ kleiner Teil der Vertragspsychotherapeuten über eine entsprechende Fachkunde in „Klinischer Neuropsychologie“ verfügt, werden in vielen Regionen entsprechende Sonderbedarfszulassungen erforderlich sein, um die ambulante neuropsychologische Versorgung sicherstellen zu können.

**Link:** [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zur-richtlinie/7/#1415/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zur-richtlinie/7/#1415/)

### Geschäftsstelle

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030 278785-0  
Fax. 030 278785-44  
[info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Versorgungsstrukturgesetz wurde von Bundestag und Bundesrat verabschiedet. Die von Psychotherapeuten vorgetragene und dann auch in den Medien aufgegriffene Kernproblematik der Versorgung psychisch erkrankter Menschen wurde zwar von den Politikern in den vielen Gesprächen verstanden, im Gesetz wurde dann dennoch keine Regelung zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun den Auftrag erhalten, in diesem Jahr die Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung für die gesamte kasernenärztliche Versorgung neu zu regeln. Auf Landesebene soll die Bedarfsplanung von Landesbeiräten, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, umgesetzt werden. Entgegen unserer Forderung wurden weder die Psychotherapeuten- noch die Ärztekammer in den Landesbeirat einbezogen. Wir werden

nun darauf drängen, dass wir, wie von der Landesregierung auch vorgesehen, als Sachverständige die regionale Bedarfsplanung mitgestalten können, um so die dringend erforderliche Verbesserung psychotherapeutischer Versorgung zu erreichen.

Wir hoffen, dass andere Initiativen, beispielsweise Selektivverträge oder Modelle der Integrierten Versorgung, ebenfalls dazu beitragen, dass psychisch Kranke schneller psychotherapeutische Hilfe erhalten.

Die Landesregierung plant, die rechtlichen Rahmenbedingungen für psychisch Erkrankte zu verbessern. Dazu hat sie alle „Akteure“ des Versorgungssystems einschließlich der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen eingeladen, sich in Arbeitsgruppen an der Vorbereitung eines Gesetzes aktiv zu beteiligen (ausführlicher unten). Damit wird ein neuer Arbeitsstil erprobt, den wir begrüßen. Durch diese frühzeitige Beteiligung aller ist zu hoffen, dass

die wesentlichen Gesichtspunkte und Regelungsbedarfe vorab erfasst, geklärt und angemessen berücksichtigt werden können. Im Rahmen unserer Mitgliedschaft im Landesarbeitskreis Psychiatrie haben wir umgehend die Mitarbeit in allen für uns relevanten Arbeitsgruppen beantragt und auf die aus unserer Sicht dringenden Bedarfe bei den unterschiedlichen Themengruppen hingewiesen. Damit sind wir dieses Mal frühzeitig mit unserer fachlichen Expertise einbezogen und können so den Stellenwert und die Wirkung von Psychotherapie sowie deren ökonomische Relevanz durch qualifizierte Psychotherapeuten bei den auszuarbeitenden Themenbereichen entsprechend darlegen und vertreten.

Ihr Kammervorstand

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

### Fachtagung „Kinder psychisch erkrankter Eltern“

Große Resonanz fand die LPK-Fachtagung „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ am 26. November 2011 in Stuttgart. Ca. 200 Kammermitglieder und Ärzte nahmen an der komplett ausgebuchten Fortbildung teil. Vier Vorträge gaben einen Überblick über das Thema.

Im ersten Beitrag sprach Prof. Albert Lenz (Paderborn) über „Interventionsmöglichkeiten und Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme“. Nach Ergebnissen der epidemiologischen und Risikoforschung weisen Kinder psychisch kranker Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko auf, ebenfalls psychisch zu erkranken. Umgekehrt können,

wie Resilienz- und Copingforschung zeigen, Kinder solche Belastungen auch scheinbar unverletzt überstehen, woraus sich Ansatzpunkte für therapeutische Maßnahmen ergeben. Wie Lenz ausführte, sind allerdings viele Eltern reserviert bis ablehnend gegenüber Hilfen: Mehr als die Hälfte lehnt z. B. den Kontakt mit dem Jugendamt komplett ab, u. a. aus Angst vor Bevormundung und Sorgerechtsentzug oder Vorurteilen des sozialen Umfeldes. Konsequenzen für die Praxis ergeben sich v. a. im Aufbau einer Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kliniken, Beratungsstellen, niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten. Eine funktionierende

Kooperation dieser Bereiche sei ein wesentlicher Wirkfaktor. Prof. Lenz stellte beispielhaft das Interventionsprogramm „Ressourcen fördern“ vor.

Anschließend wies Dr. Hanna Christiansen (Uni Marburg) in ihrem Vortrag über Resilienz von Kindern psychisch erkrankter Eltern darauf hin, dass bei der Behandlung Erwachsener häufig nicht nach den Kindern gefragt werde. Diese seien meist unversorgt und blieben mit ihren Ängsten und Sorgen alleine. Bei fast der Hälfte aller Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung habe ein Elternteil eine schwere psychische Störung. Bzgl. der Ri-

sikofaktoren gebe es, wie Daten der Bella-Studie (2009) gezeigt hätten, die Gefahr der Kumulierung. Die Folgen für die Kinder seien umso schwerwiegender, je stärker sie z. B. in die Symptomatik des kranken Elternteils einbezogen sind oder je jünger sie sind, wenn die elterliche Erkrankung auftritt. Demgegenüber weisen Studien zur Resilienz darauf hin, wie bedeutsam es für Kinder und Jugendliche sein kann, über belastende, problematische und auch freudige Gefühle mit anderen Menschen sprechen und die eigene Erfahrung validieren zu können. Besonders wichtig sei es, eigene Interessen zu entwickeln und einen kontinuierlichen Kontakt zu engen Vertrauenspersonen bilden zu können. Abschließend stellte Dr. Christiansen mit dem in Marburg entwickelten Projekt „Sonne“ ein ressourcenorientiertes Präventionsprogramm zur Förderung der Kommunikation innerhalb der Familien und Erarbeitung gemeinsamer Bewältigungsstrategien vor.

Im dritten Beitrag des Nachmittags beschrieb Christiane Lutz (Stuttgart) unter dem Titel „Psychisch kranke Eltern – Schicksal oder Chance?“ die Psychodynamik anhand differenzierter Fallbeispiele. So zeige sich die Krankheit der Eltern oft als unbewusstes Phänomen, das sich häufig erst über die Symptome der Kinder dem Bewusstsein erschließe. Die eigene Prob-

lematik werde von den Eltern unbewusst auf die Kinder projiziert und eine Scheingesundheit mit stabilisiert. Die psychische Erkrankung des Elternteils entwickle dabei eine Eigendynamik, in die eigene Problematik so verstrickt zu sein, dass der Raum für die Wahrnehmung eines Du nicht vorhanden sei. Dadurch entstehe beim Kind eine Bindungsstörung, die es psychisch belaste und ggf. krank mache. Sind in diesem Sinne psychisch kranke Eltern für die Kinder Schicksal im Sinn einer belastenden Einbahnstraße? C. Lutz machte ebenso wie die Vorredner darauf aufmerksam, dass in dieser Dynamik auch Ressourcen aktiviert und Fähigkeiten und Fertigkeiten werden können. Im Rahmen einer Psychotherapie kann über eine Stärkung des Ichs das Schicksal umgedeutet und zur Chance einer Persönlichkeitsentwicklung gemacht werden.

Im abschließenden Vortrag beschrieb Bernd Abendschein, Psychologischer Psychotherapeut (Wiesloch) ein stationäres Eltern-Kind-Behandlungsangebot für Kinder von an einer Borderline-Störung (BS) erkrankten Elternteilen. Diese Eltern vermitteln ihren Kindern oft innere Leere/Instabilität, leiden unter Impulsivität/Ablehnung und an einer Identitätsstörung. Die Kinder lernen nicht, Emotionen zu identifizieren und ihnen zu vertrauen. Nicht selten kommt es durch Suizidalität und/oder

Selbstverletzungen der Eltern zu einer schweren Traumatisierung der Kinder. In der stationären therapeutischen Arbeit sei, wie Abendschein ausführte, der Einbezug der Kinder und Familienangehörigen zentral. Seine Klinik z. B. biete ein Programm mit Beschäftigungsangeboten und kindgerechtem Umfeld. Mit zunehmendem Alter der Kinder erfolge eine Änderung des Behandlungssettings in Richtung „Eltern-Kind-“ oder „Familienbehandlung“. Therapeutische Orientierung ist die der systemischen (Familien-)Therapie. Nach Klärung der kindlichen Bedürfnisse erfolge eine Analyse problematischer Eltern-Kind-Interaktionen und die Suche nach Ausnahmen/Alternativen. Ein weiterer Schwerpunkt sei das Stärken der Fähigkeit, Bedürfnisse und Gefühlslagen des Kindes einfühlsam wahrzunehmen. Besonders wichtig sei die Aufklärung der Kinder; Wissen über die Krankheit der Eltern erhöhe die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber Belastungen.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz dankte sich bei Referenten und Teilnehmern der Tagung für die hervorragenden Beiträge und Diskussionen sowie auch beim KJP-Ausschuss bzw. seinen beiden Vorsitzenden Michaela Willhauck-Fojkar und Trudi Raymann für das große Engagement bei Planung und Organisation der Tagung.

## Landesregierung bereitet neues Gesetz zur Versorgung psychisch kranker Menschen vor

Im Koalitionsvertrag der Grün-Roten Landesregierung wurde vereinbart, „Rechte und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen“ in zusammengeführter Form gesetzlich zu regeln und den besonderen Hilfebedarf der aufgrund psychischer Erkrankung behinderter Personen verlässlich, strukturell und inhaltlich aufeinander abzustimmen.

Das Sozialministerium hat jetzt die an der Versorgung Beteiligten und die Vertreter von Verbänden ehemaliger Patienten sowie deren Angehöriger eingeladen, in Arbeitsgruppen an der Vorbereitung eines Gesetzes zur Umsetzung dieser Vereinbarung mitzuarbeiten. In den Arbeitsgruppen

sollen der derzeitige Stand und die Ziele für gesetzliche Regelungen festgelegt werden. Regelungsbedarf wird für die Rahmenbedingungen der Hilfesysteme gesehen. Hierzu zählen sektorenübergreifende Versorgungsmöglichkeiten, d. h. die bessere Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanten Therapie- und Hilfeangebote, deren Koordination, Versorgungsstandards und Finanzierung. Die Patienten- und Angehörigenrechte sowie ehrenamtliche Tätigkeit und Selbsthilfe sollen berücksichtigt werden, auch Beschwerden werden diskutiert. Die gesetzliche Unterbringung psychisch Kranker in Krisensituationen, z. B. bei Suizidalität, und der Maßregelvollzug sind nach Urteilen

des Bundesverfassungsgerichts vom 12.10.2011 neu zu regeln. Nach dessen letzter Feststellung dürfen Psychopharmaka gegen den Willen eines Patienten nicht zwangsweise verabreicht werden, da sie verändernd in den Kernbereich der Persönlichkeit eingreifen würden und Nebenwirkungen Gefahren für die Gesundheit der Betroffenen bedeuten können.

Der psychiatriepolitische Sprecher der Fraktion der Grünen im Landtag, Manfred Lucha hat in einer Expertenanhörung seiner Partei ein hohes Ziel benannt: „Wir wollen das beste Gesetz in Deutschland“. Die Hilfen für psychisch Kranke sollen so transparent wie möglich und leicht zu-

gänglich organisiert sein sowie aufeinander abgestimmt werden. Hierbei sollen Angebote gemeindepsychiatrischer Versorgung in den Städten und auf dem Land verfügbar sein. Offen ist jedoch, wer diese Angebote koordinieren wird und welche Mittel hierfür zur Verfügung stehen werden.

Nach Auffassung der LPK sollte neben der im SGB V geregelten ambulanten Versorgung (im Rahmen der kassenärztlich niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten) die institutionelle Versorgung der Patienten aller Altersgruppen mit psychischen Erkrankungen (gem. Kapitel F des ICD 10) gesetzlich geregelt werden. Hier-

bei sind die Standards und Qualitätskriterien, wie sie bspw. in den S3-Leitlinien festgelegt sind, sicherzustellen. Wir drängen auch weiterhin darauf, dass die eigenverantwortliche psychotherapeutische Behandlung und die Übernahme von Leitungsfunktionen approbierter Psychologischer und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Behandlungseinrichtungen, entsprechend ihrer Kompetenz und den Vorgaben durch das Psychotherapeutengesetz, in den landesrechtlichen Regelungen immer noch der Überarbeitung und Anpassung bedarf. Dies erscheint angesichts des derzeit schon bestehenden und voraussichtlich noch weiter zunehmenden Mangels an entsprechend qualifi-

zierten Fachärzten dringend erforderlich, um die aktuell gegebene Rechtsunsicherheit für Träger und verantwortliche Leitung der Einrichtungen zu beseitigen. Nicht vergessen werden darf, dass bei Betroffenen mit Migrationshintergrund in der gerontopsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung Mängel festzustellen sind.

Wir begrüßen sehr, dass die Landesregierung und die Parteien alle Beteiligten, Betroffene und Versorgende frühzeitig in die politische Diskussion eines Gesetzes einbeziehen und deren Expertise suchen. Wir werden unser Fachwissen aktiv in diese Diskussion einbringen und dazu beitragen, dass dies ein gutes Gesetz werden wird.

## Workshop „Sprachlosigkeit im Gesundheitswesen“

Am 2. Dezember 2011 fand in Hohenheim eine gemeinsame Veranstaltung der LPK mit der Landesärztekammer (LÄK) zum Thema „Sprachlosigkeit im Gesundheitswesen – Zur Verständnis- und Dolmetscherproblematik“ statt. Ausgangspunkt war die ungeklärte Finanzierung von Dolmetscherkosten vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten MigrantInnen.

Im Eingangsreferat erläuterte Harald Rußig (ehemals Richter am Sozialgericht Darmstadt) die rechtlichen Aspekte, anschließend stellte Ramazan Salman (Ethno-Me-

dizinischen Zentrum Hannover) das von ihm erprobte Konzept der Gemeindedolmetscher vor. Über kultursensible Ansätze, Projekte und Initiativen im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg berichtete Nadine Bartels (Ministerium für Integration) und Martha Aykut über Initiativen in Stuttgart. In der daran anschließenden Diskussion äußerten sich VertreterInnen der Krankenkassen, des Landesgesundheitsamts, des Ausländerrats, der Menschenrechtszentren, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Deutschen Rentenversicherung, der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg und des Sozialministeriums.

Wie zwischenzeitlich bekannt wurde, hat die Landesregierung im Haushaltsplan 2012 des Ministeriums für Integration sowohl Zuschüsse an den Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e. V. als auch an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Baden-Württemberg vorgesehen. Damit werden auch Konsequenzen aus dem von der LPK gemeinsam mit der LÄK verfassten „1. Versorgungsbericht Migration“ gezogen, der auf eine Reihe von Problemfeldern hingewiesen hatte. Wir werten dies als ein bedeutsames Ergebnis der erfolgreichen Zusammenarbeit mit der LÄK.

## Gesundheitskonferenz Karlsruhe

Grundlage der seit Anfang 2011 geplanten und ab Januar bestehenden Gesundheitskonferenz Karlsruhe sind die Gesundheitsziele Baden-Württemberg, die im Rahmen der „AG Standortfaktor Gesundheit“ für die „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ entwickelt wurden. Die LPK ist, wie schon mehrfach berichtet, an verschiedenen Projektgruppen beteiligt und hatte auch an der Formulierung der Gesundheitsziele intensiv mitgewirkt. In diesem Kontext erfolgte auch die Einladung zur Teilnahme am Lenkungskreis der Gesundheitskonferenz Karlsruhe. Die vom Landrat einberufene Konferenz besteht aus einem einmal jährlich tagenden Plenum, aus Arbeitsgruppen (nach Absprache) und einer Lenkungsgruppe, die zwei bis drei Mal im

Jahr zusammenkommt. Die Hauptziele orientieren sich an der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

Mitglieder sind Vertreterinnen und Vertreter der Kreisgemeinden, der Kranken- und Sozialversicherung, der Ärzte/Psychotherapeuten, der Kliniken, der Wohlfahrtsverbände und von Organisationen mit gesundheitlichen Schwerpunkten. Die Konferenz nahm am 24. Januar 2012 ihre Arbeit auf. In der von Landrat Dr. Christoph Schnaudigel eröffneten Auftaktveranstaltung wurde auf Entwicklungstrends im gesellschaftlichen Wandel und Fortschritt der medizinischen Behandlung hingewiesen, neben der demographischen Entwicklung

besonders auf die Bedeutung von Lebensstil und sozialer Umwelt, wobei neu im Fokus benannt wurde, dass Belastungen in der Arbeitswelt und Medienkonsum immer größere Risiken für psychische Erkrankungen darstellen. Auch der Bericht über Frühe Hilfen macht deutlich, dass sehr Frühe Hilfen die beste Prävention nicht nur für die Entwicklung von Kindern sei, sondern auch wirtschaftlich dem Gesundheitssystem Kosten erspart.

Die Teilnahme der LPK bei diesen Veranstaltungen ermöglicht Kontakte und Austausch mit allen am Gesundheitssystem beteiligten Institutionen.

## Vertretung PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) – Brief der PiA-Sprecher

### Liebe Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung,

wir, die PiA-Sprecher der LPK BW wollen Euch auf diesen Weg über unsere aktuelle Arbeit informieren. Seit 2007 besteht die Möglichkeit, dass PiA nach der Zwischenprüfung freiwillige Kammermitglieder werden. Bei der letzten Kammerwahl wurden dann auch erstmalig PiA-Vertreter von den PiA-Mitgliedern der LPK in die Vertreterversammlung gewählt. Zwei Plätze sind dafür vorgesehen gewesen. Gewählt (Briefwahl) wurden von damals bereits über 100 PiA-Mitgliedern Dipl.-Psych. Kerstin Lutz (PP/VT bei der TAVT in Tübingen) über die Liste des BDP und Dipl.-Psych. Kai Uwe Jörß (PP/VT bei der DGVT in Friedrichshafen) über die Liste der DGVT. Wichtig ist uns allerdings, dass wir uns über Ausbildungs- und Berufsverbandsgrenzen hinweg als Vertreterinnen aller PiA sehen, da unsere Anliegen sich ja doch schulenunabhängig ähneln. Im Januar 2012 haben wir gemeinsam mit LPK-Vorstandsmitglied Birgitt Lackus-Reitter die PiA nach Stuttgart eingeladen, um über unsere Arbeit zu informieren. Trotz Abendtermin stießen wir auf großes

Interesse. Geplant sind künftig auch regionale Treffen, um möglichst viele Kolleginnen und Kollegen in der Ausbildung über aktuelle berufspolitische Themen sowie grundsätzlich die Arbeit der LPK zu informieren und auch gerne zu motivieren, sich aktiv – sei es durch Hinweise auf wichtige PiA-relevante Themen oder auch direkte Mitarbeit – zu beteiligen. Gerade aktuell ist die berufspolitische Debatte auch für uns PiA sehr wichtig und interessant und es gibt Möglichkeiten, sich direkt mit einzubringen. Hier seien beispielsweise die Ausbildungsreform genannt oder auch die Reform der Bedarfsplanung. Auch bzgl. Versorgungswerk sind ja gerade wir direkt betroffen. Als PiA-Vertretung mit aktivem Wahlrecht haben wir die Möglichkeit, in den verschiedenen Ausschüssen der LPK mitzuwirken und auch in der VV mit gleichberechtigter Stimme mit zu diskutieren. So sind sowohl Kerstin Lutz als auch Kai Uwe Jörß Mitglied im Aus-, Fort- und Weiterbildungsausschuss, der sich natürlich mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung, aber auch z. B. mit der Zulassung von Weiterbildungsveranstaltungen oder mit Kriterien für die Zertifizierung von Fortbildungs-

gen befasst. Ein aktueller Punkt ist beispielsweise auch die neue Weiterbildungsordnung für Systemische Therapie. Als vollwertige VV-Mitglieder konnten und wurden die aktuellen PiA-Sprecher auch als Delegierte für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) gewählt. Dort werden aktuelle Themen auf Bundesebene besprochen und beschlossen. Hier besteht auch die Möglichkeit, eigene Anträge einzureichen, wie beispielsweise auf dem DPT im Herbst 2011 von Kerstin Lutz in Zusammenarbeit und Ausarbeitung mit der PiA-Bundeskonferenz (zur PiA-BUKO vgl. Artikel in der letzten Ausgabe im PTJ) geschehen. Daraus entstand der mehrheitlich verabschiedete Aufruf des DPT, dass in allen Länderkammern PiA-Vertretungen etabliert werden sollen. Ihr seht, man kann also tatsächlich etwas bewirken. Gerade die Diskussion um Themen, die uns als künftig Approbierte dieser Kammer ja unmittelbar betreffen, ist bei der PiA-Arbeit sehr wichtig. Daher freuen wir uns auch, wenn Ihr mit uns Kontakt aufnehmt und Euch über wichtige Themen informiert.

*Es grüßt herzlich  
Kerstin Lutz*

## Termine

### LPK-Fachtagungen 2012

- 23. März, Stuttgart: Grundlagen und Kompetenzen für eine Psychotherapeutenausbildung
- 20. April, Freiburg und 4. Mai, Stuttgart: Berufs- und strafrechtliche Problemstellungen im psychotherapeutischen Praxisalltag
- 14. Mai, Heidelberg: Regionaler Arbeitskreis „Abstinenz“ der LPK BW
- 23. Juni, Stuttgart: Landespsychotherapeutentag 2012: Frühe Hilfen für Eltern

und Kinder in besonderen Belastungssituationen – Rolle der Psychotherapie

- 26. Juni, Tübingen: Psychotherapie bei Psychosen: gefährlich und undurchführbar oder leitliniengerecht und wirksam?

Genauere Informationen zu allen genannten Veranstaltungen (Zeiten, Örtlichkeiten, Fortbildungspunkte etc.) finden Sie auf unserer Homepage.

### Vertreterversammlung

Frühjahr: 24.03.2012 in Stuttgart  
Herbst: 19./20.10.2012 in Stuttgart

### Geschäftsstelle

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



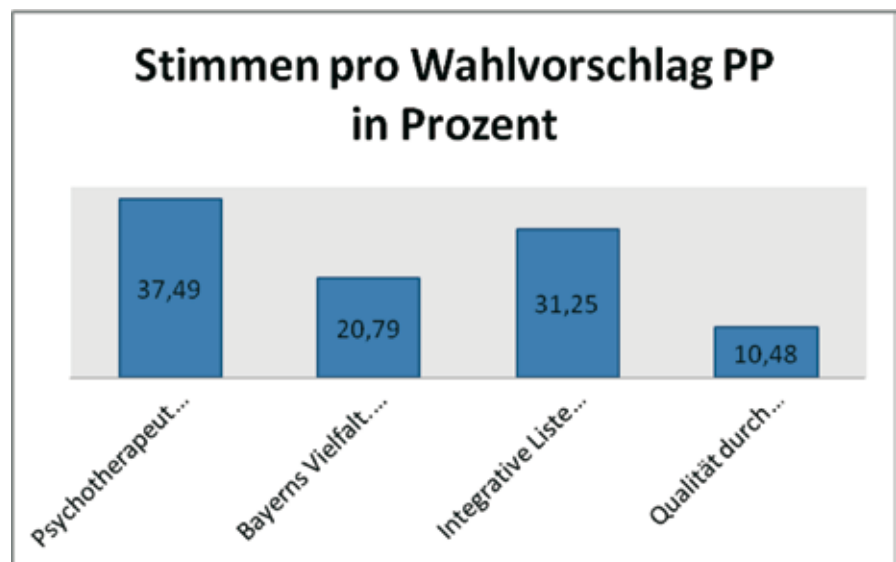
# Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologi- schen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

## Kammerwahl: Die dritte Delegiertenversammlung ist gewählt

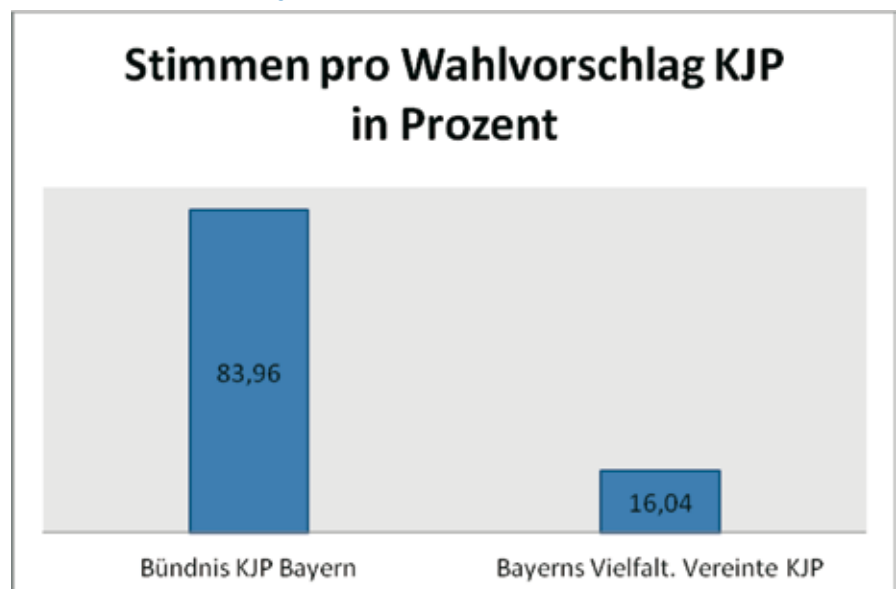
Die Mitglieder der PTK Bayern haben die Delegierten der 3. Amtsperiode gewählt. Wir berichten hier über das vorläufige Ergebnis. Wahlberechtigt waren insgesamt 4512 Psychologische Psychotherapeut/innen (PP) und 990 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP). 3208 Kammermitglieder gaben ihre Stimmen ab, was einer Wahlbeteiligung von 58,3% entspricht. Bei den Kammerwahlen 2007 lag die Wahlbeteiligung bei 59,5%. Es wurden 3092 gültige Stimmzettel abgegeben. 23 Stimmzettel und 93 Wahlbriefumschläge waren ungültig. Am 15.3.2012 fand die konstituierende Sitzung der neu gewählten Delegiertenversammlung (DV) statt. Da dieser Termin nach dem Redaktionsschluss für diese Ausgabe des PTJ lag, finden Sie den Bericht über die Ergebnisse der DV (u. a. Vorstandswahlen) auf unserer Website und in einem Mitgliederrundschreiben.

Im Unterschied zur Kammerwahl 2007 (sieben Wahlvorschläge) umfasste der Stimmzettel der PP dieses Mal vier Wahlvorschläge. Wahlvorschlag 1: Psychotherapeuten-Bündnis. Wahlvorschlag 2: Bayerns Vielfalt. Vereinte PsychotherapeutInnen. Wahlvorschlag 3: Integrative Liste Psychotherapie. Wahlvorschlag 4: Qualität durch Vielfalt. Die wahlberechtigten PP konnten insgesamt 37 Stimmen vergeben.

Der Stimmzettel für die KJP umfasste wie 2007 zwei Wahlvorschläge. Wahlvorschlag 1: Bündnis KJP Bayern. Wahlvorschlag 2: Bayerns Vielfalt. Vereinte KJP. Die wahlberechtigten KJP konnten 8 Stimmen vergeben.



*Ergebnisse der Kammerwahl für die Psychologischen Psychotherapeut/innen, aufgeteilt nach den vier Wahlvorschlägen.*



*Ergebnisse der Kammerwahl für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen, aufgeteilt nach den beiden Wahlvorschlägen.*

Wahlvorschlag	Nr. Wahlvorschlag	Stimmen	Delegierte
Psychotherapeuten-Bündnis (PP)	1	33.959	14
Bayerns Vielfalt. Vereinte PsychotherapeutInnen (PP)	2	18.828	8
Integrative Liste Psychotherapie (PP)	3	28.302	11
Qualität durch Vielfalt (PP)	4	9488	4
Bündnis KJP Bayern	1	3701	7
Bayerns Vielfalt. Vereinte KJP	2	707	1
		94.985	45

### Die Sitzverteilung der 3. Delegiertenversammlung der PTK Bayern.

Die Namensnennung in den Tabellen der PP und KJP steht unter der Voraussetzung der Annahme der Wahl. Die Annahmefrist binnen drei Wochen nach der Wahl war mit Redaktionsschluss noch nicht abgelaufen.

Nach der Wahlordnung hat die stimmberechtigte Person so viele Einzelstimmen, wie in ihrer Berufsgruppe Delegiertensitze

Bei der Verteilung der zu vergebenden Sitze auf mehrere Wahlvorschläge wurde, wie es die Wahlordnung vorschreibt, das Verfahren nach Hare/Niemeyer angewendet. Die nach diesem Verfahren berechneten Sitze erhalten diejenigen Bewerber, die im betreffenden Wahlvorschlag die meisten Stimmen bekommen haben. Als Nachrücker gelten die nicht gewählten Bewerber in der Rangfolge ihrer Stimmenzahlen.

Wahlvorschlag 1: Bündnis KJP Bayern	Anzahl Stimmen
Peter Lehndorfer	857
Thomas Stadler	550
Angelika Rothkegel	456
Gabriele Melcop	357
Silke von der Heyde	329
Peter Drißl	262
Silvia Mara Corso	210
Wahlvorschlag 2: Bayerns Vielfalt. Vereinte KJP	Anzahl Stimmen
Willi Strobl	112

### KJP: Die 8 neu gewählten Delegierten.

zu vergeben sind. Die stimmberechtigte Person kann höchstens drei Stimmen an eine sich bewerbende Person vergeben (Kumulieren). Die stimmberechtigte Person kann ihre Stimmen aber auch auf alle Listen verteilen (Panaschieren).

„Die Wahl und die Ermittlung des Wahlergebnisses verliefen einwandfrei“, resümiert Wahlleiter Achim Pröll. „Das gesamte Team der Geschäftsstelle war in die Auszählung der Stimmen involviert, die Zusammenarbeit war sehr gut.“

Der Vorstand dankt dem Wahlleiter RA Achim Pröll, dem stellvertretenden Wahlleiter RA Johannes Oettl und den Mitgliedern des Wahlausschusses und ihren Stellvertretern Ellen Bruckmayer, Hermann Hennermann, Brigitte Kissinger und Sigrid Böer-Müller sowie den Mitarbeitern der Geschäftsstelle für ihren Einsatz und ihr Engagement bei der Durchführung der Wahl und der Wahlauszählung.

Unmittelbar nach der Delegiertenversammlung am 15.3.2012 werden wir auf der Website unserer Kammer und in Form eines Mitgliederrundschreibens über die Ergebnisse der Vorstandswahlen informieren.

Wahlvorschlag 1: Psychotherapeuten-Bündnis	Anzahl Stimmen
Dr. Nikolaus Melcop	2453
Rudolf Bittner	2224
Gerda B. Gradl	2135
Klemens Funk	1859
Dr. Andreas Rose	1709
Birgit Gorgas	1686
Dr. Franz Dumbs	1397
Dr. Anke Pielsticker	1390
Dr. Sabine Zaudig	1197
Micheline Geldsetzer	1189
Corinna Weixler	956
Kamil Arslanalp	938
Dr. Corinna Brandl	921
Brigitte Seelmann-Eggebert	905
Wahlvorschlag 2: Bayerns Vielfalt. Vereinte PsychotherapeutInnen	Anzahl Stimmen
Dr. Heiner Vogel	1097
Prof. Dr. Willi Butollo	865
Gisela Röper	802
Prof. Dr. Hans Reinecker	782
Gerhard Müller	719
Rudi Merod	687
Rainer Knappe	679
Dr. Maria Gavranidou	671
Wahlvorschlag 3: Integrative Liste Psychotherapie	Anzahl Stimmen
Dr. Bruno Waldvogel	1976
Benedikt Waldherr	1302
Albrecht Stadler	1268
Elisabeth Gerz-Fischer	1254
Barbara Sacher	1182
Dr. Herbert Ühlein	1157
Thomas Florschütz	1024
Almut Gessler-Engelbrecht	964
Rainer Cebulla	911
Dr. Elisabeth Koch	824
Karin John	762
Wahlvorschlag 4: Qualität durch Vielfalt	Anzahl Stimmen
Prof. Dr. Karin Tritt	636
Dr. Peter Dilling	461
Brigitte Morgenstern-Junior	452
Martina Kindsmüller	431

### PP: Die 37 neu gewählten Delegierten.

## Gespräche mit führenden Landespolitiker/inne/n

Im Herbst letzten Jahres fanden vonseiten der Kammer mit allen im Landtag vertretenen Parteien vertiefende Gespräche statt. Im Folgenden berichten wir über die Gespräche mit CSU, SPD und FDP (Gespräch mit den Bündnis 90/Die Grünen s. PTJ 4/2011, Kontakt mit den Freien Wählern s. u., Abschnitt Landtagsanfrage).

Am 29.11.2011 führten Präsident Nikolaus Melcop und die Vizepräsidenten Peter Lehndorfer und Bruno Waldvogel ein Gespräch mit dem **bayerischen Wissenschaftsminister Dr. Wolfgang Heubisch** und Mitarbeitern des Ministeriums. Wesentliche Gesprächsinhalte waren die Entwicklung der Zugangsstudiengänge zu den Ausbildungen zum PP und KJP sowie die

gen für eine entsprechend notwendige Anzahl an Master-Studienplätzen mit dem Inhalt „Klinische Psychologie“ einzusetzen. Staatsminister Dr. Heubisch verwies zwar auf die Autonomie der Hochschulen, sagte aber zu, darauf achten zu wollen, wie sich die Anzahl der zur psychotherapeutischen Ausbildung qualifizierenden Master-Studienplätze an den bayerischen Universitäten entwickelt. In Bezug auf die Inhalte von Studiengängen als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung und spätere Tätigkeit als Psychotherapeut/in unterstützt das Ministerium die Position der Kammer, dass die Kammer als Vertreterin der Berufspraxis an der Akkreditierung neuer Studiengänge zu beteiligen ist. Weiterhin stimmten die Gesprächspartner darin überein, dass eine

in ländlichen Gebieten, Maßnahmen zur Inklusion psychisch behinderter Menschen im Arbeitsleben und die psychotherapeutische Versorgung von Migrant/inn/en. In Bezug auf den psychotherapeutischen Nachwuchs wurde die Sorge zu geringer Studienplatzzahlen in Masterstudiengängen Psychologie, die unzumutbare finanzielle Belastung von Ausbildungsteilnehmer/inne/n und die Notwendigkeit der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes angesprochen. Die Anregungen, Positionen, Forderungen und Wünsche der Kammer wurden von Kathrin Sonnenholzner positiv aufgenommen.

Zwischenzeitlich hat **Frau Sonnenholzner eine Landtagsanfrage zu Fragen der psychotherapeutischen Versorgung, der Entwicklung des Nachwuchses, den Zugangsstudiengängen und den finanziellen Bedingungen in der Ausbildung** gestellt. Wir werden über die Antwort der Staatsregierung berichten, sobald uns diese vorliegt.



*Treffen im Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst Ende November 2011 (v. l.): Die Vizepräsidenten Peter Lehndorfer und Bruno Waldvogel, Staatsminister Dr. Wolfgang Heubisch, Kammerpräsident Nikolaus Melcop.  
(Foto: Ulrich Hörlein, bayerisches Wissenschaftsministerium)*

Planungen zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, insbesondere die hierin aufgrund des Bologna-Prozesses neu zu definierenden Zugangsqualifikationen für die Ausbildungen zum PP bzw. KJP. Melcop, Lehndorfer und Waldvogel dankten Staatsminister Dr. Heubisch für seine Bemühungen um eine Erhöhung der Master-Studienplätze in Psychologie an der LMU München. Sie baten ihn, sich im Interesse der Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung durch einen ausreichenden Nachwuchs in unseren Berufen auch weiterhin und an allen bayerischen Universitäten mit psychologischen Studiengän-

gen einbezogen werden, wurde vereinbart, im Austausch zu bleiben.

Am 5.12.2011 trafen sich Melcop, die Vizepräsidenten Lehndorfer und Waldvogel sowie Manfred Ruoß, Wissenschaftlicher Referent, mit der **gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Kathrin Sonnenholzner (MdL)**. Melcop sprach zunächst das Thema Unterversorgung mit Psychotherapie im Zusammenhang mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und die möglichen Konsequenzen für Bayern an. Weitere Themen waren u. a. Burn-out, Kriseninterventionen

Am 12.12.2011 gab es einen Gesprächstermin zwischen Nikolaus Melcop, Vizepräsident Peter Lehndorfer und dem **sozialpolitischen Sprecher der CSU-Landtagsfraktion und stellvertretenden Vorsitzenden des Landtagsausschusses für Soziales, Familie und Arbeit, Joachim Unterländer (MdL)**. Zunächst sprach Melcop die möglichen Folgen des verabschiedeten GKV-VStG an. Joachim Unterländer hob hervor, dass eine flächendeckende und wohnortnahe ausreichende Versorgung für psychisch kranke Menschen in Bayern vordringlich sei. Die weiteren Themen waren ähnlich wie im Gespräch mit Kathrin Sonnenholzner. Als besonderes Problem wurde zum Schluss des Gesprächs die zunehmend wichtigere Problematik der Glücksspielsucht angesprochen. Es bestand Einigkeit darin, dass insbesondere für die Verhinderung der durch Automaten ausgelösten Spielsucht bessere Regelungen im Bereich der Spielverordnung und der Spielhallen dringend erforderlich seien.

## Landtagsanfrage der Freien Wähler zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Bayern

Am 10.11.2011 hat Peter Meyer, Mitglied der Landtagsfraktion der Freien Wähler und Vizepräsident des Bayerischen Landtags, an die Landtagspräsidentin Barbara Stamm eine schriftliche Anfrage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Bayern gestellt. Konkret fragte Peter Meyer die Bayerische Staatsregierung, welche konkreten Schritte diese unternehme, um der Unter- und Fehlversorgung abzuwehren. Was beabsichtige – so die zweite Frage – die Staatsregierung zu tun, um die seit Langem geforderte Veränderung der Bedarfsplanung mit Anhebung der Verhältniszahlen für die benachteiligten ländlichen Regionen herbeizuführen? Die weiteren Fragen bezogen sich u. a. auch auf die langen Wartezeiten auf ein Erstgespräch und einen Psychothe-

rapieplatz. Mitte Januar hat der bayerische Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber im Einvernehmen mit der Staatsregierung geantwortet. Die Sicherstellung der flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung obliege der KVB. Gleichwohl vertritt die Staatsregierung die Auffassung, dass die Bedarfsplanung reformiert werden müsse. Gerade wegen der oft langen Wartezeiten auf Psychotherapieplätze seien hier im Interesse der Patient/inn/en dringend Verbesserungen erforderlich. Diesen Herausforderungen könnte am besten durch eine größtmögliche Regionalisierung und Flexibilisierung begegnet werden. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz könne auf regionaler Ebene zukünftig gezielt auf evtl. Defizite in der Versorgungsstruktur vor Ort, wie lan-

ge Wartezeiten, reagiert werden. Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sei eine Anpassung der Verhältniszahlen im Rahmen der Bedarfsplanung dringlich.

Kommentar: Damit betont die Staatsregierung die verantwortliche Rolle der KVB für die Sicherstellung und unterstützt gleichzeitig indirekt die Forderungen nach einer Anpassung der Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung. Diese offizielle Äußerung wird in der Diskussion um die weitere Ausgestaltung der Bedarfsplanung sicher eine wichtige Rolle spielen. Gespannt dürfen wir dann auch auf die Beantwortung der Anfrage von Frau Sonnenholzner, SPD, sein (s. o.).

## Versorgungsstrukturgesetz: Staatsregierung bedauert fehlende Berücksichtigung des psychotherapeutischen Bedarfs

„Ich bedaure, dass es letztlich nicht gelungen ist, diese wünschenswerte Änderung in das Gesetz einzufügen. (...) Seien Sie zudem versichert, dass auch die Bayerische Staatsregierung sich weiterhin für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung einsetzen wird.“ Das ist ein Auszug aus einem Schreiben von Emilia Müller, Staatsministerin für Bundes- und Europaangelegenheiten in der Bayerischen Staatskanzlei, das sie auf Bitte von Ministerpräsident Horst Seehofer am 2.1.2012 an Kammerpräsident Melcop geschickt hat. Den Ausführungen der Staatsregierung zufolge bestünde für die Selbstverwaltung indes zukünftig ein deutlich größerer Spielraum als bisher, die psychotherapeutische Versorgung an die konkreten Erfordernisse vor Ort anzupassen. Die Kammer wird die Umsetzung des Gesetzes sehr genau beobachten und die verantwortlichen Politiker beim Wort nehmen.

### Hintergrund und aktueller Stand

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ist zum 1.1.2012 in Kraft getreten. Die PTK Bayern hat sich in Abstimmung mit der BPTK an einer Vielzahl von Aktio-

nen beteiligt, die bayerischen Bundestagsabgeordneten davon zu überzeugen, dass die Bedarfsplanung hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung aufgrund der viel zu langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz dringend verbessert werden muss. In diese Aktionen wurden auch die Kammermitglieder mit eingebunden, viele haben sich beteiligt.

Darüber hinaus hat der Vorstand zahlreiche Gespräche mit Politikern aller im bayerischen Landtag vertretenen Parteien geführt und aktiv Lobbyarbeit – auch mit intensiver Pressearbeit – betrieben. Ende September der erste Erfolg: Der bayerische Antrag zur verbesserten Positionierung der psychotherapeutischen Versorgung im Versorgungsstrukturgesetz war im Bundesrat erfolgreich und der Bundesrat hat in einer Stellungnahme den Kabinettsentwurf deutlich kritisiert. Der Bundestag hat jedoch mit den Stimmen der Regierungskoalition die von Bayern erhobene Forderung, eine Neufestsetzung des bedarfsgerechten Versorgungsgrades für die psychotherapeutische Versorgung vorzunehmen und dabei den gestiegenen Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen besonders zu berücksichtigen, zwar im Be-

gründungstext zum Gesetz erwähnt, aber nicht im Gesetzestext selbst aufgegriffen.

### Was die Regierungskoalition versäumt hat

Damit wurde mit dem Gesetz die Verantwortung für die Versorgung im Bereich Psychotherapie weitergegeben: Die Neufestlegung der Bedarfsplanung wurde in die Hände der Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss, Landesauschüsse, Zulassungsausschüsse) gelegt und angesichts der dortigen (Mehrheits-) Verhältnisse ist nicht unbedingt von einer erhöhten Sensibilität gegenüber den Belangen der psychotherapeutischen Versorgung auszugehen.

### Weiterhin konzentrierter Einsatz

Gemessen an den Kräften, die gegen eine bessere Bedarfsplanung insbesondere aufgrund befürchteter kurzfristiger Mehrausgaben wirkten und wirken, hat die PTK Bayern gemeinsam mit den anderen Psychotherapeutenkammern und Berufsverbänden einiges erreicht. Jetzt geht damit die Arbeit im Rahmen der Umsetzung des

GKV-VStG weiter mit dem Ziel, eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen.

## Kurznachrichten

### Ministerpräsident Seehofer und das Psychotherapeutengesetz

Kammerpräsident Nikolaus Melcop übermittelte Ministerpräsident Horst Seehofer am 13.1.2012 bei seinem Neujahrsempfang die Grüße der bayerischen Psychotherapeut/inn/en. Der Ministerpräsident betonte dabei erneut seine maßgebliche Mitwirkung an der Entstehung des Psychotherapeutengesetzes in seiner Zeit als Bundesgesundheitsminister.

### Neuapprobierte informieren sich

Rund 60 neuapprobierte Mitglieder nahmen an der Veranstaltung am 10.12.2011 in München teil. Nikolaus Melcop und Bruno Waldvogel informierten u. a. über die Auswirkungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sowie über Regelungen zur Fortbildung und der Berufsordnung. Viele Neuapprobierte wollten in der Diskussion wissen, was bei einer Praxisgründung zu beachten sei.

### Neuropsychologisch-psychotherapeutisches Fachwissen in der Demenzdiagnostik und -behandlung

Die Kammer arbeitet in zwei Arbeitsgruppen zur Demenzprävention und Demenzbehandlung mit, die im Rahmen des Expertenkreises Psychiatrie beim Gesundheitsministerium stattfindet. Sie tritt dafür ein, dass in den entsprechenden Empfehlungen für die Staatsregierung die eigenständige Kompetenz von Psychotherapeut/inn/en mit neuropsychologischem Fachwissen zur Diagnostik und Behandlung angemessen abgebildet wird.

### Initiativen gegen Suchtgefahren bei Geldspielautomaten

Die Kammer hat ein umfangreiches Statement mit Handlungsempfehlungen und Forderungen zu Geldspielautomaten und Suchtgefahren erstellt, die auch den anderen Landeskammern zur Verfügung gestellt wird.

Wir hoffen dabei natürlich auch, dass die Bayerische Staatsregierung dabei wie ange-

kündigt unsere Forderungen unterstützen wird ...

### Trauer um Helge Halbensteiner

Nach langer Krankheit ist am 25.12.2011 in München unser langjähriges Kammermitglied und das Mitglied des Vorstandes des Gründungsausschusses der PTK Bayern Helge Halbensteiner gestorben. Er setzte sich in mehreren Vorständen für die Psychotherapie- und Angestelltenpolitik ein. Helge Halbensteiner war zuletzt der Vorsitzende der Sektion „Angestellte und Beamtete Psycholog/inn/en“ im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und hatte mehrere weitere Ehrenämter inne. In den letzten Jahren war er in der Ambulanz einer psychotherapeutischen Klinik in München tätig. Wir trauern um einen engagierten Kollegen, den wir in guter Erinnerung behalten werden.

### Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert wurden bzw. an denen sie teilgenommen hat: Heilberufekammertreffen am 7.11.2011; Sitzung des Landeszentralstellenrates Psychosoziale Notfallversorgung am 16.11.2011; Mitgliederversammlung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft am 2.12.2011; 14. Sitzung des Landesgesundheitsrates am 5.12.2011; Symposium „100 Jahre BKH Mainkofen“ am 7.12.2011; AG „Integrierende Versorgung Erwachsene“ am 14.12.2011 und 25.1.2012; „Versorgung chronisch mehrfach geschädigter Abhängiger“ am 14.12.2011; 3. Sitzung der AG „Bürokratieabbau“ und 3. Sitzung der AG „Schnittstelle ambulant-stationär“ im bayerischen Gesundheitsministerium am 11.1.2012; Unterarbeitsgruppe „Integrierende Versorgung KJP“ am 16.1.2012; Dritte Sitzung des Beirats zur Erstellung des dritten Berichts der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern am 18.1.2012; Conference „Psychotherapy in Europe – Putting

the Record straight“ im Europäischen Parlament in Brüssel am 9.2.2012; 3. Sitzung des Runden Tisches Patientenrechte am 15.2.2012; 5. Runder Tisch „Präventionspakt Bayern“ am 8.12.2011; BKK-Tag am 16.2.2012.

### Bevorstehende Veranstaltungen

**11. Suchtforum** mit dem Titel „Ältere Süchtige – Süchtige Ältere“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 1. Termin: 18.4.2012, 13.30 bis 18.00 Uhr in München. 2. Termin: voraussichtlich 7.12.2012, 13.30 bis 18.00 Uhr in Nürnberg.

**Fortbildung für die psychoonkologische Praxis:** Termine: 27./28.4.2012, Fr 13.30 bis 19.30 Uhr, Sa 9.00 bis 19.00 Uhr. Ort: Geschäftsstelle der PTK Bayern, St.-Paul-Str. 9, 80336 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

(bis 15.3.2012):

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Benedikt Waldherr.

### Geschäftsstelle

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



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

## Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

### Gesundheitspolitisches

#### Treffen aller Heilberufekammern

Mitte Januar trafen sich alle Präsident/innen und Geschäftsführer/innen der Berliner Heilberufekammern. Besprochen wurden die geplante Novellierung des Berliner Heilberufekammergesetzes, die Umsetzung des verabschiedeten Versorgungsstrukturgesetzes in Berlin, die Genehmigung und Umsetzung der Weiterbildungsordnung bzw. des Weiterbildungsgesetzes, die Einrichtung eines Versorgungswerks sowie die Festlegung der künftigen Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde.

#### Antrittsbesuch der Heilberufekammern beim Senator für Gesundheit und Soziales

Im November 2011 wurde Mario Czaja (CDU) vom Regierenden Bürgermeister zum Senator für Gesundheit und Soziales ernannt. Mit Elan will der 36-jährige Gesundheitssenator die aktuell gesundheitspolitischen Aufgaben angehen. In freundlich zugewandter Atmosphäre fanden die Anliegen der einzelnen Heilberufekammern beim Senator und der Staatssekretärin Emine Demirbüken-Wegner (CDU) Gehör. Die Psychotherapeutenkammer Berlin hat mit dem Senator für März einen weiteren Termin vereinbart, bei welchem es ausschließlich um die psychotherapeutische Versorgung der Patient/inn/en in Berlin gehen soll.

#### Treffen mit der Senatorin für Bildung, Jugend und Wissenschaft

Die 42-jährige Sandra Scheeres (SPD) ist seit Ende letzten Jahres Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Zusammen mit ihrer Staatssekretärin für Ju-

gend und Familie Sigrid Klebba (SPD) wird im März über eine Beteiligung der Psychotherapeutenkammer bei der Akkreditierung von psychologischen Studiengängen, über Psychotherapien im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe sowie über den Kinderschutz in Berlin gesprochen.

#### Bedarfsplanung

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Referatsleiter in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, hielt auf einer Klausurtagung des Vorstands Anfang Dezember 2011 einen eindrucksvollen Vortrag zur „Sozialindikativen Planung der regionalen ärztlichen Versorgung am Beispiel Berlins“. Anhand eines Komponentenmodells sollten für eine künftige Bedarfsplanung auch soziale, gesundheitliche und überregionale Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Am Beispiel der „Psychotherapeuten“ stellte Meinlschmidt ein mögliches Berechnungsmodell für eine angemessenere therapeutische Versorgung in Berlin dar.

### Kammerprojekte

#### Kooperation mit „Volkssolidarität“

Die Volkssolidarität, ein Sozial- und Wohlfahrtsverband, und die Psychotherapeutenkammer Berlin wollen im Rahmen eines Modellprojekts Möglichkeiten für Psychotherapie von Bewohnern eines Altenheimes, Begleitgespräche für Angehörige sowie Fortbildung und Supervision für Pflegekräfte entwickeln. Eine wissenschaftliche Begleitung ist beabsichtigt.

#### Sozialgesetzbuchübergreifende psychotherapeutische Versorgung

Anfang des Jahres tagte erneut die Arbeitsgruppe der Senatsverwaltungen Gesundheit und Soziales sowie Bildung, Jugend

und Wissenschaft mit Vertretungen der Psychotherapeutenkammer, der Berufsverbände der Kinder- und Jugendpsychiater, der Jugendamtsleitungen sowie erstmalig der Krankenkassen. Angestrebt wird eine sozialgesetzbuchübergreifende Finanzierung von Psychotherapie für besonders schwierige Jugendliche (geteilte Finanzierung nach SGB V und SGB VIII).

#### Start curriculärer Fortbildungen

Im Januar 2012 begannen zwei curriculare Fortbildungen: 1. zur Eltern-, Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie (in dritter Folge) sowie 2. zur Psychotherapie mit Älteren. Beide Fortbildungen sind sehr gut besucht. Eine erneute Ausschreibung ist geplant.

#### Forschungsprojekt Psychotherapie mit Älteren

Zurzeit wird in Kooperation mit der Philipps Universität Marburg – FB Erziehungswissenschaften (Prof. Dr. Meinolf Peters) und mit Unterstützung durch die Heidehof Stiftung eine schriftliche Befragung der Berliner Kammermitglieder durchgeführt. Die Studie verfolgt das Ziel, das Therapeutenverhalten in der psychotherapeutischen Behandlung älterer Patienten zu erfassen, um mögliche Unterschiede im Verhalten in der Behandlung Älterer und der Behandlung Jüngerer herauszuarbeiten. Erste Ergebnisse werden im Herbst 2012 zu erwarten sein.

#### 8. Landespsychotherapeutentag

Der diesjährige Landespsychotherapeutentag im März fokussiert die Psychotherapeut/inn/en und die Psychotherapie in Institutionen. Es geht um Kernkompetenzen, Macht und Ohnmacht in Institutionen und um eine bessere Verzahnung zu den anderen Versorgungsbereichen. Diskutiert wird auch, wie die Aufstiegschancen für Psy-

chotherapeuten in Leitungsfunktionen verbessert und angemessene Bezahlungen ausgehandelt werden können.

## Kammerinternes

### Beitragserhöhung

Seit 01.01.2012 gelten neue Kammerbeiträge. Der Haushaltsplan und die geänderte Beitragsordnung wurden seitens der

Senatsverwaltung Berlin genehmigt und im Amtsblatt für Berlin veröffentlicht. Der Regelbeitrag liegt bei 455 Euro (227,50 Euro bei einer Doppelmitgliedschaft). Es gibt drei weitere Sätze – fußend auf den Kriterien der Sozialgesetzbücher: Bei Bruttoeinkünften von 0 bis 9.450 Euro/Jahr muss kein Beitrag bezahlt werden; bei Einkünften von 9.451 bis 14.175 Euro/Jahr liegt der Beitrag bei 85 Euro, bei Einkünften von 14.176 bis 31.500 Euro/Jahr bei 385 Euro.

### Etappensieg

Die 14. Kammer des Berliner Verwaltungsgerichts hat im Gerichtsverfahren die Position der Kammer voll bestätigt. Sie hält es für verfassungswidrig, der Berliner Psychotherapeutenkammer die Möglichkeit vorzuenthalten, eine berufsständische Alters- und Berufsunfähigkeitsversorgung für ihre Mitglieder zu schaffen. Das bedeutet, dass das Verfahren nun durch den Verfassungsgerichtshof des Landes Berlin entschieden wird.

*Für den Vorstand: Michael Krenz,  
Präsident*

## Selektivverträge und Integrierte Versorgung: Vor- und Nachteile aus Patienten- und Psychotherapeutesicht

**Karin Jeschke,  
Wissenschaftliche Referentin, und  
Brigitte Kemper-Bürger,  
Geschäftsführerin**

Der Ausschuss „Neue Versorgungsformen“ der PTK Berlin hat am 1. Dezember 2011 den dritten Diskussionsabend im Rahmen einer Veranstaltungsreihe zu Neuen Versorgungsformen durchgeführt – ein Thema, das bei vielen Mitgliedern und auch dem neuen Berliner Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) ganz oben auf der Agenda steht.

Vier Referenten und ca. 100 Teilnehmer/innen haben die Leitfrage des Abends engagiert diskutiert: „Haben Neue Versorgungsformen mit ihren Selektivverträgen ihren Anspruch eingelöst, zu mehr Wettbewerb, Innovation und Effizienz im Gesundheitssystem beizutragen?“ Michael Krenz, Präsident der PTK Berlin, machte deutlich, dass für die PTK Berlin insbesondere die Sicherung der Qualitätsstandards von Psychotherapie von zentraler Bedeutung ist. Nach dem Motto „Da wo Psychotherapie drin sein“ müssen Qualitätsstandards die Grundlage für mögliche Vertragsverhandlungen, Modellprojekte und

Empfehlungen zur Mitarbeit in solchen Projekten sein.

Rudi Bittner, Vorstand der DPTV Landesgruppe Bayern, sah auf Grundlage von mehreren vorgestellten Selektivverträgen eine ständig steigende Wettbewerbsorientierung im Gesundheitssystem. Bürokratischer Aufwand, undurchschaubare Vergütungen, Streitigkeiten um Vertragsbedingungen, zeitliche Befristung der Verträge u. a. seien für Psychotherapeut/inn/en die Schattenseite dieser Entwicklung. Auf der Habenseite stünden ein schnellerer Zugang zur Versorgung und innovative Versorgungsansätze. Die Entwicklung vernünftiger Markt-Spielregeln sei deshalb eine zentrale Herausforderung für die Zukunft.

Für Dr. Lothar Wittmann, PP und ehemaliger Präsident der PTK Niedersachsen, folgen aus neuen Versorgungsformen aufgrund gleichbleibender Budgets vor allem Verteilungskämpfe. Er analysierte die Vor- und Nachteile verschiedener Einzelverträge und unterschied grundsätzlich zwei Typen von Verträgen: Die „Schnittstellenoptimierer“ (Behandlungsketten, Case Management, Managed Care) und die „Turboversorger“ (Wartezeitenverkürzung,

Herausgreifen einzelner Patientengruppen).

Abschließend präsentierte Birgit Heinrich, Geschäftsführerin der PTK Rheinland-Pfalz und Mitgründerin des Praxisnetzes „Netz für seelische Gesundheit Mainz e. V.“, die Entwicklung dieser Genossenschaft über die letzten Jahre als Beispiel für ein erfolgreiches Projekt. Derzeit wird über eine Weiterentwicklung des Vertrags und eine Ausweitung auf einen weiteren Standort verhandelt.

In der weiteren Diskussion werden als zentrale Kriterien für die Bewertung der IV Verträge die folgenden Punkte genannt:

- Regionalität und Durchschaubarkeit der Verträge,
- Flexibilität der Verträge,
- Rolle der Psychotherapeuten bei der Gestaltung,
- Innovation und Beitrag zur Versorgung,
- Vernetzung mit anderen Professionen.

Den ausführlichen Artikel zur Veranstaltung finden Sie unter:

[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/nachrichten/5460746.html](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/nachrichten/5460746.html)

## Begleitende Elternarbeit in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

**Christiane Erner-Schwab,  
Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeutin**

„Ich verstehe gar nicht, wieso das mit dem Einnässen aufgehört hat; Lisa erzählt mir immer, dass Sie hier nur spielen.“ Diesen Satz und Variationen davon hat sicher schon jeder Kinder- und Jugendlichentherapeut gehört. Dies berührt eine der wesentlichen Funktionen der Elternarbeit in der o. g. Patientengruppe: Es gilt, der hartnäckig verbreiteten Vorstellung zu begegnen, dass in jedweder Art von Therapie vor allem „Probleme besprochen“ werden. So manches Mal droht die Motivation zu kippen, wenn die Eltern gewahr werden, dass mit einem Kind eher selten über seine Symptomatik gesprochen wird und in der Tat das Spiel einen großen Raum einnimmt.

Diese Skepsis wird oft dadurch verstärkt, dass ich als Therapeutin konkret am Beispiel des betreffenden Kindes den therapeutischen Effekt des Spiels nicht erläutern kann, weil ich der sog. „internen Schweigepflicht“ unterliege, die es mir verbietet, aus den Stunden mit dem Kind zu berichten und umgekehrt, dem Kind Mitteilungen über den Inhalt der Elternstunden zu machen.

Das heißt, die Kunst besteht darin, anhand von Fremdbeispielen zu erklären, dass im Spiel (Malen, Basteln, etc.) sehr viel „Material“ über die Befindlichkeit eines Kindes dargeboten wird, das ich möglichst verstehen und mit dem ich therapeutisch arbeiten kann.

Neben dem beschriebenen Misstrauen fällt es vielen Eltern schwer, die Schweigepflicht an sich zu akzeptieren. Jeder Arzt, jeder Lehrer oder Erzieher gibt Auskunft, der Therapeutin muss ich einfach nur vertrauen, dass sie ihre Arbeit gut macht.

Statt auf die erhellende und insgesamt „segenreiche“ Einrichtung der „psychotherapeutischen Arbeit mit den Bezugspersonen“ hinzuweisen, werden hier gleich zu Anfang die maßgeblichen Stolpersteine benannt – und dies geschieht nicht zufällig. Es hilft nämlich auch in der Praxis sehr,

die potenziellen Schwierigkeiten vorbeugend und verständnisvoll möglichst schon im Vorgespräch aufzuzeigen. Die Eltern fühlen sich verstanden und können sich meist besser mit den Einschränkungen arrangieren. Es kann schon zu diesem frühen Zeitpunkt die Einsicht gefördert werden, dass der „geschützte“ Raum sowohl für Eltern als auch besonders für die Kinder eine wichtige Basis dafür ist, dass sich alle Beteiligten wirklich öffnen können.

Sich an den verschiedenen „Fronten“ (manchmal im wortwörtlichen Sinn!) des Familiensystems zu bewegen und dort ganz unterschiedlich zu arbeiten, gehört zu den besonderen Herausforderungen des Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Dies wird umso mehr zum Spagat, je deutlicher bestimmte heikle Umgangs- und Erziehungsmuster im Familienleben werden. Die Eltern nach Art der Supernanny zu kritisieren und zu korrigieren, geht im Zweifel eher schief. Die meisten von ihnen suchen für ihr Kind therapeutische Hilfe, nachdem sie vorher schon länger versucht haben, das Problem selbst in den Griff zu bekommen, und stehen nicht selten unter erheblichem Scham- und Schulddruck.

Im Folgenden eine fiktive Situation, wie sie so oder ähnlich oft vorkommt: Elterngespräch einer Therapeutin – Frau Reuter –

mit beiden Eltern der 8-jährigen Luisa. Die Mutter (Frau Brand) berichtet – immer wieder von Weinen unterbrochen – von ihrer nachgeburtlichen Depression und ihren Insuffizienzgefühlen dem neuen Kind gegenüber:

Ihr wird jetzt beim Erzählen noch einmal richtig bewusst, wie sehr sie in dieser Zeit gelitten hat. „Gott sei Dank merkt so ein Baby noch nicht so richtig, was beim anderen vorgeht“, sagt sie fast beschwörend.

Frau Reuter ist mit dieser Einschätzung offenbar nicht ganz einverstanden und hält es für wichtig, diesen Punkt näher zu besprechen. (...) Und besonders nachgeburtliche Depressionen können beim Säugling eine erhebliche Verunsicherung bewirken. (...)

Es wäre nun aber sicher nicht sinnvoll, Frau Brand mit diesen Erkenntnissen zu konfrontieren und damit ihre Schuldgefühle neu zu beleben. An dieser Stelle zeigt sich wieder, dass die Elternarbeit häufig zu einer Gratwanderung wird. Sie bewegt sich zwischen Einfühlung und Verständnis einerseits und der Notwendigkeit, auch heikle Punkte in der Familiengeschichte aufzuspüren.

„Da haben Sie ja ganz schön was geleistet“, sagt Frau Reuter in diesem Fall be-



*Familiensystem*



hutsam, „dass Sie Luisa trotz Ihrer miserablen Verfassung gut versorgt haben. Aber ich frage mich, ob es tatsächlich keinen Unterschied macht, ob man ein Baby – zum Beispiel beim Wickeln – freudig und freundlich anlächelt und mit ihm spricht oder traurig und weinend die notwendigen Handgriffe verrichtet.“ – „Sie meinen, Luisa hat damals schon gespürt, dass es mir nicht gut ging?“, fragt Frau Brand ungläubig zurück. „Sie sagten ja, Luisa habe selbst sehr viel geweint – vielleicht hat sie mit Ihnen geweint? Wenn ich das so höre, stelle ich mir vor, dass Sie damals mit Ihrer Tochter in einen Teufelskreis geraten sind, weil Luisas Schreien Ihre eigenen Unzulänglichkeitsgefühle und Ihre Niedergeschlagenheit noch verstärkt hat“ (Fallbeispiel aus: Erner-Schwab, 2005).

Dies Beispiel zeigt, dass man nach dem Prinzip der „Arbeit mit zwei Händen: Halten und Konfrontieren“ von Thea Bauriedl (1996, „Auch ohne Couch“) eventuell krank machende Konstellationen im Familienleben herausfinden und benennen kann, ohne dass Schuldgefühle eine Rolle spielen, und vielleicht sogar eine Entlastung für die Eltern stattfinden kann.

Eine große Gefahr liegt auch darin, sich z. B. als Therapeutin in die Rolle der besseren Mutter zu fantasieren und insofern die immanente Gefahr verstärken, dass sich Konkurrenz in die gemeinsame Arbeit einschleicht. Genauso gefährlich wird es, wenn sich die Therapeutin innerlich mit einem Elternteil gegen den anderen oder mit dem Kind gegen die Eltern verbündet. Es ist vielmehr wichtig, dass sie sich wechselnd mal mit dem einen, mal mit dem anderen Familienmitglied identifiziert, was eine anspruchsvolle Herausforderung für ihre triangulären Fähigkeiten darstellt. Nur so kann Spaltungen, Schuldzuschreibungen und Entwertungen entgegengewirkt und letztlich der Heilungsprozess beim Kind gefördert werden.

Wenn Eltern sich wertgeschätzt sehen, wenn klar ist, dass es ohnehin kaum möglich ist, als Eltern perfekt zu sein, kann man im günstigen Fall dahin kommen, mit den Eltern zusammen eine effektive Forschungsarbeit zu leisten im Hinblick auf pathogene Faktoren des familiären Miteinanders. Nicht selten kommt dabei auch die Paarbeziehung der Eltern bzw. die Rollenverteilung unter den Beteiligten auf den

Prüfstand. Häufig beschließen die Paare, eine gemeinsame Therapie bzw. Beratung aufzusuchen oder jeweils eine Einzeltherapie zu beginnen.

Es sollte natürlich nicht unerwähnt bleiben, dass es eine wachsende Zahl von Ein-Eltern bzw. Trennungsfamilien gibt, wo z. T. mit anderer Schwerpunktsetzung gearbeitet werden muss. Dies kann hier aus Kapazitätsgründen leider nicht ausgeführt werden.

Einen anderen Exkurs wäre es Wert, auf die Elternarbeit im Zusammenhang mit der Therapie von Jugendlichen einzugehen. Dazu sei nur soviel gesagt, dass sich in der Regel die Frequenz der Elternmitarbeit – bei Kindern ist das Verhältnis regulär 4 zu 1 Stunden – entsprechend dem zunehmenden Alter verringert und ab irgendeinem Zeitpunkt der/die Jugendliche selbst bzw. mit der Therapeutin entscheidet, ob die Eltern die Therapie begleiten.

Alles in allem ist die begleitende Elternarbeit in der Kindertherapie ein nicht ganz leichtes Unterfangen, das aber große Chancen birgt, in ein gestörtes Familiensystem Wandlung und Heilung zu bringen, zumal sehr viele Symptomatiken von Kindern nur in eben diesem Zusammenhang gesehen werden können. A propos Familiensystem: Die bisherigen Ausführungen haben wohl schon verdeutlicht, dass die Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen (sowie selbstverständlich die männlichen Kollegen!) vor allem systemisch denken und arbeiten müssen. Dies impliziert, dass hier keine reine Verfahrenorientierung möglich ist, die Arbeit also sowohl analytische bzw. tiefenpsychologische als auch zuweilen verhaltenstherapeutische oder auch psychoedukative Elemente aufweist.

Um aufzuzeigen, dass dieses spezielle therapeutische Setting nicht immer selbstverständlich war (und in Zukunft vielleicht auch nicht immer sein wird), gebe ich abschließend einen kurzen Rückblick auf die Geschichte der elterlichen Beteiligung am Therapieprozess ihrer Kinder:

Schon zu Freuds Zeiten war die Einbeziehung der Eltern eine Gretchenfrage. Er sah „das Dazwischenkommen der Angehörigen“ (...) als eine „große Gefahr (an), der man nicht zu begegnen weiß.“ Andererseits behandelte er den berühmten „kleinen Hans“ nur über dessen Eltern. Die

konstruktiven Möglichkeiten einer parallelen Arbeit sah er also nicht.

Auch für Melanie Klein war die Elternarbeit relativ nebensächlich bzw. oft sogar den Prozess störend und sie empfahl eine gesonderte analytische Behandlung der Eltern. Anna Freud, die insgesamt dem psychoedukativen Gedanken näher stand, war in dieser Frage zeitlebens ambivalent.

So blieb die Elternarbeit ein Thema, über das kaum geforscht und geschrieben wird, was sich leider auch in der Ausbildung von Kindertherapeuten bis heute niederschlägt. Mag die chronische Vernachlässigung damit zusammenhängen, dass Kinderbehandlung und Elternarbeit als „Psychotherapie zweiter Klasse“ betrachtet wird oder, wie Anna Freud formulierte, als „minderwertige Form der Berufstätigkeit“, so muss gerade in der aktuellen Debatte um die Neugestaltung der psychotherapeutischen Ausbildung auf den ganz speziellen Wert dieser dem systemischen Gedanken verbundenen Arbeit mit der ganzen Familie und auf deren einmalige Chancen für den Heilungsprozess hingewiesen werden (Zitate nach Novick & Novick in Brandes, 2009).

### Literatur

Bauriedl, T. (1996). *Auch ohne Couch: Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Erner-Schwab, Ch. (2005). *Psychotherapie für Kinder: Ein Leitfaden für Eltern und andere Erziehende*. Zürich: Atlantis.

Novick, J. & Novick, K. K. (2009). *Elternarbeit in der Kinderpsychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

### Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, 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  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

## Bremer Kammer legt Expertise zur rechtlichen Stellung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Krankenhäusern vor

Im Dezember 2011 verabschiedete der Vorstand der PKHB eine Stellungnahme „Zum Rechtsstatus angestellter Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Kliniken“. In der Einleitung zu diesem Papier wird darauf hingewiesen, dass sich zwölf Jahre nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes nach wie vor Defizite in der Rechtsstellung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in ihrer Tätigkeit in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zeigen. Inzwischen hätten zwar Krankenhausgesetze einzelner Länder, z. B. in Bremen, diese Mängel reflektiert und Gleichstellungsregelungen explizit aufgenommen. Dennoch beständen im Klinikalltag noch erhebliche Mängel. Sie betrafen zum einen die tarifrechtliche Gleichstellung dieser Berufe mit den Ärzten. Zum anderen gebe es immer noch viele Unklarheiten, welche Tätigkeiten in diesem Feld nur Ärzten und Psychotherapeuten vorbehalten sind und welche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen (Diplompsychologen, Sozialarbeiter, Spezialthera-

peuten u. a.) delegiert werden dürfen. Eine Klärung schein deshalb von besonderer Bedeutung, weil damit Fragen des Berufsrechts, des Haftungsrechts und des Strafrechts berührt werden.

Die Stellungnahme war von der „Arbeitsgruppe Approbationsvorbehalt“ erarbeitet worden, die sich erstmals im Herbst 2010 getroffen hatte. In ihr wirkten Bremer Kammermitglieder aus verschiedenen Arbeitsfeldern in Krankenhäusern mit:

- Uschi Drees aus dem Klinikum Bremen-Mitte, die den Psychologischen Dienst des Krankenhauses leitet,
- Lydia Linnemann aus dem Klinikum Bremerhaven, die ihre Erfahrungen aus einem Brustzentrum einbrachte,
- Harald Schmidt aus dem Klinikum Bremen-Ost, das Hauptträger der psychiatrischen Versorgung in Bremen ist,
- Rahel Schüepf, die aus der Perspektive der psychotherapeutischen Abteilung einer privaten Klinik berichtete,

- juristisch unterstützt wurde die Arbeitsgruppe vom Medizinrechtler Prof. Dr. Robert Francke, Institut für Medizinrecht der Universität Bremen,
- begleitet wurde die Arbeitsgruppe darüber hinaus von Axel Janzen und Karl Heinz Schrömgens vom Bremer Kammervorstand.

Die PKHB verfolgt mit der Stellungnahme das Ziel, einen längst überfälligen Beitrag zur Klarstellung zu leisten. Deshalb hat die Kammer die Stellungnahme an alle Kliniken im Land Bremen verschickt. Die Kammer hofft, damit in der Profession eine Diskussion anzustoßen, die zu weiteren Klärungen und verbindlichen Regelungen führt. Den Klinikleitungen bot sie ihre Bereitschaft an, die damit verbundenen Fragen in Gesprächen vertieft zu diskutieren. Der vollständige Text ist einzusehen unter: [www.pk-hb.de/show/4777735.html](http://www.pk-hb.de/show/4777735.html).

## Professor Francke: „Stellungnahme enthält einen gewissen Sprengstoff“

Die Ausführungen zur rechtlichen Stellung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Kliniken wurden mit der fachlichen Unterstützung des Medizinrechtlers Professor Dr. Robert Francke vom Institut für Medizinrecht der Universität Bremen erarbeitet. Helga Loest, Beisitzerin im Kammervorstand, sprach mit dem renommierten Juristen über die Bedeutung und die Intention der Stellungnahme.

**H. Loest:** Können Sie kurz ausführen, worum es in der Stellungnahme konkret geht?

**R. Francke:** Gegenstand des Papiers ist die Frage, wer die Aufgaben der Psychotherapie in der Klinik, also in Einrichtungen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation, wahrnimmt, und die Frage, wie diese Aufgaben auf die verschiedenen hierarchischen Ebenen und die unterschiedlichen Akteure der Organisation verteilt werden.

**H. Loest:** Der rechtliche Rahmen für die Ausübung von Psychotherapie – egal ob ambulant oder stationär – ist doch klar, oder?



Prof. Dr. Robert Francke

**R. Francke:** Ja, im Wesentlichen schon. Psychotherapie ist Krankenbehandlung und darf daher in der Sozialversicherung eigenverantwortlich nur von Personen ausgeübt werden, die über eine breite psychotherapeutische Qualifikation und eine darauf aufbauende Berufserlaubnis als Arzt oder Psychotherapeut nach dem PsychThG verfügen. Andere Personen, Diplom-Psychologen, Sozialarbeiter und andere Beschäftigte in der Klinik ohne psychotherapeutische Qualifikation und ohne entsprechende Berufserlaubnis dürfen nur in Ausnahmefällen und dann nur unter Anleitung und Aufsicht im Rahmen psychotherapeutischer (Kranken-)Behandlung tätig werden.

**H. Loest:** Spiegelt sich diese klare Unterscheidung von Psychotherapeuten und anderen Berufsgruppen im Klinikalltag wider?

**R. Francke:** In meiner Wahrnehmung gibt es hier noch einen gewissen, teils auch größeren Klärungsbedarf. Dass die geltenden rechtlichen Maßstäbe auch in der Klinik eingehalten werden und dass sie auf den Ebenen und zwischen den Berufsgruppen beachtet werden, das gehört meines Erachtens zu den unerlässlichen Grundelementen der Qualitätssicherung der Psychotherapie in der Klinik und zur Professionalisierung des Berufs der Psychotherapeuten.

**H. Loest:** Insofern hat die Stellungnahme auch eine große politische Relevanz. Sie weist darauf hin, dass es im Bereich der Qualitätssicherung der Psychotherapie in Kliniken noch einiges zu tun gibt.

**R. Francke:** Ja, das stimmt. Unter diesem Aspekt hat das Papier einen gewissen Sprengstoff in sich, weil, das wissen ja alle Beteiligten, die Verhältnisse in den Kliniken nicht immer so sind, wie sie unter den Gesichtspunkten der Qualitätssicherung, der Professionalisierung und der rechtlichen Vorgaben des Berufs zu sein hätten. Das bringt es mit sich, dass manche sich in erworbenen beruflichen Positionen oder in erhofften Berufschancen bedroht sehen. Auch ist eine Novellierung des PsychThG in der Diskussion, zu der manche meinen, nicht vorgehen zu sollen.

**H. Loest:** Warum ist die Qualitätssicherung für uns Psychotherapeuten auch rechtlich so wichtig?

**R. Francke:** Die Qualitätssicherung verlangt es, dass die beruflichen Berechtigungen und entsprechenden Befähigungen in der Behandlung psychisch Kranker stets beachtet werden. Verletzungen des Gebots der Qualitätssicherung sind in der Regel in den verschiedenen Regelungskomplexen des psychotherapeutischen und allgemeinen Berufsrechts relevant und können zu ganz unterschiedlichen Sanktionen führen.

**H. Loest:** Sie sagten, dass die Anwendung der geltenden rechtlichen Maßstäbe auch in der Klinik zur Professionalisierung unseres Berufes unabdingbar ist. Können Sie das erläutern?

**R. Francke:** Die Professionalisierung des psychotherapeutischen Berufs, das heißt die Definition und Anerkennung eines beruflichen Selbstverständnisses, verlangt es, dass klar bestimmt wird, wodurch Psychotherapie definiert ist, wann sie ausgeübt wird und dass die entsprechenden Behandlungen nur durch Psychotherapeuten selbst oder – soweit es überhaupt zulässig ist – unter der Aufsicht und Anleitung eines Psychotherapeuten erfolgen.

**H. Loest:** Wie sollten die Psychotherapeuten nach Ihrer Auffassung mit der Stellungnahme umgehen?

**R. Francke:** Das Papier liefert eine Diskussionsvorlage und strebt eine breitere Diskussion an. Es versucht nicht nur, die maßgeblichen Fragen angemessen zu beschreiben, sondern auch Antworten zu geben. Die sind allerdings fraglos so, dass sie in der Profession diskutiert, präzisiert und gegebenenfalls auch korrigiert bzw. weiterentwickelt werden müssen und sollen. Dazu ruft das Papier nach meinem Verständnis auf.

## Präsident der Psychotherapeutenkammer Hauptredner beim Neujahrsempfang der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen

Auf dem diesjährigen traditionellen gemeinsamen Neujahrsempfang der Bremer Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammern sowie der beiden Kassenärztlichen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Ende Januar begrüßte Hausherr Dr. Jörg Hermann, Vorstandsvorsitzender der KV Bremen, erstmals Renate Jürgens-Pieper als neue Gesundheitssenatorin. Die seit Mai 2011 im Amt befindliche Politikerin warb in ihrer kurzen Ansprache für ein kooperatives Miteinander aller Akteure im Gesundheitswesen. Der Hauptredner des Neujahrsempfanges war Karl Heinz Schrömgens, der sich in seinem Beitrag mit der drastischen Zunahme seelischer

Erkrankungen und der unbefriedigenden Versorgungslage psychisch kranker Menschen auseinandersetzte. In seiner Rede, die von den Präsidenten der Kammern in turnusmäßigem Wechsel gehalten werden, ging Schrömgens insbesondere auf das Burn-out-Syndrom als „Depression der Erfolgreichen“ ein.

Der Kammerpräsident schlug einen Bogen von der Zunahme psychischer Krankheiten hin zum Zeitgeist, der „Alles ist möglich“-Mentalität, die auch die Einkommensschere auseinanderklaffen lässt und die Welt somit immer stärker in Gewinner und Verlierer einteilt. Schrömgens wörtlich:

„So wie sich die Erkenntnis durchsetzt, dass wir eine neue globale Finanz- und Wirtschaftsordnung brauchen, stellt sich mir die Frage: Brauchen wir nicht auch



Senatorin Renate Jürgens-Pieper und Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens

neue Maßstäbe der Bewertung und Anerkennung menschlichen Handelns?“

Dass viele Menschen Halt und Orientierung verloren haben, wird nach seinen Worten auch in einer Verdoppelung der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten 20 Jahren deutlich. So seien die Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen innerhalb von 15 Jahren von 15,5 auf 35,6

Prozent gestiegen. Seelische Erkrankungen verursachten direkte jährliche Kosten von 28,7 Milliarden Euro – ohne Ausgaben infolge von Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung.

Nach Ansicht des Kammerpräsidenten bedarf es einer Neujustierung und Umsteuerung der Finanzströme im Gesundheitswesen. Insbesondere an die Vertreter der Krankenkassen gewandt, sagte Schröm-

gens: „Brauchen wir dann nicht auch eine stärkere Gewichtung der Behandlung psychisch kranker Menschen?“ In diesem Zusammenhang zitierte er eine Studie der Techniker Krankenkasse aus dem vergangenen Jahr. Aus ihr geht hervor, dass die Kosten-Nutzen-Relation von Psychotherapie bei 3,26 liegt. Das bedeute, jeder Euro, der in eine Psychotherapie investiert wird, führe innerhalb eines Jahres zu einer Einsparung von etwa drei Euro.

### KV- und Kammervorstände sind sich einig über extrabudgetäre Vergütung

In einer guten Gesprächsatmosphäre fand am 16. Februar ein Gedankenaustausch zwischen dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen statt. Im Vordergrund standen der wachsende Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung und ihre unzureichende finanzielle Ausstattung seitens der Kostenträger. Einig waren sich alle Beteiligten, dass ein verbessertes Leistungsangebot, z. B. über zusätzliche Praxissitze oder den Ausbau der hälftigen Zulassungen, entsprechende Zuschüsse der Krankenkassen zwingend erforderlich macht. Beide Vorstände sprachen sich in diesem Zusammenhang für eine extrabudgetäre Vergü-



*Karl Heinz Schrömgens, Hans Schindler, Dr. Jörg Herrmann (KV), Günter Scherer (KV), Sylvia Herbig-Lange, Helga Loest*

tung außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung aus. Dafür werden sich beide Gremien parallel engagieren.

Entschiedenem Widerspruch hingegen fanden die Überlegungen des KV-Vorstandes,

die Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen zu quotieren, also zu verringern, sollte es zu einer Zunahme dieser Leistungen kommen. Der Kammervorstand machte deutlich, dass bei allem Verständnis für die Situation anderer Arztgruppen die Position des Bundessozialgerichtes nicht unterschritten werden dürfe, wonach mit einer maximal ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis mindestens das durchschnittliche Arzteinkommen erzielbar sein müsse. Beide Seiten stimmten darin überein, dass es – bei allen Meinungsverschiedenheiten im Detail – darauf ankomme, die Schnittmenge gemeinsamer Interessen und Aufgabenstellungen nicht aus den Augen zu verlieren.

### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Helga Loest, 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



## Wir haben unseren Platz gefunden! Zehn Jahre Psychotherapeutenkammer Hamburg

165 Gäste, 80 Flaschen Wasser, 77 Flaschen Wein, 30 Minuten klassische Musik, 5 überzeugende Redner, 2 festliche Anlässe und 1 Grund sich am 3. Februar 2012 im Baseler Hof in Hamburg zusammenzu-

sundheit und Verbraucherschutz in Hamburg Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) und dem Präsidenten der Bundes- und Hamburger Ärztekammer Dr. Frank Ulrich Montgomery viele weitere besondere Gäste in

hörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Cornelia Baumgart-Elms, Marlene Rusgiarto, Detlef Schönwalder sowie Andrea Sieper, die Professorinnen und Professoren Thomas Bock, Peer Briken, Monika Bullinger-Naber, Dieter Naber, Bernd Löwe, Michael Schulte-Markwort und der emeritierte Professor Alf Trojan des Universitätsklinikums Eppendorf sowie der ehemalige Präsident der Universität Hamburg Professor Jürgen Lüthje und sein Kollege Professor Bernhard Dahme, Professor Harald Freyberger von der Universität Greifswald sowie Professor Bernhard Strauß von der Universität Jena, die Vorstandsmitglieder der Hamburger Psychotherapeutenkammer Gabriela Küll, Bettina Nock, Heike Peper und Torsten Michels sowie deren Vorgänger, die ehemaligen und amtierenden Delegierten und natürlich die Frau des Präsidenten der Bundes- und Hamburger Psychotherapeutenkammer Professor Rainer Richter, Professorin Hertha Richter-Apelt.



*In festlicher Atmosphäre feierten die Gäste das zehnjährige Bestehen der Psychotherapeutenkammer Hamburg.*

finden – zehn Jahre Psychotherapeutenkammer Hamburg.

Zehn Jahre vom Aufbau über die Entwicklung bis zur heutigen Form der Kammer, die sich in dieser Zeit nicht nur um die Belange aller Psychotherapeuten und PiA in Hamburg gekümmert, sondern vor allem auch gesetzliche Grundlagen für die Profession der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen hat.

Und um diese ersten erfolgreichen zehn Jahre angemessen zu würdigen und zu feiern, fanden sich neben hochrangigen politischen Gästen wie der Senatorin für Ge-

sundheit und Verbraucherschutz in Hamburg ein. Der Dekan der Medizinischen Fakultät Professor Uwe Koch-Gromus, die Abgeordneten der Bürgerschaft Hamburg Till Steffen (Grüne) und Kersten Artus (Die Linke), Bundestagsabgeordneter Burkhardt Müller-Sönksen, die Präsidentinnen und Präsidenten der anderen Psychotherapeutenkammern Michael Krenz (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Alfred Krieger (Hessen), Hermann Schürmann (Vizepräsident NRW), Alfred Kappauf (RLP), Juliane Dürkop (SH) und Vorstandsmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer Peter Lehndorfer, der Vizepräsident der Hamburger Ärztekammer Klaus Schäfer sowie deren Geschäftsführer Donald Horn, die Vertreter der Be-

Zu all diesen und noch vielen weiteren Gästen sprach Professor Richter einführend über die Aufgaben der Kammer, bedankte sich anschließend herzlich bei den MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle und überreichte Blumen und Wein. Der Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer Dr. Dietrich Munz, der Ehrenpräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen Jürgen Hardt und die Vizepräsidentin der Hamburger Psychotherapeutenkammer Gabriela Küll würdigten danach ebenfalls die Arbeit und die Errungenschaften der Hamburger Kammer und gratulierten zum 65. Geburtstag des Präsidenten. Dabei bedachten sie dessen besondere Bedeutung als Gründungskammerpräsident und Wegbereiter, in der er maßgeblich dazu beigetragen hat, dass die



(v. l. n. r.) Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Micheal Wunder

Psychotherapeutenchaft im Hamburger Gesundheits- und Versorgungssystem angekommen ist und eine große Wertschätzung erfährt. Vor allem aber feierten sie mit aktuellen und ehemaligen Wegbegleitern der Kammer, Angehörigen der anderen Heilberufe aus dem stationären und ambulanten Bereich, darunter zahlreiche Chefärzte psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen Hamburgs, sowie der Hamburger Politik deren zehnjähriges Bestehen.

Die Senatorin äußerte sich in ihrer Festrede über den erfreulichen Anstieg der Psy-

Versorgungsstruktur in Hamburg. Dies fand seinen besonderen Ausdruck darin, dass die Senatorin erklärte, dass sie beabsichtige, die Psychotherapeutenkammer Hamburg in den sektorübergreifenden Landesplanungsausschuss einzubinden.

Dr. Frank Ulrich Montgomery beschrieb die Unterstützung der Ärztekammer beim Aufbau der PTK und hob die nun bestehende, enge Zusammenarbeit beider Kammern und ihrer Projekte hervor. In seinen abschließenden Geburtstagsgrüßen an den Kammerpräsidenten schilderte er nicht nur dessen zahlreiche Kammerverdienste für

nerungen an Professor Richter als Wirbelwind im weißen Kittel auf den Fluren des Universitätsklinikums Eppendorf für den ein oder anderen Schmunzler.

Doch auch der kulturelle Teil der Veranstaltung kam dank der musikalischen Unterstützung der klassischen Sänger der Hochschule für Musik und Theater Hamburg nicht zu kurz. Von einem Klavier begleitet, sangen die vier Sängerinnen und Sänger Stücke von Mozart, Schumann, Brahms und Strauss und sorgten so zwischen den Reden für eine festliche, angenehme Atmosphäre. Auch die Gitarristen, die mit ihrer Performance das Ende des offiziellen Teils des Kammerjubiläums in den inoffiziellen Teil der 65. Geburtstagsfeier von Professor Richter signalisierten, präsentierten den Zuhörern außergewöhnliche musikalische Darbietungen.

Zu Hamburg und seiner Nähe zum Wasser passend, gab es im Anschluss ein hanseatisches Buffet mit Lachs und anderen Fischgerichten sowie leckeren Schweinemedallions und weiteren kulinarischen Köstlichkeiten. Bei gutem Wein und leckerem Essen entstanden so schon binnen weniger Momente angeregte Gespräche. Ein lebendiges Stimmengemurmel, ein aktives Hin- und Herwechseln von Gästen zwischen den Tischen als auch ausgelassenes Lachen zeugten dabei wohl am besten von der guten Stimmung eines gelungenen Abends.

Gut gefüllt und mit vielen neuen Eindrücken verließen die Gäste nach und nach den Baseler Hof, sodass gegen 23 Uhr der Vorhang des zehnjährigen Kammerjubiläums in Hamburg endgültig fiel.

Nun also auf die nächsten zehn Jahre Psychotherapeutenkammer Hamburg!

*Solveig Hansen*



(v. l. n. r.) Dr. Frank Ulrich Montgomery, Gabriela Küll

chotherapeutenzahl von 1.200 auf 1.800 und die Bedeutung der Kammer für die

den Berufsstand der Psychotherapeuten, sondern sorgte mit anekdotenhaften Erin-

#### Geschäftsstelle

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226226060  
Fax 040/226 226 089  
Internet: [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)  
E-Mail: [info@ptk-hamburg.de](mailto:info@ptk-hamburg.de)

## Körperschaft des öffentlichen Rechts

# Hamburgische Kammer der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten

## Satzung der Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung am 21. September 2011 aufgrund § 19 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 1 und § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKKGH) vom 14.12.2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 2. März 2010 (HmbGVBl. Nr. 12, S. 247 ff) die nachfolgende Satzung der Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKKGH am 5. Dezember 2011 genehmigt hat.

### § 1

#### Errichtung einer Ethik-Kommission

- (1) Die Psychotherapeutenkammer Hamburg errichtet eine Ethik-Kommission als unselbständige Einrichtung gemäß § 9 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKKGH).
- (2) Die Kommission führt den Namen „Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg“.
- (3) Die Ethik-Kommission hat ihren Sitz bei der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

### § 2

#### Aufgaben

- (1) Die Ethik-Kommission hat die Aufgabe, die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie andere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf der Grundlage des geltenden Rechts und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft hinsichtlich der ethischen und fachrechtlichen Gesichtspunkte bei Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten und eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Dies geschieht vor allem zum Schutz der in die klinischen Prüfungen einbezogenen Patienten.
- (2) Die Arbeit der Ethik-Kommission basiert auf den gesetzlichen Bestimmungen und allgemein anerkannten ethischen Grundsätzen, wie sie
1. sich insbesondere aus den allgemeinen Menschenrechten gemäß der Charta der Vereinten Nationen und/oder sich aus Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ergeben,
  2. in der letztgültigen Fassung der Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes festgelegt sind,
  3. in der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie
  4. in Absatz C der ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) formuliert sind.

(3) Die Mitglieder der Ethik-Kommission sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in ihrer Meinungsbildung und Entscheidungsfindung unabhängig, an Weisungen nicht gebunden und nur ihrem Gewissen verantwortlich.

### § 3

#### Allgemeine Richtlinien

(1) Bei der Durchführung von Forschungsvorhaben im Bereich der Psychotherapie sind das Wohl der beteiligten Patientinnen und Patienten bzw. Probandinnen und Probanden zu gewährleisten und das Ansehen der Forschung des Berufsstandes zu wahren.

(2) Patientinnen und Patienten bzw. Probandinnen und Probanden sind vor der Teilnahme an solchen Forschungsvorhaben sorgfältig über deren Inhalte, Rahmenbedingungen und mögliche Belastungen sowie Risiken aufzuklären. Diese Information und die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie müssen vor Beginn der Durchführung schriftlich niedergelegt sein.

### § 4

#### Zuständigkeit

- (1) Die Ethik-Kommission ist zuständig für alle psychotherapeutischen Forschungsvorhaben gemäß § 9 Absätze 2 und 5 HmbKKGH, die durch Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg verantwortlich durchgeführt werden, soweit nicht eine Zuständigkeit nach § 9 Absätze 3 und 4 HmbKKGH besteht.
- (2) Die Ethik-Kommission kann sich den Entscheidungen anderer Ethik-Kommissionen anschließen.

### § 5

#### Zusammensetzung der Ethik-Kommission

- (1) Die Ethik-Kommission setzt sich zusammen aus
1. zwei psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten,
  2. einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
  3. einer Juristin bzw. einem Juristen.
- (2) Für die Mitglieder der Ethik-Kommission wird jeweils eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter berufen. Die fachliche Zusammensetzung der Stellvertreterinnen bzw. der Stellvertreter erfolgt entsprechend. Die Tätigkeit in der Ethik-Kommission ist ehrenamtlich.
- (3) Bei der Zusammensetzung der Kommission sollen Frauen und Männer im gleichen Verhältnis berücksichtigt werden.

(4) Die-oder der Vorsitzende der Kommission muss psychologische Psychotherapeutin bzw. psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut sein.

(5) Die oder der Vorsitzende wird von der Ethik-Kommission mit Stimmenmehrheit aus ihrer Mitte für die Dauer ihrer laufenden Amtszeit gewählt. Die Ethik-Kommission wählt mit Stimmenmehrheit ein weiteres psychotherapeutisches Mitglied, das als stellvertretende Vorsitzende bzw. stellvertretender Vorsitzender tätig wird.

### § 6

#### Berufung und Amtszeit

- (1) Die der Psychotherapeutenkammer Hamburg angehörigen Kommissionsmitglieder und deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter werden vom Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg benannt.
- (2) Die nicht der Psychotherapeutenkammer Hamburg angehörigen Kommissionsmitglieder und deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter werden von der zuständigen Behörde benannt.
- (3) Die vom Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg und der zuständigen Behörde benannten Mitglieder und deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter werden durch Beschluss der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg berufen.
- (4) Die Amtszeit der Kommissionsmitglieder und ihrer Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter beträgt 4 Jahre. Die erneute Berufung ist möglich.

### § 7

#### Verschwiegenheitspflicht

Die Mitglieder der Ethik-Kommission und die beratend hinzugezogenen Sachverständigen sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet. Sie sind zu Beginn ihrer Tätigkeit über ihre Verschwiegenheitspflicht zu belehren. Auch die zur Verfügung gestellten Unterlagen sind vertraulich zu behandeln.

### § 8

#### Voraussetzung für das Tätigwerden der Ethik-Kommission

- (1) Die Ethik-Kommission wird auf schriftlichen Antrag tätig. Anträge können geändert oder zurückgenommen werden. Zu jedem mit einem Antrag eingereichten Forschungsvorhaben wird schriftlich wertend Stellung bezogen, die rechtliche Verantwortung des Forschers bleibt unberührt.
- (2) Dem Antrag an die Ethik-Kommission sind die Beschreibung des Forschungsvorhabens,

der Untersuchungsplan sowie alle weiteren von der Ethik-Kommission geforderten Angaben und Unterlagen beizufügen. Daraus muss die Verantwortlichkeit für das Projekt ersichtlich sein. Inhalt und Umfang der mit dem Antrag einzureichenden Unterlagen richten sich nach Art der Studie sowie des Antrags (Erst- oder Zweit-antrag). In der Regel sind erforderlich:

1. Finale Version des Studiendesigns (insb. Fragestellung, Untersuchungsablauf, Durchführung, Auswertung, Qualifikation der durchführenden Personen);
2. Befunddokumentation (Falldokumentation, Fragebögen, Interviews, Tests, audiovisuelle Dokumentation etc.);
3. Patienteninformation und -einverständniserklärung, bei minderjährigen Probanden entsprechende Erklärung der bzw. des Sorgeberechtigten;
4. Berücksichtigung von Genderaspekten;
5. Erklärung zum Datenschutz, zur Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligung der Patientinnen und Patienten in die Speicherung der Daten;
6. Angaben zur Anonymisierung der Daten (Anonymisierungsverfahren);
7. Angaben zu Art und Umfang der Datenspeicherung, der Aufbewahrung und Sicherung der Daten vor dem Zugriff Unberechtigter sowie zur Datenvernichtung;
8. Selbstverpflichtung zu einer bestmöglichen Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie;
9. Versicherungsnachweis, falls zutreffend;
10. Formblatt zur Erhebung von unerwarteten Ereignissen und unerwünschten Wirkungen;
11. Vorliegendes wissenschaftliches Material zur Studie nebst einer Erklärung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers bzw. der Leiterin bzw. des Leiters der Studie, aus der hervorgeht, inwieweit die vorliegenden Forschungsergebnisse die angestrebte Studie rechtfertigen und einen Erkenntnisgewinn erwarten lassen;
12. ggf. Nachträge und Änderungen des Studiendesigns;
13. Voten, auch Negativ-Voten, anderer Ethik-Kommissionen zur gleichen Studie bzw. eine Erklärung, dass solche nicht vorliegen;
14. Offenlegung der Probanden- bzw. Patientenentschädigung;
15. Erklärung der beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler über mögliche zurückliegende (bis zu 2 Jahren) und zukünftige Interessenskonflikte; d.h. materielle oder persönliche Beziehungen zu Dritten, deren Interessen von der Studie positiv oder negativ betroffen sein können.

### § 9 Verfahren

(1) Alle für die Prüfung relevanten Unterlagen sind mindestens drei Monate vor Beginn der Studie in zweifacher Ausfertigung der Geschäftsstelle der Ethik-Kommission bei der Psychotherapeutenkammer Hamburg zuzuleiten. Die Ethik-Kommission trifft sich in der Regel vierteljährlich oder bei Bedarf auf Einladung der bzw. des Vorsitzenden. Die Sitzungen sind nicht-öffentlich. Bei Bedarf kann die Antragstellerin oder der Antragsteller zur Sitzung eingeladen werden.

(2) Der Sitzungsort ist in der Regel die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg. Über Abweichungen hiervon entscheidet die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende.

(3) Über jede Sitzung wird ein Protokoll mit den wesentlichen Ergebnissen der Beratungen gefe-

tigt. Das Protokoll ist von dem bzw. der Vorsitzenden und der Protokollführerin bzw. dem Protokollführer zu unterschreiben. Das Protokoll wird zusammen mit der Einladung zur nächsten Sitzung der Ethik-Kommission versandt. Einwände zum Protokoll sind binnen 10 Tagen nach Versand an die Kommissionsmitglieder schriftlich gegenüber der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg einzulegen. Die Ethik-Kommission beschließt über das Protokoll und etwaige Änderungen in der jeweils folgenden Sitzung.

(4) Die Ethik-Kommission begleitet die jeweilige Studie über die Initialberatung hinaus dergestalt, dass spätere Änderungen des Studiendesigns („Amendments“) vor Beginn oder während der Studie vorzulegen sind. Bei Auftreten schwerwiegender unerwünschter Wirkungen oder unerwarteter Ereignisse oder dem vorzeitigen Abbruch des Forschungsvorhabens hat die oder der Verantwortliche zum Schutze der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer auch während der Studie die Ethik-Kommission un- aufgefördert unverzüglich zu informieren. Hier- zu sind der Ethik-Kommission alle verfügbaren Daten vorzulegen.

(5) Die Ethik-Kommission soll über die abzugebende Stellungnahme Konsens anstreben. Wird ein solcher nicht erreicht, beschließt die Ethik-Kommission mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Enthaltungen werden nicht berücksichtigt. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden. Sondervoten sind zulässig. Im Falle, dass ein oder mehrere der Kommissionsmitglieder aktiv an einem zur Begutachtung eingereichten Forschungsvorhaben beteiligt sind, oder andere Befangenheitsgründe vorliegen, hat das Kommissionsmitglied dieses rechtzeitig vor der Sitzung, spätestens jedoch bei Erhalt der Einladung, der bzw. dem Vorsitzenden mitzuteilen, der bzw. die zur Aufrechterhaltung der Beschlussfähigkeit die Stellvertreterin bzw. den Stellvertreter nachläßt.

(6) Ist in der Kommission der Sachverstand für bestimmte Aspekte eines Antrages nicht ausreichend vorhanden, so kann die bzw. der Vorsitzende nach Absprache mit den Kommissionsmitgliedern eine zusätzliche sachverständige Person mit beratender Stimme zu den Sitzungen der Kommission hinzuziehen. Das Votum der bzw. des Sachverständigen wird in schriftlicher Form zu den Beratungsunterlagen genommen. Hierfür wird der bzw. dem Sachverständigen der gesamte Antrag zur Verfügung gestellt.

(7) Eine abschließende Stellungnahme der Ethik-Kommission kann abgegeben werden, wenn mindestens drei stimmberechtigte Mitglieder an der Sitzung teilnehmen.

(8) Die Beschlussfassung erfolgt in der Regel im mündlichen Verfahren. Bei eilbedürftigen Prüfungen oder bei beantragten Zweitvoten ist eine Beschlussfassung im Umlaufverfahren schriftlich oder per E-Mail zulässig.

(9) Grundsätzlich entscheidet die Ethik-Kommission binnen eines Monats nach Eingang aller relevanter Unterlagen über den Antrag. Die Antragstellerinnen und Antragsteller werden umgehend nach der Beschlussfassung schriftlich durch die Ethik-Kommission informiert.

(10) Ablehnende Stellungnahmen, Auflagen und Empfehlungen sind schriftlich zu begründen.

(11) Zur Regelung weiterer Einzelheiten kann sich die Ethik-Kommission eine Geschäftsordnung geben.

### § 10

#### Aufgaben der bzw. des Vorsitzenden

(1) Der bzw. dem Vorsitzenden der Ethik-Kommission obliegt die Vorbereitung, Einberufung und Leitung der Sitzung sowie die Erledigung der zwischen den Sitzungen anfallenden Arbeiten gemeinsam mit der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

(2) Die bzw. der Vorsitzende der Ethik-Kommission bemüht sich darum, dass die Mitglieder über die abzugebende Stellungnahme einen Konsens herstellen.

### § 11

#### Kosten

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg erhebt für das Tätigwerden der Ethik-Kommission von den Antragstellerinnen und Antragstellern Gebühren gemäß der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in der jeweils geltenden Fassung.

### § 12

#### Entschädigung der Mitglieder

Die Mitglieder der Ethik-Kommission erhalten für ihre Tätigkeit eine angemessene Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird auf Vorschlag des Vorstandes von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen.

### § 13

#### Versicherung

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg schließt für die Mitglieder der Ethik-Kommission eine Haftpflichtversicherung ab.

### § 14

#### Veröffentlichung

Ein Bericht über die Tätigkeit der Ethik-Kommission erfolgt mindestens einmal jährlich im offiziellen Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg, soweit der Schutz von Forschungs-, Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen dem nicht entgegensteht. Die jeweiligen Entscheidungen der Ethik-Kommission sind nicht Gegenstand der Veröffentlichung.

### § 15

#### Datenschutzklausel

Für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Forschungszwecken gilt § 27 des Hamburgischen Datenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung mit der Maßgabe, dass die Betroffenen einer Übermittlung an nicht-öffentliche Stellen zustimmen müssen, soweit schutzwürdige Belange, insbesondere wegen der Art der Daten berührt sind. Eine Übermittlung an nicht-öffentliche Stellen ist ansonsten nur zulässig, wenn die Daten vor der Übermittlung so verändert werden, dass ein Bezug auf eine bestimmte natürliche Person nicht möglich ist.

### § 16

#### Inkrafttreten

(1) Diese Satzung der Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf die Verkündung im „Psychotherapeutenjournal“ folgt.

(2) Gleichzeitig tritt die Ethiksatzung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 01.02.2006 in der geltenden Fassung außer Kraft.



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„PiA = Psychotherapeut in Ausbeutung“ war das Motto der bundesweiten Demonstration im Dezember letzten Jahres. Der Vorstand der hessischen Landeskommission hielt es für richtig, die zentrale Forderung nach angemessener Vergütung der praktischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht nur durch eine Pressemitteilung zu unterstützen. Deshalb nahm ich mit Trommel (als Demonstrant) und Fliege (als Präsident) am Marsch auf das Sozialministerium teil.



Alfred Krieger

Meine letzte Demonstration lag acht Jahre zurück. 2003 gingen hessenweit Tausende auf die Straße, um gegen die „Operation sichere Zukunft“ der hessischen Landesregierung zu protestieren. Hinter dem Motto verbarg sich eine Kürzung der Landeszuschüsse für (psycho-)soziale Einrichtungen. Für Erziehungsberatungsstellen und das Frankfurter Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie war es eine Kürzung auf null.

Anders als vor acht Jahren richtete sich der PiA-Protest weniger an die Landes- als an die Bundesregierung. Denn eine Ausbildungsfinanzierung ist im PsychThG nicht vorgesehen. Dem Versprechen des Bundesgesundheitsministers Bahr auf dem Deutschen Psychotherapeutentag im November 2011, noch in dieser Legislaturperiode eine Novellierung des Gesetzes in Angriff zu nehmen, sollte Nachdruck verliehen werden.

Aber nicht nur die fehlende Grundlage für eine Ausbildungsvergütung erfordert gesetzgeberische Aktivitäten. Nach Umsetzung des Bologna-Prozesses besteht Rechtsunsicherheit bezüglich der Zulassungskriterien zur psychotherapeutischen Ausbildung: In manchen Bundesländern reicht für die KJP-Ausbildung ein Bachelor-Abschluss. Ob die bewährte postgraduale Ausbildungsstruktur überhaupt Bestand haben wird, ist fraglich.

Weißer Flecken auf der Landkarte der psychotherapeutischen Versorgung beschäftigen die Kommission auch nach Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes Ende letzten Jahres bzw. jetzt erst recht: Denn gesetzlich wurde die Unterversorgung erst einmal festgeschrieben. Jetzt ist es Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, Maßgaben für die Bedarfsplanung zu entwickeln. 2013 geht es an deren Umsetzung. Bis dahin werden frei werdende Sitze wie bisher wiederbesetzt. Der befürchtete Abbau von bis zu 45% der hessischen Psychotherapie-Praxen ist damit aber noch nicht abgewendet. Also: Weiter Trommeln, und nicht nur für PiA.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger  
Präsident

## Hessischer Gesundheitsbericht setzt Akzente in Richtung Prävention psychischer Erkrankungen

In den letzten Wochen setzen Gesundheitsberichte der Betriebskrankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und auf europäischer Ebene deutliche Zeichen für die Dringlichkeit einer Verbesserung der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen. Dabei rücken auch die volkswirtschaftlichen Kosten unzureichender psychotherapeutischer Versorgung in den Fokus.

Aus diesem Grund hat es die hessische Landeskommission ausdrücklich begrüßt, dass das Hessische Sozialministerium für dieses Bundesland Anfang Dezember 2011 den „Gesundheitsbericht Hessen“ mit dem Untertitel „GesundLeben – GesundBleiben“ vorgelegt hat. Erstmals wurden darin für Hessen die Fallzahlen der gemeldeten chronischen Erkrankungen zusammengefasst und systematisch dargestellt. Datengrundlage des Berichtes ist das Jahr 2009. Künftig sollen die Zahlen jährlich aktualisiert werden. Der Bericht kann heruntergeladen werden: [www.sozialnetz.de/aw/~bnz/hgb/](http://www.sozialnetz.de/aw/~bnz/hgb/).

Beim Aufblättern des Berichtes fallen sofort bei der Gruppe der Frauen die hohen Fallzahlen für Depressionen und bei den Männern die hohen Fallzahlen für Koronare Herzkrankheiten, die stark von Lebens- und Bewegungsstil abhängen, auf.

Der Gesundheitsbericht nutzt Daten gesetzlicher Krankenkassen über das Vorkommen diagnostizierter chronischer Krankheiten, die im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) erhoben werden. Daraus ergibt sich aus Sicht der hessischen Landeskommission die Notwendigkeit, künftige Landesgesundheitsberichte breiter anzulegen: Die versorgungsbezogenen Fallzahlen müssen ergänzt werden um epidemiologische Studien zur Inzidenz und Prävalenz psychischer Krankheiten. Eine solche Datenlage könnte besser als der vorliegende Bericht Versorgungslücken aufdecken und politische Konsequenzen dringlich machen.

Sehr positiv fällt an dem hessischen Gesundheitsbericht die deutliche Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention, besonders bezüglich psychischer Erkrankungen, auf. So heißt es im Kapitel „Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen“: „In der Kindheit und Jugend muss es künftig vermehrt darum gehen, sich der psychischen Gesundheit zuzuwenden. Im mittleren Erwachsenenalter sollte ein Fo-

kus auf der betrieblichen Gesundheitsvorsorge und präventiven Maßnahmen zum Thema psychische Belastungen am Arbeitsplatz liegen. Im Seniorenalter geht es in Zukunft noch mehr um die Fragen der Erhaltung von Beweglichkeit und körperlicher Funktionalität sowie psychischem Wohlbefinden“ (S. 17).

Die Darstellung dieses offenkundigen großen Anteils einstellungsbezogener und verhaltensbezogener Anteile von „Gesundheit“ und erfüllter Teilhabe am familiären, beruflichen und gesellschaftlichen Leben greift die hessische Psychotherapeutenkammer gerne auf. Sie ist bereit, über die Schaffung und Finanzierung (auch steuerliche Finanzierung) von Arbeitsfeldern für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mitzudiskutieren und Vorschläge zu unterbreiten.



Karl-Wilhelm Höffler

## Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht und Offenbarungspflicht

Im Dezember 2011 fand auf Anregung des Ausschusses „Beschwerde und Schlichtung“ das zweite interdisziplinäre Kammergespräch zwischen Juristen und Psychotherapeuten statt und beleuchtete das Spannungsverhältnis, unter dem Psychotherapie im Strafvollzug stattfindet. Teilnehmende Gäste – neben dem Vorstand



(v. l.): Geschäftsführer Johann Rautschka-Rücker gemeinsam mit MR Torsten Kunze und PsychOberrat Stefan Kneifel vom Hessischen Justizministerium

der Psychotherapeutenkammer Hessen und dem Ausschuss „Beschwerde und Schlichtung“ – waren Psychotherapeuten und Psychologen, die im Strafvollzug tätig sind, Richter aus der Strafgerichtsbarkeit sowie Juristen und Psychologen aus dem Hessischen Justizministerium.

Kammerpräsident **Alfred Krieger** begrüßte die Gäste und betonte dabei die Bedeutung der Schweigepflicht für Psychotherapie in jeglicher Form und an jedem Ort. Das Vertrauensverhältnis sei für therapeutische Beziehungen von herausragender Bedeutung, jedoch könne die Wahrung der Schweigepflicht z. B. bei Selbst- und Fremdgefährdung des Patienten oder Kindeswohlgefährdung zu erheblichen Konflikten führen. Dem schloss sich **Hedwig Blume** als Vorsitzende des Beschwerdeausschusses an und erläuterte, der Ausschuss sei häufiger in seiner Arbeit mit den unterschiedlichen Sichtweisen von Juristen und Psychotherapeuten befasst und habe deshalb großes Interesse an einem Austausch.

**Horst Häuser**, Richter am Verwaltungsgericht und Vorsitzender der Schlichtungsstelle der LPPKJP, führte in das komplexe Thema ein. Die Schweigepflicht ist die rechtliche Verpflichtung bestimmter Berufsgruppen oder Institutionen, ihnen anvertraute Geheimnisse nicht an Dritte weiterzugeben. Sie dient unmittelbar dem Schutz der Privatsphäre der sich anvertrauenden Person. Mittelbar dient die Schweigepflicht aber auch der Funktionsfähigkeit bestimmter Berufe selbst, die ohne garantierte Verschwiegenheit nicht in Anspruch genommen würden. In Deutschland ist die Schweigepflicht nicht nur berufsrechtlich geregelt, sondern auch strafrechtlich geschützt: in § 203 des Strafgesetzbuchs. Im Strafvollzug gilt die Schweigepflicht für bestimmte Berufsgruppen, die zu den Strafgefangenen in einem besonderen Vertrauensverhältnis stehen, namentlich Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Die Schweigepflicht schützt die Persönlichkeitsrechte der Strafgefangenen und ist zugleich die Grundbedingung für die Aufnahme einer vertrauensvollen professionellen Beziehung. Für die Mehrheit der Bundesländer in Deutschland – und zwar für alle, die kein eigenes Vollzugsgesetz auf Länderebene geschaffen haben – gilt das Strafvollzugsgesetz (StVoll-

zG). In § 182 Abs. 2 StVollzG kommt das Spannungsverhältnis in der Arbeit von Psychotherapeuten im Strafvollzug zum Ausdruck: In Satz 1 wird die Schweigepflicht bekräftigt, während sie in Satz 2 durch die Statuierung einer Offenbarungspflicht wieder eingeschränkt wird. Dieses Spannungsverhältnis wurde in dem in Hessen 2010 auf Landesebene geschaffenen Vollzugsgesetz gemildert, indem in § 61 Abs. 2 Hess.StVollzG die Offenbarungspflicht nicht schon dann greift, wenn dies „zur Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde erforderlich ist“ (wie beim allgemeinen StVollzG), sondern nur dann, wenn dies „für die Sicherheit der Anstalt unerlässlich ist“.

In der Diskussion ging es um die Abwägung zwischen dem Einhalten der Schweigepflicht einerseits und dem Befolgen einer Offenbarungspflicht andererseits. Für die teilnehmenden Psychotherapeuten aus dem Strafvollzug ließ sich zwar weitestgehend zuordnen, bei welchen Inhalten die Anstaltssicherheit betroffen ist, weshalb nur selten ein Klärungsbedarf entstehe, was eine echte Gefährdungslage innerhalb der Mauern anbelangt. Ob die Offenbarungspflicht aber darüber hinaus auch auf die Sicherung der allgemeinen Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde ausgeweitet werden muss, wie es § 182 Abs. 2 StVollzG vorsieht, blieb jedoch unstritten.

Ein weiterer diskutierter Aspekt beleuchtete die unterschiedlichen Regelungen für Ärzte und Psychologen. Im Gegensatz zu den Psychologen legt das Gesetz im § 182 Abs. 2 Satz 3 StVollzG den Ärzten keine Offenbarungspflicht auf, sondern räumt ihnen lediglich eine Offenbarungsbefugnis ein.

Abschließend wurde noch auf die Gefahr einer erheblichen Rollenkonfusion für Psychologen und Psychotherapeuten im Strafvollzug aufmerksam gemacht, wie sie z. B. in den verschiedenen Funktionen des Therapeuten und des Gutachters zum Ausdruck kommt. Es zeigte sich damit einmal mehr, dass gutachterliche und psychotherapeutische Tätigkeiten sorgfältig zu trennen sind: Ein Strafgefangener muss wissen, ob er einem Therapeuten gegenüber sitzt oder einem Gutachter.

Das Fachgespräch konnte aus Sicht der Anwesenden die komplexe Abwägung zwischen Schweige- und Offenbarungspflicht deutlicher machen, die Psychotherapeuten insbesondere im Strafvollzug vornehmen müssen. Mit dem 2010 in Kraft getretenen hessischen Vollzugsgesetz hat Hessen den Grundkonflikt entschärft. Psychotherapie im Strafvollzug mit dem Ziel einer Resozialisierung des Strafgefangenen leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherheit der Gesellschaft, der über die Wirkung des bloßen Freiheitsentzuges weit hinaus geht. Der interdisziplinäre Diskurs über das schwierige Verhältnis zwischen Schweige- und Offenbarungspflicht sollte im Interesse des gemeinsamen Zieles andauern.

*Yvonne Winter, Hedwig Blume  
Horst Häuser*

## PiA-Demonstration in Wiesbaden für geregelte Vergütung der Praktischen Tätigkeit

Am 08.12.12 fand in Wiesbaden eine Demonstration mit rund 300 TeilnehmerInnen statt. Der Demonstrationzug führte vom Hauptbahnhof zum Sozialministerium. Motto der Demonstration war eine Umdeutung des PiA-Kürzels von „Psychotherapeut in Ausbildung“ zu „Psychotherapeut in Ausbeutung“. Damit wollten die Organisatoren auf den Missstand der oft fehlenden Bezahlung der PiA während der Praktischen Tätigkeit in Kliniken hinweisen. Sie forderten u. a. eine Regelung für eine angemessene Bezahlung im Rahmen einer Novellierung des Psychotherapeuten-



*Kammerpräsident Alfred Krieger spricht vor dem Hessischen Sozialministerium*



*Der Demonstrationzug zieht vom Wiesbadener Hauptbahnhof zum Hessischen Sozialministerium*

gesetzes. Die Demonstration war Teil einer bundesweiten Protestaktion, die Beteiligung in Wiesbaden die zweitgrößte nach Berlin.

Seitens der Psychotherapeutenkammer Hessen nahmen an der Demonstration die drei Hessischen PiA-SprecherInnen **Sabine Wald, Jona Iffland** und **Stuart Paul Massey Skatulla** sowie der Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, Herr Dipl.-Psych. **Alfred Krieger** teil. Krieger betonte in seiner Rede vor dem Sozialministerium, dass er die Anliegen der PiA explizit unterstütze, und verwies auf die vielen Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer Hessen in den letzten Jahren, die in diese Richtung zielten: „Der Bundesgesetzgeber ist gefordert, die Grundlagen für eine angemessene Vergütungsregelung zu schaffen und den unerträglichen Zustand des berufs- und arbeitsrechtlichen Niemandslands zu beenden.“ Zudem sprach sich der Gewerkschaftssekretär **Jörg Ahäuser** vom ver.di Landesbezirk Hessen für eine erneute Initiative in Richtung Arbeitgeberverbände aus. Auch von einem Psychotherapeutenverband wurde eine Ansprache gehalten.

Die PiA-Sprecher wurden gemeinsam mit den Organisatoren der Demonstration zu einem Gespräch bei **Jörg Osmers**, dem Leiter der Abteilung V „Gesundheit“ im Hessischen Sozialministerium eingeladen, der zusicherte, sich den Anliegen der PiA anzunehmen. Es wurde bereits der Termin für ein Nachfolgespräch für Juni 2012 vereinbart.

MO/RR

## Mitteilungen der Geschäftsstelle

### 5. Hessischer Heilberufetag

„Der Patient im Internet – Risiken und Nebenwirkungen“

Hauptreferent

**Dr. Eckart von Hirschhausen**

Moderation **Andreas Hieke**

(hr – Hessenschau)

Mittwoch, 13. Juni 2012 um 16 Uhr

Wiesbaden Kurhaus



Mehr unter [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Johanna Fickel (Frankfurt),  
Kaija Lipasti-Gorski (Wiesbaden),  
Bettina Rosengarten (Reinheim),  
Claus-Peter Schlapmann (Dieburg).

### Redaktion Hessische Kammerseiten:

Yvonne Winter, Dr. Matthias Ochs

### 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)

## Schweigen ist Gold – Fortbildungsreihe zur Schweigepflicht und ihren Fallen im psychotherapeutischen Alltag wird fortgesetzt

Wie verhält sich ein Therapeut richtig, wenn er von der Staatsanwaltschaft oder der Polizei zu einer Aussage vor Gericht aufgefordert wird? Was sind mögliche Vorgehensweisen, wenn die Krankenkasse zu einer Beurteilung der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit des Patienten Auskunft verlangt? Diese und viele andere Fragen beantwortete der Rechtsanwalt Matthias Vestring, erfahrener Jurist, Beschwerdebeauftragter des PKN-Vorstands und Ermittler in berufsrechtlichen Angelegenheiten, am 01.02.2012 im Kasinoaal der Ärztekammer den anwesenden Psychotherapeuten.

Rechtsanwalt Vestring erläuterte zunächst den Umfang der gesetzlichen Schweigepflicht sowie die Situationen, die zu einer Weitergabe von Informationen befugen. Hierzu stellte er ein Muster einer juristisch tragfähigen Schweigepflichtentbindung zur Verfügung und machte gleichzeitig darauf aufmerksam, dass eine solche immer mit einer klaren Zweckdefinition erfolgen sollte. Der Inhalt der Auskünfte sollte dann dieser Zweckdefinition entsprechen und mit dem Patienten abgestimmt sein. So ist es beispielsweise häufig nicht nötig, eine konkrete Diagnose zu nennen.

Im Folgenden widmete sich die Veranstaltung Fällen, die eine gesetzliche Erlaubnis

des Offenbarens nach sich ziehen können, z. B. der Konsum von Betäubungsmitteln bei gleichzeitigem Unwillen des Patienten, auf das Autofahren zu verzichten. Es wurde dabei deutlich, dass immer vor allem die Umstände des Einzelfalls entscheidend sind und von dem Therapeuten ggf. auch nach Rückversicherung bei der PKN sorgfältig abgewogen werden sollten.

Besonderheiten des „befugten Offenbarens“ ergeben sich auch durch das neue Bundeskinderschutzgesetz bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung: Allen Berufsgruppen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Kindern in Kontakt sind, ist es demnach jetzt möglich, eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ zum Zwecke der Gefährdungseinschätzung anonymisiert hinzuzuziehen. Diese beratenden Fachkräfte sind selbst in aller Regel Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendhilfe und über die zuständigen Jugendämter ausfindig zu machen. Im Falle der Gefährdung muss das Jugendamt informiert werden – aber Vorsicht: Zur Begründung einer möglichen Kindeswohlgefährdung reichen keine „therapeutischen Rückschlüsse“, sondern es müssen immer auch konkrete Anhaltspunkte gegeben sein. Im Zweifel sollte also das Angebot der „Inso-Fachkräfte“ genutzt werden.

Bzgl. des Zeugnisverweigerungsrechtes vor Gericht wurde erläutert, dass jede Aussage, die im Zusammenhang mit der Behandlung steht, einer expliziten Schweigepflichtentbindung des Patienten bedarf. Weitere Themen der Veranstaltung waren zudem die Schweigepflicht bei minderjährigen Patienten gegenüber deren Eltern oder der Umgang mit Berichtspflichten gegenüber dem Hausarzt.

Herr Vestring arbeitet für die PKN seit deren Gründung, seine Referententätigkeit startete 2006 mit dem damaligen Psychotherapeutentag in Braunschweig. Aufgrund des Erfolgs seiner Veranstaltung „Schweigen ist Gold“ wird diese in den nächsten Wochen zusätzlich in Osnabrück, Oldenburg, Braunschweig und Göttingen durchgeführt.



M. Vestring (Beschwerdebeauftragter)

## Netze spannen – Netze leben – Eine interdisziplinäre Fortbildung der PKN zur Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen

Am 03.02.2012 fand in der Handwerkskammer Hannover eine Fortbildungsveranstaltung zur Traumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen statt, die mit ca. 110 Teilnehmern bereits im Vorfeld ausgebucht war. Neben vielen anwesenden Psychotherapeuten waren auch einige Ärztliche Leiter der Rettungsdienste, kirchliche Notfallseelsorger, Schulpsychologen

und Vertreter des Kultusministeriums eingeladen, um das Ziel einer zunehmenden interdisziplinären Vernetzung in der psychosozialen Notfallversorgung Niedersachsens weiter konkretisieren zu können.

In ihrem Grußwort machte Frau Corman-Bergau, Präsidentin der PKN, auf die heutige inflationäre Verwendung des Traumabe-

griffs in psychosozialen Handlungsfeldern, aber auch im allgemeinen, alltäglichen Gebrauch aufmerksam. Sie fasste die bisherigen Kammeraktivitäten zur psychosozialen Notfallversorgung zusammen und ermöglichte so einen nahtlosen Einstieg in die folgenden Darstellungen der bisherigen Forschungskonzepte und deren Praxisbewährung.

Der erste Vortrag der Veranstaltung wurde von dem Beauftragten der PKN für die psychosoziale Notfallversorgung, Herrn PD Dr. Kröger (TU Braunschweig), gehalten. Herr Dr. Kröger fasste darin u. a. den aktuellen Forschungsstand zur Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zusammen: So zeigt sich beispielsweise, dass nach erlebtem Trauma mindestens sechs verschiedene psychische Erkrankungen gehäuft auftraten und keinesfalls nur mit einem verstärkten Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen gerechnet werden muss. Um das Selbstwirksamkeitserleben der Betroffenen zu fördern, sei es zudem oft wichtig, nicht bereits unmittelbar nach dem Trauma mit einer psychotherapeutischen Behandlung einzusetzen, sondern den häufig auftretenden Spontanremissionen eine Chance zu geben und das eigenständige Wiederefinden in einen normalen Alltag abzuwarten. Herr Dr. Kröger stellte zudem das niedersächsische Notfallplanungssystem im Detail vor und unterstrich den zuvor bereits von Frau Corman-Bergau geäußerten Wunsch nach einer Landeszentralstelle zur psychosozialen Notfallversorgung.



**Hr. PD Dr. C. Kröger (TU Braunschweig)**

Im weiteren Verlauf der Veranstaltung bot Herr Dr. Kröger den interessierten Teilnehmern in Form eines Workshops die Gelegenheit, die Grundprinzipien psychologischer Erster Hilfe näher zu beleuchten. Mittels praxisnaher Rollenspiele verdeutlichte er so u. a. die Notwendigkeit, für Betroffene einen Ort der Sicherheit und Beruhigung zu schaffen, Kontakt herzustellen und für weitere soziale Unterstützung zu sorgen.

Einen zweiten Schwerpunkt der Veranstaltung bildete der Vortrag von Frau Dr. Steil und Frau Matulis von der Goethe Universi-

tät Frankfurt. Mittels verschiedener Forschungsergebnisse verdeutlichten die Referentinnen, dass insbesondere bei sexueller Gewalt bzgl. der psychischen Folgesymptomatik mit weniger hohen Spontanremissionsraten zu rechnen ist, als dies bei anderen Schadensereignissen der Fall sei. Hier empfehle sich stattdessen eine frühe psychotherapeutische Intervention, um eine Chronifizierung der Beschwerden und mögliche Folgeprobleme zu verhindern. Frau Dr. Steil und Frau Matulis stellten im Folgenden ein speziell auf Jugendliche mit sexuellen und physischen Gewalterfahrungen ausgerichtetes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Drei-Phasen-Behandlungsprogramm vor, bestehend aus einem Emotionsregulationstraining, einer Intensivphase zur konkreten Traumabearbeitung und einer Rückfallprophylaxe.



**(v. l.): Fr. B. Reiffen-Züger (Vorstandsmitglied PKN), Fr. S. Matulis und Fr. Dr. R. Steil (Universität Frankfurt)**

Im Workshopangebot am Nachmittag konkretisierte Frau Matulis die Therapiephasen im Einzelnen und stellte beispielhafte Behandlungsverläufe vor. Sie erläuterte die dem Therapieprogramm zugrunde liegenden Annahmen, wie z. B. die des Traumagedächtnisses, und bot zudem den Teilnehmenden viel Raum für konkrete Rückfragen.

Den dritten und letzten thematischen Schwerpunkt der Veranstaltung stellte Frau Dr. Ahrens-Eipper schließlich dem Publikum vor: Im Rahmen ihrer Tätigkeit als niedergelassene Psychotherapeutin entwarf sie unter dem Titel „Trauma first“ ein eigenes Konzept zur Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher, in dessen Rahmen sie zusätzlich zur Regelversorgung je 25 Therapieplätze anbietet. Das engmaschige Behandlungskonzept bietet zusätzlich zu Einzel- und Gruppengesprä-

chen z. B. die Möglichkeit zu Hausbesuchen, Familiengesprächen, Elterntrainings und einer pädiatrischen Mitbehandlung. Für kleinere Kinder werden die Inhalte spielerisch in Form von Abenteuerspielen (das „Seefahrercamp“) umgesetzt und vom Stoffdrachen Draco begleitet.



**Fr. Dr. S. Ahrens-Eipper, PP**

Auch Frau Dr. Ahrens-Eipper nutzte ihr Workshopangebot am Nachmittag dazu, die Vorstellung ihres Behandlungsprogramms weiter zu konkretisieren. Sie legte dabei den Schwerpunkt auf das therapeutische Vorgehen bei jüngeren Kindern im Vorschul- bis Grundschulalter. Die fachlichen Hintergründe zu den einzelnen Behandlungsschritten untermauerte sie dabei auf lebendige und schwungvolle Art und Weise mit vielen Fallbeispielen aus ihrer praktischen Arbeit sowie einzelnen Videosequenzen.

Die Auswertung der Evaluationsbögen der Veranstaltung (Rücklauf: 54,5%) ergab eine erfreuliche Gesamtbewertung mit der Schulnote 1,7 – wobei insbesondere der Praxisbezug und die verständliche Übermittlung der Inhalte gelobt wurden.

*Wenn auch Sie damit einverstanden sind, dass Ihre Kontaktdaten in das niedersächsische Notfallplanungssystem aufgenommen werden, können Sie sich gerne an die PKN wenden (info@pknds.de). Derzeit liegt uns eine Liste von ca. 120 Psychotherapeuten vor, die sich freiwillig bereit erklärt haben, psychotherapeutische Hilfe im Bereich der Notfallversorgung anzubieten. Die Liste der Psychotherapeuten soll in erster Linie eine zeitnahe Vermittlung von Betroffenen in die psychotherapeutische Regelversorgung ermöglichen.*

## Engagement der PKN im Bündnis „White IT“

In den vergangenen Monaten hat die Psychotherapeutenkammer die Zusammenarbeit mit dem Bündnis White IT, das sich vor allem gegen Kindesmissbrauch und dessen Darstellung in der digitalen Welt einsetzt, weiter intensiviert. In Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), der Techniker Krankenkasse und der Initiative „Innocence in Danger“ arbeitet die PKN dazu aktuell an der Erstellung einer Informationsbroschüre für Eltern und Schüler, die über die Chancen und Risiken des Medienkonsums von Kindern und Ju-

gendlichen aufklären soll. Die Erstellung der Broschüre soll voraussichtlich im Spätsommer 2012 abgeschlossen werden und in der Folge an die Praxen interessierter Kinderärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgegeben werden.

Die Psychotherapeutenkammer begrüßt es, dass durch die gemeinsame Arbeit im Bündnis die Kontakte zur ÄKN weiter ausgebaut werden konnten und gleichzeitig eine sinnvolle Präventionsarbeit geleistet werden kann.

White IT war zuletzt durch die Veröffentlichung zweier Pixi-Bücher in Erscheinung getreten, die unter dem Titel „Ben/Lena sagt Nein!“ einen selbstbestimmten Umgang von Kindern mit ihrem Körper zum Thema haben.



## Positionierung der PKN zum IV-Vertrag Care 4S

Der aktuell diskutierte Vertrag Care 4S zur integrierten Versorgung (IV) schizophrener Patienten soll Behandlungsstrukturen verbessern, bleibt in seiner derzeitigen Fassung jedoch zentriert auf den Facharzt für Psychiatrie.

In den Verhandlungen um die Gestaltung dieses IV-Vertrages fordert die PKN daher eine gleichberechtigte Kooperation mit den ärztlichen Kollegen auf Augenhöhe. Von unserem beruflichen Selbstverständnis sehen wir uns in der Lage, mit Ausnah-

me der medikamentösen Therapie volle Fallverantwortung zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang sollte zudem diskutiert werden, inwieweit die approbierten PP und KJP ohne Kassenzulassung in IV-Verträge eingebunden werden können.

Die ersten Evaluationen zum IV-Vertrag Care 4S laufen aktuell.

### Redaktion

Lea Peplau

### Geschäftsstelle

Roscherstr. 12,  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
Sprechzeiten allgemein:  
Mo, Di, Do, Fr: 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do: 13.30 – 15.00 Uhr  
Sprechzeiten „Fragen zur Akkreditierung“:  
Mo, Di, Do, Fr: 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do: 13.30 bis 15.00 Uhr  
Mail-Anschrift: info@pknds.de  
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:  
Akkreditierung@pknds.de  
Internet: www.pknds.de

## Bekanntmachung

### Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2012

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 29.11.2011 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2012 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiemit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.

2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 07.10.2010 (Nds. GVBl. S. 462), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i.V.m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZZA) vom 22.12.2011 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2003 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006

S. 126 f.), zuletzt geändert am 06.07.2011 (niedersächsisches ärzteblatt 8/2011 S. 38, Psychotherapeutenjournal 3/2011 S. 308, ZKN Mitteilungen 9/2011 S. 530, bekannt gemacht.

Hannover, den 29.11.2011,  
Dr. Martina Wenker  
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

## Kammerversammlung am 9. Dezember 2011

### **GKV-Versorgungsstrukturgesetz**

Das beherrschende Thema für die nordrhein-westfälischen Psychotherapeuten im zurückliegenden Jahr war das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Durch das Gesetz drohte in NRW ein Abbau von über 1.000 psychotherapeutischen Praxis-sitzen. Dabei warten Patienten monatelang auf einen ambulanten Therapieplatz. In NRW warten psychisch kranke Menschen durchschnittlich 13,8 Wochen auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Besonders lang sind die Wartezeiten mit 15,9 Wochen in Westfalen-Lippe, während Nordrhein mit 12,2 Wochen etwa im Bundesdurchschnitt liegt.



Das GKV-VStG wurde am 1. Dezember 2011 im Deutschen Bundestag verabschiedet und tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Wie bisher noch bei keinem anderen gesundheitspolitischen Gesetz, war die psychotherapeutische Versorgung Gegenstand der parlamentarischen Beratung und der Berichterstattung in Presse, Hörfunk

und Fernsehen. Durch das Engagement vieler nordrhein-westfälischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden zahlreiche Bundestagsabgeordnete auf die Not psychisch kranker Patienten aufmerksam, die dringend eine Behandlung benötigen, aber keinen Psychotherapeuten finden, der noch einen Termin frei hat. „Das allein ist ein großer Erfolg“, resümierte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW. „Die Psychotherapeuten werden von Politik und Öffentlichkeit als eine wesentliche Säule in der Versorgung psychisch kranker Menschen wahrgenommen. Die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland wird auch danach beurteilt, wie gut die Versorgung psychisch kranker Menschen ist.“

Das große Ziel, der Ausbau der ambulanten Versorgung, sei noch nicht erreicht. „Doch die vielstimmige Kritik am Gesetz hat noch zu wesentlichen Gesetzesänderungen geführt“, stellte Konitzer fest. Bis zum Jahr 2013 werde es keinen Abbau psychotherapeutischer Praxen geben. Bis dahin sei der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, eine neue Richtlinie zur Bedarfsplanung zu entwickeln. Auch diese Änderung am Gesetzentwurf wäre ohne das gemeinsame Engagement aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht möglich gewesen, sagte die PTK-Präsidentin. Dieses Engagement sei auch im nächsten Jahr nötig, um Gemeinsamen Bundesausschuss und Politik davon zu überzeugen, dass die psychotherapeutische Versorgung dem Bedarf entsprechend ausgebaut werden müsse. Sehr gefreut habe sich der Vorstand, dass sich auch viele Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) aktiv an der Öffentlichkeitsarbeit beteiligt hätten. Die Kammerversammlung verabschiedete einstimmig eine Resolution zur psychotherapeuti-

schen Versorgung und zur Unterstützung der Forderung der PiA nach einer leistungsgerechten Vergütung.

### **Änderung von Ordnungen der PTK NRW**

Die Kammerversammlung beschloss Änderungen in der Weiterbildungsordnung und der Fortbildungsordnung, die die Inklusion behinderter Kolleginnen und Kollegen ermöglichen sollen. Ferner verabschiedete die Kammerversammlung Änderungen der Berufsordnung und der Satzung. Die geänderte Fortbildungsordnung finden Sie am Ende dieser Seiten, die anderen Änderungen werden nach ihrem Inkrafttreten im nächsten PTJ veröffentlicht.

### **Weiterbildungsordnung – Systemische Therapie**

Sabine Unverhau, Vorsitzende des Ausschusses Fort- und Weiterbildung, berichtete aus dem Ausschuss über den Diskussionsstand zur Erweiterung der Weiterbildungsordnung NRW um die Systemische Therapie. Dabei verwies sie zunächst auf die zwischenzeitlich auf dem 19. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) beschlossene Erweiterung der Muster-Weiterbildungsordnung um die Systemische Therapie. Ebenso stellte Frau Unverhau nochmals die divergierenden Positionen zu einer solchen Erweiterung vor. Deutlich wurden im Bericht die beiden großen Arbeitsbereiche: einerseits die konkrete Ausgestaltung eines speziellen Teils „Systemische Therapie“ für die Bereiche im Teil B der Weiterbildungsordnung, andererseits die zwingend erforderliche Veränderung des Paragraphenteils A der Weiterbildungsordnung, um neben psychotherapeutischen Anwendungsfeldern überhaupt wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren in die Weiterbildungsordnung

aufnehmen zu können. In der anschließenden Diskussion sprachen sich einige Delegierte vehement für die Aufnahme der Systemischen Therapie in die Weiterbildungsordnung der PTK NRW entsprechend dem Beschluss des 19. DPT aus, während andere Delegierte sich grundsätzlich gegen eine Weiterbildung in psychotherapeutischen Verfahren wandten.

### Reform der Beitragsordnung?

Die Vorsitzende des Finanzausschusses, Ursula Gersch, berichtete über die Diskussion im Finanzausschuss zu einer Veränderung der Beitragsordnung. Anlass sei ein Auftrag des Vorstands gewesen, dem zunehmend Beschwerden von Kammermitgliedern zugehen, die die aktuelle Regelung als ungerecht empfinden. Der Finanzausschuss habe sich zum einen mit dem Aspekt der Gerechtigkeit befasst, aber auch den Arbeitsaufwand in der Geschäftsstelle berücksichtigen wollen. Gerechtigkeit könne nach Auffassung des Finanzausschusses bspw. einkommensabhängig (wer mehr verdient, zahlt mehr) oder durch Orientierung am persönlichen Nutzen (wer mehr profitiert, zahlt mehr) realisiert werden. Frau Gersch beleuchtete das

Thema mittels Vergleichen zu Beitragsordnungen anderer Landespsychotherapeutenkammern und stellte Beispielrechnungen für eine Staffelung der Beiträge in Einkommensklassen vor, alternativ die Beibehaltung eines Regelbeitrags mit einkommensabhängigen Ermäßigungen. In der anschließenden Aussprache der Kammerversammlung wurde insbesondere diskutiert, ob denn ein gravierendes Problem der Gerechtigkeit bestehe, so dass eine Reform der Beitragsordnung und der damit verbundene Aufwand in der Verwaltung gerechtfertigt seien.

### Haushaltsberatung

Zunächst nahm die Kammerversammlung den vom Revisionsverband geprüften Haushaltsabschluss 2010 zur Kenntnis und beschloss, den Jahresüberschuss in Höhe von rund 248.000 EUR der Rücklage zuzuführen. Der Überschuss rührt in erster Linie aus einem erhöhten Beitragsaufkommen aufgrund gestiegener Mitgliederzahlen und nicht realisierten Personalausgaben. Anschließend wurde der Vorstand entlastet.

Dann stellte Vizepräsident Hermann Schürmann den Haushaltsplan 2012 vor.



Bei einem Volumen von rund 3 Mio. EUR wird im Wesentlichen die Einnahmen- und Ausgabenstruktur der vergangenen Jahre fortgeschrieben. Der Vorstand beabsichtigt die Einrichtung einer eigenen Stelle für die Planung und Durchführung von Fortbildungen der Kammer. Nach kurzer Diskussion stimmte die Kammerversammlung dem vorgelegten Haushaltsentwurf zu.

## Resolution: Versorgung verbessern – Psychotherapie sichern

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) will der Gesetzgeber maßgebliche Verbesserungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erreichen.

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW begrüßt die mit dem GKV-VStG formulierten Anforderungen einer bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit zumutbaren Wartezeiten für den Patienten.

Die Kammerversammlung begrüßt, dass nunmehr den Zulassungsausschüssen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen die Kompetenz zugesprochen wird, in Fällen der Nachbesetzung psychotherapeutischer Praxen Versorgungsaspekte zu berücksichtigen. Das sog. „Vorkaufsrecht“ der Kassenärztlichen Vereinigungen ist bis zum Jahr 2013 ausgesetzt.

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen bedau-

ert allerdings, dass im Rahmen dieses Gesetzes die von der Profession vorgeschlagene Stichtagsregelung zur Neufassung der Verhältniszahlen (Einwohner-Psychotherapeuten-Relation) als Ausgangspunkt der Bedarfsplanung nicht aufgenommen wurde. Diese klare Vorgabe hätte die Gremien der Selbstverwaltung, die für eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinien zuständig sind, darauf verpflichtet, eine sachgerechtere Bedarfsplanung für den Bereich Psychotherapie unter Berücksichtigung der derzeitigen eklatanten Versorgungsgengpässe zu entwickeln. Des Weiteren wären die Fortschreibung der Diskrepanz zwischen ausgewiesener „Übersversorgung“ und tatsächlich existierenden massiven Versorgungsgengpässen in nahezu allen Bedarfsplanungsregionen beseitigt und eine weitere Verschärfung langer Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung verhindert worden.

Die Kammerversammlung fordert die Gremien der Selbstverwaltung auf, die beson-

deren Belange der psychotherapeutischen Versorgung dringend zu berücksichtigen und tatsächlich „sachgerechte Kriterien“ für die Neufeststellung der Verhältniszahlen zu finden und umzusetzen.

Die Kammerversammlung hält die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums für die sektorenübergreifende Planung für sinnvoll. Sie bietet gerne die engagierte Beteiligung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen bei der anstehenden Arbeit an, um die Belange der psychotherapeutischen Versorgung angemessen berücksichtigen zu können.

Bei der Feststellung regionaler Besonderheiten in der Bedarfsplanung soll ebenfalls sichergestellt werden, dass die Belange psychotherapeutischer Versorgung durch die regelhafte Einbeziehung der Psychotherapeutenkammer in die Beratung einen den Erfordernissen angemessene Berücksichtigung finden.



## Resolution: Leistungsgerechte Vergütung für Psychotherapeuten in Ausbildung

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen teilt das Anliegen der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA), für ihre Tätigkeit im praktischen Teil der Ausbildung endlich eine leistungsgerechte Vergütung zu erhalten.

Die Kammerversammlung unterstützt daher die Forderungen der Psychotherapeuten in Ausbildung auf leistungsgerechte Vergütung und Novellierung der Ausbildung zum Psychotherapeuten. Die Kammerversammlung fordert alle Ver-

handlungspartner auf, sich für eine faire Lösung der Vergütungsfrage einzusetzen und den Psychotherapeuten in Ausbildung faire und wirtschaftlich tragfähige Ausbildungsbedingungen zu ermöglichen.

## Änderung der Fortbildungsordnung

Auf Grund § 23 Heilberufsgesetz (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. 2000 S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2009 (GV. NRW. 2009 S. 863), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer Sitzung am 9. Dezember 2011 folgende Änderung der Fortbildungsordnung vom 16.04.2004, zuletzt geändert am 09.04.2011, beschlossen:

### Artikel I

Nach § 5 Abs. 7 der Fortbildungsordnung wird folgender Absatz 7a eingefügt:

„(7a) Die Auswahl der Fortbildungsorte durch die Veranstalter und die Art und Weise der Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen soll gewährleisten, dass auch Kammermitglieder mit Behinderungen an den Fortbildungen teilnehmen können.“

### Artikel II

Diese 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. Dezember 2011

*Monika Konitzer*  
Präsidentin

## Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufekammern in der Fassung der Verordnung vom 11. Juli 1996 gebe ich bekannt:

Herr Dr. Heribert Joisten, Wahlkreis Düsseldorf, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“, hat am 21.12.2011 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Martin Zange, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“.

*Gez. Dr. jur. Peter Abels*  
Hauptwahlleiter

## 8. Jahreskongress Wissenschaft Praxis am 20. und 21. Oktober 2012 in Bochum

### Psychotherapie bei Eltern und Kindern: Wirkungen und Nebenwirkungen

Das Schwerpunktthema des nun schon traditionellen gemeinsamen Jahreskongresses von Psychotherapeutenkammer und Hochschulverbund in NRW ist dieses Jahr die Psychotherapie von Eltern und Kindern. Dabei sollen Fragen beleuchtet werden wie z. B.: Wie ergeht es Kindern psychisch kranker Eltern? Welche präventiven und psychotherapeutischen Interventionen sind sinnvoll, um deren Wohl zu verbessern? Welche Auswirkungen hat eine erfolgreiche Psychotherapie von Eltern auf deren Kinder? Welche Relevanz hat die

Einbeziehung von Eltern in die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen?

Zum letzten Thema ist ein Workshop geplant, in dem Vertreter der unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren ihre Erkenntnisse und praktisches Wissen austauschen können. Themen der Hauptvorträge sind: Kinder psychisch kranker Eltern – Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Eltern auf Kinder (Prof. Dr. Fritz Matzejat); Eltern psychotherapeutisch behandelte Kinder – Auswirkungen der Psychotherapie des Kindes auf die Eltern (Prof. Dr. Silvia Schneider); Kinder psychotherapeutisch behandelte Eltern – Transmission der Effekte von Psychotherapie

auf Kinder (Prof. Dr. Kurt Hahlweg). Die inhaltlichen Schwerpunkte der Workshops werden u. a. in den Bereichen Psychotraumatologie, Suizidalität, Essstörungen, Affektive Störungen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren und Schlafstörungen liegen. Wir laden alle Interessierten herzlich ein, sich diesen Termin vorzumerken.

### 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

## Psychotherapeutische Notfallversorgung nach Großschadensereignissen – Vereinbarung zwischen dem TMSFG und der OPK getroffen

Zwischen dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG) und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) wurde am 13. Dezember 2011 eine Vereinbarung unterzeichnet, die die psychotherapeutische Versorgung nach Großschadensereignissen regelt. Erfahrungen nach Ereignissen wie dem Amoklauf am Erfurter Gutenberg-Gymnasium 2002 hatten gezeigt, dass viele Personen nach extrem bedrohlichen Erlebnissen unter seelischen Belastungsfolgen leiden. Sie bedürfen deshalb nicht nur qualifizierter medizinischer, sondern auch psychotherapeutischer Hilfe. Diese Hilfe muss im Ernstfall rasch und in hoher Qualität bereitgestellt werden können.

Zu diesem Zweck wurde vereinbart, ein Netzwerk in Thüringen aufzubauen, in das sich Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufnehmen lassen können, um im Schadensfall die psychotherapeutische Behandlung der Betroffenen zu übernehmen. Die Unterstützung durch PsychotherapeutInnen soll bei Bedarf schon durch die Einsatzleitungen angefordert werden können. Dafür ist ein beträchtlicher organisatorischer Aufwand notwendig, der durch die OPK in Zusammenarbeit mit dem Thüringer Sozial- und Innenministerium geleistet wird.

Der unterzeichneten Vereinbarung stand eine lange Zeit der Abstimmungen und Verhandlungen voran. Bereits 2009 verständigten sich das TMSFG und die OPK über den Bedarf an psychotherapeutischer Hilfe bei Großschadensereignissen. Staatssekretär Dr. Hartmut Schubert betonte anlässlich der Unterzeichnung die Wichtigkeit einer solchen Vereinbarung und das Bemühen der Landesregierung, im Notfall auch qualifizierte psychotherapeutische Behandlung bereitstellen zu können. Er

sagte: „Mit der Vereinbarung haben wir eine gute Arbeitsgrundlage für Ereignisse, die hoffentlich nie eintreten werden. Bei Großschadensereignissen wie etwa Zugunglücken, Amokläufen oder Naturkatastrophen ist es wichtig, dass Opfer und wenn nötig auch Helferinnen und Helfer schon am Ort des Geschehens, aber auch nach dem Geschehen eine gezielte psychotherapeutische Begleitung erfahren. Diese Hilfe muss im Ernstfall schnell und in hoher Qualität bereitgestellt werden.“

Dr. Gregor Peikert aus Jena, Vorstandsmitglied der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, berichtete über Erfahrungen, die PsychotherapeutInnen nach früheren Unglücksereignissen sammeln konnten. „Es gibt wissenschaftliche Befunde, die besagen, dass nicht jedes Angebot zur seelischen Unterstützung gleichermaßen wirksam ist. Deshalb haben Betroffene einen Anspruch darauf, mit überprüften und nachweislich wirksamen Methoden behandelt zu werden. Mit der gemeinsamen Vereinbarung stellen wir sicher, dass im Fall der Fälle genügend Experten bereitstehen.“ Es kommt im Notfall darauf an, eine große Anzahl psychisch belasteter Menschen so gut wie möglich zu versorgen. Die üblichen Methoden der Psychotherapie mit regelmäßigen Einzel- und Gruppengesprächen sind dazu nicht ausreichend. Wochenlange Wartezeiten sowie ein eklatanter Mangel an PsychotherapeutInnen gerade in ländlichen Gebieten schließen eine sowohl zeit- als auch wohnortnahe Versorgung im Moment noch aus.

Eine erste Aufgabe nach einem Großschadensereignis für diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die ihre Bereitschaft bereits erklärt haben, wäre es demnach, zu Beginn den individuellen Bedarf an einer psychotherapeutischen Behandlung festzustellen.

Glücklicherweise besitzen viele Menschen genügend Resistenz, um auch belastende Ereignisse ausreichend verkraften und verarbeiten zu können. Dr. Peikert erläuterte: „In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich, dass nach katastrophalen Ereignissen wie beispielsweise dem ICE-Unglück von Eschede weniger als 5% eine dauerhafte Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Darüber hinaus gibt es aber eine viel größere Anzahl von Betroffenen, die zeitweise unter deutlichen Stress-Symptomen und seelischen Veränderungen leiden. Studien zeigen, dass es nicht hilfreich ist, schematisch alle Betroffenen nach einem Schadensereignis einer psychologischen Intervention zu unterziehen, sondern dass einer Behandlung eine sorgfältige Untersuchung vorausgehen sollte. Diese wiederum kann nur durch qualifizierte PsychotherapeutInnen geleistet werden.“

Derzeit haben bereits 24 Thüringer Kolleginnen und Kollegen, die über ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Betreuung traumatisierter Patienten verfügen, ihre Bereitschaft erklärt, im Bedarfsfall ihre alltägliche Arbeit in Praxen oder Kliniken zu unterbrechen, um qualifizierte Hilfe zu leisten. Zudem wird von der OPK eine psychotherapeutische Koordinatorin bzw. ein Koordinator benannt, der die Einsatzplanung des erforderlichen psychotherapeutischen Personals im Falle eines Notfallereignisses vornimmt. Bereits im Februar fand dazu eine Schulung in Kooperation mit dem Thüringer Innenministerium statt, in der neben allgemeinen Informationen zu Großschadensereignissen auch zur Ablauforganisation, zu den Verantwortlichkeiten sowie zur Benachrichtigungskette im Schadensfall referiert wurde. Zukünftig werden regelmäßige Schulungen bzw. Treffen für die PsychotherapeutInnen organisiert.

## Aktuelles

### **Informationsveranstaltung für Angestellte in Mecklenburg-Vorpommern – Schwerin, 25.01.2012**

Zu einem informellen Gespräch lud der OPK-Vorstand am 25.01.2012 die in Mecklenburg-Vorpommern angestellten PsychotherapeutInnen (Psychosomatische und Psychiatrische Kliniken) nach Schwerin ein. Rund 35 Kolleginnen und Kollegen folgten der Einladung, um angeregt über aktuelle berufspolitische Themen zu diskutieren und in direktem Kontakt mit dem Vorstand sowie einigen Kammerversammlungsmitgliedern ihre Anliegen für eine zukünftige gemeinsame Arbeit vorzubringen. Die Präsidentin Frau Andrea Mrazek berichtete zu Beginn über die Angestelltenstruktur sowie die bereits gelaufenen Aktivitäten der Kammer und wies auf den neu gegründeten Ausschuss für Angelegenheiten der angestellten PsychotherapeutInnen der OPK hin. Als Vorsitzender des Ausschusses informierte Jürgen Golombek daraufhin über aktuelle Projekte und Vorhaben. Demnach soll noch in diesem Jahr ein Symposium für leitende PsychotherapeutInnen durchgeführt werden, welches sowohl der Vermittlung berufrechtlicher Informationen als auch der Etablierung eines Netzwerkes dienen soll, um Aktivitäten zukünftig besser koordinieren zu können. Weitere Problembereiche, deren sich der

Ausschuss annehmen möchte, sind Fragen der tariflichen Eingruppierung, der PsychPV, des OPS und die stationären Tätigkeiten von AusbildungsteilnehmerInnen. Es folgte der sehr detaillierte Vortrag von Frau Dr. Tina Wessels, Referentin der BPtK, zum neuen Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, welches 2013 flächendeckend in den Kliniken eingeführt werden soll. In der anschließenden Gesprächsrunde konnten viele Fragen seitens der Mitglieder durch Mitglieder des Vorstandes und die anwesenden Kammerversammlungsmitglieder geklärt werden.

### **PiA/Neuapprobiertentag – Leipzig, 29.02.2012**

Wie wichtig die bundesdeutsche Gesundheitspolitik für den Alltag von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ist, wissen unsere Mitglieder und diejenigen, die es zukünftig werden, aus eigener Erfahrung. Notwendige Veränderungen finden meistens im Rahmen berufspolitischer Diskussionen zwischen allen Beteiligten ihren Anfang. Ob aktuell die Bedarfsplanung, die Regelungen zur Leitungsverantwortung in Einrichtungen, die Vorgaben zum Qualitätsmanagement oder der ganz normale Arbeits- und Ausbildungsalltag – was dort gut und was weniger gut geregelt ist, merkt man erst in der praktischen Arbeit.

Die Psychotherapieausbildung könnte für die AusbildungsteilnehmerInnen im Moment das wichtigste politische Thema sein. Darüber hinaus gibt es aber laufend weitere gesundheitspolitische Entwicklungen, die die künftige Berufstätigkeit als Psychotherapeutin und Psychotherapeut mal stärker und mal weniger stark beeinflussen werden. Für die Frage, wie gut die Patientinnen und Patienten versorgt werden, können diese politischen Weichenstellungen ähnlich wichtig sein wie die Qualität der Ausbildung.

Die Entwicklung so wichtiger Themenbereiche kann nicht ausschließlich anderen überlassen werden. Welche Möglichkeiten es gibt, die Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik zu beeinflussen, darüber ist der Vorstand der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer mit den TeilnehmerInnen des PiA/Neuapprobiertentages in Leipzig ins Gespräch gekommen.

Ziel war es, den TeilnehmerInnen an diesem Tag die Möglichkeiten und Chancen der psychotherapeutischen Berufspolitik nahezubringen und zu erfahren, welche Erwartungen PiA bzw. Neuapprobierte an die OPK als ihre jetzige und zukünftige berufspolitische Selbstverwaltung haben.

## Fortbildungen zur Sachverständigentätigkeit 2012

### **Grundlagenmodul: 07.05. – 11.05.2012 im Kloster Nimbschen**

In diesem Modul werden wichtige juristische und gesetzliche Rahmenbedingungen dargelegt, Einführungen in die verschiedenen Rechtsgebiete gegeben sowie die Rolle der Gutachter vor Gericht diskutiert. Weiterhin werden Aspekte zur Erstellung von Gutachten aufgegriffen, häufige Fehlerquellen erläutert und das Auftreten vor Gericht geklärt. Die Rechtsgebiete werden als Co-Referate, jeweils von juristischer und von psychotherapeutischer Seite, vorgetragen. So entsteht ein interessantes Wechselspiel aus gerichtli-

cher Praxis und psychotherapeutischer Sichtweise.

### **Spezialisierungsmodul Familienrecht: 04.06. – 07.06.2012 auf Schloss Machern**

In diesem Modul werden neben rechtlichen Aspekten des Familien- und Sorgerechts eingehend psychologisch-psychotherapeutische Voraussetzungen für die Begutachtung im Familien- und Jugendbereich behandelt. Weiterhin werden Probleme und Fehlerquellen der familienrechtlichen Gutachtenerstellung im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen.

## Informationen

Detaillierte Informationen zur Fortbildung sowie die Flyer und Anmeldeformulare der angekündigten Veranstaltungen finden Sie unter [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de).

## Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)

# LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

## 10 Jahre Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz – ein Grund zum Feiern!

Runde Geburtstage – bei Menschen wie bei Institutionen – sind meist Anlass, zumindest einen Moment inne zu halten und hinzuschauen auf das, was da gewachsen und gereift ist. Das darf kritisch erfolgen oder wohlwollend oder am besten beides. Und so geschah es, dass am 28.01.2012 viele der Einladung folgten, Amts- und Mandatsträger aus Politik und Gesundheitswesen, VertreterInnen anderer Kammern aus Nah und Fern und natürlich Kolleginnen und Kollegen aus dem eigenen Land, um im Wappensaal der Staatskanzlei in Mainz – ein würdigeren Rahmen hätte es kaum geben können – die Jubilarin in Augenschein zu nehmen.



Gut stehe sie da, gesund, frisch, ideenreich mit großer Fachlichkeit, kommunikativ und lösungsorientiert, um nur einige der Prädikate zu zitieren, die unsere Staatsministerin **Frau Malu Dreyer** zur Beschreibung der Kammer als neues anerkanntes Mitglied der „großen Familie“ im Gesundheitsbereich zutreffend fand.

Dass der Weg dahin alles andere als selbstverständlich und gut geebnet war, viel-



mehr geprägt durch viele Widrigkeiten eines langen Marsches durch die Institutionen, insbesondere in der Phase des Entwurfes eines Psychotherapeutengesetzes als Voraussetzung zur Kammergründung, wurde sowohl von **Frau Ellen Bruckmeyer** als auch **Herrn Dr. Rainer Hess** mit der ihnen eigenen authentischen Kennerschaft so überzeugend und plastisch dargestellt, als hätte sich dies nicht vor Jahren, sondern gerade eben vor Tagen ereignet.

Und auch die Gründungsmütter und -väter unserer Landeskammer, Überzeugungstäter allesamt, die mit hohem persönlichem Einsatz über den Gründungsausschuss die Konstituierung der 1. Vertreterversammlung am 26.1.2002 vorbereiteten, konnten sich des Erfolges dieses Unternehmens nicht nur sicher sein. Dass der Start gelang und die weitere Aufbauarbeit zügig voranging, ist sicher auch den günstigen Rahmenbedingungen ge-

schuldet, insbesondere der stets verlässlichen ministeriellen und behördlichen Unterstützung, wie Präsident **Alfred Kappauf** in seinem Grußwort hervorhob.

Dass die Kammer mit ihrer konsequent offensiven Politik, Themen selbst zu besetzen und proaktiv zu gestalten, sich nicht nur nach innen Gehör und Respekt verschaffte, sondern auch über die Landesgrenzen hinaus als Impulsgeber Vorreiterfunktion übernahm (z. B. im Bereich der Weiterbildung), die nie unumstritten war, kann wohl auch erst nach einer Dekade mit etwas Abstand angemessen gewürdigt werden, wie es **Prof. Dr. Rainer Richter** aus der Perspektive der Bundeskammer tat.

Im Kern aller glücklichen Fügungen und Umstände, welche die LPK auf einen guten Weg brachten, finden wir viele Menschen, die mit und ohne Mandat, haupt- und ehrenamtlich Zeit und Energie einbrachten, Selbstverwaltung nicht nur als Pflichtaufgabe, sondern Chance zu nutzen, die Professionalisierung unseres Berufsstandes und seine Verankerung in der Gesellschaft voranzubringen. Einen dürfen wir hervorheben: Es ist unser Präsident Alfred Kappauf, der mit der ihm ganz eigenen Mischung aus Kompetenz, Langstrecken-



tauglichkeit, Geduld, Konfliktfreude und Ausgleichsvermögen nicht nur viele anfangs noch skeptische KollegInnen für das Projekt Kammer gewinnen konnte, sondern fast unermüdlich die Verbindungen knüpfte und pflegte, die für die politische und gesellschaftliche Einbindung unerlässlich sind.

Und so mischt sich in die Freude darüber, dass der Berufsstand „angekommen“ ist, die Genugtuung darüber, dass die Bedeutung seelischer Probleme und die Möglichkeiten ihrer wirksamen Behandlung zunehmend wahrgenommen und anerkannt werden – als zentrale Aufgabe für eine gesunde Gesellschaft, wie Herr Richter am Beispiel des enttabuisierenden Umgangs mit der sexuellen Missbrauchsproblematik erläuterte. Dass demgegenüber die Versorgungswirklichkeit noch erhebliche Lücken in der Bedarfsdeckung aufweist, wurde von Frau Dreyer klar gesehen und als Zukunftsaufgabe benannt. Und dass diese

morbiditätsorientiert und nicht fiskalisch dominiert gelöst werden muss, wurde von Herrn Hess markant betont.

Ob der Prozess der Heilsfindung in der Balint-Gruppe, der Encountergruppe, der Selbsthilfegruppe oder doch eher in der heimischen

Polstergruppe die besten Rahmenbedingungen findet, wie unser kabarettistischer Zwischenrufer **Arno Hermer** frech einwarf, ist dann vielleicht mehr eine Frage persönlichen Geschmacks.

Fraglos geschmackvoll und reich bestückt lud das kalt-warme Buffet alle Gäste zu einem labenden Imbiss ein, der nach den vielen wohlthuenden Worten höchst will-



kommen war. Bei Wein und Musik entspann sich schließlich das muntere Palaver, in dem alle diejenigen zu Wort kommen konnten, die vorher aufmerksam nur lauschen durften.

Wann die letzten gegangen sind, entzieht sich der Kenntnis des Chronisten ...

## Die Kammer dabei beim Jahresempfang der Wirtschaft 2012

**Peer Steinbrück**, MdB, Bundesminister a. D., als Hauptredner erwies sich beim diesjährigen Jahresempfang der Wirtschaft als Publikumsmagnet. Es kamen über 6.000 Personen, um ihn zu hören, und am Ende applaudierten sie begeistert.

Die Begrüßungsworte dieses von zwölf Landeskammern organisierten Dialogs mit der Politik sprach **Dr. Augter**, Präsident der IHK Rheinhessen. Bei positiver Grundstimmung mahnte er in guter Tradition den Abbau der Bürokratie für den Mittelstand an.

Es folgte der Präsident der Wirtschaftsprüferkammer, **Prof. Dr. Scholz**, mit einem Statement, in dem er sich mit der Bedeutung der Freien Berufe für den Mittelstand auseinandersetzte. In den letzten 20 Jahren hat sich ihre Zahl in Deutschland verdoppelt und allein in RLP seien es zurzeit 50.000 Selbstständige. „Wir (die Selbstständigen) konzentrieren uns auf das Wesentliche, motivieren unsere Mitarbeiter und gestalten unser Kerngeschäft.“ Dies könnten sich andere – auch gerne die Politik – zum Vorbild nehmen. Auch die Reglementierung der Freien Berufe durch eine

Selbstverwaltung befürwortet er eindeutig als verantwortungsvolle und kostengünstigere Variante als die Verortung der Aufsicht bei staatlichen Behörden. Er wünsche sich hier von der Politik ein Eintreten für die Selbstverwaltung, da es auf EU-Ebene Pläne gebe, die Verkammerung abzuschaffen.

### Lust an klarer Kante

**Peer Steinbrück** lockerte das Publikum erst mit gekonnt trockenen Witzen auf, um dann auf hohem Niveau so manchen Florettstich zu setzen. „Die Politik hat Sie nicht so schlecht behandelt, wie Sie es manchmal darstellen“, konterte er auf Dr. Augter. Die Steuerreform, mit dem Absenken des Spitzensteuersatzes hätten „die Sozis“ gebracht. Aber der Mittelstand müsse auch die Augen dafür öffnen, dass es sehr moderate Tarifabschlüsse gegeben hätte, die zu deutlich gesunkenen Lohnstückkosten geführt hätten.

Nachdenklich und mahnend sprach er über ein Europa der Zukunft. „Das Europa von heute ist die Antwort auf 1945 und auf das dritte Jahrtausend.“ Es müsse in Grie-

chenland nicht nur um Einsparungen gehen, wie Merkel sie fordere, sondern auch um konkrete Hilfen, die Wirtschaft wieder aufzubauen. Deutschland sei schließlich ein Gewinner des Euro. Und er mahnte: „Das Kurzzeitgedächtnis ist der geborene Feind einer ausgewogenen politischen Diskussion.“

Die Zukunftsthemen in Deutschland seien Bildung und Demografie. In zehn Jahren prognostizierte er einen Fachkräftemangel und deutete auf bereits gegenwärtig bestehende erhebliche Bildungsdefizite. Unter heftigem Applaus setzte er sich für mehr Erwerbstätigkeit von Frauen ein – bei gleichem Lohn für Frauen und Männer und einem Mehr an Kinderbetreuungsstellen.

Routiniert, kurz und bündig attackierte er den Bankensektor, wo Gewinne privatisiert werden und Verluste sozialisiert würden.

### „Das gönn' ich Ihnen!“

Schelte gab es hauptsächlich und nicht zu knapp für die FDP und für diejenigen, die



diese Partei gewählt haben. Steinbrück vermittelte den Eindruck, dass diese Rede die Akzeptanz einer großen Koalition bei

der nächsten Bundestagswahl ebnen könnte oder sogar sollte.

Wegen der großen Nachfrage von Besuchern des Jahresempfangs wurden neben den Redenmanuskripten der Präsidenten eine autorisierte Videoaufzeichnung der Rede von Peer Steinbrück online gestellt. Sie ist abrufbar in drei Teilen auf der Startseite von [www.jahresempfang.de](http://www.jahresempfang.de).

Die abschließenden Worte des Präsidenten der Handwerkskammer, **K. Wirges**, rundeten den Abend ab. Das Handwerk hat nicht nur in der Vergangenheit Bedeutung gehabt, sondern ohne Handwerk läuft im alltäglichen Leben gar nichts.

Im Anschluss an diese Worte durfte dem Dienstleistungsservice, der wie üblich in der Versorgung mit Wein und Brezeln bestand, gerne gefolgt werden. Bei bester Stimmung wurden wie jedes Jahr Themen etwas leichter besprochen als in Büros und Sitzungsräumen.

## Aktiv im Landeskrankehausplanungsausschuss

Seit dem 01.01.2011 hat die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz einen Sitz mit Stimmrecht im Landeskrankehausausschuss RLP, der im Auftrag des Vorstandes von Frau Dr. Albs-Fichtenberg wahrgenommen wird. Der Ausschuss wird geleitet vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie; in ihm sind die unterschiedlichen Kammern im Gesundheitswesen vertreten, die Krankenkassen, die deutsche Krankenhauesgesellschaft sowie die verschiedenen Krankenhausträger, um Fragestellungen im

Bereich der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung gemeinsam zu diskutieren und ein Meinungsbild zu entwickeln.

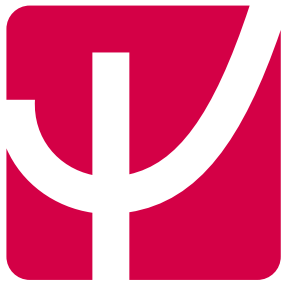
Im Mittelpunkt der Aktivitäten der Landespsychotherapeutenkammer RLP in diesem Ausschuss stand und steht die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. So ist es ein Ziel der LPK, das psychodiagnostische und psychotherapeutische Know-how in den Krankenhäusern des Landes durch

den Aufbau von Konsiliar- und Liaisondiensten zu stärken. Zu diesem Thema fanden mehrere Gespräche mit Vertretern des Ministeriums statt. Frau Dr. Albs-Fichtenberg wurde zudem in den Landespsychiatriebeirat eingeladen, um als Referentin das Best-practice-Modell eines Konsiliar- und Liaisondienstes vorzustellen. Wichtig erscheint auch die Einhaltung von Qualitätsstandards in der Versorgung, etwa durch Bezug auf die Approbation und Weiterbildungszertifikate der Kammer.

### Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63  
[service@lpk-rlp.de](mailto:service@lpk-rlp.de)  
[www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de)  
Telefonische Sprechzeiten:  
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr  
und zusätzlich  
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

*An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Dr. Birgit Albs-Fichtenberg, Gisela Borgmann-Schäfer, Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein.*



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## 2. Saarländischer Psychotherapeutentag

### *Psychische Gesundheit – Was hält uns gesund, was macht uns krank?*

Wer sich am 26. November 2011 frühzeitig dem Kongresszentrum in Völklingen näherte, kam aus dem Staunen nicht heraus: Mensentrauben dicht an dicht auf allen Gehwegen, Busse rechts und links, kaum ein Durchkommen zum Parkhaus. Als Veranstalter hatten wir uns gewünscht, dass das Thema „Psychische Gesundheit“ reges Interesse bei den Kolleginnen und Kollegen weckt, und fühlten uns organisatorisch gut vorbereitet – bei diesem Andrang kamen aber doch Bedenken auf ... Das Rätsel löste sich schnell. Die Erweiterung des Veranstaltungsraums war nicht erforderlich und die Suppe für die Mittagspause musste nicht gestreckt werden: Das Personal der Klinik machte seinen jährlichen Betriebsausflug! Als Maßnahme zur Gesunderhaltung durch Förderung des Betriebsklimas ein Wink zum Thema des 2. Saarländischen Psychotherapeutentags (SPT) – und auch über die Teilnehmerzahl am SPT ließ sich nicht klagen: 130 Teilnehmer, darunter erfreulich viele PiA, Studenten sowie Gäste aus der Selbsthilfe und anderen Gesundheitsberufen, fanden den Weg ins Kongresszentrum.

Nach der reibungslosen Akkreditierung der Teilnehmer konnte Kammerpräsident Bernhard Morsch die Veranstaltung um 9.30 Uhr pünktlich eröffnen. Unter den Ehrengästen durfte er Herrn Alfred Kappauf, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, sowie Herrn Alfred Krieger, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Hessen, begrüßen. In seinen Grußworten betonte der



*Kammerpräsident Bernhard Morsch und Gesundheitsminister Georg Weisweiler*

Schirmherr der Veranstaltung, Gesundheitsminister Georg Weisweiler, die wichtige Rolle der Psychologischen Psychotherapeuten im Gesundheitssystem, gerade in Zeiten der Zunahme psychischer Erkrankungen mit ihren immensen sozioökonomischen Folgen. Auch als Ausdruck der guten Kooperation mit der Ärztekammer des Saarlandes überbrachte Dr. Eckardt Rolshoven, Vorstandsmitglied der Ärztekammer, in Vertretung des verhinderten Präsidenten Dr. Mischo dessen Grußworte.

Den ersten Hauptvortrag hielt Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe. Als Mitglied der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Landtags zwischen 2005 und 2009 war ihr der Weg ins Saarland vertraut. Für uns Psychotherapeuten besonders interessant ihre Perspektive als Soziologin und Ökonomin zum Thema „Psychische Gesundheit – eine schwindende Ressource in der Nonstop-Gesellschaft“. Auch Minister Weisweiler war von dem Thema offenbar so angetan, dass er sich die Zeit nahm, dem Vortrag zu folgen. In unserer hoch

komplexen Non-Stop-Gesellschaft werde es immer schwieriger, die gesunde Balance zwischen Beruf, Familie, sozialen Beziehungen und Gesundheit herzustellen, wobei sich erschwerend auswirke, dass neben wachsender Aufgaben z. B. auch von der eigenen Person nicht veränderbare Zeitvorgaben zu berücksichtigen seien (Arbeitszeiten, Zeitrahmen von Kitas, Schulen, Behörden). Das überfordere auch den „Global-Tiger“ mit perfektem Selbstmanagement irgendwann, führe zur Sinnkrise, drohe in Burn-out oder Herzinfarkt zu enden. Die Referentin stellte ausführlich dar, dass es in der Gesundheitsförderung nicht ausreichend sei, nur individuelle Verhaltensänderungen anzustreben; unverzichtbar müssen ebenso Veränderungen in äußeren Verhältnissen angestrebt werden (u. a. soziale Hilfsangebote, Arbeitsbedingungen, altersgerechte Arbeitsplätze, kooperativer Führungsstil).

Im 2. Hauptvortrag befasste Frau Dr. Sabine Ahrens-Eipper sich mit der Frage „Was brauchen Kinder, um psychisch gesund zu

bleiben?“. In ihrem Vortrag betonte Frau Dr. Ahrens-Eipper, dass zur Förderung psychischer Gesundheit die bisherige Perspektive auszuweiten sei: Die traditionelle Perspektive der Risikofaktoren, des defizitorientierten Ansatzes, habe zugunsten der Schutzfaktoren-Perspektive, dem Kompetenzansatz, zurückzutreten. Sie zeigte detailliert auf, wie die Entwicklung von Schutzfaktoren, beginnend mit der adäquaten Erfüllung der Grundbedürfnisse des Kindes in Verbindung mit protektiven Faktoren in Familie, sozialem Umfeld und Bildungseinrichtungen auf die Förderung positiver Selbsteinschätzung als einem zentralem Resilienzfaktor verstärkt werden kann.



Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe

Nach zwei Stunden spannender Vorträge war es Zeit geworden, etwas für die leibliche Gesundheit zu tun. An den Buffets war für jeden etwas dabei und der Service arbeitete ebenso freundlich wie routiniert, sodass nur wenig Zeit beim Anstehen verloren ging und ausgiebig Zeit für Gespräche blieb.

Regeneriert und gestärkt ging es um 13 Uhr weiter in einem Parforceritt mit Dr. Stefan Leidig zum Thema „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben – Beiträge der Psychotherapie zur Prävention“. Arbeitsaufgaben allein erklären lediglich 5–10% individueller Stressreaktionen, deutlich höher ist der Anteil sozialer Stressoren, wie der Referent ausführte. Als protektive Faktoren wirken neben individuellen Ressourcen: Bedeutsamkeit, soziale Unterstützung, Einfluss und Transparenz. Das häufige Herabsetzen beruflicher Ansprüche zur Verringerung von Arbeitsstress hat den gegenteiligen Effekt; da die ursprünglichen Standards nicht wirklich aufgegeben werden, steige die Stressbelastung. Positiv auf den Heilungsprozess wirke es, wenn Betroffene trotz krankheitsbedingter Einschränkungen weiter arbeiten gingen, was umso eher möglich sei, je frühzeitiger eine angemessene Behandlung erfolgt. Hier bestünden noch erhebliche Versorgungslücken: Nur 10% erhalten eine passende Therapie. Dies zu verbessern, gelänge nicht ohne die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen und den Einsatz von BetriebspsychologInnen mit psychotherapeutischer Kompetenz in den Betrieben selbst.



Dr. Sabine Ahrens-Eipper



Dr. Stefan Leidig





Nach kurzer Pause gab es die Gelegenheit, die Themen der Hauptvorträge in Workshops zu vertiefen und zu diskutieren, die durch zwei Workshops der Kammermitglieder Ingrid Scholz („Wie die ticken ... psychische Gesundheit von MigrantInnen“) und Michael Antes („Selbstorganisation und Synergetik – Die Neuordnung der therapeutischen Beziehung“) ergänzt wurden.

Zum Abschluss ließen die TeilnehmerInnen beim KollegInnenplausch mit einem Glas Crémant und den Klängen des Trios „Café de Paris“ einen inhaltsreichen Tag ausklingen.

Von den TeilnehmerInnen gab es sehr viele positive Rückmeldungen zu Inhalten wie zum Verlauf des 2. Saarländischen Psychotherapeutentages. So hatten Vorstand und Geschäftsstelle es erhofft und wir bedanken uns bei allen, die zum Gelingen des 2. SPT beigetragen haben: Bei den Referenten der Veranstaltung für ihre spannenden und interessanten Vorträge und bei unseren Gästen für ihre interessierte Anwesenheit.

Ausführliche Materialien zu den Vorträgen und Workshops sowie eine Reihe von Fotos, die einen kleinen optischen Eindruck des 2. SPT vermitteln, sind auf der Homepage der Kammer, [www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de), eingestellt.

*Michael Schwindling*

## **PKS befürwortet BPTK-Projekt „Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen“**

Die BPTK hat im Dezember 2011 das Projekt „Psychotherapeuten in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen“ gestartet. Hintergrund ist, dass zehn Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Krankenhaus und in der Rehabilitation nicht ausreichend verankert sind. In Stellenplänen sind meist Psychologen ausgewiesen, wo Psychotherapeuten arbeiten, eindeutige Beschreibungen von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, wie Psychologen oder Ärzte, fehlen in der Regel. Außerdem fehlen weiter definierte Aufstiegsmöglichkeiten, wie z. B. die Übernahme von Leitungsfunktionen, und damit verbunden angemessenere Vergütungen.

Ein erster Arbeitsschritt im Rahmen des Projektes soll daher die Beschreibung des Berufsprofils mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sein. Ziel des Projektes ist es darüber hinaus, die Weichen für eine durch fachliche Aspekte gesteuerte Kooperation der Gesundheitsberufe in Krankenhaus und Reha-Kliniken zu stellen. Bisher dominie-

ren aufgrund gesetzlicher Vorgaben Statusfragen und nicht die fachlichen Aspekte, die sich aus einer zunehmend veränderten Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen in den Kliniken ergeben. Die BPTK stellt sich nun der Aufgabe, diese Probleme am Beispiel der Psychotherapeuten-schaft zu beschreiben, um dann gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen für eine Korrektur der rechtlichen Rahmenbedingungen einzutreten.

Aus Sicht der PKS ist dieser überfällige Schritt, die Arbeitsfelder von nichtselbstständig tätigen Psychotherapeuten im Hinblick auf berufs-, sozial- und haftungsrechtliche Fragen zu durchleuchten, sehr begrüßenswert. Seit Jahren setzt sich die Kammer auf Landes- und Bundesebene dafür ein, die Position der bundesweit gut 16.000 angestellt tätigen KollegInnen enger in den Fokus der berufspolitischen Aktivitäten zu nehmen. Nach unserer Auffassung sollten Rechts-Expertisen erstellt werden, die – wie zuletzt in den Krankenhausgesetzen der Länder Rheinland-Pfalz und Bremen erfolgreich geschehen – die Voraussetzungen zur besseren Verankerung der Rechte und Pflichten von Psychotherapeuten schaffen können. Zu wünschen ist, dass innerhalb der Profession ausgehend von dem Projekt für Psychotherapeuten in Kliniken die Rechts- und Arbeitsgrundlagen weiterer Arbeitsfelder von nichtselbstständig psychotherapeutisch Tätigen verstärkt in den Blick genommen werden.

*Bernhard Morsch*

### **Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ**

Vorstand PKS  
Präsident: Bernhard Morsch  
Vizepräsident: Joachim Jentner  
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs, Michael Schwindling  
Geschäftsstelle: Maïke Paritong

#### **Geschäftsstelle**

Scheiderstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
[kontakt@ptk-saar.de](mailto:kontakt@ptk-saar.de)  
[www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

beim Engagement für unseren Berufsstand müssen wir einen langen Atem haben: Auch wenn wir nicht beim ersten oder zweiten Anlauf unser Ziel erreichen, bleiben wir hartnäckig! Die Beteiligung der Kammer an einer Arbeitsgruppe zur Zukunft der Gesundheitsversorgung im Land ist unserer Hartnäckigkeit zu verdanken. Nach Redaktionsschluss hat der Sozialminister die Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppen des Institutes für Gesundheitssystemforschung einem Fachpublikum präsentiert. Die Herausforderung an die Politik, aus den Vorschlägen klug auszuwählen und umzusetzen, werden wir weiter aktiv begleiten.

Nach Jahren ist es gelungen, die Neuropsychologische Therapie in die Gesundheitsversorgung zu integrieren. Trotzdem müssen unsere VertreterInnen auf Bundesebene sich noch dafür einsetzen, dass das Ziel der besseren Versorgung für die betroffenen PatientInnen auch tatsächlich erreicht wird (siehe Artikel unten).

In das Versorgungsstrukturgesetz wurden große Hoffnungen gesetzt: Hier sind wir gefordert, aufmerksam die PolitikerInnen bei dem noch kurz vor der Landtagswahl zu beschließenden Ausführungsgesetz zu beraten. – Bei allem gilt immer: Unterstüt-

zen Sie uns mit Ihren Fragen und Hinweisen bei unserem Engagement für unsere Profession!

In diesem Sommer feiern wir das zehnjährige Bestehen der Kammer und wollen dieses Ereignis mit allen Mitgliedern festlich begehen – eine Terminankündigung finden Sie auf der nächsten Seite, persönliche Einladungen folgen. Wir freuen uns auf einen besonderen Abend.

*Juliane Dürkop  
 Präsidentin*

## Klinische Neuropsychologie als Kassenleistung

Der G-BA hat auf seiner Sitzung am 24.11.2011 eine Änderung der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung dahingehend beschlossen, dass künftig die Neuropsychologische Therapie gesetzlich Krankenversicherten im ambulanten System zur Verfügung steht. Das war bisher nicht der Fall und insofern ist dieser Beschluss grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl lohnt es sich, ihn genauer zu betrachten und zu überprüfen, inwieweit Einzelheiten dieses Beschlusses tatsächlich eine verbesserte Versorgung der von entsprechenden Störungen betroffenen Menschen erwarten lassen.

Zur Qualifikation von PP und KJP, die eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten wollen, sagt der G-BA: „... mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinien und jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß

*Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.“*

### Was bedeutet das für die PKSH?

In unserer Kammerversammlung ist das Weiterbildungsthema heftig umstritten, weshalb eine nüchterne Betrachtung dieses Beschlusses sinnvoll erscheint. Zunächst einmal ist eindeutig, dass man auch in Schleswig-Holstein die Abrechnungsgenehmigung erhalten kann, auch wenn die PKSH keine Weiterbildungsordnung erlässt. Alle KollegInnen, die neben der Fachkunde auch eine entsprechende Zusatzqualifikation nachweisen können, können auch die Abrechnungsgenehmigung erhalten. Zur Orientierung der vorgeschriebene Umfang einer solchen Zusatzqualifikation laut MWBO (die bestehenden WBO anderer Landeskammern sind weitgehend identisch): „Zwei Jahre klinische Tätigkeit in Vollzeit- oder in Teilzeittätigkeit

*entsprechend längerer Dauer auf Weiterbildungsstellen für Klinische Neuropsychologie oder klinischen Stellen. Davon ist mindestens ein Jahr in zur Weiterbildung zugelassenen stationären Einrichtungen der Neurologie oder Neurologischen Rehabilitation abzuleisten. Bis zu einem Jahr kann in einer zugelassenen Praxis oder Ambulanz abgeleistet werden. Zusätzlich mindestens 100 Stunden fallbezogene Supervision durch zur Weiterbildung befugte Supervisoren. (...) Mindestens 400 Stunden Theorie; davon mindestens 200 Unterrichtsstunden in externen, zur theoretischen Weiterbildung zugelassenen Weiterbildungsstätten außerhalb der stationären oder ambulanten Einrichtung, in der die klinische Tätigkeit absolviert wird.“*

### Wie wirkt sich der G-BA-Beschluss auf die Patientenversorgung aus?

Fühlen Sie, liebe Kollegin/lieber Kollege sich motiviert, eine solche Zusatzqualifikation zu erwerben? Diese Frage richtet sich v. a. an die KollegInnen, die bereits zu Las-

## TERMINANKÜNDIGUNG

31. August 2012 · 18.30 Uhr · Kiel

10  
JAHRE  
pkSH  
Psychotherapeutenkammer  
Schleswig-Holstein

Abschließend möchten wir noch darauf hinweisen, dass offensichtlich das BMG in seiner Genehmigung erhebliche Zweifel daran hat, dass mit dem G-BA-Beschluss die für notwendig befundene Patientenversorgung sichergestellt werden kann, und daher entsprechende umfangreiche Prüfaufträge an den G-BA erteilt hat.

Vorstand der PKSH

## Beschwerdemanagement

Wie immer, wollen wir Sie an dieser Stelle darüber informieren, was sich im abgelaufenen Jahr in diesem Bereich der Pflichtaufgaben der Kammer getan hat.

Im Jahre 2011 haben sich zwanzigmal PatientInnen (aber auch KollegInnen, Krankenkassen) veranlasst gesehen, sich mit Beschwerden an die Kammer zu wenden. Dies entspricht exakt der Häufigkeit, die auch in 2010 gegeben war. Dies ist bei ca. 1.150 Kammermitgliedern, die pro Jahr je eine Vielzahl von Psychotherapien machen, nach wie vor eine erfreulich niedrige Quote und belegt, dass die überwältigende Mehrheit psychotherapeutischer Prozesse zur Zufriedenheit der Beteiligten abläuft. Die Kammer hat bei Eingang einer Beschwerde jeweils zu prüfen, ob in ihr der Anfangsverdacht eines berufsrechtlichen Verstoßes gegeben ist oder möglicherweise sogar strafrechtliche Relevanz vorliegt. Leider liegen derzeit drei Beschwerden bei der Staatsanwaltschaft, da

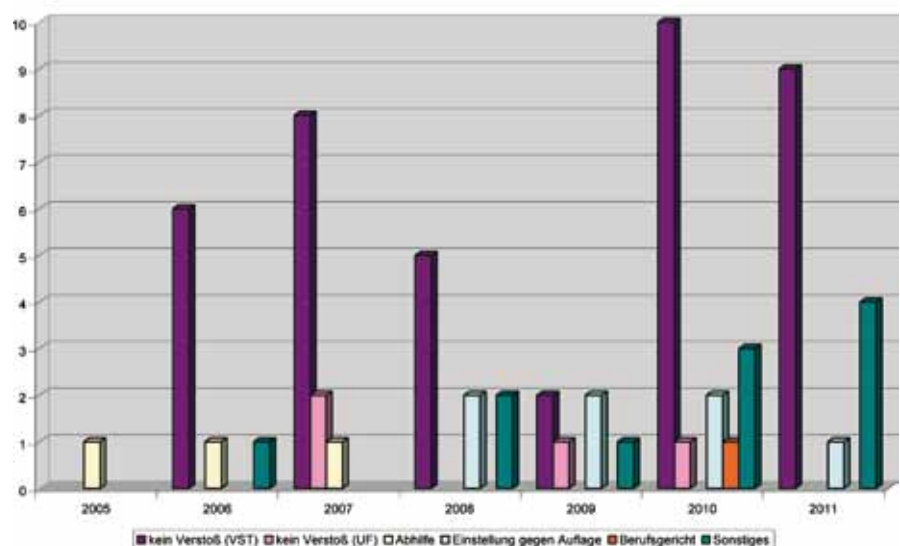
ten der GKV im ambulanten System tätig sind. Der Beschluss bedeutet nämlich nicht, dass es nun zusätzliche KV-Sitze geben wird. KollegInnen ohne KV-Zulassung könnten mit einer entsprechenden Qualifikation bestenfalls eine Sonderbedarfszulassung oder eine Ermächtigung erhalten, wenn die Versorgung mit neuropsychologischer Therapie ansonsten nicht gewährleistet ist. Dies würde aber selbstverständlich auch eine Begrenzung der Abrechenbarkeit auf neuropsychologische Leistungen mit sich bringen. Wichtig an dieser Stelle ist noch, dass die Indikation für Neuropsychologische Therapie laut G-BA-Beschluss in zwei Stufen gestellt wird. Die FO-Diagnosen selbst dürfen in der ersten Stufe nur Ärzte feststellen. PP und KJP dürfen dann in der zweiten Stufe prüfen, ob die entsprechenden kognitiven Leistungsbeeinträchtigungen tatsächlich vorliegen.

Wir sehen die Gefahr, dass die äußerst hohen Qualifikationsanforderungen die Generierung einer hinreichenden Anzahl von Leistungserbringern verhindern wird. Aus den Landeskammern, die bereits seit Jahren praktisch gleichlautende Weiterbildungsregelungen haben, ist bekannt, dass die Nachfrage nach entsprechenden Weiterbildungsgängen gegen Null tendiert. Das läuft dem fachpolitischen Interesse, betroffenen PatientInnen ein qualifiziertes wissenschaftlich belegtes Therapieangebot machen zu können, zuwider.

Trotzdem wird sich die PKSH aus rechtlichen Gründen (Titelschutz) wieder mit dem Weiterbildungsthema befassen müssen und man darf gespannt sein, zu welchen Schlüssen die Kammerversammlung kommen wird. Wir werden darüber berichten.

Selbstverständlich besagt dieser Beschluss auch, dass alle KollegInnen, die die o. g. derzeit sehr anspruchsvollen Kriterien der MWBO der BpTK nicht erfüllen, von dieser Leistungserbringung ausgeschlossen sind. Der Vorstand der PKSH sieht sich durch diesen G-BA-Beschluss leider in seiner Skepsis bestätigt, dass wohlklingende, explizit in die MWBO aufgenommene berufsrechtliche Regelungen („... und die Psychotherapeuten ohne Zusatzbezeichnung nicht von einer Tätigkeit in diesem Kompetenzfeld ausschließen.“ MWBO §1, Absatz (1)) letztlich sozialrechtlich bedeutungslos sind.

Beschwerden 2005 - 2011 nach Abschluss/Jahr



der Anfangsverdacht von Straftaten gegeben war. In zwei Fällen wurden uns Verstöße gegen das Abstinenzgebot angezeigt, in einem ein möglicher Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz.

Glücklicherweise bilden solch gravierende Vorwürfe die absolute Ausnahme. Nach wie vor erweist sich ca. die Hälfte der Beschwerden nach einer ersten Prüfung als offensichtlich nicht berechtigt. Die anderen stellen überwiegend geringfügige Verstöße gegen berufsrechtliche Vorschriften dar, sodass die Verfahren nach entsprechender Aufklärung gegen Zahlung eines Geldbetrages eingestellt werden können. Dies gelingt i. d. R. sehr unkompliziert, da sich die meisten beschwerten Mitglieder im Verfahren sehr kooperativ verhalten. Vielen Dank dafür. Inhaltlich sind nach wie vor Konflikte um Honorarforderungen die häufigste Ursache für Patientenbeschwerden.

*Diana Will und Bernhard Schäfer*

## Neue Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle gern unsere neue Mitarbeiterin Frau Wedmann vorstellen, die uns seit dem 01.12.2011 tatkräftig unterstützt und für Frau Lürken eingestellt wurde, die Ende des Jahres in den Ruhestand gegangen ist.



*Sonja Wedmann*

## Einladung zur Informationsveranstaltung Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in S.-H.

**am Mittwoch, 25.04.2012, 16.00 Uhr**

**Geschäftsstelle der PKSH, Alter Markt 1–2, 24103 Kiel**

- Vorstellung der neuen PSNV-Struktur in S.-H.
- Einbindung der PsychotherapeutInnen in diese Struktur
- Versorgung von Einsatzkräften durch PsychotherapeutInnen
- Idee zur Einrichtung einer Hotline o. ä.

Als Referent wird Herr Heiner Backer, Koordinator der PSNV Schleswig-Holstein, zur Verfügung stehen. Die Veranstaltung soll um ca. 19.00 Uhr enden.

Anmeldungen bitte telefonisch (0431/6611 990), per Fax (0431/6611 995) oder E-Mail (info@pksh.de) bis zum 20.04.2012 – je nach Teilnehmerzahl wird die Veranstaltung ggf. verlegt.

Sonja Wedmann, geb. in Kiel, zwei Töchter, Ausbildung zur Bürokauffrau mit anschließender Tätigkeit in der Rechnungsprüfung eines großen Einzelhandelsunternehmens, zuletzt selbständig mit einem Backoffice für Rechtsanwälte.

Anlass für diese Änderung der ERO war eine Steuerprüfung des Finanzamtes. Nach der Neuregelung werden von der Kammer ausschließlich steuerfreie Beträge bezogen auf die Erstattung von Verpflegungsmehraufwendungen gezahlt. Steuerpflichtig sind nach wie vor die Empfänger der Erstattungsbeträge.

## Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO) der PKSH

Die Kammerversammlung hat auf ihrer Sitzung am 04.11.2011 die ERO wie folgt geändert:

In Abschnitt C (Reisekostenerstattung) wurde in Abs. 3 der Satz: „Bei Übernachtungen oder mehr als 10-stündiger Abwesenheit vom Wohnort wird ein pauschaler Verpflegungsmehraufwand von € 18,50 pro Tag angenommen und ohne Einzerverpflegungsnachweis erstattet.“ ersetzt durch den Satz: „Bei Dienstreisen werden die in der jeweils gültigen Fassung des Einkommensteuergesetzes (EStG) festgelegten steuerfreien Pauschbeträge für Verpflegungsmehraufwand erstattet.“

### Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegen:

Marcus Halbe, Molfsee,  
geb. 19.11.1959, verst. 31.10.2011

Jürgen Bernhardt, Neumünster,  
geb. 18.08.1949, verst. 30.11.2011

### Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2, 24103 Kiel  
Tel. 0431/66 11 990  
Fax 0431/66 11 995  
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr  
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr  
E-Mail: info@pksh.de  
Homepage: www.pksh.de

# Kontaktdaten 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 – 12.00,  
13.00 – 15.30 Uhr  
Fr 9.00 – 12.00 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 – Do 9.00 – 16.00 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 10.00 – 13.00 Uhr  
Di – 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 8.00 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.00 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr  
Mi 14.00 – 17.00 Uhr  
Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## 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, Do 8.00 – 13.00 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 13.00 – 16.00 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

## 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

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 Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

### Anschrift Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München

Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
rehbach@ptk-bayern.de

### Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

### Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, 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  
69126 Heidelberg

### Druck

Vogel Druck und Medienservice  
97204 Höchberg

### 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. Die Zeitschrift ist nicht im Abonnement erhältlich. Alle Ausgaben können als PDF-Dokumente von der Internetseite [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de) heruntergeladen werden.

### 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 3/2012 ist der 29. Juni 2012, für Ausgabe 4/2012 der 7. September 2012. 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. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen). Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Ma-

nuskripts 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 Fernsehsendungen;
- 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.



### Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030/27 87 85-0  
Fax 030/278785-44  
info@bptk.de  
www.bptk.de



Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg

### Baden-Württemberg

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



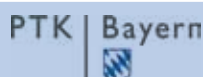
### Hamburg

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax 040/226 226 089  
Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr  
Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
info@ptk-hh.de  
www.ptk-hh.de



### Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr  
Mi 14.00 – 17.00 Uhr  
Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de



### 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



### Hessen

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo 10.00 – 13.00 Uhr  
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de



### 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



### 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



Psychotherapeutenkammer  
Niedersachsen

### 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



### Saarland

Scheidterstraße 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681/9545556  
Fax 0681/9545558  
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de



### 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



### Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.00 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de



### 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 13.00 – 16.00 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

