

Psychotherapeuten journal

- Interviews zur Reform der Psychotherapeutenausbildung:
Außenperspektive – im Gespräch mit Prof. Franz Caspar (Bern) und Prof. Stephan Hau (Stockholm)
Innenperspektive – im Gespräch mit Studierenden der Psychologie
- Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie
- Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen in der Psychotherapie
- Trauernde Geschwister – die vergessenen Trauernden

Liebe Leserinnen und Leser,

auch dieses Jahr wünschen wir Ihnen an dieser Stelle wieder eine besinnliche Weihnachtszeit und erholsame Wintertage „zwischen den Jahren“!

Kommen Sie gesund und zufrieden ins neue Jahr!

Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals und
der medhochzwei Verlag

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bereits in der letzten Ausgabe haben wir in Interviews erste Reaktionen auf den Beschluss des 25. DPT zur Reform der Ausbildung dokumentiert und damit die Diskussion über Sinn und Ziel der Reform in unserem Journal weitergeführt. Dieses Anliegen verfolgen wir auch in diesem Heft weiter. Zunächst befragen Anne Springer und Heiner Vogel mit Franz Caspar (Bern) und Stephan Hau (Stockholm) zwei bedeutende Fachkollegen aus dem universitären Bereich, die mittlerweile den Blick aus dem europäischen Ausland auf die Ausbildungssituation in Deutschland werfen können, nach ihrer Einschätzung. Dieser Blick von außen erschließt ergänzend auch noch einmal eine neue Perspektive auf die besondere Situation der Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen insgesamt. In einem weiteren Interview haben sich Gertrud Corman-Bergau und Ulrich Wirth mit Studierenden darüber auseinandergesetzt, welche Erwartungen sie als potenzielle Interessierte an einen Studiengang, der zur Psychotherapie führt, richten und wie sie sich durch ihr gegenwärtiges Studium für den möglichen Heilberuf der Psychotherapeutin vorbereitet sehen. Dieses ausführliche Gespräch birgt für Leserinnen und Leser einige interessante Einsichten in die Hoffnungen und die Erwartungen zukünftiger Berufskolleginnen.

Die Beiträge der letzten Hefte haben offensichtlich in der Leserschaft eine Debatte angeregt, der wir selbstverständlich auch in unserer aktuellen Ausgabe Raum geben möchten. Sie finden hierzu einige kritische und würdige

Leserbriefe und Stellungnahmen in der hierfür vorgesehenen Rubrik. Wir sehen uns bestätigt, dass unsere Intention, die Diskussion anzuregen, von den Leserinnen und Lesern aufgenommen wurde.

Die Kostenerstattung ist ein in der Gesundheitspolitik umstrittenes Instrument, den Versorgungsmangel an Psychotherapie durch individuelle Vereinbarungen zwischen einer approbierten Psychotherapeutin oder einem approbierten Psychotherapeuten und einer Krankenkasse punktuell zu lindern. Da sich die Psychotherapien, die im Rahmen der Kostenerstattung finanziert werden, zwischen 2004 und 2012 verfünffacht haben, wird ein versorgungspolitisches Problem deutlich, das einer eingehenden Untersuchung bedurfte, um die damit einhergehenden Fragen sachgerecht diskutieren zu können. Eine ausführliche Studie von Nübling et al., die von den Kammern Baden-Württemberg und Berlin durchgeführt wurde, liefert hierzu umfangreiches Material für die weitere Diskussion zu einem Versorgungssystem, das sich neben der Richtlinienversorgung zu entfalten begonnen hat.

Der Beitrag von Michael Utsch nimmt einen bereits in früheren Ausgaben des PTJ (3/2012) diskutierten Schwerpunkt zum Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität wieder auf. Wir übernehmen einen ersten Teil dieses Beitrages in diesem Heft und setzen ihn mit dem zweiten Teil in der kommenden Ausgabe 1/2016 fort.

In einem Übersichtsartikel nimmt Birgit Wagner einen bislang selten beachteten Aspekt der Trauerarbeit auf. Sie beleuchtet die intrapsychische und familiendynamische Situation, die durch den Tod von Geschwistern von den



verbliebenen Brüdern und Schwestern erlebt wird und die im Zuge der Trauer der Eltern oft in den Hintergrund zu geraten droht.

Aus Anlass des Erscheinens des 100. Bandes der „Beiträge zu Sexualforschung“ würdigt Florian Steger in seinem wertschätzenden Beitrag die umfangreiche Arbeit der Kolleginnen und Kollegen, die seit 1952 diese Studienreihe herausgeben. Das aktuelle Heft der Schriftenreihe ist ein angemessener Anlass zu einem Rückblick wie auch für eine Vorausschau auf die Fragen, die die Sexualwissenschaft im Zuge der „Grenzverschiebung der Sexualordnung“ beschäftigen werden.

Die Beiträge sind diesmal inhaltlich sehr vielfältig und lassen Ihnen als Leserinnen und Leser daher auch viel Raum für eine anregende breitgefächerte Lektüre. Die kommenden Feiertage könnten hierfür Zeit und Muße geben. Daher wünschen wir Ihnen Freude beim Lesen der Beiträge und angenehme Stunden der Entspannung an den Feiertagen und zum Jahreswechsel,

*Ulrich A. Müller (Hessen)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia

337

Rüdiger Nübling, Karin Jeschke, Ulrike Böker, Brigitte Kemper-Bürger, Martin Klett, Michael Krenz, Beate Lämmel, Jens Lückert, Dietrich Munz & Doreen Röseler

Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Studie fokussiert die Kostenerstattung aus Sicht von nicht KV-zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und gibt Auskunft über Rahmenbedingungen, Finanzierung und Umfang der Psychotherapie in Kostenerstattung sowie über die berichteten Stärken und Schwächen des Verfahrens.

347

Michael Utsch

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

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

352

Birgit Wagner

Trauernde Geschwister – die vergessenen Trauernden

Geschwister, die einen Bruder oder eine Schwester verloren haben, werden häufig als die „vergessenen Trauernden“ bezeichnet. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass der Tod eines Geschwisters langfristige psychische Beeinträchtigungen für die Betroffenen bedeuten kann, insbesondere in Bezug auf die Entwicklung einer komplizierten Trauer, Depression oder Angststörung. Der Artikel soll einen Überblick geben über die psychischen Folgen des Verlustes eines Geschwisterkindes und die daraus entstehende Familiendynamik.

359

Florian Steger

Kritische Sexualwissenschaft – eine Kommentierung der Reihe „Beiträge zur Sexualforschung“

Interviews

328

Anne Springer & Heiner Vogel

Das Psychotherapeutengesetz – erhaltungswürdig? reformbedürftig? Blicke von außen.

Das PTJ im Gespräch mit Prof. Franz Caspar (Bern) und Prof. Stephan Hau (Stockholm)

361

Gertrud Corman-Bergau & Ulrich Wirth

Geplantes Studium Psychotherapie: eine Strukturveränderung mit Chancen und Risiken

Das PTJ im Gespräch mit Özlem Kayali, Meret Seelbach und Carolin Rabe, Studierende des Faches Psychologie

Buchrezensionen

368

Das Selbst und seine Kraft

Eine Rezension von Elmar Reuter: Bauer, J. (2015). Selbststeuerung: Die Wiederentdeckung des freien Willens. München: Blessing.

369

Fundgrube für den therapeutischen Alltag

Eine Rezension von Ralf Schobert: Hanswille, Reinert (Hrsg.) (2015). Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Leserbriefe und Stellungnahmen

370

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

374

Bundespsychotherapeutenkammer

407

Niedersachsen

381

Baden-Württemberg

411

Nordrhein-Westfalen

385

Bayern

415

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

390

Berlin

418

Rheinland-Pfalz

394

Bremen

422

Saarland

398

Hamburg

426

Schleswig-Holstein

402

Hessen

325

Editorial

430

Artikelverzeichnis 2015

432

Impressum Psychotherapeutenjournal

A1

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A20

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

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

- Rheinland-Pfalz: Neufassung der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

Interview

Das Psychotherapeutengesetz – erhaltungswürdig? reformbedürftig? Blicke von außen.

Das PTJ im Gespräch mit Prof. Franz Caspar (Bern) und Prof. Stephan Hau (Stockholm)

Anne Springer & Heiner Vogel

Redaktionelle Vorbemerkung:

Das Gesetz und die aktuellen Reformbemühungen sind im PTJ des Öfteren dargestellt und diskutiert worden. Uns interessiert jetzt die Frage: Wie werden das Gesetz und die laufenden Reformdiskussionen eigentlich aus dem Ausland gesehen? Wir haben deshalb zwei in Deutschland ausgebildete und jetzt seit längerer Zeit im Ausland tätige, namhafte Professoren für Klinische Psychologie und Psychotherapie, einen verhaltenstherapeutischen und einen psychoanalytischen Kollegen, die die Situation in Deutschland aus eigener Anschauung gut kennen, zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen.¹

PTJ, Heiner Vogel V: Sie beide sind in Deutschland als Psychotherapeuten ausgebildet worden und wurden dann als Psychologische Psychotherapeuten approbiert, haben also auch einige Erfahrungen mit der Psychotherapie in Deutschland im Zeitalter nach dem Psychotherapeutengesetz, leben aber inzwischen beide im Ausland. Wie bewerten Sie aus diesem Blickwinkel das Gesetz?

Stephan Hau H: Aus der skandinavischen Sicht ist es mit etwas neidischen Gefühlen verbunden, wenn man als Psychotherapeut an das deutsche Psychotherapeutengesetz denkt. Denn der freie Zugang zu Psychotherapeuten, die Möglichkeit der Niederlassung, auch wenn es da natürlich Beschränkungen gibt – das ist etwas Einmaliges, was es in Skandinavien nicht gibt, und auch in anderen Ländern nicht – wenn ich das richtig sehe. Eine gelungene Sache ist das vor allem auch für die Patienten. Ich sehe hier in Skandinavien immer wieder die Schwierigkeiten der Patienten, Zugang zu Psychotherapeuten zu bekommen. Und wenn das gelungen ist, ergibt sich noch die schwierige Frage nach der Finanzierung. Hier in Skandinavien gibt es eine große Lücke zwischen einem relativ begrenzten Kurztherapieangebot und der Klinik. In Deutschland werden auch längerfristige Psychotherapien ambulant durchgeführt. Das gibt es hier nicht. Wenn ich den Studenten von

den deutschen Verhältnissen berichte, kommen die aus dem Staunen gar nicht heraus.

Franz Caspar C: Ich würde dem über weite Strecken zustimmen. Die Situation ist wirklich einmalig in Deutschland, was die Bezahlung von Psychotherapie und auch den Zugang zu Psychologischen Psychotherapeuten und zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betrifft. Das steht in Kontrast zu anderen Ländern. Wenn es in Deutschland fünf probatorische Sitzungen gibt, ist die Psychotherapie in den USA, soweit sie überhaupt von Versicherungen finanziert wird, dann schon fast um, obwohl bis dahin eigentlich nur in wenigen Fällen eine Psychotherapie als abgeschlossen gelten kann.

„Fortschritt“ kann zwei Seiten haben: Psychotherapie wurde im neuen Gesetz in China als Heilverfahren anerkannt, Psychologen ist nun aber verboten, eigenständig Psychotherapie zu machen. Die Situation in der Schweiz kenne ich natürlich besonders gut. Hier ist es so, dass Psychotherapie von Ärzten praktisch unhinterfragt bezahlt wird, auch alle Verfahren – bis hin zur „Psycholyse“. Dann gibt es das besonders unselbige System der sogenannten delegierten Psychotherapie – Ärzte, die ein Minimum von 60 Stunden Psychotherapieweiterbildung haben, können Psychologen, die 1.800 Stunden Psychotherapieausbildung haben, anstellen und in ihrer Praxis arbeiten lassen. Das wird auch von vielen Psychiatern kritisiert. Im Verhältnis dazu ist die Situation für die Psychotherapie in Deutschland sicher traumhaft, nicht nur für die Situation der Psychotherapeuten, sondern auch für die Qualität der Versorgung.

PTJ, Anne Springer S: Aber wir sind uns schon einig, dass Psycholyse keine Psychotherapie ist, oder?

¹ Das Gespräch fand am 9. Oktober 2015 als „Telefonkonferenz“ zwischen Berlin, Würzburg, Stockholm und Bern statt und hätte vonseiten der Beteiligten gerne noch fortgesetzt werden können. Für den Abdruck im PTJ musste aber ohnehin schon einiges gekürzt werden – die ausführlichere Fassung des Interviews finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de bei Ausgabe 4/2015.

C: Natürlich. Aber das sehen nicht alle so. Und zurück zum Psychotherapeutengesetz: Es ist nicht alles gut daran, dieser Eindruck sollte auch nicht entstehen. So mussten schon einige Kröten geschluckt werden, damit dieses Psychotherapeutengesetz 1998 beschlossen werden konnte. Das Eine war die Beschränkung auf die Richtlinienverfahren, die auch schon im Interview mit Berking und Kriz (PTJ 3/2015) zu Recht kritisiert wurde. Dies schien unvermeidbar, um die Gesundheitspolitiker zu beruhigen, dass nicht zu viele an die Brotkörbe der Kassen drängen werden. Das andere, was die Kostenneutralität des Gesetzes gewährleisten sollte, war die Verweigerung der Bezahlung von ausgebildeten Psychologen, die während der postgradualen Psychotherapieaus- oder -weiterbildung in einer Psychiatrie arbeiten – das war nicht nur unfair, sondern für die jungen Kollegen oft auch ein wirklich existenzielles Problem. Und: Gerade in der Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), bei der ich damals in Deutschland meine Psychotherapieausbildung gemacht habe, wurde sehr davor gewarnt, dass man überhaupt Psychotherapie von Krankenkassen bezahlen lässt, weil man damit Tür und Tor öffne für das medizinische Denken. Natürlich hat das Vorteile für den Patienten und den Psychotherapeuten, aber Nebenwirkungen, wie ein überstarkes Betonen von Diagnosen und ein verbreitetes Vernachlässigen sozialer Umstände, werden kaum noch reflektiert.

S: Das ist ein spannender Punkt, der nicht vergessen werden sollte, wenn bei den aktuellen Reformbemühungen die Parallelisierung mit dem Medizinstudium gefordert wird. Die Kritik an der Medizinalisierung gab es damals übrigens auch in den psychoanalytischen Fachgesellschaften. Die Psychoanalytiker haben natürlich auch „Federn lassen müssen“, spätestens bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes, aber auch schon damals mit der Einführung der Richtlinien-therapie.

H: Ich kann vielleicht noch etwas zur Situation in Schweden nachtragen. Hierzulande zählt Psychotherapie nicht zur Krankenkassenversorgung. Es gibt zwei große Bereiche, die sind ausgenommen, die müssen alle erwachsenen Patienten privat bezahlen: Das eine ist die zahnmedizinische Behandlung und das andere sind Psychotherapien. Und das hat dazu geführt, dass Psychotherapien, wenn sie überhaupt erfolgen, oft relativ kurz sind, aber vor allem, dass psychische Störungen in erheblichem Umfang medikamentös behandelt werden. In Schweden wird viel eher und schneller und leichter zu Psychopharmaka gegriffen, als dass Psychotherapie ins Spiel kommt.

C: Und natürlich kommt in solch einer Konstellation auch die Internettherapie ins Spiel. Schweden und die Niederlande sind international die beiden Länder, in denen die meisten Entwicklungen und Modelle in diesem Feld stattfinden.

H: Ja, die fehlende Finanzierung von Psychotherapie erklärt mit Sicherheit neben den geographischen und den klimati-

___ In Schweden sind zwei große Bereiche aus der Krankenkassenversorgung ausgenommen: Das eine ist die zahnmedizinische Behandlung und das andere sind Psychotherapien.

schen Bedingungen auch den Boom der Internettherapie in Schweden. Und günstig ist natürlich auch, dass Schweden insgesamt eine sehr gute Infrastruktur im Bereich der elektronischen Medien/Vernetzung hat.

S: Noch einmal kurz zur Psychotherapierichtlinie, die Sie, Herr Caspar, schon angesprochen haben: Die Orientierung des SGB V an der Psychotherapierichtlinie hat zu dem Problem der zwei Klassen innerhalb der Verfahrenslandschaft geführt: die Richtlinienverfahren und die anderen wissenschaftlich begründeten Verfahren, die nicht abrechnungsfähig sind.

H: Ja, diese „Zweiklassengesellschaft“ gibt es hier in Skandinavien auch, allerdings hier unter der Überschrift „Was ist evidenzbasiert?“ und „Für welche Verfahren gibt es schon randomisiert-kontrollierte Studien?“ Da bleiben drei Verfahren übrig: die Verhaltenstherapie, die interpersonelle Therapie und die psychodynamische Psychotherapie. Und alles andere bleibt außen vor, weil es keine empirisch-wissenschaftliche Bestätigung gebe.

C: Wobei das von einem sehr verengten Verständnis von wissenschaftlicher Begründung ausgeht.

H: Richtig. Dazu gibt es starke Auseinandersetzungen.

___ Was ich besonders problematisch finde, sind die Verfahrensorientierung und die Behinderung der Integration und auch des Denkens in schulenübergreifenden Prinzipien.

V: Wir „Älteren“ hatten lange vor dem Psychotherapeutengesetz unsere Träume, wie die Psychotherapieausbildung und die Psychotherapieversorgung nach dem Gesetz einmal werden würden. Dann kam das Gesetz,

und es hat eine Ausbildung normiert, die in verschiedener Hinsicht sehr reglementiert ist.

C: Was ich besonders problematisch finde, sind die Verfahrensorientierung und die Behinderung der Integration und auch des Denkens in schulenübergreifenden Prinzipien. Etwas Vergleichbares gibt es zum Beispiel in den USA nicht. Es gibt auch einige sehr problematische Punkte, die aber nicht unbedingt mit dem Gesetz zusammenhängen: Das Eine ist, dass die Regulierung viel intrinsische Motivation verdrängt hat. Im Denken der Teilnehmer scheint manchmal die Erfüllung der formalen Kriterien einen viel höheren Stellenwert als das Interesse an den Inhalten zu haben. Die intrinsische Motivation war, so glaube ich, früher irgendwie größer. Das Andere, was ich kritisiere, ist die Art, wie die Ausbildung gemacht wird. Wenn man Erkenntnisse aus der Forschung berücksichtigt, etwa zur Expertise-Entwicklung, dann müssten wir sehr viel systematischer als bislang üben, also mit Feedback-Unterstützung das üben, worauf es in der Psychotherapie wirklich ankommt, also diejenigen Fertigkeiten, die von zentraler Bedeutung für den Psychotherapieprozess und das Outcome sind. Aber welche Fähigkeiten und Fertigkeiten einen guten Psychotherapeuten ausmachen, ist selten ausdrückliches Thema der klinisch-praktischen Ausbildung und dies ist auch nicht Prüfungsgegenstand am Ende der Psychotherapieausbildung.

H: Ich finde es schwierig, dass Ausbildungen zum Teil zu weit entfernt von der Universität und von dem akademischen Forschungsumfeld stattfinden. Hier in Schweden wurden eine Reihe von privaten Psychotherapie-Ausbildungsinstituten von den Behörden geschlossen, mit der Begründung, dass die Ausbildungsgänge bzw. die Curricula veraltet waren, dass sie nicht genügend qualifizierte Lehrer haben oder dass neueste Forschungsergebnisse keinen Eingang in die Ausbildungsgänge gefunden haben. Und das hat dazu geführt, dass die postgraduale Psychotherapieausbildung inzwischen fast ausschließlich an den Universitäten stattfindet und damit eine Engführung mit neuesten Erkenntnissen im Rahmen der Psychotherapieforschung möglich wird. In Stockholm bieten wir inzwischen eine Psychotherapieausbildung mit zwei unterschiedlichen Verfahren an, nämlich kognitive Verhaltensthe-

— In Kanada ist die Multiethnizität Basis nationaler Identität. Ich frage mich, ob das nicht ebenso für die psychotherapeutische Identitätsbildung möglich wäre, anstelle einer Identitätsbildung in engen Gruppen.

rapie und psychodynamische Psychotherapie, und wir haben ein gemeinsames Modul entwickelt. Da werden Ausbildungsinhalte gelehrt, die für beide Richtungen relevant sind. Seien es jetzt die juristischen und die ethische Grundlagen oder generelle Behandlungsprinzipien. Und diese werden dann mit

spezifischen Seminaren ergänzt, die sich etwa mit diagnostischen Behandlungstechniken beschäftigen und die auf den einzelnen Verfahren beruhen und auf diese zugeschnitten sind. Das hat zu einem interessanten Diskussionsklima zwischen den Studenten aus den unterschiedlichen Richtungen geführt, aber auch zu einer größeren Diskussionsfreudigkeit unter den Lehrern beigetragen.

C: Mir wird dabei deutlich, dass ich sehr stark von meinen universitären Ausbildungserfahrungen ausgehe und die von Ihnen beschriebene problematische Situation in privaten, außeruniversitären Instituten weniger kenne.

S: Sie unterscheiden sich in der Bewertung der „Theoriebasiertheit“ und der „Verfahrensbasiertheit“, scheint mir.

H: Für mich steht die Frage im Vordergrund, „Was ist für den einzelnen, individuellen Patienten von Nutzen?“ Aus meiner Erfahrung ist es so, dass es bestimmte Patienten gibt, die mit Verhaltenstherapie sehr weit kommen, und andere gehen den Weg über eine psychodynamische Therapie. Und ich bin mir nicht sicher, ob eine integrative, übergreifende Ausbildung am Ende mehr Vor- oder Nachteile bringt, weil auf spezifische Patienteneigenschaften oder -eigenarten nicht mehr flexibel genug eingegangen werden kann.

C: Ja, die Gefahr besteht sicher, aber es kommt halt auch darauf an, wie man Integration versteht. So wie Klaus Grawe es verstanden hat und wie es auch Berking und Kriz im Interview (PTJ 3/2015) beschreiben, geht es nicht einfach um eine Integration von verschiedenen bestehenden Verfahren, sondern es ist der Versuch, allgemeine Prinzipien, die sich aus der Forschung in den verschiedenen Bereichen herleiten, zu verwirklichen und verfahrensübergreifend eine sehr individualisierte Art von Psychotherapie zu verwirklichen. Wir beschäftigen uns beispielsweise in einem aktuellen Projekt mit der Frage, wie emotionsfokussierte Ansätze noch gezielter trainiert und in die Psychotherapie eingebaut werden können. Wir untersuchen hier auch exemplarisch, welche Auswirkungen Psychotherapie-Integration auf Prozess und Ergebnisse hat.

H: Wir untersuchen zu diesem Zweck die Entwicklung psychotherapeutischer Identität in unterschiedlichen Verfahren. Da zeigt sich, dass es für diejenigen, die eine sichere und stabile Identität in dem Verfahren, das sie erlernen, entwickelt haben, leichter ist, sich anderen Ansätzen zu öffnen – leichter als für diejenigen, bei

denen noch sehr viel Unsicherheit in ihrer Identität besteht. Also zur Frage der integrativen Therapie: Das klingt sehr interessant, wie Sie das dargelegt haben, aber ich glaube, um das durchführen zu können, muss man schon ein Stück weit eine gesicherte eigene Identität als Psychotherapeut in einem

Verfahren oder in einem Ansatz haben, um sich dem dann auch öffnen und diese Auseinandersetzungen auch führen zu können.

C: Es ist sicher einfacher, sich an einer klaren Linie oder Leitidee zu orientieren und sich damit zu identifizieren, auch wenn diese in gewisser Weise begrenzt sind. Aber wieso soll es nicht gehen, von Anfang an eine offenere oder integrative Identität zu gewinnen? In der Schweiz wird – falsch aber einfacher – versucht, trotz Sprachenvielfalt das Bild einer Einheitlichkeit der Herkunft, Hautfarbe, Werte und Normen zu betonen. In Kanada dagegen ist die Multiethnizität Basis nationaler Identität.

Das ist anspruchsvoller, aber zukunftssträchtiger und scheint mit gewissen Einschränkungen auch zu funktionieren. Für mich ist das ein gutes Modell und ich frage mich, ob das nicht ebenso für die psychotherapeutische Identitätsbildung möglich wäre, anstelle einer Identitätsbildung in engen Gruppen mit Feindbildern für alles andere.

V: In der zukünftige Psychotherapieausbildung soll der Qualifizierungsweg eines zukünftigen Psychotherapeuten anders als bisher verlaufen. Nach dem aktuellen Zukunftsmodell würde es nach dem Abitur zunächst ein bundeseinheitlich geregeltes Psychotherapiestudium geben, an das sich dann eine mehrjährige Vertiefungsweiterbildung anschließt, für die die Bundesländer Rahmenvorgaben und die Kammern die Details regeln werden. Der Qualifizierungsweg wäre vergleichbar lang wie bisher, allerdings würde nun der erste Teil der Qualifizierung vom Psychotherapeutengesetz geregelt werden – ganz analog zur Medizinerbildung. Über die Vorgaben zu den Inhalten dieses Psychotherapiestudiums wird aktuell intensiv diskutiert, sicher wird die Psychologie eine besondere Bedeutung haben, aber es werden auch noch andere Bausteine enthalten sein, z. B. aus der Medizin und auch Inhalte, die aus der Sozialpädagogik und anderen Fächern kommen, und es wird sicher sehr viele praxisbezogene Anteile geben. Im Unterschied zu früher würde der erste Qualifizierungsabschnitt durch die Vorgaben der Approbationsordnung des Bundes dann erheblich homogener gestaltet sein.

C: Also wenn man bedenkt, dass Psychologen bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Gesundheitsversorgungssystem, speziell in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken gegenwärtig durchweg schlechter gestellt sind als Ärzte, dann muss man so eine Entwicklung eigentlich gut finden, weil sie mit dieser Ausbildung dort auch einen neuen Status haben könnten, der ihrer Qualifikation entspricht. Mich erinnert aber die Diskussion schon sehr stark auch an die Einführung des Bachelor- und Mastersystems im Rahmen der Bologna-Reform. Damals war ich in einer Kommission der

Deutschen Gesellschaft für Psychologie, die sich lange im Voraus mit der Umstellung der Studiengänge beschäftigte, und wir fanden eigentlich, dass das gar nicht aufgehen kann, aber angesichts des massiven politischen Willens zugunsten von Bologna kaum aufzuhalten sei. Und genauso ist es gekommen. Es wurde zu viel versprochen, auch Widersprüchliches, das konnte gar nicht alles aufgehen. Wenn ich sehe, was bei den jetzigen Vorstellungen der Bundespsychotherapeutenkam-

— Mich erinnert die Diskussion schon sehr stark an die Einführung des Bachelor- und Mastersystems im Rahmen der Bologna-Reform – es wurde zu viel versprochen. —

mer in dieses Studium alles reingesteckt werden soll – mehr Praxis, dass aber auf keinen Fall die psychologischen Grundlagen eingeschränkt werden sollen, dass auch medizinische, juristische und sozialpädagogische Inhalte bzw. Kompetenzen enthalten sein sollen –, das sieht alles wunderbar aus. Ich frag mich nur, wie das insgesamt aufgehen soll.

S: Sie meinen, das angedachte Ausbildungskonzept ist zu vollgestopft?

C: Sehr vollgestopft, auf jeden Fall. Und ich finde, es ist etwas anderes, wenn man Überschriften macht und sagt, das soll auch noch vermittelt werden und das auch noch und das auch noch, als wenn man sich damit beschäftigt, wie die Lehrveranstaltungen dann aussehen bzw. gestaltet sein müssen, um diese Ziele zu erreichen.

H: Da würde ich absolut zustimmen. Ich habe mich noch darüber hinaus gewundert, auf welchem Qualifikationsniveau dann diejenigen sein werden, die die Approbation am Ende des Studiums bekommen. Ich habe die Vermutung, dass die nicht so qualifiziert sein werden, wie es jetzt in dem alten Modell der Fall ist, in dem es ein Studium als Voraussetzung gibt, sei das Psychologie oder Medizin oder ein anderes Studium, und dann eine Weiterbildung erfolgt.

V: Das ist völlig richtig. Das neue Psychotherapeutengesetz soll – nach den derzeit diskutierten Vorstellungen – mit der Approbationsordnung nur den ersten Qualifizierungsabschnitt regeln. Der zweite Qualifizierungsabschnitt soll zukünftig – analog zum ärztlichen Bereich – die Fachpsychotherapeutenweiterbildung sein. Das heißt, die zukünftige Approbation wäre überhaupt nicht mit der bisherigen, die quasi das Facharztniveau gewährleistet hat, zu vergleichen. Die zukünftige Approbation würde dann – wie jetzt schon im ärztlichen Bereich – die Voraussetzung zur Vertiefungsweiterbildung darstellen, nicht den Abschluss.

H: Aus der ganz persönlichen oder schwedischen Perspektive würde ich sagen, dass die Approbation am Ende der Zusatz-

ausbildung oder der postgradualen Psychotherapieausbildung stehen sollte. Hier in Schweden nennt sich das Legitimation, und sie wird von den Sozialbehörden erteilt.

S: Das entspricht der Approbation?

H: Ja. Nach der Legitimation hier in Schweden darf ein Psychotherapeut eigenständig, ohne Supervision, Patienten behandeln. Und das bedeutet, dass er oder sie ein Studium absolviert haben muss, entweder Psychologie oder Medizin. Es werden auch unter Umständen Soziologen zugelassen, aber nur in begrenztem Umfang, und Krankenschwestern, die in der Psychiatrie eine Spezialausbildung gemacht haben. Aber die alle müssen vorher studiert und zwei Jahre Berufserfahrung gesammelt haben, bevor sie sich dann für eine postgraduale Ausbildung bewerben. Die geht über drei Jahre, und am Ende stehen dann die Prüfung und die Erteilung der Legitimation. Das schwedische Spezifikum, was die Psychologen angeht, ist, glaube ich, dass es einen großen Unterschied im Psychologiestudium gibt im Vergleich zu Deutschland, der erhebliche Konsequenzen hat, wie hier die Psychotherapieausbildung aufgebaut ist. Im Psychologiestudium in Schweden wird ab dem 7. Semester bis zum 9. Semester klinisch gearbeitet, das heißt, die Studenten behandeln Patienten unter Supervision an der Uni. Die Unis haben Ambulanzen, und dort werden Patienten gesehen und in die entsprechenden Verfahren verteilt, und dann behandeln Studenten, die sich für kognitive Verhaltenstherapie als Vertiefungsverfahren entschieden haben, zwei bis drei

Im Psychologiestudium in Schweden wird ab dem 7. Semester bis zum 9. Semester klinisch gearbeitet – die Studenten behandeln Patienten unter Supervision an der Uni.

Patienten innerhalb dieser drei Semester. Und die, die dynamische Psychotherapie als Vertiefung gewählt haben, die haben eine sogenannte Langzeittherapie über anderthalb Jahre und ein bis zwei Kurzzeittherapien über ein halbes Jahr. Die Supervisionen und auch die wichtige Selbsterfahrung bezahlt die Universität. Mit diesen drei Semestern kommen die dann praktisch in so eine Art Grundausbildung, die dann für die Bewerbung zum postgradualen Studiengang Psychotherapie anerkannt wird. Nach dem Studium muss man noch zwei Jahre Berufserfahrung vorweisen, bevor man das postgraduale Psychotherapiestudium beginnen kann. Und ein bisschen was davon, vermute ich, soll mit dem Direktstudium eingefangen werden. Ich glaube aber, das steht auf leicht hölzernen Beinen, denn die Psychologiestudenten hier, die kriegen natürlich eine gediegene Grundausbildung in allen Feldern der Psychologie – in Statistik, in Entwicklungspsychologie und so weiter. Und das ist, glaube ich, nicht im gleichen Umfang im Rahmen eines Direktstudiums zu gewährleisten.

C: Ich finde das sehr spannend, das erinnert mich ganz an die alten Zeiten vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes in der Schweiz und auch in manchen Universitäten in Deutschland. Klaus Grawe hat damals postuliert, dass man die Praxis an die Uni holt und unsere Studenten durften damals auch Psychotherapie machen – ganz ähnlich, wie Sie es geschildert haben. Das wurde leider, als Konsequenz des Psychotherapeutengesetzes, das die Psychotherapieausbildung auf den postgradualen Zeitraum festlegte, abgeschafft. Wobei man auch sagen muss, damals haben die Studenten noch nicht so stromlinienförmig studiert wie jetzt im Bachelor-/Mastersystem, das heißt, die Studenten waren im Durchschnitt älter. Und das möchte ich noch anmerken, ist vielleicht auch noch ein Problem dieses neuen Ausbildungskonzeptes, dass die Ausbildungsteilnehmer immer jünger werden. Wie ist das denn jetzt in Schweden bei den studentischen Psychotherapeuten?

H: Nein, also über das Alter der studentischen Psychotherapeuten höre ich keine Klagen. In der postgradualen Ausbildung gibt es dann auch große Altersunterschiede. Das hängt dann mit den individuellen Berufskarrieren und mit der Familienplanung und so weiter zusammen. Aber insgesamt kann man schon sagen, dass der Altersdurchschnitt der fertigen Psychotherapeuten erheblich niedriger ist als in Deutschland.

V: Und wie bewerten Sie das?

H: Das bewerte ich positiv. Mit jünger meine ich so Anfang, Mitte 30. Die haben dann natürlich schon einiges an Berufserfahrung gesammelt. Aber es sind nicht so lange Ausbildungswege, die sie absolvieren müssen, wie ich sie aus meiner psychoanalytischen Ausbildung in Deutschland kenne.

C: In Deutschland werden die Absolventen des Psychotherapiestudiums mit Erlangung der Approbation sicher ziemlich jung sein.

H: Ja. Aber der Gedanke hier in Schweden ist, dass die eigentliche Möglichkeit, selbständig zu arbeiten wirklich erst am Ende der postgradualen Ausbildung gegeben ist. Die Psychologen können mit dem, was sie im Psychologiestudium lernen, natürlich Patienten behandeln, aber unter Supervision oder in einem institutionellen Rahmen, wo entsprechende Supervisionsmöglichkeiten gegeben sind. Aber sie können sich nicht selbständig niederlassen und dann Patienten behandeln. Das geht nur mit der Legitimation.

V: Hier muss man sicher unterscheiden: Rein formal könnte sich ein Studienabsolvent nach den jetzigen Novellierungsmodellen mit der Approbation niederlassen und selbstständig behandeln. Faktisch geht das aber nicht wirklich, denn eine Zulassung als

Vertragspsychotherapeut wird eine abgeschlossene Weiterbildung voraussetzen (wie bei Ärzten), und da eine verantwortliche selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeit ohne Weiterbildung nicht möglich ist, würde dies auch haftungsrechtlich kaum zu kalkulierende Risiken mit sich bringen.

S: Aber gerade dazu gibt es eine große Diskussion und die Befürchtung ist ja nicht von der Hand zu weisen, dass unzureichend weitergebildete Kollegen sich dann ohne Weiterbildung niederlassen...

V: Welche Festlegungen hat denn das schweizerische Psychotherapeutengesetz für die Ausbildung der Kollegen gebracht?

C: In der Schweiz war ja bis vor Kurzem alles, was die Psychotherapie angeht, von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt. Aber das ist jetzt seit zwei Jahren vereinheitlicht. In den meisten Kantonen gab es früher als in Deutschland ein Psychotherapeutengesetz, das einen Psychotherapeuten berufsrechtlich erst nach postgradualer Ausbildung zuließ. Nunmehr sind die berufsrechtlichen Regelungen in der ganzen Schweiz vereinheitlicht, allerdings gibt es – anders als in Deutschland – immer noch keine sozialrechtliche Gleichstellung der psychologischen Psychotherapeuten mit den Ärzten bzw. ihrer Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung.

S: Sie haben die Psychologischen Psychotherapeuten und die ärztlichen Psychotherapeuten erwähnt. In Deutschland gibt es ja auch noch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als dritte Berufsgruppe, die sich in der Ausbildung auf Kinder und Jugendliche spezialisiert hat und bei der auch bestimmte, etwas erweiterte Zugangsregelungen gelten. Mit der aktuell angedachten Reform sollen die beiden Berufe Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zusammengelegt werden, um dann in der postgradualen Weiterbildung wieder eine Differenzierung einzubauen. Wie bewerten Sie die gegenwärtige Situation und welche Optionen können Sie sich für die Zukunft vorstellen?

C: Als Psychologe bin ich da natürlich etwas voreingenommen, allerdings gibt es meines Erachtens auch gute Gründe für diese Zusammenführung. Psychologie ist doch bei Weitem die beste Grundlage für Psychotherapie. Es gab hier in der Schweiz eine starke Gruppierung, die sich dafür eingesetzt hat, dass auch Literaturwissenschaftler oder Historiker die Voraussetzungen zur Zulassung zur Psychotherapieausbildung haben sollten. Das hat den Prozess der Gesetzgebung erst paralyisiert, weil die Politiker sich zurückgelehnt und gesagt haben, einigt Euch erst mal. Dadurch wurde der Mo-

ment verpasst, in dem eine sozialrechtliche Zulassung auch psychologischer Psychotherapeuten noch leichter erreichbar gewesen wäre. Inzwischen ist aber die Frage der psychologischen Grundlagen geregelt, und zwar so, dass man ein psychologisches Hochschulstudium (mit Masterabschluss) haben muss, um die Psychotherapieausbildung beginnen zu können. Oder man macht als Arzt eine Psychotherapieausbildung – die ist aber weit weniger gründlich. Die Begründung für das obligatorische wissenschaftliche Psychologiestudium ist übrigens auch interessant: Man wollte gewährleisten, dass die Psychotherapeuten in der Lage sind, wissenschaftliche Grundlagen solide zu nutzen und Forschungsbefunde kritisch zu interpretieren, um nicht irgendwelchen Moden aufzusitzen und sich von Meinungsmachern abhängig zu machen.

V: In Deutschland wird – sicher zu Recht – häufig festgestellt, dass die Etablierung des eigenen Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wesentlich dazu beigetragen hat, dass hier nicht nur das Forschungsfeld Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einen weiteren erheblichen Aufschwung genommen hat, sondern dass auch für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen über eine spezielle Quote im Zulassungsrecht eine bessere ambulante Psychotherapieversorgung gewährleistet wurde. Es wird befürchtet, dass diese positive Entwicklung mit der Zusammenführung beider Berufe wieder umgekehrt werden könnte.

C: Es ist tatsächlich so, dass die Kinderpsychotherapie in der Schweiz weniger weit entwickelt ist und dass es nicht genug Psychotherapeuten gibt, obwohl es genügend Nachfrage von den Patienten gibt. Wichtig ist es da beispielsweise, dass Lehrstühle speziell für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geschaffen werden. Schwierig ist es, wenn klinisch-psychologische Universitätsinstitute die Haltung vertreten, für Kinder und Jugendliche seien sie selbstverständlich automatisch auch zuständig und kompetent. Natürlich fehlen da oft bestimmte Kompetenzen, wie systemisches Arbeiten oder multiprofessionelle Vernetzung, die bei Kindern und Jugendlichen eine besondere Rolle spielen.

H: In Schweden gibt es auch eine Trennung zwischen Erwachsenenpsychotherapie-Ausbildung und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausbildung; das wird auch ganz

_____ Es ist vielleicht auch noch ein Problem dieses neuen Ausbildungskonzeptes, dass die Ausbildungsteilnehmer immer jünger werden. _____

strikt so gehalten. Von daher würde ich schon befürchten, dass die Unterschiede, die auch inhaltlich sehr naheliegend und begründet sind, unterzugehen drohen oder verwässert

werden, wenn das alles unter einer Berufsbezeichnung abgehandelt wird.

Ich möchte noch einmal die Internettherapie ansprechen. Da gibt es eine andere durchaus kritische Entwicklung, nämlich dass die Manualisierung dazu geführt hat, dass aufgrund des großen Bedarfs manche Institute angefangen haben, Kurzausbildungen in bestimmten Therapieformen anzubieten, wo man dann innerhalb von drei Monaten für ein spezifisches Psychotherapieverfahren ausgebildet wird. Die Gefahr, die darin besteht, ist, dass es zu einer Aushöhlung des Berufsfelds insgesamt geführt hat und u. a. dazu, dass wir einen dritten Psychotherapieausbildungsgang angeboten haben, der sich großer Nachfrage erfreut, und zwar eine sogenannte Spezialausbildung für Psychologen. Wir haben also die Anforderungen erhöht, was die Anzahl der Stunden und die praktische Tätigkeit angeht, aber auch die Anforderungen an die

— **In meinen Augen ist die starke Fixierung auf Verfahren ein Grundproblem oder ein Konstruktionsfehler der derzeitigen Psychotherapieausbildung in Deutschland – das ist international sicher einmalig.**

Theorieausbildung, und bauen auf dem Psychologiestudium spezifisch auf. Der Schwedische Psychologenverband erteilt dann eine Anerkennung als Spezialist in klinischer Psychologie/Psychotherapie. Inzwischen bieten wir also eine zusätzliche, besonders qualifizierte Ausbildung an, auch mit dem Ziel, dass die Therapeuten, die diese Ausbildung absolviert haben, gut vorbereitet und in der Lage sind, schwierige Patienten mit komplexen Störungsbildern zu behandeln, denen oft im Rahmen von manualisierten Therapien nicht geholfen werden konnte. Es kann meines Erachtens nicht dahin gehen, mit Schnellausbildungen Helferberufe auf den Markt zu bringen, um manualisierte Therapien durchzuführen, sondern es muss eine Spezialausbildung sein, die die Kompetenz vermittelt, Psychotherapie auch in komplexen und schwierigen Situationen mit schwierigen Patienten durchzuführen.

S: Die Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten wird in Deutschland ja immer kleiner. Herr Caspar äußerte sich ja ohnehin schon sehr skeptisch über deren spezifische Kompetenz für Psychotherapie. Wie schätzen Sie, Hr. Hau, das für Schweden ein?

H: Ärzte spielen in der schwedischen Psychotherapieausbildung so gut wie keine Rolle, auch wenn es durchaus gelegentlich engagierte und hochkompetente ärztliche Psychotherapeuten gibt.

C: Ich will nicht falsch verstanden werden: Ich kenne hervorragende ärztliche Psychotherapeuten. Ich glaube nur, dass Psychologie die bessere Grundlage für Psychotherapie ist

und dass auch die spezifische Psychotherapieausbildung bei den Psychologen deutlich besser ist als bei Medizinern.

V: Berking und Kriz haben im Interview im PTJ 3/2015 angemahnt, die Reform des Psychotherapeutengesetzes zu nutzen, um die starke Verfahrenorientierung in der Ausbildung zurückzufahren bzw. die Ausbildung entsprechend zu öffnen. Sehen Sie – aus internationaler Sicht – diesen Bedarf genauso? Möglicherweise müssten wir diese Frage ja auch für den ersten Qualifizierungsabschnitt (das Psychotherapiestudium) und den zweiten Qualifizierungsabschnitt (die vertiefende Weiterbildung) getrennt diskutieren.

C: Ich weiß nicht, wie die Chancen da wirklich sind, aber in meinen Augen ist die starke Fixierung auf Verfahren tatsächlich ein Grundproblem oder ein Konstruktionsfehler der derzeitigen Psychotherapieausbildung in Deutschland – das ist international sicher einmalig. Im Vordergrund müsste ja die Frage stehen, wie man sicherstellen kann, dass ein bestimmter Patient mit einer bestimmten Problemstellung die bestmögliche Psychotherapie bekommt. Wir wissen aus empirischen Untersuchungen sehr gut,

dass zwischen acht und fünfzehn Prozent der Psychotherapieergebnisse durch das Verfahren bestimmt werden und der Rest durch Merkmale des Psychotherapeuten, der Therapiebeziehung zum Patienten und so weiter. Das heißt, der Anteil, der wirklich durch das Verfahren festgelegt wird, ist eigentlich sehr, sehr gering. Und die Fixierung auf diesen Anteil in der Ausbildungskonstruktion ist eigentlich wissenschaftlich nicht zu halten. Und dass das auch noch gesetzlich legitimiert ist, führt zu einer Reihe von Folgeproblemen – es verschärft den Schulstreit und die Frage, wer kann rein und wer nicht. Was sagt denn wirklich am besten voraus, ob eine Psychotherapie für einen bestimmten Patienten erfolgversprechend ist? Das ist nicht einfach das Verfahren, auf das ein Psychotherapeut sich beruft und nach dem er vielleicht sogar nicht einmal wirklich therapiert. Wir wissen aus der Forschung, dass einiges zusammenwirkt: Person des Therapeuten, die Fähigkeit, das Vorgehen an die Voraussetzungen des Einzelfalls anzupassen, die Therapiebeziehung – und nur unter anderem der Ansatz. Der liefert auch einen Beitrag, ihm darf aber nicht die ganze Last der Sicherstellung einer guten Psychotherapiequalität aufgebürdet werden. Das kann nicht gut gehen.

S: Halten Sie, Hr. Hau, die Verfahrenorientierung der Psychotherapieausbildung für ein Hindernis, das überwunden werden muss?

H: Ja, ich bin auch davon überzeugt, dass das Verfahren wenig zum Therapieerfolg beiträgt. Es gibt auch Autoren, die meinen, es ginge um viel weniger als acht bis fünfzehn Prozent Varianzaufklärung, die dadurch erklärt werden. Es ist ja auch

so, dass kein langjährig tätiger Psychotherapeut sich noch strikt am Ausbildungsverfahren orientiert, vielmehr wird er in der klinischen Erfahrung mehr und mehr flexibel und passt sich den Anforderungen an und reagiert darauf, was vom Patienten geäußert und verlangt wird. Wie Verfahren umgesetzt werden, das ist, glaube ich, ein großes Forschungsfeld, was noch überhaupt nicht richtig im Fokus ist. Ich könnte mir zum Beispiel auch Integration als eine Art Diskurs oder Zusammenführung von verschiedenen Ausbildungsinstituten vorstellen, wo man die Ansätze erweitert, die es schon gibt. Also dass Ausbildungsteilnehmer in der kognitiven Verhaltenstherapie auch etwas über psychodynamische und psychoanalytische Psychotherapie erfahren und umgekehrt. Dass man das zum Beispiel als Ausgangspunkt nimmt und über erweiterte, gemeinsame Unterrichtsmodelle nachdenkt. Aus meiner Erfahrung sind die interessantesten Unterrichtseinheiten immer die, wenn ich in der postgradualen Verhaltenstherapieausbildung tätig bin und wir dann klinisch diskutieren, wo es Probleme mit spezifischen Patienten in der Beziehungsarbeit gibt oder in der Arbeit mit Affekten, mit Träumen und so weiter. Und umgekehrt ist es, glaube ich, für psychodynamisch orientierte Psychotherapiestudenten auch der Fall. So könnte ich mir vorstellen, dass gemeinsame Falldiskussionen oder klinisches Material aus den unterschiedlichen Perspektiven gedeutet bzw. interpretiert und Behandlungen konzipiert werden – das wäre sicher eine sehr bereichernde Variante für die Ausbildung.

C: Finde ich sehr überzeugend. Außerhalb der Ausbildung findet das sehr stark in der Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SE-PI) statt. Und ich finde auch, das sollte noch häufiger in den Ausbildungsinstituten stattfinden. Die Forschung bestätigt auch, dass die Psychotherapeuten nach Abschluss ihrer eigenen Ausbildung sich zunehmend weitere Ansätze aneignen und diese in ihr Handeln integrieren und dieses als praxisgerechter erleben. Wir wissen aber auch aus der Forschung, dass es Psychotherapeuten gibt, die konsequent negative Effektstärken produzieren, das heißt, dass sie ihren Patienten eher schaden als nützen. So etwas fällt im gegenwärtigen System nicht auf. Die Anpassung an den konkreten Fall in der Praxis ist in vieler Hinsicht naheliegend und wird punktuell auch empirisch gestützt. Wir wissen aber nicht wirklich, ob das großflächig zu besseren Psychotherapien für die einzelnen Patienten führt oder eher nicht. Da, finde ich, versagt das gegenwärtige System, weil eine Qualitätssicherung – in professionell vernünftiger Weise natürlich – im eigentlich nötigen Umfang nicht realisiert ist.

V: Sie beide beschreiben, dass die berufserfahrenen Kolleginnen und Kollegen vielfach unterschiedliche Ansätze kennenlernen und in ihr Handeln integrieren. Wie passt das denn mit den durchaus rigiden Vorgaben

der Psychotherapierichtlinien, die festhalten, dass man sich bitteschön an sein eigenes Verfahren halten möge?

S: Wäre es überhaupt denkbar, alle Verfahren in gleicher Weise in der Ausbildung zu vermitteln? Macht es nicht vielleicht sogar Sinn, sich erst einmal auf eines zu beschränken, um dann Weiteres dazuzulernen?

C: Das Problem der Stofffülle kann man meines Erachtens nur in den Griff kriegen, wenn man gar nicht versucht, möglichst viele Verfahren in allen Details zu vermitteln bzw. zu erlernen, sondern viel stärker als bisher die therapieverfahrensübergreifenden Aspekte und Prinzipien vermittelt und vertieft.

S: Und dann gute Weiterbildung macht auf der Grundlage?

H: Ja, dem könnte ich soweit zustimmen. Dass in so einer Grundausbildungsphase die relevanten übergreifenden und generellen Aspekte im Vordergrund stehen, auch abseits von den Therapieschulen. Nur bezweifle ich, ob das alleine reicht, um zum Beispiel ein Direktstudium zu begründen.

V: Wie sehen Sie denn den Bedarf an Ausbildungsplätzen. Wir stellen ja seit einigen Jahren eine sukzessive Steigerung fest. Wie schätzen Sie den Bedarf ein? Gibt es Bereiche, wo Psychotherapie sich stärker einbringen sollte oder wo die Psychotherapeuten sich eher heraushalten sollten?

— **Es gibt vieles, das aus skandinavischer Perspektive gut funktioniert und mit dem PsychThG gut geregelt ist. Deshalb sollte man Reformen nur behutsam vornehmen, um das Qualitätsniveau nicht zu gefährden.** —

H: Wenn man sich die letzten Jahre anschaut, was an Forschung betrieben wurde in Bezug auf Traumatherapie zum Beispiel oder die ganze Komplexität der interkulturellen Arbeit, da hat sich einiges getan, und da sind ja auch neue Felder entstanden. Ich glaube, dass der Bedarf insgesamt an Psychotherapie oder an Psychotherapeuten nicht nachlassen wird, wenn man das ernst nimmt, was Margraf (2009)² in seinem Buch zur gesundheitsökonomischen Bedeutung der Psychotherapie dargelegt hat. Da kam doch heraus, dass Psychotherapie in erheblichem Umfang Einsparungen für die Gesellschaft erbringen kann, wenn sie bedarfsgerecht gemacht wird. Das ist ein starkes Argument, auch für die weitere Ausweitung und die positive Entwicklung, was die Anzahl der Psychotherapeuten angeht.

² Margraf, J. (2009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie: Eine kritische Literaturübersicht. Heidelberg: Springer.

C: Ich glaube, seriös kann hier niemand eine gute Prognose abgeben. Aber ich war in einer Expertengruppe für Behandlung Depressionen in Brüssel und dort hatten wir OECD-Ökonomen, die sagten, psychische Störungen, namentlich Depressionen, bringen nicht nur erhebliches persönliches und gesellschaftliches Leid, sondern sie sind inkl. Fehlzeiten und Störungen am Arbeitsplatz, wenn Betroffene weiter zur Arbeit gehen, so teuer, dass die EU es sich nicht leisten kann, dies zu ignorieren. Ob das jetzt bedeutet, dass mehr Psychotherapeuten die Lösung bringen, das ist schwer zu sagen, aber da die bestehenden Probleme massive wirtschaftliche Auswirkungen haben, muss es auch im Interesse der Gesellschaft sein, hier zügig tragfähige Lösungen zu entwickeln und zu erproben.

V: Die Arbeit von Psychotherapeuten erschöpft sich ja nicht nur in Einzelpsychotherapie, oft geht es auch um die Mitwirkung im Team und die Beteiligung an Behandlungen. In somatischen Krankenhäusern gibt es beispielsweise – im optimalen Fall – einen psychotherapeutischen Konsil-/Liaisondienst, der bei den Behandlungen bedarfsweise oder regelhaft hinzugezogen wird oder werden kann. Das wird aber in Deutschland – wohlwollend gesagt – nur sehr unterschiedlich gewährleistet. Welche Modelle der Integration von psychotherapeutischen Ansätzen ins medizinische System kennen Sie aus Ihrem Erfahrungsbereich, welche wären wünschenswert?

C: Richtig gute und umfassende Systeme gibt es meines Wissens nirgends. Ich glaube, dass mit der Integration ins Gesundheitssystem aber ein wichtiges Stichwort angesprochen ist. Da gibt es auch einen interessanten Artikel von Kazdin und Blase (2011)³, die herleiten, dass man die psychischen Probleme der Menschheit nicht einfach mit Psychotherapie lösen kann, sondern dass es andere Ansätze braucht, die sich gegenseitig ergänzen müssen. Die nennen namentlich auch Bibliothherapien, natürlich auch Internettherapie und anderes. Sie betonen auch, dass man auch bei nicht psychotherapeutischen Maßnahmen von Modellen und Forschungsmethodik der Psychotherapie profitieren kann.

S: Der Nutzen einer besseren Integration dürfte sich dann auch gesundheitsökonomisch belegen lassen.

C: Richtig, ja.

V: Wenn Sie die Themen noch einmal durchgehen: Was würden Sie als abschließende Erwartung an die Reform des Psychotherapeutengesetzes formulieren?

H: Aus einer schwedischen Perspektive kann ich sagen, dass die laufende Diskussion in Deutschland zur Reform des Psychotherapeutengesetzes eine Kritik auf hohem Niveau bedeutet. Hier ist die Situation wirklich eine einzigartige. Im Sport sagt man ja: *Never change a winning team*. Es gibt ja wirklich vieles, was, aus skandinavischer Perspektive betrachtet, gut

funktioniert und mit dem Psychotherapeutengesetz gut geregelt ist. Und deshalb sollte man Reformen nur behutsam vornehmen, um das Qualitätsniveau nicht zu gefährden.

C: Ich sehe es doch ein wenig anders und will auf zwei Sachen hinweisen. Das Eine ist die Ausbeutung der Ausbildungsteilnehmer in vielen Psychiatrien. Das ist wirklich änderungsbedürftig. Das Andere ist – das haben wir aber auch reichlich diskutiert – diese überstarke Verfahrensorientierung, die in meinen Augen eine Korrektur braucht.

S: Wir danken Ihnen ganz herzlich für das Gespräch.



Prof. Dr. Franz Caspar

Universität Bern
Institut f. Psychologie
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fabrikstraße 8
3012 Bern
Schweiz
caspar@psy.unibe.ch

Prof. Dr. Franz Caspar, Dipl.-Psych. ist Ordinarius für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bern und u. a. Mitglied des Forschungsrats im Schweizerischen Nationalfonds. Seine Forschungsschwerpunkte sind Fallkonzeption, Therapiebeziehung, Psychotherapieprozesse, Psychotherapie-Training, Psychotherapie-Integration.



Prof. Dr. phil. Stephan Hau

stephan.hau@psychology.su.se

Prof. Dr. phil. Stephan Hau, Dipl.-Psych. und Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker (IPV, SPAF) lehrt klinische Psychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Stockholm. Neben der Lehre und Forschung mit den Schwerpunkten Psychotherapieforschung und Ausbildungsforschung ist er auch in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig.

³ Kazdin, A. E. & Blase, S. L. (2011). Rebooting Psychotherapie Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21-37. DOI 10.1177/1745691610393527

Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie

Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Rüdiger Nübling¹, Karin Jeschke², Ulrike Böker¹,
Brigitte Kemper-Bürger², Martin Klett¹, Michael Krenz², Beate Lämmel²,
Jens Lückert², Dietrich Munz¹ & Doreen Röseler²

Zusammenfassung: Psychotherapien, die im Rahmen der Kostenerstattung finanziert werden, haben sich in den vergangenen Jahren verfünffacht. Die vorliegende, von den Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und Berlin durchgeführte Studie fokussiert die Kostenerstattung aus Sicht von n = 298 nicht KV-zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die an einer standardisierten Befragung teilnahmen. Sie gibt Auskunft über Rahmenbedingungen, Finanzierung und Umfang der Psychotherapie in Kostenerstattung sowie über die berichteten Stärken und Schwächen des Verfahrens.

Hintergrund

Psychotherapien im Rahmen der Kostenerstattung (KE) haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes lagen die Ausgaben im Jahr 2004 bei 8,2 Millionen Euro, sie stiegen bis 2012 auf insgesamt 41,3 Millionen Euro, d. h., sie haben sich verfünffacht. Aktuellere Zahlen stehen nicht zur Verfügung, weil die Ausgaben für die KE von Psychotherapie seit dem Quartal 3/2013 nicht mehr in der amtlichen Statistik ausgewiesen werden (Deutscher Bundestag, 2014). Man könnte dies als mehr oder weniger bewusste Verleugnung der offenbar werdenden realen Bedarfssituation und damit als eine Rechtfertigung der jetzigen gesundheits- und finanzpolitischen Bedarfsplanung durch „fehlende Zahlen“ interpretieren. Auch wenn die Statistiken damit bezüglich der KE intransparent werden, ist davon auszugehen, dass das Budget für KE seit 2012 weiter angestiegen ist bzw. aktuell weiter ansteigt. Gemessen am Gesamtbudget der GKV für Richtlinien-Psychotherapie (derzeit ca. 1,5 Milliarden Euro; Stand 2012) erscheinen diese Ausgaben allerdings eher gering, sie entsprechen etwa 3% des GKV-Budgets.

Nach § 13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf KE einer privat beschafften Behandlung, wenn die Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist und ihre Krankenkasse die Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann („Systemversagen“; vgl. Sude, 2015). Dabei ist eine unaufschiebbare Behandlung nicht gleichzusetzen mit einer Notfallbehandlung (vgl. BSG-Urteil vom 25.09.2000 – B1 KR 5/99 R), d. h., eine Behandlung ist dann notwendig, wenn bereits eine dringliche Indikation besteht. Was unter „nicht rechtzeitig“ zu verstehen

ist, ist in dem entsprechenden Paragraphen nicht geregelt, als zumutbar werden allerdings in der Regel Wartezeiten von bis zu sechs Wochen angesehen (BSG Az. 6 RKA 15/97). Gesetzlich geregelt ist, wie schnell die Krankenkassen nach einem Antrag einer Patientin/eines Patienten und/oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten³ auf KE reagieren müssen: ohne Begutachtung innerhalb von drei Wochen und mit Begutachtung innerhalb von fünf Wochen.

Davor liegt allerdings die „Beweislast“ bei den Versicherten, die eine Psychotherapie benötigen: Sie müssen mindestens bei drei bis fünf, besser mehr (Bundespsychotherapeutenkammer BPtK, 2013) kassenzugelassenen Psychotherapeuten anfragen, ob diese einen Therapieplatz frei haben und wenn nein, die Wartezeit erfragen und dies ihrer Kasse gegenüber dokumentieren. Manche Kassen verlangen zehn oder mehr dieser Nachweise. Für psychisch kranke Menschen, insbesondere in Krisensituationen, stellt diese Prozedur der Antragstellung eine große Herausforderung dar. Die Therapiekosten muss zunächst der Versicherte verauslagen, erst im Nachhinein werden die Ausgaben von den Krankenkassen erstattet, sofern die Begutachtung positiv verläuft. Ein solches Verfahren kann auch für die behandelnden Psychotherapeuten belastend sein, da eine Situation der Unsicherheit entsteht, die auch die psychotherapeutische Beziehung beeinträchtigen kann.

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Stuttgart

² Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

In jüngster Zeit mehren sich Berichte, dass Krankenkassen versuchen, die Psychotherapie im Rahmen der KE weiter zu erschweren. So hatte die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) vor Kurzem eine Pressemitteilung mit dem Titel „Kassen verweigern Psychotherapie“ veröffentlicht, in der auf der Grundlage einer Analyse anonymisierter Berichte zur Begutachtung von KE-Anträgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen transparent wurde, wie einzelne Krankenkassen über z. T. falsche Auskünfte den Beginn einer Psychotherapie unnötig verzögern oder unmöglich machen, was die DPtV als unrechtmäßiges Vorgehen bezeichnet (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV, 2015). Zur Überbrückung von Wartezeiten werde dabei auf andere Möglichkeiten oder Institutionen verwiesen, wie zum Beispiel Caritas, Diakonie, Sozialamt oder auch Selbsthilfegruppen sowie in dringenden Fällen auch die Notfallambulanz im Krankenhaus. Es wird auch damit argumentiert, dass es gar keinen Versorgungsengpass gebe und damit auch die Grundlage für eine Bewilligung der KE von Psychotherapien entfielen. Dies deckt sich mit Erfahrungen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), die ebenfalls vor Kurzem auf Probleme in der KE am Beispiel der Barmer/GEK hingewiesen und dabei das Bundesversicherungsamt (BVA) einbezogen hat. Dieses hatte eine Prüfung der Krankenkassen, die angeblich grundsätzlich keine KE zulassen, in Aussicht gestellt (Vogel et al., 2015). Auch die BpTK hat mit einer Pressemitteilung vom 22. Juni 2015 „bürokratische Tricks“ der Kassen bei der KE beklagt und fordert (seit Langem) eine realistischere Bedarfsplanung (Bundespsychotherapeutenkammer BpTK, 2015b).

Dieser Entwicklung stehen die nach wie vor langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz gegenüber. Die Wartezeiten-Studie der BpTK (Bundespsychotherapeutenkammer BpTK, 2015a) ergab Wartezeiten von durchschnittlich neun Wochen auf ein Erstgespräch und ca. 17 Wochen auf einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern sowie zwischen städtischen und ländlichen Regionen ergaben (Großstädte: zwei bis drei, Land: vier Monate). Diese Wartezeiten ließen sich in einer aktuelleren Studie bestätigen, in der die Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz sowie die Stadtstaaten Berlin und Hamburg einbezogen wurden, also Regionen, die gemeinhin als besser versorgt gelten; die Wartezeiten lagen hier – fast identisch – bei acht bzw. 17 Wochen (Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014).

Durch KE finanzierte Psychotherapien sind letztlich die Konsequenz verfehlter bzw. mangelhafter Entscheidungen der Gesundheitspolitik und der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die sich in der aktuell gültigen Bedarfsplanung ausdrücken. Mit einer Bedarfsplanung, die sich an der Realität erkrankter Patienten orientiert, würde die realräumliche Versorgung mit ambulanten Psychotherapien angemessener und damit u. U. die KE überflüssig. Nach Ansicht der BpTK reicht die Anzahl der Psychotherapeuten mit Kassenzulassung bei Weitem nicht aus, um psychisch erkrankte Men-

schen ausreichend zu versorgen (Bundespsychotherapeutenkammer BpTK, 2015b).

Vor diesem Hintergrund stand die Überlegung, Psychotherapeuten, die ihre Behandlungen (u. a.) über KE abrechnen, zu ihren sowie den Erfahrungen ihrer Patienten und zu den Rahmenbedingungen zu befragen. In diesem Kontext sind auch drei Befragungen der Psychotherapeutenkammern Schleswig-Holstein und Bremen hervorzuheben, die jeweils landesbezogen die Situation der KE-Psychotherapeuten beleuchteten (Psychotherapeutenkammer Bremen, 2015; Thomsen, 2013, 2015). Diese werden hier allerdings nicht weiter ausgeführt, da die Erhebungen auf sehr niedrigen Fallzahlen beruhen.

Ausgangsfragen, Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Studie war es, Daten zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der KE auf der Basis von Therapeutenangaben zur Verfügung zu stellen. Fragestellungen waren:

- Durch welche Merkmale zeichnen sich Psychotherapeuten aus, die (u. a.) über die KE arbeiten?
- Welche Psychotherapieverfahren werden angewandt bzw. welches Verfahren ist Grundlage der Approbation? Welche zusätzlichen therapeutischen Qualifikationen werden vorgehalten?
- Wie hoch ist der Arbeitszeitaufwand der in der KE tätigen Psychotherapeuten? Wie hoch ist die aktuelle jährliche Behandlungskapazität?
- Wie viele Anträge auf KE werden jährlich gestellt und wie viele davon bewilligt?
- Auf welcher Finanzierungsgrundlage werden Behandlungen durchgeführt?
- Welche Vergütung erfolgt für die Behandlungen?
- Welche Tätigkeiten werden außerhalb der Praxis ausgeübt? Im Bereich der selbständigen Tätigkeit? Als Angestelltentätigkeit?
- Wird eine Warteliste geführt? Wie lange sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein Erstgespräch/einen Psychotherapieplatz?
- Wie hoch ist der Anteil der Psychotherapeuten, die sich auf einen Kassensitz bewerben? Wie lange ist die bisherige Wartezeit auf einen Kassenarztsitz?
- Über welche Zugangswege kommen Patienten in die Praxis? Welches Interesse besteht an Kooperation, Vernetzung mit anderen KE-Psychotherapeuten sowie an Informationen über die KE?
- Wie hoch ist die Zufriedenheit der KE-Psychotherapeuten a) hinsichtlich der Zusammenstellung der Tätigkeitsfelder und b) hinsichtlich der KE selbst?

Bereich	Einzelvariablen
Soziodemographie	Alter, Geschlecht
Approbation	Approbation als PP, als KJP
Landeskammer	Stadt-/Landkreiskennzeichen
Art der Praxis	eigene Praxis, Praxisgemeinschaft
Art des angewandten Therapieverfahrens	Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; weitere Verfahren, Zusatzqualifikationen
Anträge auf Kostenerstattung	Anzahl, Ablehnungsrate, Bearbeitungszeit
Finanzierung der Behandlungen	Kostenerstattung, private KV/Beihilfe, Selbstzahler, über Kinder- und Jugendhilfegesetz KJHG, Berufsgenossenschaft BG; Vergütung, Rechnung
Arbeitszeit	Arbeitszeit pro Jahr (in Wochen); Arbeitszeit pro Woche (in Stunden), Behandlungsstunden, organisatorische und andere Arbeiten
Tätigkeiten außerhalb der Kostenerstattungspraxis	Weitere freiberufliche Tätigkeit, Angestelltentätigkeit
Wartezeiten/Kapazität	Führen einer Warteliste, Wartezeit auf Erstgespräch, auf Therapieplatz; Kapazität für weitere Patienten
Kassensitz	Bewerbung auf einen Kassensitz, bisherige Wartezeit
Vernetzung	Zugangswege der Patienten, Interesse an Kooperation, Vernetzung und an Informationen zur Kostenerstattung
Zufriedenheit	Zufriedenheit mit der Zusammenstellung der Tätigkeitsfelder, Zufriedenheit mit der KE
Freitextangaben	Beurteilung der Situation der Kostenerstattung aus Sicht der Patientinnen und Patienten? Beurteilung der Situation als Kostenerstattungstherapeutin/Kostenerstattungstherapeut? (jeweils Stärken/Probleme/Besonderheiten); Wünsche/Veränderungsbedarf zur KE; Wünsche an die Kammer?

Tabelle 1: Befragungsinhalte

Methodik

Fragebogen

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde von den Autoren ein vierseitiger Fragebogen entwickelt, der in 28 Itemblöcken insgesamt ca. 110 Einzelvariablen erfasst. Die Inhalte des Fragebogens sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Durchführung und Datenauswertung

Für die Befragung wurden Ende September 2014 die Mitglieder der beiden initiierten Psychotherapeutenkammern Berlin und Baden-Württemberg per E-Mail angeschrieben mit der Bitte um ihre Teilnahme für den Fall, dass sie ambulante psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der KE erbringen. Da in beiden Kammern das Merkmal „KE“ nicht in den Mitgliederdatenbanken vermerkt ist, mussten die E-Mail-Adressen per Ausschluss ermittelt werden. In Baden-Württemberg wurden deshalb alle aktiven Mitglieder angeschrieben, die zum Zeitpunkt der Befragung keine KV-Zulassung hatten und für die eine E-Mail-Adresse hinterlegt war ($n = 1.126$). Nicht ausgeschlossen wurden Mitglieder, die in einem Angestelltenverhältnis (z. B. Beratungsstelle, Rehaklinik) arbeiten, da diese nicht

selten ergänzend zur Angestelltentätigkeit eine private Praxis betreiben, die auch ggf. über die KE finanziert wird. In Berlin wurden alle aktiven Mitglieder angeschrieben ($n = 4.072$). Darüber hinaus konnte auf verschiedene E-Mail-Verteilerlisten zurückgegriffen werden. Nach internen Schätzungen der Landespsychotherapeutenkammern lag die Anzahl der KE-Psychotherapeuten in Berlin zum Zeitpunkt der Befragung bei ca. 400, in Baden-Württemberg kann sie auf der Basis einer früheren Studie (Nübling et al., 2014) auf ca. 200 geschätzt werden.

Die Datenanalyse umfasst ausschließlich deskriptive Statistiken. Verwendet wurde die Statistiksoftware SPSS.

Stichprobe

Insgesamt nahmen 315 Psychotherapeuten, die (auch) im Rahmen der KE arbeiten, an der Befragung teil. Nach Überprüfung der eingehenden Fragebögen mussten 17 Fälle wegen widersprüchlicher und/oder zu vielen fehlenden Angaben eliminiert werden. Somit standen Daten von 298 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verfügung. Von diesen sind etwa 72% ($n = 214$) in Berlin und etwa 18% ($n = 53$) in Baden-Württemberg tätig. Mitglieder anderer Landespsychotherapeutenkam-

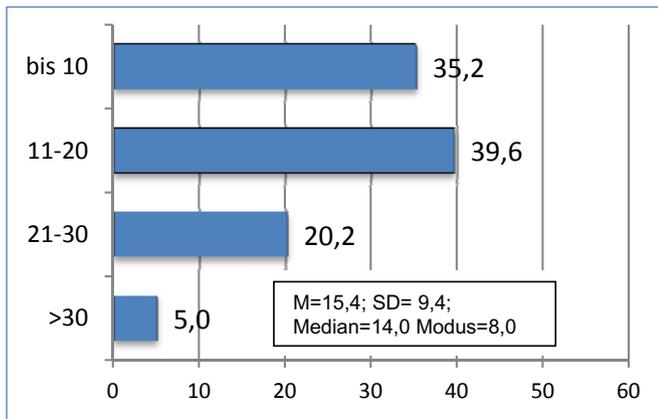


Abbildung 1: Einzeltherapie im Rahmen der Kostenerstattung; Stunden pro Woche, kategorial; n_{ges} = 298

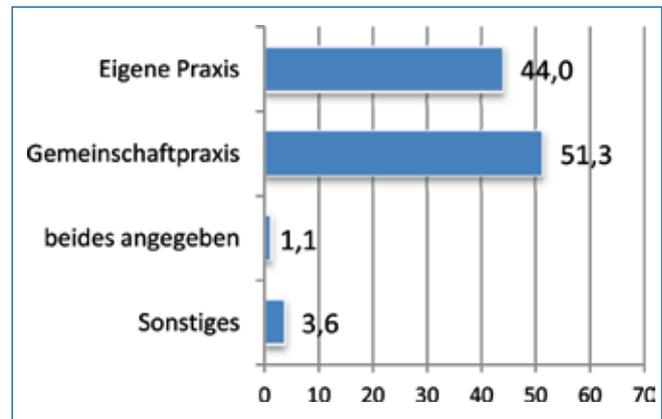


Abbildung 2: Rahmen der Tätigkeit; n_{ges} = 277

mern waren zu 5% (n = 17) beteiligt, weitere ca. 5% (n = 14) haben zur regionalen Herkunft keine Angabe gemacht. Auf der Grundlage o. g. Schätzungen der absoluten Anzahl an KE-Psychotherapeuten lag die Rücklaufquote für Berlin bei etwas mehr als 50%, für Baden-Württemberg bei ca. 25%. Etwa 80% der Befragten waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 45,5 Jahren (sd = 10,0; Min: 27; Max: 80). Hinsichtlich der Art der Approbation handelt es sich bei über 80% (n = 243) der Befragten um Psychologische Psychotherapeuten sowie bei etwa 13% (n = 39) um Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Etwa 5% (n = 15) waren doppelt approbiert (bei einer fehlenden Angabe).

Ergebnisse

Therapeutische Verfahren und Qualifikation

Zum Verfahren, das Grundlage der Approbation war, gaben knapp 60% der Befragten Verhaltenstherapie an, ca. 40% hatten eine Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und ca. 10% eine Ausbildung in analytischer Psychotherapie (Mehrfachantworten waren möglich). Als weitere Psychotherapieverfahren wurden systemische Therapie (16%), Gestalttherapie (6%) sowie Gesprächspsychotherapie (5%) genannt. An Zusatzqualifikationen wurden angegeben: EMDR/Traumatherapie (18,3%), Hypnotherapie (7,8%), Schematherapie (6,8%), Dialektisch Behaviorale Psychotherapie (DBT; 4,4%), Körperpsychotherapie, Schmerztherapie und Psychoonkologie (jeweils 3,4%).

Arbeitszeiten und Rahmen der Tätigkeit

Bezüglich der Arbeitszeiten wurden zum einen die wöchentlichen Stunden der in der KE erbrachten Einzeltherapien erfasst sowie darüber hinaus auch zusätzliche Zeiten, zum Beispiel für organisatorische Tätigkeiten. Wie Abbildung 1 zeigt, lag die durchschnittliche Anzahl der wöchentlichen Therapiesitzungen bei etwa 15 Stunden, wobei etwa 35% der Befragten bis zu zehn Stunden und weitere 40% zwischen elf und

jeweils M/sd	KEV-Studie n = 295	Nübling et al. (2014) n = 426
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	41,6/7,9	41,4/7,4
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	23,3/12,3	26,0/15,5
Behandlungsstunden	15,4/9,4	18,9/13,6
Probatorische Sitzungen	–	1,2/1,5
Zusätzliche Tätigkeiten (z. B. Supervision, telefonische Beratung, Lehre, Fortbildung, QS/QM, Anträge, Bürotätigkeiten)	8,6/6,5	5,6/5,6
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	620,6/375,9	882,2/623,7
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ²	970,8/538,6	1131,5/712,9

Tabelle 2: Arbeitszeiten der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in der Kostenerstattung; Vergleich Psychotherapeuten (PT) in „freier“ Praxis aus Nübling et al. (2014) (Nübling et al., 2014b)
Legende: ¹entspricht (Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen) x Jahresarbeitszeit; ²entspricht Wochenarbeitszeit x Jahresarbeitszeit; geringfügige Abweichungen durch Missing-Data-Korrekturen; M = Mittelwert, sd = Standardabweichung

20 Stunden Einzeltherapie in der Woche durchführten.

In Tabelle 2 werden Jahres- und Wochenarbeitszeit, die jährliche Behandlungskapazität sowie die Gesamtstundenbelastung berechnet und mit Ergebnissen aus einer früheren Studie (Nübling et al., 2014) verglichen. In der aktuellen Erhebung ergab sich eine mittlere Jahresarbeitszeit von knapp 42 Wochen und eine Wochenarbeitszeit von insgesamt 23 Stunden. Die jährliche Behandlungskapazität in der privaten Praxis lag bei ca. 620 Behandlungsstunden, die jährliche Gesamtarbeitszeit bei knapp 1.000 Stunden. Im Vergleich zu der Erhebung von Nübling et al. (2014) ergaben sich ähnliche Jahresarbeitszeiten, allerdings etwas geringere wöchentliche Behandlungsstunden und damit auch eine niedrigere Behandlungskapazität. Weiterhin zum Vergleich:

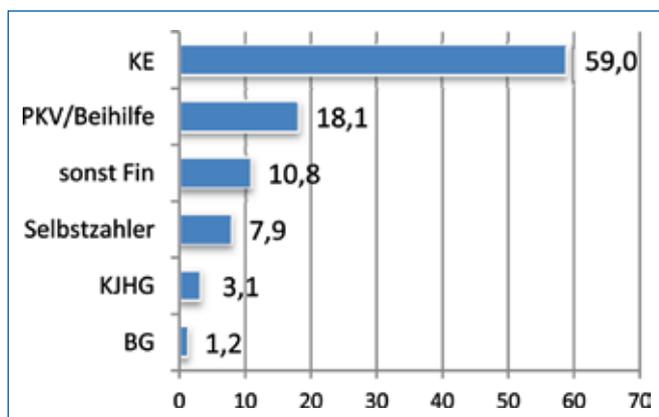


Abbildung 3: Finanzierung Einzeltherapie; Prozentanteil an der Gesamtstundenzahl; $n_{ges} = 298$

KV-zugelassene Psychotherapeuten kommen auf jährlich ca. 1.250 Behandlungsstunden bzw. auf eine jährliche Arbeitszeit von 1.800 Stunden (vgl. Nübling et al., 2014). Wie im folgenden Abschnitt erläutert, hat die Mehrheit der KE-Psychotherapeuten neben ihrer Praxis weitere Tätigkeitsfelder, woraus die im Vergleich zu den KV-zugelassenen Psychotherapeuten niedrige durchschnittliche Anzahl der Behandlungsstunden gut erklärbar ist.

Bezüglich des Rahmens der praktischen Tätigkeit gaben etwa 44% der Befragten an, in einer eigenen Praxis zu arbeiten, etwas mehr (51%) arbeiten zusammen mit anderen Kolleginnen und Kollegen in einer Praxisgemeinschaft (Abbildung 2). Der überwiegende Anteil der KE-Psychotherapeuten ist erst kurz in ambulanter Praxis tätig, 71% erst seit 2010. Etwa ein Viertel der Befragten arbeitet bereits seit dem Jahr 2000 im Rahmen der KE, ein kleiner Anteil (5%) schon vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999.

Andere Tätigkeiten außerhalb der Psychotherapie in der Kostenerstattung

Neben der Tätigkeit in der KE-Praxis werden von etwa der Hälfte der Befragten weitere freiberufliche Tätigkeiten angegeben. Diese erfolgen im Schnitt neun Stunden pro Woche, bei einem Minimum von einer und einem Maximum von 31 Stunden. Etwa ein Drittel der Befragten (32,7%) gab an, in einem Angestelltenverhältnis zu stehen. Hier wurden insbesondere genannt: Tätigkeit in einer Klinik (32% derer, die angestellt sind; $n = 82$), an einer Beratungsstelle (25%) oder in einem nicht näher bezeichneten „anderen“ Kontext (45%). Nur wenige sind angestellt in einer Praxis bei einem Kollegen oder einer Kollegin mit KV-Zulassung (7%) oder in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ; 5%).

Verbindet man beide oben genannten Variablen, also die der anderen selbstständigen Tätigkeit sowie der Angestelltentätigkeit, so ergibt sich folgendes Bild: für $n = 233$ Befragte liegen beide Informationen vor, davon sind

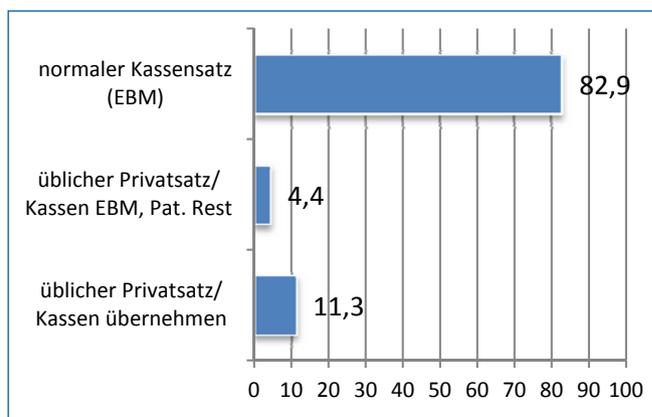


Abbildung 4: Finanzierung der KEV-Behandlungen, $n = 269$

- 36,0% ($n = 84$) ausschließlich in eigener Praxis,
- 33,9% ($n = 79$) zusätzlich in einer anderen selbstständigen Tätigkeit,
- 14,6% ($n = 34$) zusätzlich als Angestellte und
- 15,5% ($n = 36$) zusätzlich sowohl selbstständig als auch angestellt tätig,

Anträge auf Kostenerstattung: Anzahl, Ablehnungsrate und Bearbeitungszeit

Insgesamt wurden im letzten Jahr (vor der Befragung) von jedem KE-Psychotherapeuten im Durchschnitt 11,3 Anträge auf KE gestellt, etwa 60% der Befragten gaben eine Anzahl von bis zu zehn Anträgen, weitere 30% von elf bis 20 Anträgen im Jahr an. Das Maximum lag bei 51 Anträgen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit wurde mit knapp fünf Wochen angegeben, nur ein Viertel der Anträge wird in einem Zeitraum von unter vier Wochen bearbeitet, die Bearbeitung von etwas über 10% der Anträge dauerte sieben Wochen oder mehr. Die überwiegende Zahl der Anträge (67%) wurde binnen vier und sechs Wochen bearbeitet. Etwa 1,6 Anträge wurden pro Jahr abgelehnt, wobei 42% der Befragten angegeben haben, dass kein Antrag im letzten Jahr abgelehnt wurde, etwa 38% gaben ein bis zwei Ablehnungen und weitere 15% drei bis fünf Ablehnungen an. Bei etwa 5% der Befragten lag die Ablehnung bei sechs oder mehr Anträgen im Jahr. Bei durchschnittlich 11,3 gestellten Anträgen entspricht dies einer Bewilligungsquote von 85,5%. Im Vergleich hierzu werden im Gutachterverfahren der Richtlinienpsychotherapie mehr als 95% der Anträge bewilligt.

Finanzierung der Behandlungen

Hinsichtlich der Finanzierung zeigte sich, dass etwa 60% der Behandlungen im Rahmen der KE abgerechnet werden, weitere etwa 18% werden von privaten Krankenversicherungen bzw. von der Beihilfe erstattet. Eine sonstige Finanzierung wird bei etwa 11% der Behandlungen angegeben und etwa

8% werden von den Patienten selbst getragen. Ein sehr geringer Anteil von etwa 3% wird (in Berlin) über das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) finanziert, etwas mehr als 1% der Behandlungen über die Berufsgenossenschaft (BG; Abbildung 3). Bezogen auf die absoluten Behandlungsstunden entspricht dies für KE-Psychotherapien im Durchschnitt neun Stunden, für PKV/Beihilfe 2,8 Stunden, Selbstzahler 1,2 Stunden, KJHG 0,5 Stunden und BG 0,2 Stunden.

Des Weiteren gaben die Befragten für über 80% der Behandlungen an, dass sie diese über den normalen Kassensatz (EBM) abrechnen, in 11,3% der Behandlungen wird der übliche Privatsatz berechnet, der von den Krankenkassen übernommen wird, und in sehr wenigen Fällen (4,4%) übernehmen die Kassen den normalen Satz und der Patient bezahlt den Rest zum üblichen Privatsatz auf (Abbildung 4). Des Weiteren stellt etwa die Hälfte der KE-Psychotherapeuten das Erstgespräch kostenlos zur Verfügung, d. h. im Umkehrschluss, dass etwa ebenfalls die Hälfte das Erstgespräch berechnet.

Wartezeiten und Kapazität für weitere Patienten

Bezüglich der Wartezeiten und der Kapazität für weitere Patienten zeigte sich, dass nur 14% der KE-Psychotherapeuten eine Warteliste führen und über 55% noch freie Plätze zur Verfügung zu haben. Etwa 31% der Psychotherapeuten hatten die Warteliste geschlossen bzw. führten keine. Für die Praxen, die eine Warteliste führen, betrug die Wartezeit auf ein Erstgespräch im Durchschnitt 5,1 Wochen, auf einen Therapieplatz etwa elf Wochen. Hiermit korrespondierend gaben etwas mehr als 50% der Befragten an, weitere Patienten in ihrer KE-Praxis aufnehmen zu wollen und zu können. Demgegenüber wollen etwa 42% den Behandlungsumfang in etwa gleich halten wie bisher und nur knapp 8% der Befragten planen, den Behandlungsumfang zu reduzieren.

Bewerbung auf einen Kassensitz

Mehr als die Hälfte der Befragten (53,2%; n = 151) hätte gerne einen Kassensitz, aber nur etwa ein Viertel hiervon gab an, sich auf einen Kassensitz beworben zu haben. Die durchschnittliche Wartezeit betrug ca. 22 Monate. Bei etwa der Hälfte der Befragten betrug sie bis zu zehn Monate, bei jeweils ca. 15% zwischen elf und 20 bzw. 21 und 30 Monate sowie bei etwa einem Fünftel mehr als 30 Monate (Abbildung 5 und Abbildung 6).

Als Gründe für eine Nicht-Bewerbung auf einen Kassensitz wurden am häufigsten genannt:

- zu geringes Approbationsalter bzw. eine zu kurze Zeit nach der Approbation (weniger als fünf Jahre),
- geringe Erfolgsaussichten einer Bewerbung („aussichtslos“; „keine Chance“),
- mehrere gescheiterte Versuche bzw. Anträge auf einen Sitz,

- intransparente Vergabekriterien („unfair“; „skandalös“),
- hoher Aufwand für eine Bewerbung,
- hohe Kosten für den Kauf einer Praxis, auch vor dem Hintergrund, dass viele KV-zugelassene Psychotherapeuten, die verkaufen wollen, ursprünglich nicht für ihre Praxis bezahlen mussten,
- aktuell gute Auslastung bzw. Nachfrage,
- Vorteile des privaten Status im Sinne von freier und unabhängiger, unter anderem von der KV, aber auch insgesamt in Bezug auf Familien-/Lebensplanung,
- Möglichkeit, neben einer Angestelltentätigkeit (zum Beispiel Beratungsstelle oder Klinik) ergänzend in kleinem Umfang in einer eigenen Praxis arbeiten zu können.

Zugangswege der Patienten

Hinsichtlich der Zugangswege in die KE-Praxis zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der Patienten über Internetseiten mit Bezug zur Psychotherapie (zum Beispiel Suchmaschinen der Landeskammern oder der KV) oder die Webseite der Praxis selbst (52%) in die Psychotherapie kamen. Die klassischen Zugangswege über Haus- und Facharzt gaben 28 bzw. 35% der Befragten an, etwa 20% der Patienten kamen über eine Klinik.

Interesse an Vernetzung

Insgesamt waren die meisten Befragten an einer stärkeren Vernetzung der KE-Psychotherapeuten interessiert: Etwa 74% äußerten Interesse an Kooperationsformen sowie Informationen dazu, etwa 70% an einer kammergebundenen Vernetzung der KE-Psychotherapeuten und etwa 75% vermerkten hierzu ihre E-Mail-Adresse für den Fall, dass eine solche Vernetzung organisiert werden würde.

Zufriedenheit

Erfragt wurde auch die Zufriedenheit mit der Zusammenstellung der Tätigkeitsbereiche sowie insgesamt mit der KE-Situation. Hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche zeigte sich, dass etwas mehr als 25% damit sehr zufrieden sind und weitere 60% zufrieden. Demgegenüber äußerten sich nur etwa 15% unzufrieden oder sehr unzufrieden. Bezüglich der Zufriedenheit als KE-Psychotherapeut insgesamt ergab sich ein ähnliches, wenngleich etwas abgeschwächtes Bild: Hier zeigten sich nur etwa 8% mit der Situation sehr zufrieden und etwa 65% zufrieden; demgegenüber gab ein starkes Viertel der Befragten an, damit unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein.

Analyse der Freitextangaben

Im Rahmen von Freitextantwortmöglichkeiten wurden die Befragten gebeten, Stärken, Probleme und Besonderheiten der Psychotherapie im Rahmen der KE in eigenen Worten zu beschreiben. Diese lassen sich gliedern in Angaben zur Pa-

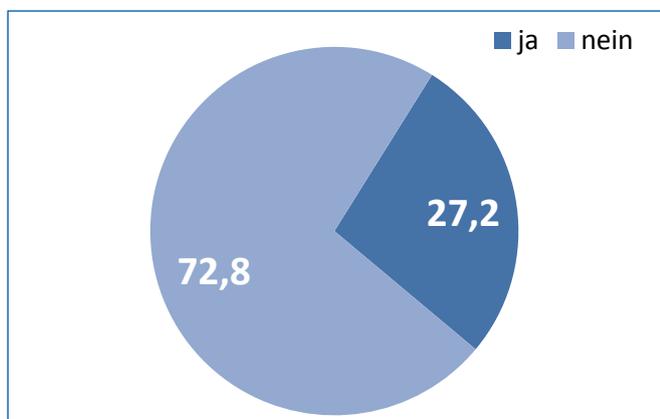


Abbildung 5: Bewerbung auf einen Kassensitz; Anteile in %; $n_{ges} = 272$

tientenperspektive, zur Perspektive der KE-Psychotherapeuten allgemein, zur Rolle der Krankenkassen bzw. ihres medizinischen Dienstes sowie zu den Wünschen der Befragten.

Aus der Patientenperspektive

Wer findet den Weg in die Psychotherapie? Wie die KE-Psychotherapeuten berichten, sind Patienten oft nicht über die Möglichkeit der KE informiert bzw. kennen diesen Zugang nicht. Mit dem Antragsprozedere seien viele überfordert – die Formalitäten stellten insbesondere für Migranten und schwer kranke Patienten, Patienten mit sozialen Ängsten, gemindertem Antrieb und Problemen in der Selbstorganisation eine große Hürde dar, viele Patienten seien von den Anforderungen abgeschreckt. Positiv wird gesehen, dass durch dieses Verfahren vorwiegend motivierte Patienten in die Psychotherapie fänden, sie zeigten in der Therapie ein hohes Engagement.

Die therapeutische Beziehung. Sehr häufig wurde darauf hingewiesen, dass Patienten den Unterschied zwischen kassenzugelassenen und nicht zugelassenen Psychotherapeuten nicht verstünden und mitunter eine mangelnde Qualifikation als Grund der fehlenden Zulassung vermuten, was das therapeutische Bündnis schwäche. Andere Psychotherapeuten berichten hingegen eine Stärkung des therapeutischen Bündnisses: Die Patienten erlebten einen Psychotherapeuten, der sich für sie bei den Formalitäten bzw. gegenüber der Krankenkasse engagierte.

Unsicherheit bei der Kostenübernahme. Viele der befragten KE-Psychotherapeuten kritisieren, dass die KE für Erstgespräch und Probatorik zunächst nicht gesichert sei, sodass Psychotherapeuten oder Patienten finanziell in Vorleistung treten müssten. Auch die Unsicherheit, ob die KE für eine Verlängerung der Psychotherapie erfolge, sei problematisch. Patienten und Psychotherapeuten fühlten sich oft als Bittsteller bei den Krankenkassen.

Aus der Psychotherapeutenperspektive

Scheinbar widersprüchliche Aussagen. Es wird einerseits als Vorteil gesehen, sehr zeitnah mit der Psychotherapie beginnen zu können, andererseits wird aber auch beklagt, dass man

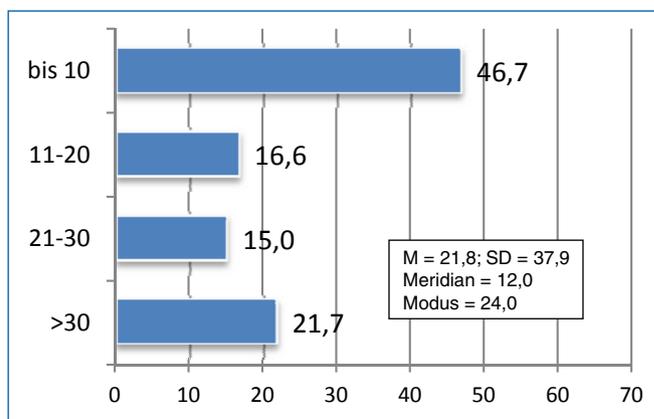


Abbildung 6: Zeit nach Bewerbung auf einen Kassensitz in Monaten; Anteile in %; $n_{ges} = 60$

„einen langen Atem“ brauche – diese Widersprüche werden verständlich, wenn man das unterschiedliche Bewilligungsverhalten der Krankenkassen und den unterschiedlichen Erfahrungshintergrund der KE-Psychotherapeuten berücksichtigt. Wer zum Zeitpunkt der Befragung Erfahrungen mit unterschiedlichen Krankenkassen hatte, auf die unterschiedlichen Anforderungen eingestellt war und hauptsächlich Patienten von kostenerstattungsfreundlichen Krankenkassen aufnahm, konnte sich der Bewilligung der Psychotherapien (relativ) sicher sein, mit den Sitzungen sofort beginnen und musste aufgrund der rückwirkenden Erstattung der Therapiekosten auch keine Antragspausen abwarten. KE-Psychotherapeuten, die keine Auswahl der Patienten nach Krankenkasse vornehmen wollten (z. B. aus ethischen Erwägungen) oder konnten (z. B. aus Mangel an Anfragen oder bei Neueröffnung der Praxis), erlebten ein deutlich höheres Risiko, dass Psychotherapien nicht bewilligt wurden und waren darauf angewiesen, entweder das Risiko einzugehen, unbezahlt zu arbeiten, oder die KE für die Probatorik und die Psychotherapie abzuwarten und ggf. Widerspruchsverfahren bis zur KE zu begleiten. In dieser Situation waren zwei Antragspausen und viel Geduld bis zur Therapiebewilligung notwendig.

Arbeitsbedingung im Rahmen der Kostenerstattung.

Neben der Möglichkeit eines schnellen Therapiebeginns wird als *positives* Merkmal festgehalten, dass die Arbeit als Psychotherapeut möglich sei, ohne einen Praxis teuer kaufen zu müssen, und dass man frei von den Regularien des kassenärztlichen Systems sei: Es gebe keine Urlaubs- und Vertretungsregelungen, keine Deckelung bei der Leistungserbringung, aber auch keine Mindestversorgung, die geleistet werden müsse. Die Arbeit in der KE-Praxis wird von einigen auch als eine gute Ergänzung zu Angestellten-tätigkeiten angesehen. Sie könne besser als im KV-System an die jeweilige Lebenssituation bzw. -phase, z. B. Familiengründung mit kleinen Kindern, angepasst werden. Des Weiteren könnten durch die Rechnungsstellung nach GOP und ohne den Abzug der Verwaltungskosten durch die KV auch höhere Einkünfte erzielt werden, die Rechnungslegung könne individuell gestaltet werden und die Krankenkassen würden zügig zahlen.

Als *negativ* wird vor allem die Unsicherheit hinsichtlich der Zukunft der KE hervorgehoben. Man habe keine Planungssicherheit, erlebe sich als Bittsteller und fühle sich als „Psychotherapeut zweiter Klasse“ behandelt. Es gebe hohe bürokratische Hürden, die einen erhöhten Arbeitsaufwand bzgl. der Beantragung der Psychotherapie zur Folge hätten. Insbesondere die Begleitung des Widerspruchsverfahrens bei Ablehnungen sei aufwendig und werde unbezahlt geleistet. Auch das Erstgespräch erfolge zum Teil unbezahlt. Man erlebe Konkurrenzdruck, müsse sich überlegen, was man anbieten könne.

Bezogen auf die Rolle der Krankenkassen

Fehlinformationen durch Krankenkassen. Bezogen auf die Krankenkassen beklagen viele Befragte, dass Patienten häufig falsch informiert werden, z. B. durch schlecht informierte Sachbearbeiter, die überdies noch KE-Psychotherapeuten diffamierten und ihre Qualifikationen infrage stellten. Es werde oft auf freie Therapieplätze bei Kassenpsychotherapeuten verwiesen, die bei entsprechender Nachfrage des Patienten dann gar nicht frei seien, und es würden zum Teil inadäquate Forderungen bezüglich der Therapieanfragen bei kassenzugelassenen Psychotherapeuten gestellt (z. B. die Dokumentation von zehn und mehr Anfragen).

Bewilligungspraxis der Krankenkassen. Wie die befragten KE-Psychotherapeuten hervorhoben, sei die Bewilligung von Psychotherapien bei einigen Kassen unkompliziert, andere wiederum bewilligten Psychotherapien nur bei schwer kranken Patienten oder gar nicht oder böten ihren Versicherten alternative Leistungen (z. B. „Gesundheitscoaching“) anstelle einer Psychotherapie an. Darüber hinaus seien die Formalien für die Beantragung einer KE-Psychotherapie uneinheitlich bei den verschiedenen Krankenkassen. Zudem sei die Bewilligung eine Einzelfallentscheidung, die vom Sachbearbeiter und seinem Ermessensspielraum abhängt, was bisweilen als Willkür erlebt werde.

Leistungskürzungen. Sowohl die beantragten Therapiekontingente würden bisweilen von Krankenkassen gekürzt als auch die Rechnungen für die erbrachten Leistungen, einige Ziffern könnten nicht abgerechnet werden, Rechnungen nach GOP würden nicht vollständig übernommen.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Begutachtung bei der Beantragung der Psychotherapie laufe über den MDK und sei anders geregelt als im Gutachtersystem gemäß Psychotherapierichtlinie/Psychotherapievereinbarung: Es gebe keinen Obergutachter, die Psychotherapeuten bekämen keine Rückmeldung zur Begutachtung und erlebten das Verfahren als intransparent. Die Begutachtung werde meist durch Psychiater, nicht durch Psychotherapeuten durchgeführt. Es wird infrage gestellt, ob der Datenschutz gewährleistet sei und ob es sich um ein Fachgutachten handle.

Wünsche an die Kammern

Die Wünsche der KE-Psychotherapeuten beziehen sich zum einen auf konkrete Unterstützung bei ihrer Arbeit: das Einrich-

ten einer Beschwerdestelle, juristische Unterstützung und Einflussnahme bei Krankenkassen bei Ablehnungen bzw. bei der Durchsetzung der gesetzlichen Ansprüche der Patienten sowie juristische Unterstützung bei Leistungskürzungen. Es wird ein einheitliches, vereinfachtes Formularwesen und Antragsprozedere gewünscht sowie die gesicherte Übernahme von Erstgesprächen und Probatorik. Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist der Wunsch nach Anerkennung: Hier sollten die Kammern (und auch die Berufsverbände) aus Sicht der Befragten mehr Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die Möglichkeit der KE und vor allem auch über die gleichen Qualifikation der KE-Psychotherapeuten leisten. Weitere Wünsche bezogen sich auf die Gestaltung des Versorgungssystems: Vor allem die politische Einflussnahme auf die Bedarfsplanung und die Schaffung von mehr Kassensitzen wurde genannt oder auch die Abschaffung der Zulassungsbegrenzung.

Diskussion

Die vorgestellte Befragung von Psychotherapeuten, die ganz oder teilweise im Rahmen der KE arbeiten, war zunächst bundesweit geplant, bezog nun aber vorwiegend Mitglieder der Berliner sowie – in kleinerem Umfang – der Baden-Württembergischen Psychotherapeutenkammer sowie weiterer Landeskammern ein. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse zumindest teilweise auf die bundesdeutsche Situation übertragen werden können.

Die Situation der KE-Psychotherapeuten ist danach einerseits geprägt von Unsicherheit hinsichtlich der künftigen Entwicklungen, insbesondere der Frage, inwieweit auch in der Zukunft die Möglichkeit der Abrechnung von Psychotherapie im Rahmen der KE gegeben sein wird. Da die hier Befragten ca. 60% ihrer Einkünfte aus privater Praxis durch KE beziehen (mit durchschnittlich ca. zehn Std./Woche), ist dies auch mit existenziellen Fragen verbunden. Ein zweiter kritischer Punkt besteht in einem gewissen Rechtfertigungsdruck, sowohl gegenüber Krankenkassen als auch gegenüber Patienten „nachweisen“ zu müssen, dass sie die gleiche Qualifikation aufweisen wie ihre KV-zugelassenen Kollegen („Psychotherapeuten zweiter Klasse“). Trotz dieser häufig geäußerten Belastung wird von der überwiegenden Mehrheit der Befragten auf die Freiheiten hingewiesen, die eine Niederlassung außerhalb des KV-Systems mit sich bringt (keine Urlaubs- und Vertretungsregelungen, keine Deckelung, keine Mindestversorgung, kein Praxiskauf). Insbesondere die höhere Flexibilität hinsichtlich Verteilung der Arbeitszeiten ist vor allem für die jungen und meist weiblichen Psychotherapeuten ein großer Anreiz. Die Freiheiten außerhalb des Systems ziehen allerdings auch Fragen nach der Verpflichtung zur Berufsaufsicht, zur Qualitätssicherung sowie zur Fort- und Weiterbildung nach sich, wie sie im System von den KV-zugelassenen Mitgliedern laufend zu erbringen sind. Die berufsrechtlichen Pflichten gelten zwar grundsätzlich für alle approbierten Psychotherapeuten, sie werden außerhalb des KV-Systems jedoch nicht fortlaufend

geprüft, z. B. besteht keine Nachweispflicht für 250 Fortbildungspunkte innerhalb von fünf Jahren.

Insgesamt scheinen die Psychotherapeuten sowohl mit der Zusammenstellung ihrer Tätigkeitsfelder als auch mit der KE als solche weitgehend zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Eine Online-Befragung der DPtV ergab bei niedergelassenen Psychotherapeuten eine ähnlich hohe Zufriedenheit bezogen auf die psychotherapeutische Praxistätigkeit insgesamt (Rabe-Menssen und Hild-Steimecke, 2013). Für die hier vorgelegte Studie ist dabei allerdings zu berücksichtigen, dass viele Krankenkassen zum Zeitpunkt der Befragung (Ende 2014) der KE deutlich positiver gegenüberstanden als danach; im Laufe des Jahres 2015 verdichteten sich die Hinweise, dass die KE von bisher gut kooperierenden Kassen restriktiver gehandhabt wird.

Eine wichtige Frage für die Zukunft der KE wird sein, welche Konsequenzen sich aus dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ergeben, z. B. inwieweit nicht zugelassene Kollegen im Rahmen eines Jobsharings in bestehende KV-Praxen eingebunden werden und damit ein höherer Versorgungsumfang realisiert werden kann. Gleichzeitig wird mit dem VSG die Regelung zur Nachbesetzung bei Praxisübergabe in als überversorgt (Grenze: 140%) geltenden Regionen (Planungsbereichen) verschärft. Nach Berechnungen der BPtK wären davon 4.300 (ca. 20%) KV-Praxen betroffen, wodurch sich die aktuelle Versorgungssituation deutlich verschlechtern würde. Eine Korrekturmöglichkeit besteht in der Reform der Bedarfsplanung, womit der G-BA beauftragt wurde. Die Psychotherapeutenkammern fordern schon lange eine realistische, am tatsächlichen Bedarf orientierte Planung (Bundespsychotherapeutenkammer BPtK, 2015b). Für Berlin lässt sich gut zeigen, wie ein rechnerischer „offizieller“ Versorgungsgrad von annähernd 200% (!!) zu einem deutlichen Anstieg der Praxen geführt hat, die im Rahmen der KE arbeiten. An diesem Beispiel wird offensichtlich, dass die aktuelle Bedarfsplanung nicht dem aktuellen Bedarf entspricht.

Aus einer eher makroperspektivischen gesundheitspolitischen und auch gesundheitsökonomischen Sichtweise müsste darüber hinaus mehr thematisiert werden, dass die Effektivität und Effizienz von Psychotherapie gut belegt ist, auch im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen, und einen hohen gesellschaftlichem Nutzen erbringt (Return on Investment 1:3-4,5; vgl. z. B. Nübling, Bär, Jeschke, Ochs, Sarubin & Schmidt, 2014; Wittmann et al., 2011; Wunsch, Kliem, Grochowski & Kröger, 2013). Gleichzeitig wird nur ein kleiner Teil der Ausgaben für psychische Erkrankungen in Psychotherapien investiert und nur ca. 10-20% der psychisch erkrankten Menschen erhalten überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung (Nübling, Bär et al., 2014). Aus dieser Perspektive wäre nicht weniger, sondern mehr Geld für die psychotherapeutische Versorgung und wären damit auch mehr Zulassungen zu fordern.

Priorität hat auch der Erhalt eines solidarischen Diskurses innerhalb der Berufsgruppe, um keiner durch äußeren Druck

erzeugten Spaltung zwischen Psychotherapeuten mit KV-Praxen und den „Privatbehandlern“, die Patienten im Rahmen der KE versorgen, nachzugeben und damit einem Generationenkonflikt Vorschub zu leisten. Gerade angesichts unterschiedlicher Bedingungen der Tätigkeit (z. B. Bezahlung, Genehmigungsverfahren, Therapiedauer, ökonomische Absicherung) liegt hier ein nicht unerhebliches Risiko. Hier gilt es auch, möglichem Druck von Krankenkassen, die die Spaltung der Profession durch besondere Bedingungen bei der Gestaltung von IV-Verträgen forcieren, standzuhalten. In diesem Zusammenhang muss noch einmal hervorgehoben werden, dass das System im SGB V eigentlich so angelegt ist, die Vertragspsychotherapie so zu planen, dass es außerhalb des Systems keinen weiteren Bedarf gibt. KE ist nur dann und solange gerechtfertigt, wie dieses System versagt. Das heißt, die Kammern sollten primär auf ein Funktionieren des Systems hinwirken, z. B. durch die Forderung einer am Bedarf orientierten Bedarfsplanung, andererseits aber auch darauf, dass jeder Patient, der eine Psychotherapie benötigt, diese auch erhält. Zu würdigen ist an dieser Stelle das Engagement der Kollegen, die bereit waren und sind, sich an der Patientenversorgung im Rahmen der KE zu beteiligen. Sie haben dafür Praxen angemietet und in Praxisausstattungen investiert sowie sich in die besonderen Formalitäten eingearbeitet, um schlecht versorgten Patienten helfen zu können, ohne jegliche Sicherheit für den zukünftigen Erhalt ihrer Praxen.

Dank

Wir danken allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich bereit erklärt haben, an der Befragung mitzuwirken. Des Weiteren danken wir Elena Nübling für die kompetente Unterstützung bei Dateneingabe und Datenmanagement sowie Dominik Kempf bei der Aufbereitung der Datenauswertungen. Unser Dank gilt schließlich auch den beiden Gutachtern Dr. H. Vogel und Dr. M. Thielen für ihre konstruktiven und wertvollen Rückmeldungen.

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2013). Kostenerstattung – Ein BPtK-Ratgeber für psychisch kranke Menschen. Verfügbar unter: www.bptk.de/uploads/media/BPtK_Ratgeber_Kostenerstattung_2.pdf [03.09.2015].
- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2015a). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Verfügbar unter: www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf [21.07.2015].
- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2015b). Psychotherapie: Krankenkassen verzögern und informieren falsch. BPtK kritisiert bürokratische Tricks bei der Kostenerstattung. Pressemitteilung, 22.06.2015. Verfügbar unter: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-88.html [21.07.2015].
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV (2015). Bewilligungskosten-entstattung – Kassen verweigern Psychotherapie. Pressemitteilung. Verfügbar unter: www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php [27.10.2015].
- Deutscher Bundestag (2014). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Anstieg der Kostenerstattung für Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Drucksache 18/1947. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, 17.04.2014. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/019/1801947.pdf> [27.10.2015].

Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 13 (4), 389-397.

Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014): Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Stuttgart. Verfügbar unter: www.lpk-bw.de/archiv/news_2014/pdf/20140513_nuebling_et_al_ambulante_pt_versorgung_ergebnisbericht.pdf [21.07.2015].

Psychotherapeutenkammer Bremen (2015). Kostenerstattung in Bremen: eine Bestandsaufnahme. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (2), 182-183.

Rabe-Menssen, C. & Hild-Steimecke, S. (2013). Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen. Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapie Aktuell*, 5, 6-16.

Sude, K. (2015). Kostenerstattung: Patienten in Not. Kassen erschweren Zugang notwendiger ambulanter Psychotherapien. *Psychotherapie Aktuell*, 7 (2), 17-23.

Thomsen, K. (2013). PKSH-Umfrage zur Psychotherapie in Kostenerstattung. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (3), 341-342.

Thomsen, K. (2015). Keine Probleme mehr in der ambulanten Versorgung? – Zweite Umfrage der PKSH zur Kostenerstattung. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (2), 218-220.

Vogel, H., Burgdorf, K. & Millek, A. (2015). Probleme in der Kostenerstattung am Beispiel der Barmer GEK. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 47 (Supplement 1/Rosa Beilage), 9-10.

Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C. et al. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hg. v. Techni-

ker Krankenkasse. Hamburg. Verfügbar unter: www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf [27.10.2015].

Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grocholewski, A. & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland. *Psychologische Rundschau*, 64 (2), 75-93.



Dr. Rüdiger Nübling

Korrespondenzadresse:

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Referat Psychotherapeutische
Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit
Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus?

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

Michael Utsch

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

Psychologisches Interesse an Spiritualität

Nachdem religiöse und spirituelle Themen in der Psychotherapie viele Jahre tabuisiert wurden, markieren zahlreiche Veröffentlichungen der letzten Jahre einen bemerkenswerten Richtungswechsel. In den **Gesundheitsberufen** (Klein, Berth & Balck, 2011; Koenig, 2012), der **Psychologie** (Bucher, 2013), der **Psychotherapie** (Utsch, Bonelli & Pfeifer, 2014; Brentrup & Kupitz, 2015) und der **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** (von Gontard, 2013) werden die spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten¹ differenziert beschrieben und neuerdings Möglichkeiten einer therapeutischen Nutzung religiös-spiritueller Ressourcen diskutiert.

Die Brücke für einen unvoreingenommenen wissenschaftlichen Zugang zu Religiosität und Spiritualität baute die Palliativmedizin. Im Zuge einer bestmöglichen Patientenbetreuung mit dem Ziel, Wohlbefinden bis zum letzten Herzschlag zu ermöglichen, erwies sich die Berücksichtigung von religiösen und spirituellen Bedürfnissen als wesentlich. So formuliert die kürzlich verabschiedete S3-Leitlinie Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie 2015, S. 16): „Im Mittelpunkt der Palliativversorgung steht der Kranke mit seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen.“ In einer Schweizer Studie wurden 251 Patienten, die an einem fortgeschrittenem Karzinom litten, ein Jahr lang psychotherapeutisch begleitet und evaluiert. Über die Hälfte, nämlich 135 Teilnehmer, berichteten von tiefen spirituellen Erfahrungen in dieser Zeit, die mit weniger Schmerzen, weniger Angst, einer höheren Akzeptanz des Todes sowie einer ver-

änderten Selbstwahrnehmung einhergingen (Renz, Schuett, Omlin, Bueche, Cerny & Strasser, 2013). Auch für chronisch Kranke kann sich Spiritualität als eine zentrale Bewältigungshilfe erweisen, wie empirische Studien belegen (Büssing & Frick, 2015).

Es gibt also gute Gründe, das Thema nicht als esoterisch oder pseudowissenschaftlich abzutun. Alexander von Gontard (2013, S. 5) führt drei Argumente ins Feld, warum Spiritualität psychotherapeutisch relevant ist:

- Spirituelle Erfahrungen sind subjektiv real, verbal zugänglich und können beobachtet werden.
- Spirituelle Erfahrungen werden häufig gemacht. Knapp 90 Prozent der Erwachsenen können rückblickend bedeutungsvolle spirituelle Situationen erinnern.
- Spirituelle Erfahrungen können lebensentscheidend sein und die Basis für die Bewältigung späterer Krisen bilden. Wenn sie nicht anerkannt werden, können sie aber auch negative Auswirkungen haben.

Sinndeutung in der Psychotherapie: säkular oder religiös?

Viele Psychologen und Psychotherapeuten reagieren auf religiöse und spirituelle Themen mit Unbehagen, weil damit tief verwurzelte Werthaltungen und Weltbilder verbunden

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

sind, die therapeutisch schwer zugänglich sind. Diesbezügliche Selbsterfahrungen und Weiterbildungen werden kaum angeboten. Viele Reibungspunkte zwischen Psychotherapie und Spiritualität bestehen dadurch, dass religiöse und wissenschaftliche Lebens- und Sinndeutungen miteinander konkurrieren. Sowohl das wissenschaftliche, der Aufklärung verpflichtete Weltbild als auch magisch-mythische Vorstellungen der Religionen wollen die Welt erklären. Eine säkulare Sinndeutung unterscheidet sich von einer religiösen oder spirituellen Variante durch andere Grundannahmen über den Menschen, was zu verschiedenen Wirklichkeitskonstruktionen führt. Dem alltäglichen Verhalten werden dadurch andere Werte zugrunde gelegt und andere Ziele verfolgt.

Wir leben in einem säkularen Zeitalter (Taylor, 2009). Werte und Leitbilder werden heute primär rational und ökonomisch begründet. Anhänger einer naturalistischen Sicht auf den Menschen, die alleine messbare Faktoren gelten lassen wollen, verschaffen sich zunehmend Gehör. Der Atheist Alain de Botton (2013) plädiert überraschenderweise dafür, das reiche kulturelle, moralische und ästhetische Erbe der Weltreligionen im positiven Sinne zu „bestehlen“. Religiöse Wirkungen seien viel zu nützlich, wirksam und intelligent, als dass man sie allein religiösen Menschen überlassen sollte. Vor allem könne die Religion zwei elementare menschliche Bedürfnisse befriedigen, auf die eine säkulare Gesellschaft keine Antwort wisse. Wie können wir trotz unserer tief verwurzelten egoistischen und gewalttätigen Impulse harmonisch in Gemeinschaften zusammen leben? Und wie können wir unsere Endlichkeit, das ungerechte Leiden und den Schmerz aushalten, ohne zu verzweifeln?

In Westeuropa fühlt sich nur noch eine Minderheit einer höheren Macht verpflichtet, die sie durch religiöse oder spirituelle Praktiken und Rituale verehrt. Dennoch hat sich Nietzsches und Freuds Vermutung, Religion werde bald durch die aufgeklärte Vernunft abgelöst, nicht bestätigt. Zwar breitet sich der Atheismus in Europa weiter aus. Besonders in Deutschland ist ihr Anteil seit 1989 größer geworden, zählen doch die neuen Bundesländer im Osten zu einem der weltweit am stärksten säkularisierten Gebiete. Dennoch schätzen sich immerhin 19 Prozent der deutschen Bevölkerung nach dem Religionsmonitor (2008) als hoch religiös ein. Für knapp ein Fünftel der Deutschen sind religiöse oder spirituelle Sinndeutungen auch heute noch in allen Lebensbereichen relevant. Dieser Anteil ist vermutlich in den letzten Jahren angestiegen und wird noch weiter wachsen, weil die überwiegende Mehrheit der Migranten und Flüchtlinge religiös geprägt ist. Für viele Asylbewerber bedeutet ihre Religion eine wichtige Unterstützung, sich fern der Heimat der ungewohnten Umwelt anzunähern. Neben der Sprache und der Erinnerung dient der eigene Glaube als Identifikationsanker, um in der Fremde neu anfangen zu können.

Durch die beachtlichen Migrationsbewegungen in den letzten Jahrzehnten hat sich das sozial-kulturelle Gefüge in Europa stark verändert. Hier begegnen sich unterschiedlichste reli-

giös-weltanschauliche Kulturen und Traditionen. Agnostische Freidenker, religiöse Fundamentalisten verschiedenster Konfessionen, esoterische Sinnsucher, kämpferische Atheisten, distanziert christlich Sozialisierte, Patchwork-Religiöse und liberale Humanisten leben häufig ohne viele Berührungspunkte nebeneinander. Durch die Flüchtlingskrise steht unsere Gesellschaft derzeit vor der großen Herausforderung, die Integration unterschiedlicher kultureller Prägungen und Weltbilder – insbesondere zwischen einer religiösen und säkularen Weltdeutung – zu bewältigen.

Sinn kann auf säkularen oder auf religiös-spirituellen Wegen gefunden werden. In Bezug auf psychologische Beratung und Therapie sind die Rollenunterschiede bedeutsam. Ein Priester oder eine spirituelle Heilerin und ein Psychotherapeut arbeiten – trotz mancher Gemeinsamkeiten – in ganz verschiedenen Kontexten, weil sich ihre Voraussetzungen, Bedingungen und Absichten in vielerlei Hinsicht unterscheiden. Noyon und Heidenreich (2012) unterscheiden im Umgang mit Sinnproblemen von Patienten zwei wesentliche Perspektiven: Als „**Sinnkonstruktivismus**“ bezeichnen sie die Strategie von säkularen Menschen, die sich keiner höheren Macht verpflichtet fühlen. Angesichts des Tragischen und Absurden im Leben seien sie vor die Notwendigkeit gestellt, in existenziellen Krisen selber einen persönlichen Sinn zu entwickeln, d. h. zu konstruieren. Als „**Sinnobjektivismus**“ bezeichnen sie die Strategie von religiösen Menschen, die sich einer höheren Macht verpflichtet fühlen, also „gläubig“ sind. Diese Menschen würden in der Regel über einen institutionell vorgegebenen und damit „objektiven“ Interpretationsrahmen verfügen, der die existenzielle Krisenbewältigung erleichtere.

Psychotherapeuten, die Menschen in Sinnkrisen helfen möchten, benötigen nach Noyon und Heidenreich (2012, S. 73 ff.) besondere Qualitäten: „**Reflektierte Neutralität:** Der Therapeut muss seine eigenen Werte und weltanschaulichen Perspektiven so gut kennen, dass diese ihm bei der Begegnung mit einem anderen Klienten nicht (mehr oder weniger subtil) in die Quere kommen (...) **Engagement:** Der Therapeut sollte dabei aktiv hilfreich sein, den Klienten bei seiner Suche nach einem lebhaften Weltbild im Allgemeinen und tragfähigen Werten im Besonderen zu unterstützen (...) **Therapeutische Grundhaltung:** Viele Menschen sind auf der Suche nach einem „ultimativen Retter“ (Yalom) – einer Instanz, die „höher“ oder „weiser“ ist als man selbst, um Geborgenheit und Schutz zu bieten. Hier ist es wichtig, offen und fest zur eigenen Begrenztheit zu stehen und keine Illusionen zu wecken (...) So kann dem Klienten verdeutlicht werden, was ihn beim Therapeuten erwartet – nämlich ein tabu- und doktrinfreier „Untersuchungsraum“ zur Auseinandersetzung mit der Sinnfrage (...) **Analyse des Weltbildes des Klienten:** Ausgehend von dieser Grundhaltung kann die eigentliche Arbeit beginnen: Welche Weltanschauung hat der Klient? Ist er gläubig oder nicht? Gibt es Tätigkeiten, Erlebnisse oder irgendetwas anderes, das von sich aus als wertvoll oder sinnvoll erlebt wird?“ Um die Bewältigung von Sinnkrisen, die Patienten auf säkulare oder religiöse Weise vorneh-

men, besser unterstützen zu können, müssen diesbezügliche therapeutische Kompetenzen in Selbsterfahrung und Weiterbildung eingeübt werden.

Die Bedeutung des Menschenbildes

Die Postmoderne ist geprägt von einer Vielfalt an unterschiedlichen Lebensentwürfen und konkurrierenden Sinn- deutungen, die für Psychotherapeuten neue Herausforderungen birgt. Wie gehe ich mit fremden Glaubensüberzeugungen um? Woran erkenn ich, ob sie eher heilsam-stabilisierend oder krank- machend-destruktiv sind? Der Kulturanthropologe Jean Gebser (1905 – 1973) hat fünf Bewusst- seinsstufen beschrieben, die nach seiner Meinung sowohl für die Menschheit als Ganzes (phy- logenetisch) als auch für den einzelnen Menschen in seiner Entwicklung (ontogenetisch) gelten. Er unterscheidet die archaische, die magische, die mythische, die mentale und die integrale Phase (Gebser, 1996). Die **archaische Phase** kann man wie eine Verschmelzung von Natur und Bewusstsein sehen, vergleichbar mit dem Zustand eines Kleinkindes im Uterus. In der **magischen Phase** tauchen schon Ansätze von Bewusstsein auf, eine erste Differenzierung gegenüber der Natur findet durch magische Rituale statt, mit der man Macht über natürliche Vorgänge gewinnen möchte. Die magische wird abgelöst durch die **mythische Phase**, in der Hel- den-Erzählungen eine zentrale Rolle spielen. Nach Gebsters Einschätzung ist die darauf folgende **mentale Phase** des Bewusstseins geprägt durch die Trennung von Subjekt und Ob- jekt, durch Selbstreflexivität und rationales Schlussfolgern. Nach seiner Überzeugung sei dies die dominante Kulturepo- che der Gegenwart, die allerdings bald durch ein sogenanntes „integrales Bewusstsein“ abgelöst werde. Auf dieser Stufe stünden alle früheren Wirklichkeitszugänge gleichberechtigt nebeneinander und würden sich gegenseitig ergänzen. Das Modell von Gebser kann helfen, die beim Klienten vorherr- schende Deutungsperspektive einzuordnen und zu verste- hen.

Manche „ganzheitlichen“ oder „integralen“ Therapeuten und Ärzte plädieren dafür, das biopsychosoziale Modell um die religiös-spirituelle Dimension zu erweitern. Für die Diagnostik ist das weiterführend, in der Behandlungspraxis ergeben sich daraus aber erhebliche Probleme. Besteht bei dem Integra- tionsversuch psycho-spirituelle Verfahren nicht die Gefahr, dass ein psychotherapeutisches Heilverfahren zu einem um- fassenden Heilsversprechen aufgebläht wird? Bislang fehlen überzeugende religionspsychologische Modelle einer „aufge- klärten Spiritualität“, die psychotherapeutisches Wissen mit religiös-spirituelle Weisheit schlüssig verbinden (Walach, 2014). Hier liegen große Nachholbedarfe und Entwicklungsp- otenziale.

Wie können Missverständnisse und Konflikte zwischen Menschen mit einer religiösen und wissenschaftlichen Welt- und Sinndeutung vermieden werden? In der Psy- chotherapie ist bisher die Bedeutung von Werten und Leitbildern wenig berücksichtigt worden (Flassbeck & Keßler, 2013). Die Reflexion und Transparenz der eigenen Weltbild-Annahmen bietet jedoch einen Schlüssel zum Verständnis fremder Überzeugungen. Angesichts einer zunehmend multikulturellen Gesellschaft und einer Plura-

— Durch die Flüchtlingskrise steht unsere Gesellschaft vor der Her- ausforderung, die Integration unterschiedlicher kultureller Prägungen und Weltbilder – insbesondere zwischen einer religiösen und säkula- ren Weltdeutung – zu bewältigen. —

lität von Weltanschauungen ist das Wissen um die eigene weltanschauliche „Brille“, die eigene Standortbestimmung wichtig. In der Erarbeitung einer eigenen Weltanschauung sieht der Psychologe Benesch (1990) das wichtigste Merk- mal menschlicher Geistestätigkeit. Dies sei heute nötiger als zu früheren Zeiten, weil „das selbstverständliche Ver- trauen in die geistige Geborgenheit eines allgemein aner- kannten Weltanschauungssystems verloren“ gegangen sei (Benesch, 1990, S. 12). Dabei unterscheidet Benesch fünf Dimensionen einer Weltanschauung:

1. Weltbild: Wie erklärt man sich die Welt, und was passiert nach dem Tod?
2. Menschenbild: Was sind Besonderheiten, was die Gren- zen des Menschen?
3. Sinnorientierung: Was macht den Alltag bedeutungsvoll?
4. Wertekanon: Welche Ideale werden verfolgt?
5. Moral und Ethik: Welche Regeln und Normen sind ver- pflichtend?

Wie Menschen sind, darüber haben früher zahlreiche Phi- losophen spekuliert. Heute liegen einige psychologische Anthropologien vor, die aufgrund empirischer Befunde er- arbeitet wurden (Fahrenberg, 2004; Walach, 2005; Bischof, 2008; Goller, 2009; Frick, 2009; Rudolf, 2015). Sie versuchen differenziert, Kernmerkmale des Menschen zu bestimmen, ohne die individuelle Vielfalt zu reduzieren. Was der Mensch ist oder werden kann, hängt unter anderem von den subjek- tiven Voraus-Setzungen ab, die das eigene „Lebensthema“ (Thomae, 1996) bestimmen. Sieht sich eine Person mit einer religiösen Prämisse als Ebenbild und Partner Gottes an, des- sen Aufgabe etwa darin besteht, die Erde zu bebauen und zu bewahren? Oder werden aus psychologischer Sicht die Um- welteinflüsse betont, Sozialisation und Gene analysiert und Menschsein unter der säkularen Prämisse der Selbstverwirk- lichung verstanden? Diese überzeichnete Gegenüberstellung

soll verdeutlichen, wie unterschiedliche Menschenbilder die Entwürfe und die Motivation der menschlichen Person prägen.

Ohne die Festschreibung von Entwicklungszielen und -grenzen können auch psychologische Veränderungsmethoden nicht gezielt eingesetzt werden. Ebenso können die heiklen Fragen nach ethischen Grenzen und Pflichten in der therapeutischen Beziehung ohne den Rückgriff auf anthropologische Vorentscheidungen nicht beantwortet werden. Weil dem Menschenbild in jedem psychologischen Entwurf eine zentrale Bedeutung zukommt, sollte es reflektiert und transparent gemacht werden.

Unbestritten sind Psychotherapeuten zu wohlwollender weltanschaulicher Neutralität verpflichtet. Das Abstinenzgebot erstreckt sich auch auf die religiösen Überzeugungen. Diese plausibel klingenden Regeln erweisen sich bei genauerer Betrachtung jedoch als unscharf. Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass die drei existenziellen Grundfragen Sinn (Wozu?), Schuld (Warum?), Tod (Wohin?) psychologisch nicht hinreichend beantwortet werden können (Utsch, 2005; Vogel, 2014). Deshalb interessieren sich immer mehr Professionelle, die Menschen in Grenzsituationen begleiten, für die Psychologie der Spiritualität. Wie soll auf die religiösen und spirituellen Fragen der Patienten eingegangen werden, die gerade in akuten Notlagen intensiv um eine Sinngebung ringen? Wie kann mit existenziellen Lebensfragen, Sinnkrisen und mit „Schicksalsschlägen“ professionell umgegangen werden (Frick, 2015)? Welche Glaubensüberzeugungen sind Ressourcen, welche Belastungen? Wie verhalten sich Psychotherapeuten gegenüber fremden Sinn- und Lebensdeutungen, die Patienten aus anderen Kulturen, Prägungen und Milieus mitbringen?

Notwendigkeit kultursensibler Psychotherapie

Für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung von Migranten brauchen Psychotherapeuten spezifisches Wissen über den Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen. Wissenschaftler der Berliner Humboldt-Universität und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf haben deshalb in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer Leitlinien für Trainings entwickelt, mit denen die interkulturelle Kompetenz von Psychotherapeuten geschult werden kann (von Lersner, 2014). Die Leitlinien beschreiben die Inhalte, die Lernziele und die Struktur für Schulungen in kultursensibler Psychotherapie. Zu den Inhalten gehören zum Beispiel Hintergründe zu Kultur, Migration und Akkulturation sowie Themen wie Diskriminierung im Ankunftsland, Sprachbarrieren und der Einsatz von Dolmetschern. Auch kultursensible Fragetechniken zur Diagnostik, Informationen zu kultursensiblen und muttersprachlichen Versorgungseinrichtungen sowie die Reflexion und Selbstreflexion von eigenen Familienstrukturen, Werten und Tabus sowie von Begriffen wie Ehre, Schuld

und Scham, Religion und Spiritualität sollten in den Trainings enthalten sein.

Kultur- und religionssensible Psychotherapeuten sind darin geschult, unabhängig von ihrer eigenen Weltanschauung angemessen mit hoch religiösen Patienten umzugehen. Das britische „Royal College of Psychiatrists“ bietet in seiner Fachgruppe „Psychiatrie und Spiritualität“ regelmäßig Fortbildungen zu diesbezüglichen Fragen an und zählt mittlerweile über 3.000 Fachmitglieder. Im Jahr 2011 wurde ein verbindliches Konsenspapier zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität vorgelegt (Cook, 2011). Darin haben sich die Fachmitglieder darauf verpflichtet, den religiösen oder spirituellen Bindungen ihrer Patienten mit einfühlsamer Achtung und Respekt zu begegnen. Klinisch Tätige sollen keine religiösen oder spirituellen Rituale als Ersatz für professionelle Behandlungsmethoden anbieten. Andererseits wird auf die Bewältigungskraft positiver Spiritualität hingewiesen, durch die Hoffnung und Sinn vermittelt werden könne.

Der höchst subjektive Prozess der Sinngebung erfordert allerdings vom Psychotherapeuten ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, sich ggf. auf ein fremdes Weltbild einzulassen. Diese Fähigkeit ist besonders in einer globalisierten und multikulturellen Gesellschaft zu schulen. Psychotherapeuten werden sich zunehmend ihrer eigenen kulturellen und religiösen „Brille“ bewusst (Kizilhan, 2013). Erst das reflektierte Bewusstsein der eigenen Kulturabhängigkeit ermöglicht ein kultursensibles Vorgehen. Es ist etwa zu berücksichtigen, dass sowohl Krankheits- als auch Heilungsmodelle kulturabhängig sind und sich zum Beispiel eine säkulare von einer religiösen Weltdeutung grundlegend unterscheiden. Nur nach einer Exploration kann in gemeinsamer Arbeit mit dem Patienten ein individuell passender Behandlungsauftrag formuliert werden, weil auch die Behandlungsziele kultur- und wertabhängig sind. Die Einbeziehung kultureller, also auch religiöser Ressourcen in eine Behandlung ist insbesondere bei muslimischen Migranten von hoher Relevanz (Kizilhan, 2015).

Für den Zusammenhalt einer zunehmend multikulturellen Gesellschaft ist ein besseres Kennenlernen und Verständnis der unterschiedlichen Wertesysteme und Weltansichten unverzichtbar. Das Titelthema im aktuellen Magazin „Projekt Psychotherapie“ (3/2015) des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten beschäftigt sich mit dem Einfluss politischer und religiöser Ideologien auf die Psychotherapie. Als Heilmethode greift die Psychotherapie massiv in den persönlich-subjektiven Raum eines Menschen ein. Um die innerpsychischen Muster und Konflikte besser zu verstehen, müssen auch seine soziokulturellen Prägungen und individuellen Glaubenshaltungen einbezogen werden. Beispielsweise verfügen Menschen aus traditionell-islamischen Ländern über Werte und Normen aus ihrer Religion und Spiritualität, die von den gängigen westlich-säkularen Vorstellungen erheblich abweichen. Sowohl die Spiritualität als auch die religiösen Vorstellungen mit ihrer besonderen

Form von Krankheitsverständnis und Krankheitsverarbeitung in islamisch-traditionellen Gesellschaften sind bisher in der psychosozialen Gesundheitsversorgung nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Bei bestimmten Patienten kann sich die psychotherapeutische Einbeziehung von religiösen Ressourcen als nützlich erweisen. Auf der Suche nach tragenden Werten und Bewältigungshilfen hat das kulturelle Erbe der Weltreligionen das Interesse der Gesundheitsforscher geweckt (Büssing & Kohls, 2011). Religionsvergleichende Untersuchungen haben dabei ergeben, dass die großen Weltreligionen folgende sechs Kerntugenden beinhalten: Weisheit/Wissen, Mut, Liebe/Humanität, Gerechtigkeit, Mäßigung sowie Spiritualität/Transzendenz. Weil das therapeutische Potenzial dieser Haltungen offensichtlich ist, suchen auch Psychotherapeuten vermehrt nach Wegen, diese Einstellungen zu vermitteln und therapeutisch zu nutzen. Transkulturelle Therapeuten plädieren für mehr ethnologische Ansätze in den Behandlungsmanualen und zeigen auf, was Psychotherapie etwa vom Islam lernen kann (Kühn & Reinfelder, 2015).

Die Fortsetzung des Artikels, in dem u. a. Aspekte von pathologischer Religiosität, Vor- und Nachteile des Einbezugs spiritueller Interventionen sowie neue Studien zur Wirksamkeit spiritueller Therapien vorgestellt werden, lesen Sie in Ausgabe 1/2016 (Erscheinungsdatum am 16. März 2016).

Literatur

- Benesch, H. (1990). Wozu Weltanschauung. Eine psychologische Bestandsaufnahme. Frankfurt: Fischer.
- Bischof, H. (2008). Psychologie. Ein Grundkurs für Anspruchsvolle. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brentrop, M. & Kupitz, G. (2015). Rituale und Spiritualität in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bucher, A. (2013). Psychologie der Spiritualität. Handbuch. Weinheim: Beltz.
- Büssing, A. & Frick, E. (2015). Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In A. Büssing et al. (Hrsg.), Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet (S. 3-12). Berlin: Springer.
- Büssing, A. & Kohls, N. (Hrsg.) (2011). Spiritualität transdisziplinär. Berlin: Springer.
- Cook, C. H. (2011). Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. Position Statement PS03. London: Royal College of Psychiatrists.
- de Botton, A. (2013). Religion für Atheisten. Vom Nutzen der Religion für das Leben. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fahrenberg, J. (2014). Annahmen über den Menschen. Menschenbilder aus psychologischer, biologischer, religiöser und interkultureller Sicht. Heidelberg: Asanger.
- Flassbeck, C. & Keßler, B. H. (2013). Werte als Kompass der Psychotherapie. In W. Senf, M. Broda & B. Wilms (Hrsg.), Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium (24-28). Stuttgart: Thieme.
- Frick, E. (2015). Wen(n) das Schicksal schlägt. Anthropologische und therapeutische Zugänge. Psychotherapeut, 60, 135-141.
- Frick, E. (2009). Psychosomatische Anthropologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gebser, J. (1996). Ursprung und Gegenwart. München: dtv.
- Goller, H. (2009). Erleben, Erinnern, Handeln. Eine Einführung in die Psychologie und ihre philosophischen Grenzfragen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kizilhan, J. I. (2013). Kultursensible Psychotherapie. Hintergründe, Haltungen und Methodenansätze. Berlin: VWB.
- Kizilhan, J. I. (2015). Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten. Psychotherapeut, 60, 426-432.
- Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.) (2011). Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde, Erklärungsansätze. Weinheim: Juventa.
- Koenig, H. A. (2012). Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kühn, Y. & Reinfelder, E. (2015). Krank im Herzen. Was Psychotherapie vom Islam lernen kann. Projekt Psychotherapie (Magazin des bvvp), 3, 30-32.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Hrsg.) (2015). S3-Leitlinie Palliativmedizin. Stuttgart: Kohlhammer.
- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2012). Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung. Weinheim: Beltz.
- Renz, M., Schuett, M. M., Omlin, A., Bueche, D., Cerny, T. & Strasser, F. (2013). Spiritual Experiences of Transcendence in Patients with Advanced Cancer. American Journal of Hospice and Palliative Care, DOI: 10.1177/1049909113512201.
- Rudolf, G. (2015). Wie Menschen sind. Eine Anthropologie aus psychotherapeutischer Sicht. Stuttgart: Schattauer.
- Taylor, C. (2009). Ein säkulares Zeitalter. Frankfurt: Suhrkamp.
- Thomae, H. (1996). Das Individuum und seine Welt. Göttingen: Hogrefe.
- Utsch, M. (2005). Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität. Stuttgart: Kohlhammer.
- Utsch, M., Bonelli, R. & Pfeifer, S. (2014). Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzenerfahrungen professionell umgehen. Berlin: Springer.
- Vogel, R. T. (2014). „Schicksalsklüfte“. Psychologische Erkundungen eines therapeutisch hochbedeutsamen Begriffs. Psychotherapeut, 59, 89-94.
- von Lersner, U. (Hrsg.) (2014). Kultursensibel – aber wie? Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenzen. Verfügbar unter: /www.psychologie.hu-berlin.de/de/prof/the/Leitlinien/view [28.10.2015].
- von Gontard, A. (2013). Spiritualität von Kindern und Jugendlichen. Allgemeine und psychotherapeutische Aspekte. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walach, H. (2014). Secular Spirituality. The Next Step Towards Enlightenment. Studies in Neuroscience, Consciousness and Spirituality (Vol. 4). Dordrecht: Springer. Dt. (2011) Spiritualität: Warum wir die Aufklärung weiter führen müssen. Klein-Jasedow: Drachen-Verlag.
- Walach, H. (2005). Psychologie. Wissenschaftstheoretische, philosophische Grundlagen und Geschichte. Stuttgart: Kohlhammer.



Dr. Michael Utsch

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

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

Trauernde Geschwister – die vergessenen Trauernden

Birgit Wagner

Zusammenfassung: Jährlich sterben ca. 20.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland. Viele der verstorbenen Kinder hinterlassen ein oder mehrere Geschwister, welche direkt von dem Verlust betroffen sind. Geschwister, die einen Bruder oder eine Schwester verloren haben, werden häufig als die „vergessenen Trauernden“ bezeichnet. Der trauernde Geschwisteranteil hat nicht nur eine der wichtigsten Bezugspersonen verloren, sondern muss sich als Folge des Verlustes an ein verändertes Familiensystem anpassen. Insbesondere die intensive Trauer der Eltern um den Verlust ihres Kindes beeinflusst und behindert unter Umständen die Trauerverarbeitung der hinterbliebenen Geschwister. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass der Tod eines Geschwisters langfristige psychische Beeinträchtigungen für die Betroffenen bedeuten kann, insbesondere in Bezug auf die Entwicklung einer komplizierten Trauer, Depression oder Angststörung. Der Artikel soll einen Überblick geben über die psychischen Folgen des Verlustes eines Geschwisterkindes und die daraus entstehende Familiendynamik.

Trauernde Geschwister

Die Beziehung zwischen Geschwistern ist eine lebenslange familiäre und emotionale Verbindung, welche mit der Geburt des Bruders oder der Schwester beginnt und mit dem Tod eines Geschwisters endet. Geschwister teilen in der Regel miteinander die gleichen sozialen und genetischen Voraussetzungen der Familie und zeichnen sich durch einen intensiven Kontakt insbesondere im Kinder- und Jugendalter aus. Der Tod eines Bruders oder einer Schwester beschreibt den Verlust einer der nächsten und längsten Bezugspersonen, insbesondere wenn der Tod im Erwachsenenalter eintritt (Robinson & Mahon, 1997). Die Geschwisterbeziehung ist neben der Beziehung zu den Eltern maßgeblich prägend für die Identitätsbildung eines Kindes oder Jugendlichen. Die Einzigartigkeit der Geschwisterbeziehung untereinander wird auch durch den Tod eines Bruders oder einer Schwester deutlich (Packman, Horsley, Davies & Kramer, 2006). Der trauernde Geschwisteranteil verliert nicht nur eine enge Bezugsperson, sondern es verändern sich auch die bisherigen Familienstrukturen.

Obwohl die Anzahl der trauernden Geschwister relativ groß ist, fand diese Trauergruppe bisher nur wenig Beachtung. Geschwister, die einen Bruder oder eine Schwester verlieren, sind in vielerlei Hinsicht die „vergessenen Trauernden“ (Dyregrov & Dyregrov, 2005). Nach dem Tod eines Kindes in der Familie steht zumeist die intensive Trauer der Eltern, sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld, im Vordergrund. Die trauernden Eltern erfahren in der Regel die größte soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit von außen. Erst in den letzten Jahren haben sich Trauergruppen und Interventionsangebote speziell für die Gruppe der trauernden Geschwister entwickelt. Dennoch sind das Angebot und die

professionelle Unterstützung für diese Trauergruppe klein im Vergleich zu anderen Trauergruppen (z. B. verwaiste Eltern, Verlust eines Lebenspartners/einer Lebenspartnerin). Auch im wissenschaftlichen Bereich gibt es bisher relativ wenig Forschung und Interventionsstudien zu trauernden Geschwistern. Der Überblicksartikel fokussiert auf trauernde Geschwister, welche ein Geschwisteranteil im Kindes- und Jugendalter verloren haben, und beschreibt deshalb nicht vollständig alle Themenbereiche der Geschwistertrauer (z. B. Verlust eines Geschwisters im Erwachsenenalter, Tod eines Zwillinges). Im Folgenden sollen die verschiedenen Aspekte vorgestellt und beschrieben werden, welche die Geschwistertrauer beeinflussen, und welche Konsequenzen der Tod einer Schwester oder eines Bruders für die psychische Gesundheit des hinterbliebenen Geschwisteranteils hat.

Altersabhängige Trauerkonzepte

Kinder und Jugendliche verarbeiten die Trauer um eine nahestehende Person auf eine andere Art und Weise als Erwachsene. Infolgedessen hängt das Verständnis vom Tod für Kinder und Jugendliche vornehmlich von der kognitiven Entwicklung und des Alters ab (Poltorak & Glazer, 2006). Kinder trauern häufig in kürzeren Trauerphasen und die Trauer beinhaltet je nach Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen neben dem Trennungsschmerz auch Gefühle von Schuld, Zorn und impulsives Verhalten (Nolbris & Hellström, 2005). Kinder in der Altersgruppe von einem bis drei Jahren haben noch kein entwickeltes Konzept von Tod und Sterben. Das Kleinkind, das ein Geschwisteranteil verloren hat, reagiert vor allem in Bezug auf die Trauer und Anspannung der Eltern und nimmt deren veränderte Stimmung wahr. Trauerreaktionen des Kindes in dieser Altersgruppe zeichnen sich insbesondere durch

ein verändertes somatisches Funktionieren (z. B. Bettnässen, Schlafstörungen) aus. Erst ab dem siebten Lebensjahr zeigen Kinder ein ausgebildeteres Verständnis von Tod und Sterben. Allerdings erleben sie den Tod eines Geschwisterkindes als individuelle eigene Erfahrung, die nur ihnen widerfahren ist, und den Tod nicht als ein universelles Geschehen, dass jeder Mensch sterblich ist (Miller, 2009). Der Tod in dieser Altersspanne findet häufig Ausdruck in einem Gefühl temporär begrenzter Abwesenheit, wie beispielsweise „meine Schwester schläft“. Das Kind schließt die Möglichkeit mit ein, dass der Bruder oder die Schwester noch einmal zurückkommen könnte. In der Altersgruppe von acht bis zwölf Jahren ist sich das Kind des permanenten Verlustes bewusst. Durch das Verständnis der eigenen Endlichkeit kann das Kind starke Ängste und Sorgen nach einem Todesfall in der Familie entwickeln. Jugendliche ab einem Alter von 13 Jahren erleben die Trauer um ein Geschwisterteil häufig sehr intensiv. Der Trennungsschmerz und die Sehnsucht nach dem verstorbenen Bruder oder der verstorbenen Schwester kann als überwältigend erlebt werden und nehmen immer mehr die Form von Erwachseneneträuer an. Jugendliche in dieser Altersgruppe durchlaufen häufig schulische Schwierigkeiten.

Psychologische Folgen der Geschwistertrauer

Der Tod eines Geschwisterteils in der Kindheit oder im Jugendalter stellt einen langfristigen Risikofaktor für die psychische und physische Gesundheit der betroffenen Jugendlichen und späteren Erwachsenen dar. Häufig beginnen die psychologischen Belastungen bereits vor dem Tod des Geschwisterkindes. Zahlreiche Studien mit Geschwisterkindern, deren Bruder oder Schwester an einer Tumorerkrankung erkrankt ist, zeigten auf, dass die gesunden Geschwisterkinder signifikant häufiger an einer Depression, Angststörung und posttraumatischen Belastungsstörung leiden als eine nicht belastete Kontrollgruppe (Alderfer & Hodges, 2010; Alderfer et al., 2010). Familien, in denen ein Kind durch Suizid verstarb, gingen häufig ebenfalls Monate oder Jahre voraus, in denen die Familie mit der psychischen Erkrankung des Kindes oder Jugendlichen lebte. Mitunter wurden vorangegangene Suizidversuche in der Familie miterlebt und die Familienstruktur war bereits vor dem Suizid vulnerabel und die Familie war chronischen Stressoren ausgesetzt.

Der Tod eines Geschwisterteils kann diese psychische Vulnerabilität noch verstärken. Eine schwedische Studie (n = 174) untersuchte trauernde Geschwister in einer Langzeiterhebung von zwei bis neun Jahre nach dem Verlust (Sveen, Eilegård, Steineck & Kreicbergs, 2013). Mehr als die Hälfte (54%) der untersuchten Betroffenen gab an, dass sie zwei bis neun Jahre nach dem Verlust ihre Trauer noch nicht verarbeitet hatten. Hierbei stellte die soziale Unterstützung einen wichtigen protektiven Faktor dar. Dyregrov und Kollegen (2014) untersuchten eineinhalb Jahre nach dem Attentat auf der Insel Utøya, bei dem insgesamt 69 Personen getötet wurden, trauernde

Geschwister, die ihren Bruder oder ihre Schwester durch den Anschlag verloren haben. 75% der befragten Geschwister zeigten eine Diagnose einer komplizierten Trauer und 79% der Schwestern und 50% der Brüder zeigten das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. 67% der Geschwister berichteten, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung immer noch Schwierigkeiten mit der Arbeit und der Schule hätten. In einer weiteren Studie wurden die Prävalenzen von Depression und komplizierter Trauer drei Jahre nach dem Verlust eines Geschwisters untersucht (Herberman Mash, Fullerton & Ursano, 2013). In der Stichprobe zeigten 31% eine leichte bis schwere Depression und 57% der trauernden Jugendlichen litten an einer komplizierten Trauerreaktion. Balk (1983) zeigte in seiner Untersuchung, dass 33% bis 50% der Kinder, die ein Geschwisterteil verloren haben, an psychischen Belastungen litten, wie beispielsweise Depression, Wut oder Schuldgefühle. Weitere Studien fanden bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen Schlafstörungen, somatische Erkrankungen, wie beispielsweise Magenschmerzen, Kopfschmerzen und Asthma (Cain, Fast & Erickson, 1964; McCown & Pratt, 1985). Die Studien verdeutlichen, dass der Tod eines Bruders oder einer Schwester langfristige Folgen in Bezug auf psychische Störungen und Trauerverarbeitung bedeuten können. Risikofaktoren können der gewaltsame Tod und die fehlende Unterstützung der sozialen Umwelt sein.

Mortalität

Der Tod eines Geschwisterteils kann das erwachsene Kind langfristig psychisch und physisch stark beeinflussen und eine spätere erhöhte Mortalität zur Folge haben. In einer großen schwedischen Bevölkerungsstudie wurde das Mortalitätsrisiko von Geschwisterkindern (N = 160.588) im Alter von 18 bis 69 Jahren untersucht (Rostila, Saarela & Kawachi, 2012b). In allen Altersgruppen wurde eine erhöhte Mortalitätsrate im Vergleich zu nicht trauernden Kontrollgruppen gefunden. Der Zusammenhang zwischen dem Tod eines Geschwisterteils und der Mortalität wurde von den Autoren als gleich beziehungsweise noch stärker bewertet als die Mortalität nach dem Verlust eines Kindes oder eines Elternteils (Rostila, Saarela & Kawachi, 2012a). Insbesondere in der jüngeren Altersgruppe (18 bis 39 Jahre) wurde eine erhöhte Mortalitätsrate bei den trauernden Geschwistern beobachtet. Insgesamt wurde ein stärkerer Einfluss des unnatürlichen Todes (z. B. Suizid, Tötungsdelikte) im Vergleich zu einem natürlichen Todesumstand in allen Alterskohorten gefunden. Gründe können in dem hohen Stresserleben nach dem Tod, dem Trauerprozess an sich und an wenig zur Verfügung stehenden Bewältigungsmustern liegen. Die Autoren erklären den Zusammenhang des Weiteren mit der fehlenden sozialen Unterstützung durch die Eltern, aber auch durch die Umwelt. Die gleiche Arbeitsgruppe untersuchte des Weiteren die Mortalitätsrate von Geschwistern in Bezug auf Tod durch Herzinfarkt (Rostila, Saarela & Kawachi, 2013b) und Tod durch einen Schlaganfall (Rostila, Saarela & Kawachi, 2013a). Ähnlich wie die oben beschriebene Studie gründete die Untersuchung auf

bevölkerungsbasierten Registrierungsdaten aus Schweden. Die Autoren fanden eine erhöhte Mortalitätsrate durch einen Herzinfarkt für Männer und Frauen nach einigen Jahren nach dem Tod, aber nicht unmittelbar nach dem Verlust. Das Risiko an einem Schlaganfall zu sterben, war für Frauen erhöht, die einen Bruder oder eine Schwester verloren hatten. Ein ähnlicher Zusammenhang konnte für Männer nicht gefunden werden (Rostila et al., 2013a).

Die Analyse des schwedischen Datensatzes in Bezug auf Suizid als Folge des Todes eines Geschwisters zeigte ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko für die hinterbliebenen Geschwister (Rostila, Saarela & Kawachi, 2013c). Frauen, die den Tod eines Bruders oder einer Schwester erlebt hatten, zeigten ein 1.5-faches höheres Risiko auf, sich das Leben zu nehmen, als eine nicht trauernde Kontrollgruppe. Männer wiesen ein etwas niedrigeres, 1.2-fach höheres Risiko auf. Starb das Geschwistermitglied hingegen durch Suizid, hatten Frauen ein 3.1-fach höheres Risiko, ebenso an einem Suizid zu sterben, und bei Männern lag das erhöhte Risiko bei 2.4.

Die vorliegenden Studien, welche die Mortalitätsrate von trauernden Geschwistern untersuchten, geben in vielerlei Hinsicht wichtige Hinweise auf die Vulnerabilität dieser Trauergruppe. Zum einen konnte gezeigt werden, dass der frühzeitige Tod eines Geschwisterteils langfristige Folgen für die

Das Vermeiden von Gesprächen über den Suizid des Kindes kann auch aus der Sorge heraus entstehen, dass sich die Trauer weiter intensiviert und für die trauernden Geschwister nicht mehr zu kontrollieren ist.

Betroffenen haben kann, zum anderen, dass diese Folgen bis hin zum eigenen frühzeitigen Tod führen können. Der bereits mehrfach in der Literatur belegte Befund, dass suizidales Verhalten innerhalb der Familie intergenerational übertragen werden kann, konnte mit dieser Studie noch einmal bestätigt werden.

Suizid eines Geschwisters

Geschwister sind häufig, insbesondere wenn sie im Kinder- und Jugendalter sind, noch weniger auf den Suizid vorbereitet als die Eltern. Die Gründe für den Suizid eines Kindes oder Jugendlichen können individuell sehr verschieden sein. Neben psychischen Erkrankungen und interfamiliären Einflüssen können auch Schulprobleme und Beziehungsprobleme Gründe für den Suizid sein. Zahlreiche Studien belegten, dass der Verarbeitungs- und Anpassungsprozess nach dem Suizid eines Geschwisters maßgeblich damit in Zusammenhang steht, wie offen die hinterbliebenen Eltern und das soziale Netzwerk mit dem Suizid umgingen. Dyregrov und Dyregrov

(2005) konnten zeigen, dass diejenigen Kinder, welche noch zuhause bei den Eltern lebten, einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt waren, später eine posttraumatische Belastung zu entwickeln, als die trauernden Eltern oder die älteren Geschwister, welche nicht mehr zuhause lebten. Eine Erklärung der Autoren ist, dass die jüngeren Kinder mehr Zeit mit den Eltern verbringen und aufgrund deren intensiver Trauer häufig emotional vernachlässigt wurden.

Der Suizid eines Kindes hinterlässt bei den hinterbliebenen Familienmitgliedern häufig Schuldgefühle und ein Gefühl der Verantwortlichkeit am Tod. Oft wird das Schuldgefühl dadurch entwickelt, dass die trauernden Geschwister den Suizid als vermeidbar einschätzen, wenn sie sich anders gegenüber dem Bruder oder der Schwester verhalten hätten. Insbesondere wenn der Suizid als Reaktion auf familiäre Konflikte und Ängste erfolgte, kann es innerhalb der Familie zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen bezüglich der Verantwortlichkeit kommen. Familienmitglieder von Suizidangehörigen schätzen in der Regel ihre eigene Verantwortung am Suizid als gewichtiger ein und andere wichtige Einflussfaktoren, wie beispielsweise eine vorangegangene psychische Erkrankung, werden minimiert.

Einen weiteren wichtigen Einflussfaktor stellt die wahrgenommene Stigmatisierung durch den Suizid dar (Maple, Edwards, Plummer & Minichiello, 2010). Während sich ein Großteil der Trauernden aufgrund von anderen Todesumständen von ihrer sozialen Umwelt unterstützt fühlt, erleben es Suizidangehörige häufiger, dass ihnen mit Distanz begegnet wird (Range & Calhoun, 1990). Suizidangehörige werden häufiger als andere

Trauergruppen als psychisch krank und weniger sympathisch beschrieben (Jordan, 2001). Dies kann dazu führen, dass Suizidangehörige nach dem Suizid zunehmend Schwierigkeiten haben, mit anderen (z. B. Freunden, Nachbarn) über den Tod des Kindes zu sprechen, und sich als Folge davon isoliert fühlen. Das Phänomen des Schweigens über das Kind, welches durch Suizid verstarb, kann auch innerhalb der Familie zu Konflikten führen. Die Kommunikation zwischen den einzelnen Familienmitgliedern wird als weniger offen und distanzierter beschrieben (Dunn & Morrish-Vidners, 1987). Trauernde Geschwister beschreiben häufig die Schwierigkeit, über die eigene Trauer mit ihren Eltern zu sprechen (Dyregrov & Dyregrov, 2005). Barrieren einer offenen Kommunikation sind beispielsweise, dass andere Familienmitglieder vor belastenden Informationen geschützt werden sollen. So werden den trauernden Geschwistern Informationen aus Abschiedsbriefen vorenthalten oder die genauen Todesumstände des Suizides werden verheimlicht. Ein weiteres Hindernis für eine offene Kommunikation können unterschiedliche Hypothesen zum Suizid zwischen den Familienmitgliedern sein. Den Geschwistern stehen unter

Umständen andere Informationen über die Gründe des Suizides zur Verfügung als den Eltern. Aufseiten der Eltern können Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit dem Suizid bestehen. Trauernde Eltern können sich überfordert mit ihrer eigenen Trauer und der Dramatik des Suizides an sich fühlen, sodass sie sich außer Stande sehen, sich offen über den Suizid mit ihren hinterbliebenen Kindern auszutauschen. Das Vermeiden von Gesprächen über den Suizid des Kindes kann auch aus der Sorge heraus entstehen, dass sich die Trauer weiter intensiviert und für die trauernden Geschwister nicht mehr zu kontrollieren ist. Vermeidungsverhalten in Bezug auf den Suizid steht auch eng in Zusammenhang mit der Traumasymptomatik. Viele Suizidangehörige leiden unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, deren Hauptsymptome die Intrusionen mit dem traumatischen Ereignis, Übererregtheit und traumabezogenes Vermeidungsverhalten sind. Das heißt, sowohl Eltern als auch die hinterbliebenen Kinder vermeiden es, über den Suizid zu sprechen, da sie sonst von den Bildern überflutet werden würden, leiden aber gleichzeitig an den Flashbacks, die im Zusammenhang stehen mit dem Suizid (z. B. Auffindesituation, Abschiednahme).

Verändertes Familiensystem

Nach dem Tod eines Geschwisters müssen die hinterbliebenen Geschwister innerhalb der familiären Beziehungsmuster ihren neuen Platz ohne das verstorbene Kind finden. Die hierarchischen Geschwisterstrukturen haben sich aufgelöst und das Gleichgewicht zwischen den Geschwistern innerhalb der Familie hat sich verändert. Das mittlere Kind wird vielleicht nun zum jüngsten Kind oder das jüngste Kind wird zum Einzelkind. Das Kind, welches dem toten Kind altersmäßig am nächsten stand, zeigt häufig die größten Anpassungsschwierigkeiten. Es kann eine starke Identifizierung mit der familiären Rolle des verstorbenen Kindes stattfinden. Dies kann sich beispielsweise dadurch ausdrücken, dass sich das hinterbliebene Kind wünscht, die Kleidungsstücke und Spielsachen des verstorbenen Kindes zu nutzen.

Trauernde Eltern haben ein erhöhtes Risiko, nach dem Tod ihres Kindes selbst an einer psychischen, physischen Erkrankung oder einer komplizierten Trauer zu leiden (Wagner, 2013). In einer epidemiologischen Repräsentativbefragung wies die Trauergruppe der trauernden Eltern mit 23,6% die höchste Prävalenzrate der komplizierten Trauer auf (Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2011). Höhere Prävalenzraten wurden bei trauernden Eltern gefunden, die ihr Kind durch gewaltsame oder unerwartete Todesumstände verloren haben (z. B. Tötungen, plötzlicher Säuglingstod, Unfälle). In einer norwegischen Studie zeigten 57% bis 78% der Eltern eineinhalb Jahre nach dem gewaltsamen oder unerwarteten Tod ihres Kindes die Diagnose einer komplizierten Trauer oder posttraumatischen Belastungsstörung auf (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003). Dijkstra (2000) fand ebenfalls in einer niederländischen Studie eine Prävalenzrate für komplizierte

Trauer von 50% der Väter und 75% der Mütter 20 Monate nach dem Tod des Kindes. Diese Studien verdeutlichen, dass die trauernden Eltern langfristig psychisch hochbelastet sind und selbst in vielen Fällen professionelle psychosoziale Unterstützung benötigen. Der eigene Schmerz und die Trauer, ein Kind verloren zu haben, ist für die Eltern für viele Monate und Jahre nach dem Tod des Kindes gefühlsmäßig überwältigend. Parallel sind sie gefordert, ihrem/ihren trauernden Kind oder Kindern dahingehend ein Rollenvorbild zu sein, wie mit dem Tod umgegangen werden kann. Die meisten Eltern erleben dies als eine paradoxe Situation: In der Situation, in der ihre Kinder Stabilität und Sicherheit benötigen, sind sie am wenigsten in der Lage, die Hilfe anzubieten, welche die Kinder oder das Kind brauchen würde.

Hinzu kommt, dass die trauernden Familien damit konfrontiert sind, dass es innerhalb der Familie inkongruente Trauererarbeitungsprozesse geben kann. Die Trauerreaktionen der einzelnen Familienmitglieder verlaufen nicht immer deklungsgleich, obwohl sie den gleichen Verlust erlebt haben. Individuell wird an manchen Tagen die Trauer so intensiv wie am ersten Tag des Verlustes erlebt, wohingegen andere Tage weniger intensiv verlaufen. Gute und schlechte Stunden, Tage und Wochen oszillieren und wechseln sich einander unregelmäßig ab (Stroebe & Schut, 1999). Diese normalen Trauerprozesse können Anlass für Missverständnisse und Konflikte innerhalb der Familie geben. Aber auch die Art und Weise, wie langfristig innerhalb einer Familie über das verstorbene Kind gesprochen wird, spielt eine wesentliche Rolle in der Geschwistertrauer (Wagner, 2013). Trauernde Eltern können mitunter zu viel oder überhaupt nicht über das verstorbene Kind kommunizieren (z. B. ständiges Erwähnen des verstorbenen Kindes, Schweigen über das verstorbene Kind).

Häufig übernehmen die hinterbliebenen Kinder altersabhängig die Rolle der Versorger und Tröster der Eltern (Wagner, 2013). Diese Rolle ist für die Geschwister häufig die einzige Möglichkeit, den Eltern emotional nahezukommen. Auch Wut und Zornesausbrüche wurden bei trauernden Geschwister vermehrt festgestellt, insbesondere dann, wenn sie sich vernachlässigt fühlen (McCown & Davies, 1995).

In Familien, in denen ein Kind verstorben ist, kann der Umgang mit dem Gedenken an das verstorbene Kind den familiären Anpassungsprozess des trauernden Geschwisters sowohl fördern als auch behindern. Das Entwickeln gemeinsamer Rituale, bei denen die trauernden Geschwister mitbeteiligt sind, können die Familienkohäsion stärken. Während eine zu intensive Erinnerungskultur an das verstorbene Kind durch die Eltern den trauernden Geschwistern kaum Platz lässt, selbst noch Kind in der Familie zu sein (Packman et al., 2006). So erinnern in manchen Familien auch Jahre nach dem Tod des Kindes beispielsweise Fotos und Erinnerungstücke in der Wohnung bzw. im Haus an das verstorbene Kind. Trauernde Geschwister berichten davon, dass in manchen Familien das Zimmer des verstorbenen Kindes über Jahrzehnte hinweg unberührt gelassen worden sei. Erwachsene trauernde

Geschwister berichten beispielsweise, dass sie ihre Eltern für viele Jahre als unerreichbar und emotional weit entfernt erlebt hätten. Aber auch Erlebnisse aus dem Alltag der trauernden Geschwister finden mitunter kaum die Aufmerksamkeit der Eltern. Während die Welt für die Eltern mit dem Tod des Kindes oft stillsteht, durchleben die trauernden Geschwister ihren Schulalltag, Konflikte mit Freunden und der Peergruppe mitunter vollständig alleine. Insbesondere in der ersten Trauerphase ist es für die trauernden Eltern schwierig, emotional an dem Leben ihrer Kinder teilzunehmen. Ein trauernder Bruder beschreibt die Zeit nach dem Tod seiner Schwester wie folgt: *„Wenn ich zuhause davon erzählte, dass ich in der Schule gemobbt wurde, bekam ich häufig zur Antwort, ‚das ist doch nicht so schlimm‘ oder ‚das wird schon wieder‘. Kein Ereignis aus meinem Leben konnte mit dem Tod meiner Schwester Bestand halten und ihre Aufmerksamkeit gewinnen.“*

Immer wieder erleben trauernde Geschwister, dass ihnen gesagt wird „der Tod Deines Bruders/Schwester muss für Deine Eltern furchtbar sein“ (Packman, Horsley, Davies & Kramer, 2006). Dies gibt ihnen verstärkt das Gefühl, dass ihre Trauer im Vergleich der Schwere der Trauer der Eltern weniger gewichtig ist (Horsley & Patterson, 2006). Viele trauernde Geschwister berichten, dass sie in ihrem Freundeskreis kaum über den verstorbenen Bruder oder die verstorbene Schwester sprechen würden. Der Freundeskreis biete für sie einen Raum, in dem nicht die Trauer der Eltern dominieren würde.

Nachgeborene Kinder

Der Tod eines Kindes kann bei Eltern den Wunsch nach einem weiteren Kind hervorrufen. Geschwister, die nach dem Tod eines Kindes in eine trauernde Familie geboren wurden, sind einer Reihe von spezifischen familiären Gegebenheiten ausgesetzt, welche insbesondere ihre Identitätsbildung und familiäre Bindung betrifft. Vollmann (2014) identifizierte in ihrer qualitativen Studie zwei Rollen, die Eltern ihren nachgeborenen Kindern häufig zuschreiben. Die Autorin spricht von „positiven Stellvertreter“-Rollen und „negativen Stellvertreter“-Rollen. Kinder, welche die „positive Stellvertreter“-Rolle innehalten, werden von den Eltern als „Geschenk“ wahrgenommen, das der Familie dabei hilft, die Leere aufzufüllen und wieder eine vollständige Familie zu sein. Häufig findet eine starke Idealisierung statt und dem Kind wird aufgrund des verstorbenen Geschwisterteils mehr Aufmerksamkeit zu Teil. In der „negativen Stellvertreter“-Rolle erleben sich die nachgeborenen Geschwister oft als Enttäuschung, da sie den verstorbenen Bruder oder die verstorbene Schwester nicht ersetzen und die erwartete Stellvertreterfunktion nicht ausreichend erfüllen konnten. Diese Kinder werden häufiger von den Eltern mit dem verstorbenen Kind verglichen und die Eltern drücken ihre Enttäuschung gegenüber dem Kind aus, das dem direkten Vergleich nicht standhält.

Die nachgeborenen Kinder werden mitunter in eine Atmosphäre der akuten Trauer hineingeboren und der Erziehungs-

stil der Eltern ist maßgeblich durch die Verlusterfahrung geprägt (Vollmann, 2014). Pantke und Slade (2006) fanden bei nachgeborenen Jugendlichen ein überfürsorgliches Erziehungsverhalten der Eltern und höhere Werte für Depression und Angst als bei einer Kontrollgruppe. In einer Studie mit nachgeborenen Kindern nach einer Totgeburt zeigten die zwölf Monate alten Babys ein signifikant höheres gestörtes Bindungsverhalten zur Mutter als bei der Kontrollgruppe (Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, 2001). Das Bindungsverhalten konnte durch die nicht verarbeitete Trauer der Mutter vorhergesagt werden. Die gleiche Studiengruppe wurde ein zweites Mal nach einigen Jahren im Schulalter untersucht (Turton, Badenhorst, Pawlby, White & Hughes, 2009). Es wurde kein Unterschied in Bezug auf kognitive Beeinträchtigung, physische Gesundheit und schulische Leistung im Vergleich zur Kontrollgruppe gefunden. Dennoch wurden größere Schwierigkeiten bei den nachgeborenen Kindern innerhalb der Peer-Gruppe beobachtet. Die Kinder wurden häufiger von ihren Müttern kritisiert und die Mütter zeigten ein größeres Kontrollverhalten. Allgemein konnte ein weniger harmonisches Beziehungsverhalten und weniger emotionales Engagement bei den Müttern gefunden werden im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Identitätsentwicklungen der nachgeborenen Kinder wesentlich von der Trauerbewältigung der Eltern beeinflusst werden. Insbesondere dann, wenn die Trauer der Eltern bei der Geburt des Kindes noch nicht hinreichend verarbeitet war, kann eine transgenerationale Trauer auf die nachgeborenen Kindern übertragen werden. Insgesamt fand die Gruppe der nachgeborenen Kinder bisher nur wenig wissenschaftliche Beachtung. Bisherige Forschung beruht entweder auf Einfallstudien oder Studiendesigns mit kleinen Stichproben (Vollmann, 2014).

Posttraumatische Reifung

Das Konzept der persönlichen oder traumatischen Reifung nach einem Verlust ist ein etabliertes Konzept in der Resilienzforschung. Trauernde Geschwister können nach dem Tod eines Bruders oder einer Schwester einen Reifungsprozess erleben, der auch positive Entwicklungen und Stärken zur Folge haben kann. Insbesondere ein verbessertes Selbstwertgefühl und persönliche Reifung als Folge des Verlustes konnten identifiziert werden (Davies, 1991; Hogan & Greenfield, 1991). Rosenberg und Kollegen (2015) untersuchten Geschwister, die ihren Bruder oder ihre Schwester durch eine Tumorerkrankung verloren hatten. In dieser Studie berichteten 36% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass sie besser kommunizieren könnten, und 43% gaben an, dass sie sich reifer fühlten als vor dem Verlust. In Bezug auf den Einfluss auf ihre Berufskarriere gaben 45% an, dass der Verlust einen positiven Einfluss hatte. Die meisten Jugendlichen werden durch den Tod eines Geschwisterteils früher erwachsen. Sie müssen durch die veränderte Familiensituation selbstständiger werden oder übernehmen elterliche Rollen gegenüber weiteren Geschwistern. Diese Aufgaben be-

wältigt zu haben, kann bei den späteren Erwachsenen auch ein Gefühl von Zuversicht hinterlassen, dass sie in der Lage sind, auch spätere schwierige Lebenssituationen zu bewältigen. Die frühe Erkenntnis, dass das Leben endlich ist, kann zu einer Wertschätzung des eigenen Lebens und der Beziehung zu anderen führen. Dennoch gibt es nur wenige Studien, welche den Aspekt der persönlichen Reifung bei trauernden Geschwistern systematisch evaluierten.

Therapeutische Implikationen

Der Tod eines Kindes kommt für viele trauernde Geschwister unerwartet und in den seltensten Fällen sind sie auf den Verlust durch ihre Eltern vorbereitet. Selbst wenn der Bruder oder die Schwester durch eine lange und schwere Erkrankung verstorben ist, gibt es in nur wenigen Familien vorbereitende Gespräche über den möglichen Tod des Kindes. Valdimarsdottir und Kollegen (2007) befragten in ihrer Studie trauernde Eltern nach dem Zeitraum, in dem diese bewusst wahrgenommen hätten, dass ihr Kind sterben werde. 45% der Eltern gaben an, dass sie weniger als 24 Stunden vor dem Tod des Kindes emotional wahrnahmen, dass ihr Kind die Krankheit nicht übersteht. Eltern, welche sich nur sehr kurze Zeit mit dem Sterben des Kindes auseinandersetzten, zeigten längerfristig häufiger psychische Erkrankungen und waren häufiger krankgeschrieben und früh berentet. Das bedeutet, dass sich viele Eltern und Familien häufig nur sehr kurze Zeit bewusst mit dem möglichen tatsächlichen Versterben des Kindes konfrontieren und entsprechend weniger auf den Tod vorbereitet sind.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt deutlich auf, dass es für trauernde Geschwister einen großen Bedarf für familienbasierte Interventionsansätze gibt. Psychosoziale Unterstützung sollte sowohl individuell den trauernden Geschwistern als auch den Eltern und der gesamten Familie angeboten werden (Dyregrov & Dyregrov, 2005). Sowohl die trauernden Geschwister als auch die Eltern könnten durch Psychoedukation und psychotherapeutische Unterstützung in ihrem Trauerprozess gefördert werden.

Therapeutische Schwerpunkte mit trauernden Geschwistern

- (1) Förderung einer offenen Kommunikation
- (2) Umgang mit Ritualen und Gedenkkultur innerhalb der Familie
- (3) Umgang mit Zeit und Aufmerksamkeit für das trauernde Geschwisterteil
- (4) Förderung der Einbeziehung des sozialen Umfelds (z. B. Schule, nachbarschaftliche Gemeinschaft, Freundeskreis)

Im Folgenden werden empfohlene Schwerpunkt der therapeutischen Unterstützung zusammengefasst.

(1) Förderung einer offenen Kommunikation: Ein wesentliches Merkmal des veränderten Familiensystems ist

häufig eine dysfunktionale Kommunikation in Bezug auf die Trauer der hinterbliebenen Kinder, welche durch die Schwere der elterlichen Trauer kaum mehr stattfinden kann. Trauernde Geschwister fühlen sich integrierter und aufgehobener, wenn sie offen über ihre Gefühle und Gedanken sprechen können und diese Gespräche gefördert werden. Eine offene Kommunikation kann ein protektives Umfeld für trauernde Geschwister darstellen, die meistens nicht nur den Verlust eines sehr nahestehenden Familienmitgliedes betauern, sondern auch ihre bisherige Familienstruktur verloren haben. Zu dieser offenen Kommunikation gehören beispielsweise auch Gespräche und Informationen über Suizid.

(2) Umgang mit Ritualen und Gedenkkultur innerhalb der Familie: Der Umgang mit der Gedenkkultur der Eltern sollte hinterfragt werden. Es ist empfehlenswert, die trauernden Geschwister in die Entscheidungen mit einzubeziehen, wie und in welcher Form dem verstorbenen Geschwisterkind gedacht werden sollte. Das Entwickeln von gemeinsamen Familienritualen kann die Familienkohäsion fördern.

(3) Umgang mit Zeit und Aufmerksamkeit für das trauernde Geschwisterteil: Ein weiteres wichtiges therapeutisches Ziel wäre es, dem trauernden Geschwisterteil mindestens gleich viel Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen wie dem verstorbenen Kind. Häufig verbringen trauernde Eltern längerfristig mit der Trauer um das verstorbene Kind mehr Zeit, als sie den trauernden Geschwistern an Aufmerksamkeit und emotionaler Nähe widmen. Hier kann eine spezifische Psychoedukation für trauernde Eltern hilfreich für das Familiensystem sein.

(4) Förderung der Einbeziehung des sozialen Umfelds (z. B. Schule, nachbarschaftliche Gemeinschaft, Freundeskreis): Zahlreiche Studien belegten den protektiven Einfluss von sozialer Unterstützung auf die Trauerverarbeitung von trauernden Geschwistern, insbesondere durch die nachbarschaftliche Gemeinschaft, die im Alltag die größte Nähe zu den trauernden Geschwister haben (Eilertsen, Eilegård, Steineck, Nyberg & Kreicbergs, 2013). Nachbarschaft und Freunde können den trauernden Geschwistern insbesondere in der ersten Trauerphase Unterstützung geben, in der die Eltern für sie nicht emotional unterstützend da sein können. Ebenso können Schule und Lehrer eine förderliche Rolle spielen. Die Struktur des Schulalltags, die Förderung von Räumen, welche frei von der familiären Trauer sind, sind wichtige Aufgaben der Schule und der Peer-Gruppe. Auch hier kann eine bewusste Förderung von sozialen Netzwerken empfehlenswert sein.

Literatur

- Alderfer, M. A. & Hodges, J. A. (2010). Supporting siblings of children with cancer: A need for family-school partnerships. *School Mental Health*, 2 (2), 72-81.
- Alderfer, M. A., Long, K. A., Lown, E. A., Marsland, A. L., Ostrowski, N. L., Hock, J. M. & Ewing, L. J. (2010). Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 19 (8), 789-805.

- Balk, D. (1983). Adolescents' grief reactions and self-concept perceptions following sibling death: A study of 33 teenagers. *Journal of Youth and Adolescence*, 12 (2), 137-161.
- Cain, A. C., Fast, I. & Erickson, M. E. (1964). Children's disturbed reactions to the death of a sibling. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34 (4), 741.
- Davies, B. (1991). Long-term outcomes of adolescent sibling bereavement. *Journal of Adolescent Research*, 6 (1), 8396.
- Dijkstra, I. C. (2000). *Living with loss. Parents Grieving for the Death of Their Child*. Utrecht, The Netherlands: Febodruk, Enschede.
- Dunn, R. G. & Morrish-Vidners, D. (1987). The psychological and social experience of suicide survivors. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 18 (3), 175-215.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide – „the forgotten bereaved“. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35 (6), 714-724.
- Dyregrov, K., Dyregrov, A. & Kristensen, P. et al. (2014). Traumatic bereavement and terror: the psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *Journal of Loss and Trauma*, (ahead-of-print), 1-21.
- Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27 (2), 143-165.
- Eilertsen, M.-E. B., Eilegård, A., Steineck, G., Nyberg, T. & Kreicbergs, U. (2013). Impact of social support on bereaved siblings' anxiety: a nationwide follow-up. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 30 (6), 301-310. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1177/1043454213513838> [29.10.2015].
- Herberman Mash, H. B., Fullerton, C. S. & Ursano, R. J. (2013). Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. *Depression and Anxiety*. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1002/da.22068> [29.10.2015].
- Hogan, N. S. & Greenfield, D. B. (1991). Adolescent sibling bereavement symptomatology in a large community sample. *Journal of Adolescent Research*, 6 (1), 97-112.
- Horsley, H. & Patterson, T. (2006). The effects of a parent guidance intervention on communication among adolescents who have experienced the sudden death of a sibling. *The American Journal of Family Therapy*, 34 (2), 119-137.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., McGauley, G. A. & Fonagy, P. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (06), 791-801.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (1), 91-102.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131 (1-3), 339-343.
- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D. & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health & Social Care in the Community*, 18 (3), 241-248.
- McCown, D. E. & Davies, B. (1995). Patterns of grief in young children following the death of a sibling. *Death Studies*, 19 (1), 41-53.
- McCown, D. E. & Pratt, C. (1985). Impact of sibling death on children's behavior. *Death Studies*, 9 (3-4), 323-335.
- Miller, L. (2009). Family survivors of homicide: I. Symptoms, syndromes, and reaction patterns. *The American Journal of Family Therapy*, 37 (1), 67-79.
- Nolbris, M. & Hellström, A.-L. (2005). Siblings' needs and issues when a brother or sister dies of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 22 (4), 227-233. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1177/1043454205274722> [29.10.2015].
- Packman, W., Horsley, H., Davies, B. & Kramer, R. (2006). Sibling bereavement and continuing bonds. *Death Studies*, 30 (9), 817-841.
- Pantke, R. & Slade, P. (2006). Remembered parenting style and psychological well-being in young adults whose parents had experienced early child loss. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79 (1), 69-81.
- Poltorak, D. Y. & Glazer, J. P. (2006). The development of children's understanding of death: cognitive and psychodynamic considerations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15 (3), 567.
- Range, L. M. & Calhoun, L. G. (1990). Responses following suicide and other types of death: The perspective of the bereaved. *OMEGA–Journal of Death and Dying*, 21 (4), 311-320.
- Robinson, L. L. & Mahon, L. (1997). Sibling bereavement: a concept analysis. *Death Studies*, 21 (5), 477-499.
- Rosenberg, A. R., Postier, A., Osenga, K., Kreicbergs, U., Neville, B., Dussel, V. & Wolfe, J. (2015). Long-term psychosocial outcomes among bereaved siblings of children with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49 (1), 55-65.
- Rostila, M., Saarela, J. & Kawachi, I. (2012a). Mortality in parents following the death of a child: a nationwide follow-up study from Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (10), 927-933. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1136/jech-2011-200339> [29.10.2015].
- Rostila, M., Saarela, J. & Kawachi, I. (2012b). The forgotten griever: a nationwide follow-up study of mortality subsequent to the death of a sibling. *American Journal of Epidemiology*, 176 (4), 338-346. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1093/aje/kws163> [29.10.2015].
- Rostila, M., Saarela, J. & Kawachi, I. (2013a). Fatal stroke after the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *PLoS One*, 8 (2), e56994. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0056994> [29.10.2015].
- Rostila, M., Saarela, J. & Kawachi, I. (2013b). Mortality From myocardial infarction after the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *Journal of the American Heart Association*, 2 (2), e000046. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1161/JAHA.112.000046> [29.10.2015].
- Rostila, M., Saarela, J. & Kawachi, I. (2013c). Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open*, 3 (4). Verfügbar unter: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/4/e002618.short> [29.10.2015].
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23 (3), 197-224. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1080/074811899201046> [29.10.2015].
- Sveen, J., Eilegård, A., Steineck, G. & Kreicbergs, U. (2013). They still grieve: a nationwide follow-up of young adults 2-9 years after losing a sibling to cancer. *Psycho-Oncology*. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1002/pon.3463> [29.10.2015].
- Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S. & Hughes, P. (2009). Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (12), 1451-1458.
- Valdimarsdóttir, U., Kreicbergs, U., Hauksdóttir, A., Hunt, H., Onelöv, E., Henter, J.-I. & Steineck, G. (2007). Parents' intellectual and emotional awareness of their child's impending death to cancer: a population-based long-term follow-up study. *The Lancet Oncology*, 8 (8), 706-714.
- Vollmann, S. R. (2014). A Legacy of Loss: Stories of Replacement Dynamics and the Subsequent Child. *OMEGA–Journal of Death and Dying*, 69 (3), 219-247.
- Wagner, B. (2013). Spezifische Todesumstände und Trauergruppen. In *Komplizierte Trauer* (pp. 33-86). Springer. Verfügbar unter: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-37359-6_3 [29.10.2015].



Prof. Dr. phil. Birgit Wagner

MSB Medical School Berlin
 Villa Siemens
 Calandrellistraße 1-9
 12247 Berlin
 birgit.wagner@medschool-berlin.de

Prof. Dr. phil. Birgit Wagner ist Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin und psychologische Psychotherapeutin. Sie ist im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes verwaiste Eltern und trauernde Geschwister Deutschland e. V. Ihr Forschungs- und Praxisschwerpunkt sind die komplizierte Trauer und Traumafolgestörungen.

Kritische Sexualwissenschaft – eine Kommentierung der Reihe „Beiträge zur Sexualforschung“

Florian Steger

Der 100. Band der „Beiträge zur Sexualforschung“ ist vor Kurzem erschienen. Der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung gebührt für den mehr als 60 Jahre währenden Atem an dieser Unternehmung Respekt. Dies einmal mehr, als die Sexualwissenschaft einer institutionellen Marginalisierung unterliegt, nicht zuletzt an den Universitäten. 100 Bände machen Mut, dass es auch weiterhin ein großes thematisches Interesse an sexualwissenschaftlichen Fragestellungen gibt und dass die Reihe weiterhin von zahlreichen Bänden einer interdisziplinär zusammengesetzten kritischen Sexualwissenschaft fortgeführt werden kann. Die Reihe wird aktuell von Hertha Richter-Appelt, Sophinette Becker, Andreas Hill und Martin Danecker herausgegeben und erscheint seit dem Jahr 2000 im Psychosozial-Verlag, zuvor im Enke-Verlag.

In den 100 Bänden ist eine intensive sexualwissenschaftliche Diskussion seit 1952 dokumentiert, sodass mit dieser Reihe auch eine historische Dokumentation vorliegt. Die „Beiträge zur Sexualforschung“ wurden 1952 von Hans Giese und dem Hamburger Psychiater Hans Bürger-Prinz als Publikationsorgan der jungen „Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung“ gegründet. Es ist dies der Beginn und zugleich Versuch gewesen, die Sexualforschung universitär aufzustellen. Dabei schreckte Giese auch nicht davor zurück, bekannte Wissenschaftler verschiedener Disziplinen einzubeziehen, die während der NS-Diktatur politisch engagiert waren, sich dem Nationalsozialismus verpflichtet sahen und deren Karrieren über die NS-Diktatur hinaus kontinuierlich weitergegangen sind. Die kritische Sexualwissenschaft hat diese Vereinnahmung der nationalsozialistischen Sexualforschung aber erkannt und mittlerweile auch selbst dokumentiert und selbstkritisch beschrieben. Die „Beiträge zur Sexualforschung“ wurden bis 1970 von Hans Giese und Hans Bürger-Prinz unter Beteiligung weiterer Wissenschaftler verantwortlich herausgegeben. Dann übernahmen Gunter Schmidt und Volkmar Sigusch die Redaktion. Bis Band 49 waren Bürger-Prinz und Giese Herausgeber, ab 1972 und Band 50 wurde die Reihe von Hans Bürger-Prinz, Eberhard Schorsch, Gunter Schmidt und Volkmar Sigusch herausgegeben.

Lange Zeit war also Hans Bürger-Prinz und damit ein durch die NS-Diktatur politisch Belasteter Mitherausgeber, was kritisch zu sehen ist, wenn auch die weiteren Herausgeber

eine kritische und liberale Sexualwissenschaft vertraten. Erst 1993 mit dem 67. Band wurde der Hinweis „Begründet von Hans Bürger-Prinz und Hans Giese“ gestrichen. Es hat also einige Zeit gebraucht, bis sich die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung von der eingegangenen Kontinuität mit einer nationalsozialistischen Sexualforschung in ihrer Publikationsreihe nach außen hin klar distanzieren konnte. Insofern ist diese Reihe ein wichtiges zeithistorisches Dokument für die Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, aber auch darüber hinaus für den individuellen wie gesellschaftlichen Umgang mit sexualwissenschaftlichen Fragestellungen.

Einige Bände möchte ich kurz beschreiben. Der 99. Band „Sexualität und Geschlecht“ dieser Reihe, der von Katinka Schweizer, Franziska Brunner, Susanne Cerwenka, Timo O. Nieder und Peer Briken und damit vom Hamburger Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie als Festschrift für Hertha Richter-Appelt herausgegeben ist, vereint „Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven“ einer kritischen Sexualwissenschaft. Die interdisziplinär zusammengestellten Beiträge sind thematisch gegliedert in Geschlecht und Sexualität in Gesellschaft und Politik, psychoanalytische Blicke auf Geschlechtlichkeit, Geschlechtervielfalt: Menschen, Medizin und Lebenswelten, Sexualität, Körper und Geschlecht in der Psychotherapie, Partnerschaft, Sexualität und Liebe; abschließend finden sich einige persönliche Festschriftbeiträge, welche die Geehrte in besonderer Weise würdigen. Liest man die Beiträge, bekommt man auf hohem Niveau einen guten Eindruck in die vielschichtigen Zugänge zu den anthropologischen Fragen von Sexualität und Geschlecht, die letztlich den Kern unseres Menschseins ausmachen.

Im 100. Band mit dem Titel „Grenzverschiebungen des Sexuellen“, herausgegeben von Wiebke Driemeyer, Benjamin Gedrose, Armin Hoyer und Lisa Rustige werden „Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft“ deutlich. Volkmar Sigusch freut sich im beigegebenen Vorwort, „wie gedankenreich und kritisch eine neue Generation der Sexualforscher_innen ist“ (S. 9). Das Hamburger Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, mit welchem sich diese neue Generation vernetzt hat, zeigen, wie wichtig eine kritische Sexualwissenschaft ist,

die nur interdisziplinär zu haben ist. Denn weit über Medizin und Psychologie hinaus haben viele – so auch aus den Gesellschafts- und Kulturwissenschaften – etwas zu einer kritischen Sexualwissenschaft beizutragen. Dies führt aber auch dazu, dass die Sprache der Verständigung über die Themen vielschichtig und meines Erachtens nicht immer einfach zu verstehen ist. Liest man die Beiträge zu den „Grenzverschiebungen des Sexuellen“ sind diese zwar durchaus anregend, sprachlich sind aber nicht alle Beiträge von gleicher Klarheit und Präzision. Dieser 100. Band enthält Beiträge, die im Herbst 2013 in Hamburg im Rahmen der 24. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung zum Thema „Grenzen“ von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vorgestellt wurden, die dem Nachwuchsnetzwerk Sexualforschung und Sexualtherapie angehören.

Mit den „Grenzverschiebungen“ wählen die jüngeren Autorinnen und Autoren ein Thema, das – verschafft man sich über die Reihe einen Überblick und liest man in die anderen Bände der Reihe hinein – schon immer ein Kernthema der Sexualwissenschaft war. Als 96. Band der Reihe haben Katinka Schweizer und Hertha Richter-Appelt einen umfangreichen interdisziplinären Band „Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen“ herausgegeben, in welchem handbuchartig über die Probleme berichtet wird, mit denen Menschen zu kämpfen haben, die nicht eindeutig einem biologischen Geschlecht zuzuordnen sind. Sigusch bringt den Gegenstand der Auseinandersetzung in seinem Vorwort auf den Punkt: „In unserer ach so neoliberalen Gegenwartskultur aber gibt nach wie vor nicht nur die Heteronormativität den Ton an, sondern auch die Zweigeschlechternormativität.“ (S. 11) Grenzen bzw. deren Überschreitungen sind aber auch in anderen Bänden dieser Reihe thematisiert: Sophinette Becker, Margret Hauch und Helmut Leiblein haben im 93. Band „Sexualwissenschaftliche und psychotherapeutische Perspektiven“ zu dem für die psychotherapeutische Praxis relevanten Thema „Sex, Lügen und Internet“ zusammengestellt. Hier werden Beiträge und Diskussionen dokumentiert, welche im Mai 2008 in Münster im Rahmen der 4. Klinischen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung geführt wurden. Die Reihe „Beiträge zur Sexualforschung“ wurde damals von Martin Dannecker, Gunter Schmidt und Volkmar Sigusch herausgegeben. Im 90. Band „Lust-voller Schmerzen“, herausgegeben von Andreas Hill, Peer Briken und Wolfgang Berner, geht es um „Sadomasochistische Perspektiven“. Und wieder wird ein interdisziplinärer Blick gewählt und die Lust am Schmerz, an der Demütigung und Ohnmacht weit über eine psychopathologische Perspektive hinaus als Teil eines kulturellen Selbstverständnisses deutlich. Und im 80. Band „Die Wirklichkeit transsexueller Männer“ schreibt Jannik Brauckmann, der selbst betroffen ist, auch über Grenzen bzw. deren Verschiebungen, über „Mannwerden und heterosexuelle Partnerschaften von Frau-zu-Mann-Transsexuellen“.

Doch noch einmal zurück zum 100. Band, den junge Sexualwissenschaftlerinnen und Sexualwissenschaftler geprägt haben. Es geht ihnen um Grenzverletzungen bei Tätern und Opfern, wenn der sexuelle Missbrauch thematisiert wird. Dann geht es um Konstitution und Institution von Grenzen des Sexuellen, so werden die sexuelle Aufklärungsarbeit bzw. die sexualmedizinische Lehre Gegenstand der Diskussion. Es geht um sexuelle Beziehungsweisen, Solosexualität und irgendwie andere Sexualitäten, wenn One-Night-Stand, Masturbation und hypersexuelles Verhalten thematisiert werden. Schließlich geht es um Geschlechtergrenzen und Intermediärräume.

Schon diese wenigen thematischen Einblicke in den 100. Band zeigen, dass auch auf sprachlicher Ebene die „Verschiebung von Grenzen der Geschlechterordnung“ (S. 36) Thema einer kritischen Sexualwissenschaft ist. Hat man diesen 100. Band vor Augen, dann kommt hier eine jüngere kritische Sexualwissenschaft zu Wort. Interdisziplinär und damit vielschichtig werden sexualwissenschaftliche Fragestellungen aufgegriffen. Dabei werden zwar neue Wege des Verstehens und Beschreibens gesucht, aber es werden mit den Grenzverschiebungen auch zentrale sexualwissenschaftliche Fragestellungen aufgegriffen, welche, blickt man über die mehr als 60 Jahre bestehende Reihe „Beiträge zur Sexualforschung“ hinweg, immer wieder Gegenstand waren. Das verwundert auch nicht, werden mit Sexualität und Geschlecht, dem Titel des 99. Bandes, anthropologische Themen aufgegriffen, die je nach Zeitumständen, gesellschaftlichen Vorstellungen bzw. individuellen Herangehensweisen neu und anders diskutiert werden. 100 Bände machen Lust auf mehr. Das wünsche ich der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung und ihrem Publikationsorgan „Beiträge zur Sexualforschung“: Ad multos libros!



Prof. Dr. Florian Steger

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
florian.steger@medizin.uni-halle.de

Prof. Dr. Florian Steger ist Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte umfassen Fragen nach dem Verhältnis von Medizin und Künsten sowie Fragen nach der Traumatisierung durch eine politisierte Medizin.

Interview

Geplantes Studium Psychotherapie: eine Strukturveränderung mit Chancen und Risiken

Das PTJ im Gespräch mit Studierenden des Faches Psychologie

Gertrud Corman-Bergau & Ulrich Wirth

Redaktionelle Vorbemerkung:

Die Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung und die Veränderungen des Studiums werden auch von den jetzigen Studentinnen und Studenten der Psychologie intensiv diskutiert. Die künftigen Kolleginnen und Kollegen sollen im Psychotherapeutenjournal daher zu Wort kommen.

Gertrud Corman-Bergau und Ulrich Wirth, Mitglieder des Redaktionsbeirates des PTJ, sprachen mit drei Studentinnen darüber, wie sie ihr jetziges Studium erleben, wie sie sich für den Beruf vorbereitet sehen und welche Wünsche und Vorstellungen sie auf eine Direktausbildung richten. Alle drei sind aktive Mitglieder in der PiA-Gruppe der Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo e. V.), eine bundesweite studentische Vertretung für Psychotherapie-Ausbildungsbelange.

PTJ, Gertrud Corman-Bergau (C): Sie drei haben im Blick, dass Sie nach dem Studium eine Psychotherapie-Ausbildung machen möchten. Wie sehen Sie denn Ihr jetziges Psychologiestudium?

Meret Seelbach (S): In der Psychologie gibt es viele Fächer, die angeboten werden. Ich glaube, dass der Bachelor Psychologie an vielen deutschen Hochschulen ähnlich und sehr breit gefächert ist. Das bietet einerseits gute Möglichkeiten, verschiedene Berufswegen einzuschlagen. Andererseits wollen etwa die Hälfte der Psychologiestudierenden in Richtung Psychotherapie gehen und darauf ist das Bachelorstudium nicht ausgerichtet. Das Studium ist weniger anwendungsbezogen und eher forschungslosig und Berufspraxis erscheint in den meisten Bachelorstudiengängen geringfügig oder wird erst spät zum Thema.

Carolin Rabe (R): Das kann ich bestätigen. Es wurde immer betont, dass Psychotherapieverfahren erst im Masterstudium behandelt werden. Es gibt im Bachelorstudium sehr wenige Berührungspunkte dazu. Die meisten Informationen darüber erfuhr ich durch privates Interesse.

Özlem Kayali (K): Im Bachelor lernen wir das theoretische Wissen über verschiedene Störungsbilder. Wie diese mit therapeutischen Maßnahmen behandelt werden, fehlt größtenteils jedoch.

S: Die Erfahrung aus meinem Masterstudium ist, dass tatsächlich etwas anwendungsbezogener gearbeitet wird. Im Masterstudium spezialisieren sich die Universitäten mehr und unterscheiden sich somit auch mehr voneinander.

C: Sie sagten eben, das ist sehr forschungsorientiert. In welchem Verhältnis steht die Forschung zur Lehre und zur Praxis?

S: Ich würde mir wünschen, dass es mehr Überschneidungen gäbe. Die Arbeit eines Professors sollte ja eigentlich aus 50% Lehre und 50% Forschung bestehen. Meine Erfahrung ist, dass in der Vorstellung der Professorinnen und Professoren ihre Hauptaufgabe eher darin besteht, durch Forschung Drittmittel einzuwerben. Und dadurch wird die Lehre oftmals eine Pflicht, die noch irgendwie erfüllt werden muss. Auch muss man sagen, dass an den Universitäten in Klinischer Psychologie meist in Richtung Verhaltenstherapie geforscht wird und andere Psychotherapieverfahren damit ausgeklammert sind.

R: Momentan ist es meinem Gefühl nach so, dass in der Klinischen Psychologie Verhaltenstherapie überrepräsentiert ist und wir deshalb auch wenig Einblicke in andere Psychotherapierichtungen bekommen, weil die Lehrenden eben *ihr* Feld präsentieren und die anderen Felder zwar auch erwähnen, aber wenig darüber sagen können, weil sie darin nicht eingearbeitet sind.

PTJ, Ulrich Wirth (W): Sie hatten gesagt, es spiele das Psychotherapeutische im Bachelor kaum eine Rolle. Aber Sie sprechen von theoretischem Störungswissen und erwähnen zugleich Verfahren. Fühlen Sie sich in

dem Bereich gut vorbereitet für das Masterstudium und den späteren Beruf – zum Beispiel bezüglich Diagnostik und Wissen um Krankheiten?

K: Störungswissen wird sehr nah an den Manualen orientiert, vor allem am DSM 4 aufgezeigt. Die ICD-10 wird eher am Rande erwähnt. Wir lernen die Symptome und die Klassifikation von Störungen, was Teil der diagnostischen Arbeit ist. Das OPD wurde im Bereich der klinischen Diagnostik angeschnitten. Dass die verschiedenen Verfahren gar nicht erwähnt werden, stimmt also nicht ganz. Allerdings nehmen psychoanalytische/tiefenpsychologische Verfahren wenig Raum ein im Vergleich zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen.

S: Deswegen ist eine unserer Forderungen auch, dass wir mehr Wissenschaftstheorie im Studium bräuchten. Es müss-

_____ Ich habe während des Studiums den Eindruck gewonnen, dass die Psychoanalyse nicht wissenschaftlich sei und deswegen keinen Platz an der Universität habe. _____

te mehr darauf eingegangen werden, welchen Hintergrund verschiedene Verfahren haben oder welche Menschenbilder dahinter stehen. Im Psychologiestudium wird oftmals gesagt, dass es einen goldenen Weg gäbe. Mir kam es so vor, dass andere Möglichkeiten fast negiert wurden.

C: An welche andere Möglichkeiten denken Sie?

S: Auf Psychotherapie bezogen: Die verschiedenen Verfahren basieren auf sehr unterschiedlichen Menschenbildern und haben eigentlich verschiedene Denkweisen inne. Und an den Hochschulen wird gerade fast ausschließlich Verhaltenstherapie vermittelt: Störungen werden erkannt über verschiedene Symptome und die Psychotherapie besteht darin, die Symptome zu verringern.

Der Leidensdruck wird meistens dabei als ein Symptom angesehen. Und es wird wenig auf die Entstehungsgeschichte oder auch Biografisches geschaut.

R: Eine kleine Anekdote, die wir in unserer Einführungsveranstaltung im ersten Semester erlebt haben: Uns wurde ein Bild

_____ Ich hatte die Erwartungen, dass das Studium strukturell freier sei. Also dass ich mehr meinen Interessen nachgehen kann. Die Wahlfreiheit ist doch recht eingeschränkt. _____

von Sigmund Freud gezeigt mit dem Kommentar: „Das ist das erste und letzte Mal, dass dieser Name in Ihrem Studium

erwähnt wird. Der kommt so gut wie gar nicht vor.“ Damit hat der Dozent dann in diesem Falle auch Recht behalten.

Die Begründung war, dass Psychoanalyse, teils auch Psychotherapie keinen Raum in diesem Studium habe, sondern die Schwerpunkte auf Forschung liegen und auf den empirischen Wissenschaften.

K: In Differentieller Psychologie und wenn es um historische Entwicklungen geht, findet die Psychoanalyse Erwähnung. Ich habe während des Studiums den Eindruck gewonnen, dass sie nicht wissenschaftlich sei und deswegen keinen Platz an der Universität habe.

S: Das ist auch meine Erfahrung. Es wird auch immer, wenn Psychoanalyse oder andere psychodynamische Verfahren angesprochen werden, das Argument „das war damals“ hinterhergeschoben. Moderne Entwicklungen in der psychodynamischen Forschung werden nicht erwähnt.

C: Wahrscheinlich haben Sie sich mit gutem Abitur und aus guten anderen Gründen für die Psychologie beworben. Werden Ihre Erwartungen erfüllt oder hatten Sie eigentlich ganz andere Vorstellungen, als Sie das Studium angefangen haben? Fühlen Sie sich in dem, was Sie erwartet haben, unterstützt oder weitergebracht?

R: Mir war bereits beim Abitur bewusst, dass Psychologie sehr viel Statistik beinhaltet. Aber dass das Studium tatsächlich so forschungslastig ist, hätte ich nicht erwartet. Meine Erwartung war eher, dass das Studium mehr Psychotherapie und verschiedene Schulen behandelt und in dem Sinne bin ich enttäuscht worden. Ich hätte erwartet, dass es mehr auf das Arbeiten mit Menschen vorbereitet. Andererseits war ich dann auch positiv überrascht, wie viele Möglichkeiten man mit diesem Bachelorstudium hat und dass es neben der Klinischen Psychologie auch Pädagogische und Arbeits- und Organisationspsychologie gibt.

S: Das ist eine ganz schöne Frage. Ich hatte gar nicht unbedingt inhaltliche Erwartungen an das Studium per se, sondern mehr – vielleicht auch dem geschuldet, dass meine Eltern in den 1970er-Jahren studiert haben –, dass das Studium strukturell freier sei. Also dass ich mehr meinen Interessen nachgehen kann und dass das Studium weniger verschult ist. Die Wahlfreiheit ist doch recht eingeschränkt.

R: Ja, es gibt tatsächlich so gut wie keine Wahlfreiheit. Es ging mir auch so, dass ich viel mehr davon erwartet hätte.

K: Ich habe auch erwartet, dass Psychotherapie mehr Raum im Psychologiestudium einnimmt. Gleichzeitig habe ich bewusst dieses Studium gewählt, mit dem Wissen, dass es ein breites, vielfältiges Studium ist. Insgesamt fand ich das Psychologiestudium bisher sehr bereichernd, da ich viele verschiedene Bereiche kennengelernt habe. Das Problem ist dabei jedoch, dass durch die große Anzahl an verschiedenen Fächern diese zwangsweise inhaltlich nicht so sehr vertieft werden können. Leider ist das Studium auch so strukturiert, dass man seine eigenen Interessen nicht weiter vertiefen kann.

W: War das für Sie schon eine Option vor Studienbeginn, dass Sie dachten, es könnte doch in die Psychotherapie gehen?

K: Ja. Ich habe mich vor Studienbeginn v. a. für den klinischen Bereich und für die Neurowissenschaften interessiert. Im Laufe des Studiums habe ich zudem ein Interesse für die Forschung entwickelt.

W: Sie sind auch an Neurowissenschaften interessiert. Dort gibt es eine ganze Reihe von Experimenten und Forschungsergebnissen, die unterstreichen, was andere Forschungen und klinische Erfahrungen zuvor entwickelt haben, also wo gesagt wird, wie der Mensch auch auf der Ebene der emotionalen Hirnstrukturen lernen kann oder auch umlernen kann und dass dies im Kontext einer signifikant erlebten Beziehung am ehesten stattfindet. Haben Sie so etwas kennengelernt, verbinden Sie z. B. etwas mit den Namen Mark Solms oder Gerhard Roth?

K: Nein. Diese Namen sagen mir nichts. In der Biologischen Psychologie und in der Neuropsychologie wird nicht spezifisch herausgestellt, welcher psychotherapeutischen Richtung die Ergebnisse dienen könnten, da es Grundlagenforschung ist. Allerdings ist die Forschung im klinischen Bereich verhaltenstherapeutisch orientiert und die bildgebenden Verfahren werden eher unterstützend eingesetzt und sind unabhängig von den Schulen.

W: Ich nehme an, dass die Dozenten ihr eigenes Selbstverständnis deutlich machen?

K: Ich glaube schon, dass es den Forschern bewusst ist, da sie deutlich sagen, dass das Verhalten messbar ist und deshalb als Grundlage genommen wird, um auf innere Prozesse zu schließen.

S: Genau das ist der Punkt. Es wird in der Forschung wenig geschaut, wo man sich im Großen und Ganzen befindet und positioniert. Die Einstellung, dass es verschiedene Denkweisen gibt, aus denen man eine auswählt, ist ja vollkommen

legitim, aber man darf nach seiner Auswahl nicht die anderen Möglichkeiten negieren.

C: Das wirft auch die Frage auf, wie man überhaupt auch zur Nachbardisziplin steht, also zum Beispiel geisteswissenschaftlichen oder linguistischen Themen, zu Sprache und Sprachvermittlung etwa.

S: Wie die Psychologie zu Nachbardisziplinen steht, kann man auch anhand politischer Abläufe sehen. An der Universität Hamburg war die Psychologie in einer Fakultät mit Erziehungswissenschaften und Bewegungswissenschaften. Vor einiger Zeit haben die Bewegungswissenschaftler und Psychologen sich von den Erziehungswissenschaftlern abge-

Es gibt einen Wechsel in der Orientierung, weg von der Sozialwissenschaft oder Geisteswissenschaft hin zu einer naturwissenschaftlichen Orientierung. Dies zeigt meiner Meinung nach auch das Selbstverständnis des Faches.

spalten, offiziell aufgrund fehlender inhaltlicher Überschneidungen. Es gibt einen Wechsel in der Orientierung, weg von der Sozialwissenschaft oder Geisteswissenschaft hin zu einer naturwissenschaftlichen Orientierung. Dies zeigt meiner Meinung nach auch das Selbstverständnis des Faches.

R: Das Selbstverständnis ist aber von Hochschule zu Hochschule sehr unterschiedlich. Ich habe z. B. bei meiner Wahl für einen Masterstudiengang darauf geachtet, zu welcher Fakultät die Psychologie sich zuordnet. An einigen Hochschulen gehört die Psychologie zur humanistischen Fakultät, bei anderen beispielsweise zur mathematischen.

W: Sie sprechen von wenig Wahlfreiheit, das ist etwas, was heutzutage sehr viele Studierende sagen und als Folge des Bologna-Prozesses beklagen. Warum wollen Sie es in der Psychologie oder Psychotherapie anders haben?

K: Die Psychologie ist sehr vielfältig und komplex. Daher wäre es schön, die Möglichkeit zu haben, sich in dem Themenfeld, das einen besonders interessiert bzw. liegt, zu vertiefen. Ich habe zum Beispiel im Laufe des Studiums gemerkt, welche Bereiche mich besonders ansprechen und welche nicht. Diese schon im Bachelor vertiefen und kombinieren zu können, könnte möglicherweise die Wahl des Masterschwerpunkts erleichtern.

S: Wenn man sich nach dem Studium für eine Psychotherapieausbildung entscheidet, ist in den Jahren zuvor Persönlichkeitsbildung besonders wichtig. Wahlfreiheit im Studium und das Ausbilden eigener Interessen und Schwerpunkte sind essenziell für Selbstverwirklichung und Persönlichkeitsbildung.

R: Ja, gerade wenn man in Richtung Psychotherapie möchte, ist das wichtig.

S: Ich würde noch weiter gehen und sagen: Wenn es nach uns ginge, würde es auch in anderen Studienfächern mehr Freiheiten geben. Überall leiden viele Studierende unter fehlender Wahlfreiheit oder auch fehlender Demokratisierung der Hochschulen.

W: Gut, das ist jetzt eine Möglichkeit, auf die Absicht zu kommen, ein sogenanntes Direktstudium einzurichten. Es ist ja auch ein Anlass für unser Gespräch. Wie denken Sie über die Idee eines eigenen Psychotherapiestudiums? Sie haben sich schon informiert, habe ich gehört.

___ Wie soll man sich für die Arbeit in einem psychologischen Arbeitsfeld entscheiden, wenn man dieses gar nicht kennt? Am Ende entscheidet man sich für das, was präsent ist und trifft keine informierte Entscheidung. _____

S: Ja, wir sind in regem Austausch mit verschiedenen Berufsverbänden und auch mit Vertreterinnen des Deutschen Psychotherapeutentages. Es gibt gewisse Punkte in den Reformvorschlägen zum Direktstudium, die erst einmal gut klingen. Wir haben allerdings die Erfahrung, wie es gerade an den Hochschulen läuft, und können uns oftmals schwer vorstellen, wie die Vorschläge tatsächlich durchgesetzt werden können.

Ein großes Thema ist die Verfahrensvielfalt. Die soll gesichert werden, aber die Frage ist, wie dies tatsächlich durchzusetzen ist. Eng verknüpft damit ist die Frage der Finanzierung. Also, wie kann man es schaffen, dass die Hochschulen staatlich so finanziert werden, dass eben auch Analytiker, Humanisten und Systemiker an den Hochschulen lehren? Ein externer Lehrauftrag lockt finanziell ja nicht unbedingt. Wir fürchten, dass die Hochschulen in Sachen Verfahrensvielfalt Abstriche machen könnten. Die Befürchtung ist, dass das nicht ausreichend festgeschrieben wird, dass Professoren und Dozenten mit der spezifischen Fachkunde die Fächer lehren. Wir finden Verfahrensvielfalt sehr ansprechend, uns als Studierenden ist aber nicht klar, wie diese an den Hochschulen tatsächlich durchsetzbar ist.

R: Eine andere Frage ist auch, wie das Psychologiestudium neben diesem Psychotherapiestudium laufen wird. Handelt es sich beim Psychotherapiestudium nur um einen aufbauenden Master oder bereits um einen Bachelorstudiengang? Daraus folgt die Frage, ob dann neben dem Psychotherapiestudium der Psychologie-Bachelorstudiengang an allen Hochschulen bestehen bleibt. Eine weitere offene Frage ist, ob und wie ein Wechsel zwischen Psychologie- und Psychotherapiestudium möglich sein wird. Wir sprechen uns für den grundständigen

Psychologie-Bachelor aus, da wir finden, dass die Entscheidung, ob man Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin werden möchte, nicht nach dem Abitur gefällt werden soll. Für viele wäre es zu früh, sich schon dann zu spezialisieren.

S: Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Einheit des Faches Psychologie gefährdet wird. Das Psychologiestudium zeichnet sich auch dadurch aus, dass es eben breit gefächert ist und viele Themenfelder umfasst. Für den Berufsstand könnte es schwierig sein, wenn sich die Psychotherapie von der Psychologie abspaltet. Das sind Gründe, aufgrund derer wir uns für einen grundständigen Psychologie-Bachelor aussprechen. So müsste man sich nicht mit 18 Jahren nach dem Abitur entscheiden, Psychotherapeutin werden zu wollen.

K: Ich glaube nicht, dass Zeit oder Alter die ausschlaggebenden Faktoren sind, sondern die Erfahrung, die man sammelt. Dazu gehören meiner Meinung nach auch die Inhalte der verschiedenen Psychologiefächer zusätzlich zur klinischen Psychologie. So finde ich das Wissen aus der Arbeits- und Organisationspsychologie ebenso wichtig

für die psychotherapeutische Tätigkeit, wenn man z. B. in der Reha oder generell mit Patienten mit Problemen am Arbeitsplatz arbeitet.

C: Zum Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie würde mich Ihre Einschätzung interessieren. Sehen Sie in dem jetzigen Psychologiestudium genügend Anteile, die sich auf diese Altersgruppe beziehen und auch auf die soziale Einbettung, die im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine größere Rolle spielen?

K: In der Entwicklungspsychologie haben wir verschiedene Modelle und Theorien zur Entwicklung und zu Entwicklungsstörungen von Kindern gelernt. Auch in der Pädagogischen Psychologie wird das thematisiert.

R: Im letzten, also dritten Jahr des Bachelors gibt es bei uns drei Anwendungsfächer: Arbeits- und Organisationspsychologie, Klinische Psychologie und Pädagogische Psychologie. Zu diesem Zeitpunkt hat man Grundlagen in allen drei Fächern und kann sich dann zwei von drei herausuchen, in denen man die Vertiefungen macht.

S: Insofern ist man genauso gut aufgestellt, später Kinder- und Jugendpsychotherapie zu machen wie Erwachsenenpsychotherapie. Im Zusammenhang mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten möchte ich nochmal auf die Frage der Direktausbildung zurückkommen. Wir freuen uns, dass durch das Direktstudium die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gleichermaßen anerkannt werden soll. Bezogen auf ein Pädagogikstudium sehen wir hier allerdings

eine Gefahr. Das Psychotherapiestudium wird sich sehr an dem Psychologiestudium orientieren. Das könnte dazu führen, dass den Pädagoginnen und Pädagogen oder Menschen aus anderen Berufsrichtungen der Zugang zur Psychotherapie verwehrt wird. Diese anderen Richtungen neben der Psychologie bereichern ja eigentlich die Psychotherapie, wir fänden es schade, wenn diese ausgeschlossen würden.

W: Frau Kayali, wenn Sie jetzt schon eine Direktausbildung hätten und sich jetzt oder auch schon zu Beginn des Studiums entscheiden müssten, ob Sie eine psychotherapeutische Ausbildung ansteuern wollen, wofür würden Sie sich entscheiden?

K: Ich würde mich für die Therapieausbildung entscheiden. Es hat auch Vorteile, nicht so viele Wahlmöglichkeiten zu haben. Deshalb wäre es eine Erleichterung, wenn die Entscheidung durch äußere Umstände abgenommen würde. Aber ich würde es auch schade finden, weil wir in dem jetzigen Stadium die Möglichkeit haben, in viele verschiedene Arbeitsbereiche hineinzuschnuppern. Mit der Direktausbildung kommt die Frage auf, ob nichtklinische Bereiche schrumpfen oder gar ausgelagert werden. In diesem Fall würde die Psychologie von der klinischen Psychologie entkoppelt werden und die Studenten würden im schlimmsten Fall kein Bild von den anderen Arbeitsbereichen bekommen. So wie die TFP oder die Psychoanalyse ihren Platz an den meisten Universitäten verloren haben, könnte diese Strukturveränderung des Psychologiestudiums Ähnliches für nichtklinische Bereiche zur Folge haben. Denn wie soll man sich für die Arbeit in einem psychologischen Arbeitsfeld entscheiden, wenn man dieses gar nicht kennt? Am Ende entscheidet man sich für das, was präsent ist und trifft keine informierte Entscheidung.

W: Was bräuchten Sie denn, um eine gute Entscheidung treffen zu können?

R: Einblicke in die verschiedenen Schulen, also auch eine Vergleichsmöglichkeit auf jeden Fall.

S: Am wichtigsten ist ein Einblick in verschiedene Praktika, also Anwendung des theoretisch Gelernten in der Praxis. Dies hat mich innerhalb meines Studiums am stärksten geprägt.

W: Wenn es ein Direktstudium Psychotherapie geben würde, in welchem Verhältnis könnte die Praxisanwendung, das Näherbringen an die Praxis z. B. mit dem Anspruch auf Forschung stehen?

S: Die Frage ist, wie die Lehre gewährleistet wird. Die Forderung der Psychologie-Fachschafften-Konferenz ist, gerade in Bezug auf Verfahrensvielfalt, dass wir Lehrende brauchen, die eine Fachkunde in spezifischen Verfahren haben und die auch

in der Praxis arbeiten, die sie lehren. Momentan könnte das an den Hochschulen in dieser Form definitiv nicht geleistet werden. Das ist unsere große Befürchtung, dass die Durchsetzung der Verfahrensvielfalt von den Hochschulen nicht so schnell gewährleistet werden kann. Gerade weil sie vermutlich mit einem finanziellen Mehraufwand verbunden ist.

C: Es geht Ihnen um Erfahrung der Praxis. Ob dies mit dem ersten Semester schon beginnt, das ist ja eigentlich noch offen. Was ich jetzt übereinstimmend von Ihnen höre ist, dass Sie eigentlich gerne ein Basisgrundlagen-Studium haben, wo Sie relativ breit Gefächertes kennenlernen. Um dann, erst eigentlich im zweiten Schritt, durchaus auch bereichert durch andere Dinge besser entscheiden zu können, ob die Psychotherapie für Sie die richtige Wahl ist.

S: Die Frage, ob es einen Psychologie- oder Psychotherapie-Bachelor geben wird, ist unseres Wissens noch nicht endgültig geklärt. Falls es einen Psychotherapie-Bachelor geben wird, ist eine weitere Frage, ob die Auswahl der Studierenden weiterhin über den Numerus clausus laufen kann. Ich denke, das ist ein invalides Mittel dafür, wer für den Beruf des Psychotherapeuten geeignet ist. Statt Noten sollten die Hochschulen in ihrer Auswahl auf Gespräche, Motivations schreiben und berufliche Erfahrung achten.

Umwege, Brüche oder auch Zweifel sind wichtig, um eine informierte Entscheidung zu treffen, ob man Psychotherapeutin werden möchte.

W: Es ist noch vieles offen auf der Seite derer, die auswählen sollen. Aber ist es für Sie denn auch so, dass Sie sagen könnten: Ich kann jetzt für mich sagen und ich habe eine Phantasie davon, wie mein Beruf sein wird?

S: Ja, ich stehe kurz davor, mich bei Instituten für die Ausbildung zu bewerben. Ich bin verhältnismäßig jung und habe einen recht geradlinigen Weg von Schule und Studium hinter mir, würde aber absolut zustimmen, dass die weniger geradlinigen Wege auch sehr viel bringen und dass gerade im Bereich Psychotherapie Brüche sehr wichtig sind. Umwege, Brüche oder auch gerade Zweifel sind wichtig, um eine informierte Entscheidung zu treffen, ob man eben Psychotherapeutin werden möchte. Außerdem ist es wichtig, bereits im Studium über Praktika zu erfahren, ob das Arbeiten mit psychisch kranken Menschen das Richtige ist.

K: Ich möchte hinzufügen, dass Patienten sich in Psychotherapie begeben, weil sie Probleme in ihrem Leben haben und vermutlich nicht den geraden Weg gegangen sind, sondern Stolpersteine auf dem Weg überwinden mussten. Unter Um-

ständen wird man als Psychotherapeut empathiefähiger und versteht die Patienten besser, wenn man sich bereits selbst mit Problemen im eigenen Leben auseinandergesetzt und ähnliche Erfahrung gemacht hat.

C: Und was braucht es dafür? Was würden Sie sagen, was ist das Wichtigste dabei?

K: Lebenserfahrung, würde ich sagen. Und diese lässt sich meiner Meinung nach nicht so einfach anhand des Alters einer Person berechnen.

R: Also, ich weiß zum Beispiel für mich, dass ich irgendwann mal die Psychotherapieausbildung machen möchte. Ich bin aber auch gerade dabei, eher ein Masterstudium zu wählen, das nicht allein klinisch spezialisiert ist, es heißt Interkulturelle Psychologie. Und das habe ich mir auch bewusst ausgesucht, weil ich auch weiß, dass ich vor der Psychotherapieausbildung noch etwas anderes machen möchte, um meinen Erfahrungsschatz zu erweitern. Ich bin noch nicht bereit, diesen Weg so geradlinig zur Ausbildung zu machen. Man sollte auch noch steuern können, auch in zukünftige Veränderungen.

C: Also nicht nur ein einziger Weg?

R: Keine Autobahn, wo man sich am Anfang für eine Richtung entscheidet und dann bis zum Ende quasi durchgeht, sondern dass es einfach noch alternative Möglichkeiten gibt.

S: Um im Bild der Autobahn zu bleiben: Wir wollen, dass es Abfahrten und Einfahrten gibt. Ich habe noch einen Zusatz

_____ Prüfungen und Bewertungen müssen unabhängig von Selbsterfahrung und Supervision bleiben. _____

zu der Frage, was man für die Entscheidung, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut werden zu wollen, braucht: Ich finde, dass es viel Erfahrung mit sich selbst braucht, also eine Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen, dem eigenen Körper, den eigenen Gedanken.

C: Das könnte vielleicht kollidieren mit einem Lehrtrieb, in dem es Leistungskontrollen und Prüfungen gibt.

R: Das Erste, was mir dazu einfällt, ist, dass Prüfungen und Bewertungen unabhängig von Selbsterfahrung und Supervision bleiben müssen.

S: Selbsterfahrung und auch Supervision erfordern einen großen finanziellen Aufwand. Wenn die Studierenden dies selbst tragen müssten, dann wäre es sozusagen ein Worst-case-Szenario. Es müssen dafür sinnvolle Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden.

W: Es kann sein, dass es dann eine weitere Hürde gibt, nämlich wenn Sie mit der Approbation das Studium beenden und sich zur Weiterbildung bewerben.

S: Genau, auch das ist eine Befürchtung von uns. Was passiert, wenn man nach Approbation und abgeschlossenem Studium keine Weiterbildungsstelle bekommt? Die Weiterbildungsstellen müssen außerdem angemessen vergütet werden.

C: Diese Problematik, die es jetzt zwischen dem Bachelor und dem Master gibt, also dass nicht jeder, der einen Bachelor hat, einen Masterplatz bekommt, könnte sich dann verlagern auf den Übergang zwischen Approbation und Weiterbildung. Das ist die Befürchtung, die Sie haben?

R: Ja. Es könnte für die Beteiligten noch schwieriger werden, da man sich bis zur Approbation schon viel mehr spezialisiert und auf die Weiterbildung hingearbeitet hat.

K: Wenn man sich dann z. B. in einer Firma bewirbt, weil man in der Klinik keinen Arbeitsplatz bekommen hat, werden die sich fragen, warum man das Psychotherapiestudium gewählt hat und nicht ein anderes.

W: Ihre Idee, die Autobahnmöglichkeit soll ausgebaut sein, aber es soll auch keine Autobahngebühren geben und es soll genügend Abfahrten, Parklücken und Wechselmöglichkeiten geben, vermittelt mir den Eindruck, Sie möchten auch Raum für Entscheidungsprozesse haben?

K: Ja, vor allem habe ich trotz des breit gefächerten Studiums das Gefühl, dass ich die anderen, nichtklinischen Bereiche noch nicht hinreichend kennengelernt

habe. Ich finde Praktika sehr bereichernd, glaube aber, dass mit der frühen Spezialisierung im klinischen Bereich die Studenten bereits bei der Suche nach Praktikumsplätzen in nichtklinischen Arbeitsfeldern Probleme bekommen werden.

S: Und genauso auch andersherum. Wenn man sich gegen den Psychotherapiestudiengang entscheidet, Psychologie studiert und möglicherweise Arbeitserfahrung in anderen Bereichen sammelt und schließlich merkt, dass Psychotherapie als Berufswunsch interessant ist, sollte es die Möglichkeit geben, quer einzusteigen. Möglicherweise hat man ja dann auch schon viel Arbeitserfahrung und eine eigene Familie, so dass sich das zeitlich oder finanziell gar nicht realisieren lässt, von vorne zu studieren.

C: Sie wissen individuell schon recht genau, wie Sie es in der Ausbildung organisieren würden – aber Sie denken andere Aspekte mit, dass etwa die finanzielle Situation in einem Direktstudium noch nicht geklärt

ist, gerade was die Anteile wie Selbsterfahrung und Supervision angeht?

S: Wir sind relativ offen für Ideen, die die Direktausbildung bietet, haben aber Befürchtungen, was die Rahmenbedingungen angeht. Es kommt aus einer Sorge heraus. Wir haben miterlebt, wie eine große Strukturänderung vom Diplom zum Bachelor-/Mastersystem an der Universität passiert und was dabei alles schiefgehen kann. Und haben auch miterlebt, dass vorher gesagt wurde: „Nein, nein, das wird alles wunderbar funktionieren.“ Und das tut es nicht. Deswegen ist unsere Sorge, wenn wir hören, dass das Direktstudium wunderbar funktionieren wird, dass es wieder viele Schwierigkeiten geben wird. Und dass diese auf dem Rücken der Studierenden ausgetragen werden, die nun mal das schwächste Glied in der Kette sind.

R: Bei all den Gesprächen über die Zukunft dürfen wir außerdem nicht vergessen, wie prekär und unhaltbar die Situation der jetzigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung ist. Und zwar, dass man die Ausbildung praktisch privat finanzieren muss.

K: Genau, das sollte sich jetzt schon verändern und nicht erst in den kommenden Jahren. Die finanziellen Probleme, die wir auf das geplante Studium bezogen haben, bestehen im Moment auch schon und werden von den Psychotherapeuten in Ausbildung getragen. Man arbeitet bereits und leistet teilweise genau die gleiche Arbeit wie die fertig ausgebildete Psychotherapeuten in der Klinik und wird dafür weder angemessen vergütet, noch hat man sichere Rechte als Arbeitnehmer.

C: Meine Damen, wir danken Ihnen für dieses Gespräch!



Özlem Kayali

ozlemferay@gmail.com

Özlem Kayali hat gerade ihren Bachelor of Science in Psychologie an der Universität Hamburg beendet. Sie ist eine der drei Vertreterinnen der PiA-Gruppe der Psychologie-Fachschafften-Konferenz (PsyFaKo e. V.). Sie beginnt zum Wintersemester den Master in Klinischer Psychologie und Psychotherapie an der TU Dresden.



Carolin Rabe

carorabe@t-online.de

Carolin Rabe hat von 2011 bis 2015 ihren Bachelor of Science in Psychologie an der Universität Hamburg absolviert. Zum Wintersemester beginnt sie mit dem Master in Interkultureller Psychologie an der Universität Osnabrück. Sie arbeitet seit einem Jahr in der PiA-Gruppe der Psychologie-Fachschafften-Konferenz (PsyFaKo e. V.) mit.



Meret Seelbach

s1meseel@uni-trier.de

Meret Seelbach hat von 2010 bis 2013 ihren Bachelor of Science in Psychologie an der Universität Hamburg absolviert. Seit 2013 studiert sie Klinische Psychologie im Master an der Universität Trier. Sie ist eine der drei Vertreterinnen der PiA-Gruppe der Psychologie-Fachschafften-Konferenz (PsyFaKo e. V.) und bundesweite studentische Vertreterin für Psychotherapie-Ausbildungsbelange.

Buchrezensionen

Das Selbst und seine Kraft

Bauer, J. (2015). *Selbststeuerung: Die Wiederentdeckung des freien Willens*. München: Blessing, 240 Seiten, 19,99 €

Joachim Bauers Buch handelt vom Selbst, jener unsichtbaren Instanz, an der sich seit Jahrhunderten Theologen und Philosophen, Soziologen, Psychologen und Psychotherapeuten, in neuerer Zeit auch Immunologen und Neurowissenschaftler abarbeiten. Je nach beruflicher Provenienz changieren die Definitionsversuche zwischen Arbeitsbeschreibungen der neuronalen Repräsentationen dieses Selbst, seiner steten fluiden Neufiguration oder der Annahme, es sei substanzuell gar nicht vorhanden, sondern konstruiere sich stets neu nach jeweiligen Anforderungen des sozialen Kontextes. Vielleicht sei die Vorstellung vom Selbst gar eine Illusion, eine freie Willensbestimmung nur vorgaukelt, und das Selbst und sein Wille hinge nur marionettengleich an den Fäden einer steuernden Biologie.

Der Autor positioniert sich daher zunächst: Er beschreibt das triebgesteuerte Basissystem, in dem das Verlangen und die Suche nach rascher Befriedigung leibnaher Bedürfnisse angesiedelt ist („bottom-up drive“), und – dem gegenübergestellt – eine sich im Reifungs-, Erziehungs- und Bildungsprozess allmählich herausbildende Instanz im Stirnhirn, die alles Impulshafte steuert, die bremsen oder freigeben kann („top-down control“). Zwischen beiden Systemen sieht Bauer das Selbst lokalisiert, dessen Reifung in den ersten Monaten vom Du einer Bezugsperson, später von den Resonanzen des sozialen Umfeldes abhängig ist. Im „neurobiologischen Werkzeugkasten“ (S. 56) des Stirnhirns werden biologische Module des Selbst mit sozial gelernten Modulen zusammengeführt, bekommen neuronal Struktur und bilden den Kern der „Selbstkräfte“ (S. 114).

Bauer verdeutlicht das Zusammenspiel von unmittelbarem Bedürfnisdruck und der erworbenen Fähigkeit zum Befriedigungsaufschub mit Aussicht auf spätere Gratifikation als wesentliche Zielgröße jedes Erziehungsprozesses. Er veranschaulicht das z. B. an der Marshmallow-Studie von Mischel oder der Langzeitbeobachtung von Kindern im Vorschulalter bis zum Alter von 32 Jahren im Rahmen der Dunedin-Studie von Moffitt und Kollegen. Er zeigt aber auch, wie überstrenge Selbstdisziplinierung einerseits oder unkontrollierte hedonistische Bedürfnisbefriedigung andererseits die Reifung dieses Selbst sabotieren können.

Wie ein roter Faden zieht sich das Plädoyer des Hirnforschers durch das Buch, dass nicht die Neurone als solche (hardware), sondern deren ständig veränderbare Speicherinhalte (software) für ein gelingendes Leben verantwortlich seien. Hier ist das Selbst verortet, geprägt von den Erfahrungen der Vergangenheit, aber auch vom Bild eines persönlichen Zukunftsentwurfes. Die Grundlage bilden dyadisch angelegte Mutter-Kind-Erfahrungen in den ersten Lebensjahren, in denen das Kind sich als „gesehen“ wahrnimmt (S. 65) und die im Kind zur Entstehung einer ersten inneren Vorstellung, eines ersten Gefühls des Selbst führen. Die dadurch geschaffene Basis ist die Voraussetzung für die etwa mit Beginn des dritten Lebensjahres notwendige Erziehung zur Impulskontrolle und zum Einbeziehen der Sichtweise anderer.

Während sich Bauer im ersten Teil seines Buches vor allem mit pädagogischen und gesellschaftlichen Einwirkungen auf die Entwicklung des Selbst beschäftigt, spricht er im zweiten Teil als Arzt. Hier entwickelt er zwei Hauptlinien: Einmal die Forderung an ärztliche Behandler, die in jedem Kran-

ken schlummernden, mit technischen Methoden bisher nicht darstellbaren Selbstkräfte zu nutzen, diese durch Empathie und Resonanz zum Vorschein zu bringen und sie möglichst mit den Effekten moderner evidenzbasierter Medizin zu kombinieren. Zum anderen macht Bauer deutlich, wie schwere Krankheiten und Krisen als womöglich sensibelste Zeiten im Erwachsenenleben Fenster der Einflussnahme auf die Selbstinstanzen öffnen und – einem Weckruf gleich – die Wiederentdeckung der Selbststeuerung ermöglichen. Oftmals wird in solchen Zeiten der Lebensstil durchgesehen und es können biologische Reparaturvorgänge angestoßen und Heil- oder Rehabilitationsprozesse vorangebracht werden.

Das flüssig geschriebene Buch ist mit einem umfangreichen studienbasierten Anhang ausgestattet. Es richtet sich an Eltern, Pädagogen, Mediziner und Psychotherapeuten.

Es ist ein Appell, das zu sehen, was unsichtbar und doch so entscheidend für unser Leben ist: das Selbst! Dieses Selbst ist eine in jedem Menschen vorhandene Instanz, die – weitgehend altersunabhängig – nach Beachtung und Berührung, nach Resonanz und Einflussnahme sucht und dann zur Kraftzentrale für die eigene Entwicklung werden kann. Das Buch ist geeignet für alle (sowohl Eltern und Erzieher als auch Behandler), die das pädagogische und ärztliche Handwerk auch neuronal verstehen möchten. Als Psychotherapeut, der Krebs Erkrankte behandelt, hat mich das Buch ermutigt, auf die nachhaltigen, letztlich auch biologischen Spuren zu setzen, die eine intensive psychotherapeutische Arbeit hinterlassen kann.

Dr. phil. Elmar Reuter,
Olpe

Fundgrube für den therapeutischen Alltag

Hanswille, Reinert (Hrsg.) (2015). Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 590 Seiten, 49,99 €

Das Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie schließt eine von vielen Praktikern bedauerte Lücke in den Veröffentlichungen zur systemischen Therapie. Familientherapeuten, Systemiker, die mit Erwachsenen arbeiten, und systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden hier viele Anregungen und Ideen für ihre Praxis bekommen – insbesondere, da von konkreten Störungsbildern und Diagnosen ausgehend passende therapeutische Lösungswege gezeigt werden.

Aber auch Kolleginnen und Kollegen mit anderen Verfahrensschwerpunkten/-ausbildungen können hier wertvolle Anregungen finden. Herausgeber Reinert Hanswille stellt in sieben Kapiteln sehr umfangreich die Praxis der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien vor. Dazu hat er 26 systemische Praktiker gewinnen können, ihr spezifisches Fachwissen einzubringen. Autoren sind u. v. a. Wilhelm Rotthaus, Enno Hermans, Alfons Aichinger, Christoph Arning, Jörn Borke, Wiltrud Brächter, Matthias Ochs, Bernd Reiners, Constanze Schulze und Joachim Wenzel, das Vorwort verfasste Jochen Schweitzer.

Im 1. Kapitel beschäftigt sich der Herausgeber zunächst mit acht zentralen systemischen Haltungen. Er bespricht Fragen der Neutralität und der Zielklärung, die Lösungs-, Zukunfts- und Ressourcenorientierung, die therapeutische Beziehung, Wertschätzung, Humor, Kontextorientierung und die Bedeutung der systemischen Hypothesen für die Prozessgestaltung. Im Anschluss werden unterschiedliche Settings der systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgestellt und dabei die Familientherapie, die Gruppentherapie und die Einzeltherapie

genauso betrachtet wie die Multifamilientherapie, die Arbeit mit Subsystemen und die Therapie mit den Peers. Überlegungen zur Eltern- und Netzwerkarbeit schließen diesen Teil des Buches ab.

Das 2. Kapitel beschäftigt sich mit den therapeutischen Besonderheiten der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – Spezifika der Altersstufen vom Baby- und Kleinkind- bis zum Jugendalter, Schweigepflicht sowie Freiwilligkeit und Zwang. Im 3. Kapitel werden die Möglichkeiten systemischen Arbeitens im Kontext alternativer Familienformen diskutiert, das 4. Kapitel beschäftigt sich mit den Möglichkeiten systemischer Diagnostik. Dabei werden nicht nur das systemische Verständnis von Problemen und das Konzept psychischer Störungen beschrieben, sondern auch die Kritik am klassischen Störungsverständnis aus systemischer Sicht.

Kapitel 5 widmet sich dem systemischen Arbeiten mit Symptomen und Auffälligkeiten. Auf mehr als 130 Seiten werden 22 kinder- und jugendlichen-spezifische Störungsbilder beschrieben und diskutiert.

Im 6. Kapitel werden systemische Methoden und Techniken – 12 Highlights mit jeweils interessanten Ausweitungen – vorgestellt sowie benachbarte Verfahren und Zugänge – wie Marte Meo oder Psychodrama – präsentiert bzw. auf ein systemisches Handlungskonzept hin untersucht. Zudem werden Neue Medien und systemische Aspekte der Pharmakotherapie als Ergänzungen zum systemischen Konzept diskutiert.

Das 7. Kapitel widmet sich den Versorgungskontexten, in denen systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen zum Einsatz kommt – in der Klinik, der freien Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/-psychiatrie, der ambulanten und stationären Jugendhilfe und an Beratungsstellen. Das Kapitel schließt mit einem Überblick über die Möglichkeiten der Aus- und

Weiterbildung in systemischer Therapie.

Zum Handbuch gehört umfangreiches Onlinematerial mit 70 Texten zur vertieften Arbeit – teils werden darin Inhalte aus den Aufsätzen näher erläutert und zu den im Buch vorgestellten Methoden und Techniken methodische Hinweise und Anregungen gegeben. Andere Dokumente wie z. B. Testmaterialien, Richtlinien und Konzepte zur Aus- und Weiterbildung ergänzen ebenfalls die Inhalte des Buches.

Die vielen konkreten Ideen und Anregungen machen das Handbuch zu einer Fundgrube für den therapeutischen Alltag, wobei die eher grundsätzlichen und konzeptionellen Kapitel der intensiveren Auseinandersetzung bedürfen. Gut gefallen haben mir die enge Theorie-Praxis-Verbindung, die hohe praktische Relevanz der meisten Beiträge und die klare Sprache des Buches. Dadurch regt es an, die vorgestellten Ideen, Konzepte und Techniken direkt in die eigene Praxis umzusetzen.

Das Buch verliert durch die vielen Autoren und deren unterschiedliche Schreibstile in seiner Gesamtheit etwas an Schärfe. Einzelne Kapitel (z. B. Kapitel 3) wirken etwas zu ausgedehnt und verlassen die praktische Grundorientierung des Buches. Es fehlt auch ein Kapitel über die unterschiedlichsten Lebens- und Familienformen. Dadurch hätte das Buch noch mehr Praxisrelevanz erhalten können. Auch einige spezifische Problembereiche wie z. B. Systemische Therapie mit Migranten und Flüchtlingen fehlen leider.

Insgesamt ist es aber ein Handbuch, das seinen Namen verdient und sowohl Systemischen Therapeuten als auch Kollegen anderer Psychotherapieverfahren sehr gutes Werkzeug für die therapeutische Praxis präsentiert.

Dipl.-Psych. Ralf Schobert,
Düsseldorf

Leserbriefe und Stellungnahmen

Für einen Studiengang Psychotherapie an sowohl Hochschulen als auch Universitäten

Zu H. Vogel: „Wie stehen die Psychologischen Hochschulinstitute in Deutschland zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?“ Fragen an Prof. Dr. Andrea Abele-Brehm, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. *Psychotherapeutenjournal* 3/2015, S. 226-230.

Im Interview nimmt Prof. Dr. A. Abele-Brehm u. a. zur Expertise im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Stellung. Als Vorstand der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) möchten wir dazu einige Gedanken äußern.

Frau Abele-Brehm stellt fest, dass in allen zukünftigen Psychotherapiestudiengängen die Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie ein Bereich sei, der besonders berücksichtigt werden müsse. Zugleich beklagt sie, dass angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Berufstätigkeit starteten, „ohne ausreichende Kenntnisse im Bereich der Störungslehre des Kindes- und Jugendalters zu haben.“ Wir stimmen Frau Abele-Brehm insofern zu, als einheitliche, entwicklungspsychologische und altersgruppenspezifische Themen des Kindes- und Jugendalters bereits im Hochschulstudium für alle Studierenden in angemessenem Umfang durch dafür qualifizierte Dozentinnen und Dozenten gelehrt werden müssen. Diese Inhalte dürfen nicht erst in einer verfahrens- und altersgruppenspezifischen Weiterbildung gelehrt werden.

Der beklagte Mangel ausreichender Kenntnisse im Bereich der Störungslehre des Kindes- und Jugendalters bezieht sich vermutlich auf die Studi-

enabgängerinnen und -abgänger aus den vorbereitenden Studiengängen der jetzigen postgradualen Ausbildung und mag für manche auch zutreffen. Frau Abele-Brehm verkennt aber, dass diese im Studium nicht ausreichend erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb der Institutsausbildung gelehrt und etwaige Defizite ausgeglichen werden, sodass mit dem Abschluss der Ausbildung gute Kenntnisse im Bereich der Störungslehre vorhanden sind und gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsordnung geprüft werden können.

In den Instituten, die in der VAKJP organisiert sind, werden verfahrensspezifische Entwicklungspsychologie, Störungslehre, Diagnostik und Behandlungstechnik sehr gründlich gelehrt und praktisch angewendet. Die Anforderungen hierfür sind in den Grundanforderungen der VAKJP verbindlich festgelegt und gehen deutlich über die Anforderungen des Psychotherapeutengesetzes hinaus.

Frau Abele-Brehm beklagt ferner den mangelnden Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen der Psychotherapieforschung in die heutige Ausbildung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie den Bedarf an wissenschaftlichem Nachwuchs in diesem Fachgebiet. Hier sehen auch wir Handlungsbedarf. Wir gehen davon aus, dass die Reform der Psychotherapeutenausbildung vor allem in Bezug auf die Unterstützung und Förderung junger, wissenschaftlich interessierter Kolleginnen und Kollegen hier neue Chancen eröffnet. Trotzdem stellt sich in Bezug auf die Studieninhalte die Frage, wie Forschung verstanden wird. Sollte es vorwiegend um quantitative Psychotherapieforschung gehen, um evidenzbasierte, randomisierte Studien, die einerseits notwendig sind, um die Finanzierung der heilberuflichen Tätigkeit im Rahmen der GKV zu sichern, aber andererseits nur einen

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

begrenzten Ausschnitt der Forschungsansätze abbilden? Unseres Erachtens sollten gleichberechtigt qualitative Forschungsansätze und Methoden gelehrt werden, um die Studierenden zu befähigen, auch in diesem Bereich Studien beurteilen und selbständig durchführen zu können.

Die Favorisierung der Universitäten als Anbieter zur Durchführung des zukünftigen Studienganges Psychotherapie halten wir für zu eng und eingrenzend. Sie widerspricht den Grundsätzen der Bologna-Reform und ist aus unserer Perspektive auch nicht sinnvoll. Wir setzen uns dafür ein, dass ein Studiengang Psychotherapie sowohl an Hochschulen als auch an Universitäten angesiedelt sein kann, sofern er den Qualitätskriterien und Anforderungen der Approbationsordnung entspricht. Dazu würde gehören, dass sowohl die praktische Anleitung möglich als auch die wissenschaftliche Unterweisung und Förderung der Studierenden gewährleistet ist und die Hochschulen über eine Forschungsambulanz und die Promotionsberechtigung verfügen.

Uwe Keller, Werner Singer,
Dr. Helene Timmermann,
Berlin

Webfehler des Psychotherapeutengesetzes

Zu H. Vogel: „Wie stehen die Psychologischen Hochschulinstitute in Deutschland zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?“ Fragen an Prof. Dr. Andrea Abele-Brehm, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. *Psychotherapeutenjournal* 3/2015, S. 226-230.

Die Direktausbildung ist eine Reform, die inhaltlich keiner benötigt. Sie ist eine Anpassung an die Struktur der Ärzteausbildung. Inhaltlich und qualitativ vollkommen unnötig wie das Forschungsgutachten zur PT-Ausbildung von Strauß et al. sowie die AOK-Studie zur Patientenzufriedenheit mit der Psychotherapie aus 2014 ausweist. Die Konkurrenz der Institute untereinander sorgt für eine hohe Qualität der jetzigen Ausbildung. Für die Webfehler im PsychThG (PiA-Finanzierung in den Kliniken und Master-Zugang) bedarf es keiner grundlegenden Reform mit ungewissem Ausgang.

Beste Grüße

Dipl.-Psych. Werner Dinkelbach,
Andernach

Ausbildungsstandards an den psychoanalytischen Instituten sind deutlich höher, als vom Gesetzgeber gefordert

Zu H. Vogel: „Wie stehen die Psychologischen Hochschulinstitute in Deutschland zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?“ Fragen an Prof. Dr. Andrea Abele-Brehm, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. *Psychotherapeutenjournal* 3/2015, S. 226-230.

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Vogel,

um die Folgen des Beschlusses des 25. DPT zur Reform der Ausbildung zu beleuchten, veröffentlichten Sie ein Interview mit der Präsidentin der Deut-

schen Gesellschaft für Psychologie, Prof. Abele-Brehm. In diesem Interview äußert sich Prof. Abele-Brehm unter anderem auch zu den Folgen der Reform für die Ausbildung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die Folgen für die gegenwärtige Versorgungssituation für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Sie reagiert dabei auf eine Frage, in der Herr Vogel die gewachsene Bedeutung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch die Einführung eines eigenen Heilberufes durch das PsychThG hervorhebt. Prof. Abele-Brehm sagt hierzu, dass die „Situation in diesem Bereich in den letzten 15 Jahren absolut unbefriedigend gewesen [ist]. Angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten starteten in die Berufstätigkeit, ohne ausreichende Kenntnisse im Bereich der Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters zu haben.“ Diese Aussage müssen wir als eines von 25 Ausbildungsinstituten für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland deutlich zurückweisen.

Zunächst sind wir über die Form der Aussage sehr irritiert, da wir uns als Ausbildungsinstitut wie jedes andere Institut auch den Standards des PsychThG verpflichtet wissen und uns darüber hinaus zusätzlich auch zu den weitaus höheren wissenschaftlichen Standards der psychoanalytischen Fachverbände bekennen. Diese höheren Ausbildungsstandards werden von vielen anderen Instituten wegen der damit verbundenen Kosten für die Ausbildungsteilnehmer nicht eingefordert.

Auch wenn die wissenschaftliche Forschung in dieser Altersgruppe erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat und auch an einigen Instituten erst verspätet in die curricularen Anforderungen aufgenommen wurde, so ist doch die Aussage, die niedergelassenen und angestellten Kolleginnen und Kollegen brächten keine ausreichenden Kenntnisse der Störungsbilder mit, inhaltlich überhaupt nicht zu rechtfertigen und entbehrt offensichtlich jeglicher Einsicht in die gegenwärtigen Ausbildungsstandards an den Instituten. Diese Standards liegen zumindest an den

psychoanalytisch orientierten Ausbildungsinstituten deutlich höher, als dies von dem Gesetzgeber gefordert ist.

Noch immer bilden die Absolventen dieser Institute einen nicht unerheblichen Anteil der im GKV-System niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das Forschungsgutachten von 2009 zur Ausbildungssituation kommt daher auch zu einem vollkommen anderen Schluss und bescheinigt der Ausbildung sowohl zum Psychologischen Psychotherapeuten wie auch zum Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten eine hohe Qualität. Es mag sein, dass die Erfolge der klinischen Arbeit in den ambulanten Praxen noch nicht hinreichend in der klinischen Forschung angekommen ist, doch dieses Manko scheint uns kein Grund zu sein, daraus den Schluss zu ziehen, dass die Qualität der Arbeit, die alltäglich in den Praxen geleistet wird, „absolut unbefriedigend“ sei. Diese Aussage ist nicht nur wissenschaftlich nicht belegt, sie widerspricht auch der täglichen Praxis. Die Arbeit der Kolleginnen („in den letzten 15 Jahren“) auf diese Weise abzuqualifizieren, ist nicht zu rechtfertigen. In dem Interview bleibt es auch bei der bloßen Behauptung, die nicht belegt wird. Hier hätten wir eine kritische Nachfrage des Interviewers erwartet.

Darüber hinaus zielt diese Behauptung auch darauf, die Arbeit der Ausbildungsinstitute, die für die Ausbildung zum KJP gegenwärtig verantwortlich sind, in ein trübes Licht zu rücken. Dieses Ansinnen müssen wir daher als eines der betroffenen Ausbildungsinstitute deutlich zurückweisen.

Wir möchten Frau Abele-Brehm gerne nach Hannover einladen, um ihr dabei auch zu zeigen, wie an einer Hochschule die Trias Forschung, Lehre und klinische Praxis in der Ausbildung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fruchtbar aufeinander bezogen werden können. Gerade die Hochschulen für angewandte Wissenschaften haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Anwendung der wissenschaftlichen Forschung in der Praxis zu lehren und umgekehrt, die Erfahrungen daraus in

die wissenschaftliche Arbeit eingehen zu lassen. Dies hat sich bisher als erfolgreich erwiesen und war in der Region auch stets Motor für über die Hochschule hinausreichende Innovationen. Vielleicht macht das Interview an diesem Punkt auch deutlich, dass die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie allzu weit entfernt ist von der klinischen Praxis im Umgang mit psychisch schwer beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. Dies sind die Patienten, mit denen auch unsere AusbildungsteilnehmerInnen zu tun haben und die sie unter Anleitung behandeln.

Letztlich ließe sich die Qualität der Ausbildungskandidaten auch an den Prüfungsleistungen erkennen. Hier sind keine signifikanten Abweichungen zwischen den Prüfungsergebnissen bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Prüfung durch das IMPP zu erkennen.

Wir sprechen sicher für viele Ausbildungsinstitute, wenn wir zusammenfassen, dass wir zukünftig erwarten, dass solche Äußerungen nicht unkommentiert in einem Journal des gemeinsamen Berufsstandes veröffentlicht werden, die einen Teil der Profession derart unbegründet „in die Ecke stellen“ und auf diese Weise unsachlich zu beschämen versuchen.

Die gegenwärtige Versorgung der Kinder und Jugendlichen wird von diesem Teil der Profession noch immer gewährleistet und offensichtlich auch gut geleistet, wie einige Forschungsstudien der letzten Jahre belegen.

Wir würden uns freuen, wenn wir in diesen Fragen wieder zu einer fairen Diskussion zurückkämen, die eine sachgerechte und sachdienliche Auseinandersetzung über die wissenschaftliche Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit eröffnet und nicht unbelegte Behauptungen in den Raum stellt.

Mit freundlichem kollegialen Gruß

Prof. Dr. Eva Busch,
Hannover

Stellungnahme zur Reaktion von Frau Prof. Dr. Eva Busch, Winnicott-Institut, auf mein Interview im Psychotherapeutenjournal 3/2015

Ich begrüße die Stellungnahme von Frau Prof. Busch, da sie mir die Möglichkeit gibt, ein Missverständnis auszuräumen.

Meine Aussage darf nicht als Kritik an den Ausbildungsinstituten zum Beispiel im KJP-Bereich oder an der oftmals engagierten, praktischen Tätigkeit approbierter KJP-Therapeuten missinterpretiert werden. Sie bezieht sich vielmehr darauf, dass diverse zuführende Studiengänge bisher noch nicht genügend auf die Tätigkeit in der postgradualen Ausbildung vorbereiten. Die postgraduale Ausbildung und hier insbesondere die Praktische Tätigkeit I und II wird häufig begonnen, ohne dass im Studium ausreichendes Wissen über Störungen im Kindes- und Jugendalter vermittelt wurde. Dies ist durch einen einfachen Blick in die Pläne vieler zur Psychotherapie zuführender Studiengänge diverser Standorte recht offensichtlich. Deshalb muss sich im Studium hier etwas verbessern. Da viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihre praktische Tätigkeit direkt nach dem Studium aufnehmen, und die derzeitige Betreuung und Anleitung während der praktischen Einarbeitung zum Beispiel in den Kliniken häufig sehr unbefriedigend sind (s. Gutachten von Strauß u. a.), sind diese Ausbildungsteilnehmer und -teilnehmerinnen vielfach auf Learning by Doing an ihren Patienten und Patientinnen angewiesen. Auch im Sinne eines Patientenschutzes muss deshalb bereits im Studium besser auf diese Aufgaben vorbereitet werden.

Die Reform des PsychThG bietet die Möglichkeit, das Kompetenzniveau bei Aufnahme der praktischen Tätigkeiten (insbesondere im Rahmen der Aus-/Weiterbildung) präziser zu definieren. Kompetenzen in der Diagnostik und Klassifikation sowie Grundkompetenzen psychotherapeutischen Vorgehens

sollten im Studium vermittelt werden, bevor in der postgradualen Praxis-Phase direkt mit Patientinnen und Patienten gearbeitet wird. Aber auch breite Kenntnisse des wissenschaftlichen Standes zum Beispiel der Entwicklungspsychologie (nicht nur im Kinder- und Jugendlichenbereich), über soziale Regulationsprozesse oder über den wissenschaftlichen Stand der Gedächtnispsychologie (und der Besonderheiten der Memorierung traumatischer Inhalte) stellen Beispiele für Wissensbereiche dar, in denen im Rahmen der Professionalisierung mehr Kompetenzen vor Beginn der praktischen Tätigkeiten erworben werden sollten. Wissenschaftliche Ausbildung und Praxis dürfen nicht als unverbundene Komponenten der Ausbildung verstanden werden, sondern es wird ein Konzept des systematischen Kompetenzerwerbs von der Vermittlung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse über die ersten praxisnahen Übungen hierzu bis hin zur ersten angeleiteten Anwendung mit Patientinnen und Patienten gefordert. Die Psychologischen Institute haben sich darauf vorbereitet, indem sie Hochschulambulanzen aufbauten, die diese Wissenschaft-Praxis-Vernetzung realisieren. Auch haben sie die Anzahl wissenschaftlich Lehrender und praktisch Auszubildender im Bereich der klinischen Kinder- und Jugendlichenpsychologie und -psychotherapie in den letzten Jahren substantiell erhöht.

Ich wurde in diesem Interview gebeten, die Vorstellungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zur Reformierung der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten insbesondere im Rahmen des Studiums zu erläutern – dazu kann ich als Präsidentin der DGPs fundierte Aussagen machen. Es war weder meine Aufgabe noch mein Ansinnen, die Qualität der Arbeit der derzeitigen Ausbildungsinstitute zu kommentieren.

Prof. Dr. Andrea Abele-Brehm,
Erlangen

Von Weite und Reichtum unseres Berufes

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

Liebe Redaktion,

das Interview mit den Herren Kriz und Berking hat mich sehr gefreut: weil es statt der ermüdenden Abgrenzungs-Rituale die Weite und den Reichtum unseres Berufs thematisiert, weil es die Zukunft des Berufs in den Blick nimmt, ohne die gegenwärtigen strukturellen Rahmenbedingungen abzuwerten, und weil es die Lust an der Entwicklung unserer Profession vermittelt, ohne unsere je persönlichen Grenzen zu verleugnen.

Arndt Linsenhoff,
Heidelberg

Begrüßenswerte Versachlichung der oft ausgetragenen Polarisierung

Zu Schwerpunkt: Autismus-Spektrum-Störungen und Psychotherapie, *Psychotherapeutenjournal* 2/2015, S. 110-133.

Sehr geehrte Redaktionsmitglieder,

hiermit möchte ich Ihnen mitteilen, wie sehr ich mich über Ihr aktuelles *Psychotherapeutenjournal* (2/2015) gefreut habe, das die Problematik autistischer Störungen und deren Therapie aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und viele Anregungen gibt. Als analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit längerer Erfahrung in der Diagnostik autistischer Störungen im Rahmen einer Ambulanz habe ich mich besonders über den Artikel von Herrn Dr. Nissen gefreut, der historische und aktuelle psychoanalytische Konzeptionen darstellt, zumal in diesem Bereich verhaltenstherapeutische Sicht-

weisen als vorrangig gelten. Soweit ich es beurteilen kann, gibt es auch keine Evaluierung psychoanalytisch orientierter Behandlungen von Menschen, die von einer Störung aus dem autistischen Spektrum betroffen sind. Insbesondere meine Erfahrung mit sehr jungen Kindern zeigte, dass in längerer, geduldiger Arbeit positive Entwicklungsverläufe möglich waren und die Schritte im Bewilligungsverfahren vonseiten der Gutachter auch befürwortet wurden.

Ich sehe Ihre Schwerpunktsetzung unter verschiedenen Blickwinkeln als Chance, eine Versachlichung in die oft ausgetragene Polarisierung zu bringen und die Indikation für eine bestimmte Behandlungsweise nicht von vornherein einem bestimmten Störungsbild zuzuordnen, zumal sich autistische Störungsbilder in ihrer Ausprägung sehr unterscheiden können.

Mit Dank und freundlichen Grüßen

Dipl.-Päd. Margarete Klein,
Berlin

27. Deutscher Psychotherapeutentag in Stuttgart

Eine patientenorientierte Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien, eine zügige Verbesserung der Versorgungsqualität in der stationären Versorgung sowie eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen – das waren zentrale Forderungen des 27. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) am 14. November in Stuttgart. Ein besonderes Anliegen war es dem DPT, die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge und Flüchtlingskinder zu verbessern.

Spezialisierung nicht zu früh beginnen

Katrin Altpeter, Arbeits- und Sozialministerin von Baden-Württemberg, begrüßte die Delegierten. Sie ging insbesondere auf die anstehende Reform des Psychotherapeutengesetzes ein. Die Psychotherapie sei ein relativ junges Gebiet der Heilkunde. Aufgrund der substantiellen Weiterentwicklungen der vergangenen Jahre sei für sie eine Reform der Psychotherapeutenausbildung nur folgerichtig. Dabei komme es darauf an, die Spezialisierungen in einem Psychotherapiestudium nicht zu früh zu beginnen, um junge Menschen mit den Richtungsentscheidungen, die damit zu treffen sind, nicht zu überlasten.

Viel spreche dafür, sich bei der Psychotherapeutenausbildung am Medizinstudium zu orientieren. Das Staatsexamen habe sich als Garant für Qualität bewährt. Gleichzeitig müsse man der Bologna-Systematik Rechnung tragen. Auch hier gebe es durchaus positive Erfahrungen. Letztlich müsse die Patientensicherheit im Mittelpunkt der Überlegungen stehen. Es werde darauf ankommen, Wissenschaft und Praxis in der Hochschulausbildung adäquat abzubilden. Das sei zwingend, um eine Approbation zu erteilen und stelle eine



Katrin Altpeter, Dr. Dietrich Munz

große Herausforderung für die Hochschulen dar. Sie sei sehr optimistisch, dass hier eine Lösung gefunden werde.

Ausdrücklich begrüßte die Ministerin die Initiative der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer, in einem Modellprojekt den Einsatz von Dolmetschern in der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge zu erproben und zu finanzieren. Auch wenn die sichtbaren Wunden der Flüchtlinge geheilt seien, könne man das von den Seelen häufig noch lange nicht sagen.

Psychotherapie-Richtlinie patientenorientiert weiterentwickeln

Im Bericht des Vorstandes machte BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz deutlich, dass der Gesetzgeber zwar beschlossen habe, die Psychotherapie-Richtlinien weiterzuentwickeln, indem er z. B. die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorgesehen habe. Dafür müsste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jedoch

nun den gesetzlichen Auftrag in konkrete Beschlüsse umsetzen. Letztlich entscheide der G-BA, ob Psychotherapeuten künftig eine breite und differenzierte Versorgung anbieten können.

Es gebe jedoch Bestrebungen der Krankenkassen, dies im G-BA zu verhindern. Demnach schlugen die Kassen vor, dass die psychotherapeutische Sprechstunde von Hausärzten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung übernommen werden solle. Andere Vorschläge sähen vor, die psychotherapeutische Sprechstunde an eine somatische Abklärung zu koppeln. Das bedeutete, dass Psychotherapeuten ihren Patienten zusätzliche Termine aufnötigen müssten, die zu diesem Zeitpunkt vollkommen überflüssig seien. Es dränge sich der Eindruck auf, dass Krankenkassen beabsichtigten, psychotherapeutische Sprechstunden ohne Psychotherapeuten einzuführen. Damit ignorierten sie allerdings, dass der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ausdrücklich den Zugang zum Psychotherapeuten erleichtern wolle.



Wolfgang Schreck

Psychotherapeutische Honorare angemessen anpassen

BPtK-Präsident Munz kritisierte den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Anpassung psychotherapeutischer Honorare. Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen seien offensichtlich nicht bereit, den Psychotherapeuten für zeitgebundene Leistungen ein angemessenes Honorar zu zahlen, wie es im SGB V festgelegt ist. Munz kritisierte insbesondere das Konzept des Zuschlages, den es für mit genehmigungspflichtigen Leistungen stark ausgelastete Praxen ausschließlich für eben diese genehmigungspflichtigen Leistungen geben sollte. Er berichtete dem DPT zudem, dass die BPtK das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert habe, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zu beanstanden. Die Delegierten des DPT unterstützten das Anliegen mit einer einstimmig verabschiedeten Resolution.

Qualität der Psychiatrie und Psychosomatik sichern

Psychisch kranke Menschen treffen aktuell in vielen Kliniken auf eine pflegerische Unterversorgung, da die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) insbesondere im Bereich der Pflege nicht umgesetzt werde. Ursache sei



Peter Lehndorfer

vor allem, dass die Personalanforderungen der Psych-PV nicht verbindlich seien, erläuterte Munz. Hinzu komme die psychotherapeutische Unterversorgung aufgrund der veralteten Vorgaben der Psych-PV. Es sei daher sehr bedauerlich, dass es dem G-BA nicht gelinge, bis Ende 2017 neue Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln, was eigentlich sein Auftrag gewesen sei.

Die BPtK halte es für wahrscheinlich, dass es Anfang 2016 zu einem weiteren Gesetzgebungsverfahren für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik kommen werde, berichtete Munz. Dabei müsse klargestellt werden, dass aus den Personalanforderungen des G-BA verbindliche Vorgaben für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen werden. Die BPtK fordere außerdem, dem G-BA nur ein weiteres Jahr für die Entwicklung von Personalstandards einzuräumen. Bis Ende 2017 müsse der G-BA seinem Auftrag nachkommen. Jedes Jahr länger mit veralteten und nicht erfüllten Personalstandards bedeute ein Jahr länger pflegerische und psychotherapeutische Unterversorgung.

Außerdem müsse den Kliniken die Option eingeräumt werden, für die neuen Personalstandards die notwendigen



Dr. Andrea Benecke

Mittel nachzuverhandeln. Die BPtK werde sich im Übrigen für ein Hybrid-system einsetzen. Den Kliniken müsse zusätzlich zu den geplanten Tagespauschalen des Pauschalierenden Entgelt-systems (PEPP) die Möglichkeit eingeräumt werden, individuelle Zuschläge für ihre Häuser zu verhandeln, z. B. für Angebote sektorenübergreifender Versorgung. Die Delegierten unterstützten auch hier die Arbeit des Vorstandes durch eine einstimmig verabschiedete Resolution.

Psychisch kranke Flüchtlinge versorgen

Große Zustimmung fand der BPtK-Vorstand auch für sein Engagement zur besseren Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge. Munz berichtete, dass die BPtK gemeinsam mit der Bundesärztekammer ein Modellprojekt entwickelt und dem Bundesgesundheitsministerium vorgeschlagen habe. Damit solle sowohl die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen deutlich verbessert als auch ein bundesweiter Dolmetscherpool aufgebaut werden. Auch die Gesundheits- und die Integrationsministerkonferenz hatten einstimmig gefordert, den Einsatz von Dolmetschern in der psychotherapeutischen Behandlung in einem Modellprojekt zu erproben. Außerdem habe die BPtK



Dr. Nikolaus Melcop

sich dafür stark gemacht, dass Teile des Modellprojektes über den Innovationsfonds gefördert werden. Dieser Innovationsfonds wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beim G-BA eingerichtet.

Viele Delegierte berichteten über das Engagement der Psychotherapeuten in ihren Landespsychotherapeutenkammern und baten den BPTK-Vorstand sich weiter für Rahmenbedingungen einzusetzen, die es den Psychotherapeuten erlauben, psychisch kranke Flüchtlinge angemessen zu versorgen. Als wichtigen Fortschritt bezeichneten die Delegierten, dass die Zulassungsausschüsse nun verpflichtet seien, für Psychotherapeuten und psychosoziale Zentren Ermächtigungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen

zu erteilen. Problematisch sei, dass dies bei vielen Zulassungsausschüssen noch nicht angekommen sei.

Der DPT verabschiedete einstimmig eine Resolution zur Versorgung von psychisch kranken Flüchtlingen und Flüchtlingskindern.

Psychotherapeutengesetz reformieren

Die Mitglieder des BPTK-Vorstandes erläuterten den Delegierten des 27. DPT den Stand der Arbeiten im Projekt Transition. Dazu lagen als erste Arbeitsergebnisse Eckpunkte für ein Approbationsstudium und ein Papier zu kompetenzbasierten Ausbildungszielen vor. Der Vorstand machte deutlich, dass es auf der Basis dieser Papiere nun darauf ankomme, die Inhalte einer Approbationsordnung herauszuarbeiten. Parallel dazu solle beschrieben werden, welche Inhalte in welchen Strukturen und Verfahren in der Weiterbildung zu vermitteln sind. Der Vorstand gab sich zuversichtlich, dass für den 28. DPT weitere Bausteine in diskussionsfähigen Entwürfen präsentiert werden können. Er dankte den vielen am Projekt Transition Beteiligten für ihr Engagement und ihre Bereitschaft, teilweise sehr kurzfristig ihre Expertise einzubringen.

Die Delegierten des 27. DPT begrüßten das transparente und partizipative Vorgehen des Vorstandes beim Projekt Transition. Sie baten den Vorstand, auch weiterhin die strukturellen Rahmenbedingungen für die künftige Aus- und Weiterbildung im Blick zu behalten.

Wichtig waren den Delegierten auch der Praxisbezug während der Ausbildung sowie ausreichende Möglichkeiten zur Selbsterfahrung und Supervision in dieser Qualifizierungsphase. Unter dem Beifall der Delegierten fasste Munz die Debatte des DPT wie folgt zusammen: „Die heutige Diskussion und der bisherige Verlauf des Transitionsprojektes haben uns gezeigt und bestätigt, dass der DPT diesen Prozess mitträgt und weiter befördert. Der Vorstand und die Bundesländer-AG werden das Projekt Transition auf der Grundlage des Beschlusses des 25. DPT und der bisher erarbeiteten Zwischenergebnisse – also der Eckpunkte zum Approbationsstudium und der kompetenzbasierten Ausbildungsziele des Approbationsstudiums – sowie unter Berücksichtigung und Einbezug der heutigen Diskussion weiterführen.“



Andrea Mrazek

Frauen in den Psychotherapeutenkammern fördern

Bis zum übernächsten DPT will der Vorstand der BPTK ein Konzept vorlegen, wie der unterschiedliche Frauen- und Männeranteil in der Profession besser in den Gremien der BPTK und der Landespsychotherapeutenkammern repräsentiert werden kann. Ein von vielen Delegierten getragener Antrag machte dies zum Thema des DPT. Es gehe darum zu analysieren, welche Strukturen Frauen behindern oder sie zögern lassen, sich verstärkt in die Kammerarbeit

Mitglieder des Ausschusses Psychotherapeuten in Institutionen (PTI-Ausschuss)

Böttinger, Ullrich	Baden-Württemberg
Frey, Johannes	Hamburg
Golombek, Jürgen	OPK
Höffler, Karl-Wilhelm	Hessen
Kapp, Matthias	Hessen
Kremer, Georg	Nordrhein-Westfalen
Scholz, Monika	Hamburg
Thomsen, Klaus	Schleswig-Holstein
Vogel, Heiner	Bayern

einzubringen. Es gebe viele Beispiele aus anderen Bereichen der Gesellschaft, wie man diese Aufgabe erfolgreich angehen könne.

Anzahl der Delegierten reduzieren

Dem 26. DPT hatten im Kontext einer geplanten Satzungsänderung der BPTK Anträge vorgelegen, die Anzahl der Delegierten der Deutschen Psychotherapeutentage zu begrenzen. Eine Kommission des Länderrates, des Vorstandes der BPTK und der Antragsteller hatte deshalb einen Vorschlag erarbeitet, dessen Ziel es ist, die Anzahl der Delegierten auf den Deutschen Psychotherapeutentagen auf bis zu 128 zu verringern.

Künftig soll ferner bei der kammer-spezifischen Festlegung der Delegierten-zahl eine mit der Beitragszahlung an die BPTK konsistente Lösung gesucht werden. Die Kommission bat die Delegierten, den Vorschlag in ihren Kammern zu diskutieren, damit der 28. DPT hierzu ggf. einen Beschluss fassen könne.



Birgit Gorgas

PTI- und KJP-Ausschuss gewählt

Der DPT wählte für die laufende Wahlperiode des Vorstandes einen Ausschuss zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und einen Ausschuss, der im Schwerpunkt die berufspolitischen Fragen der Psychotherapeuten in Institutionen behandeln wird.

Versammlungsleitung neu gewählt

Turnusmäßig wählte der DPT seine Versammlungsleitung neu. Da Wolfgang Schreck, der seit dem ersten DPT in der Versammlungsleitung der Deutschen Psychotherapeutentage tätig war, nun Mitglied des BPTK-Vorstandes ist, konnte er für das Amt des Versammlungsleiters nicht mehr kandidieren. Auch Benedikt Waldherr stand für das Amt nicht mehr zur Verfügung.

Der DPT wählte als neue Versammlungsleitung Birgit Gorgas (PP), Delegierte der bayerischen Landespsychotherapeutenkammer. Als ihre Stellvertreter wählte der DPT Juliane Dürkop (PP), Delegierte der Schleswig-Holsteinischen Landespsychotherapeutenkammer, und Johannes Weisang (KJP), Delegierter der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

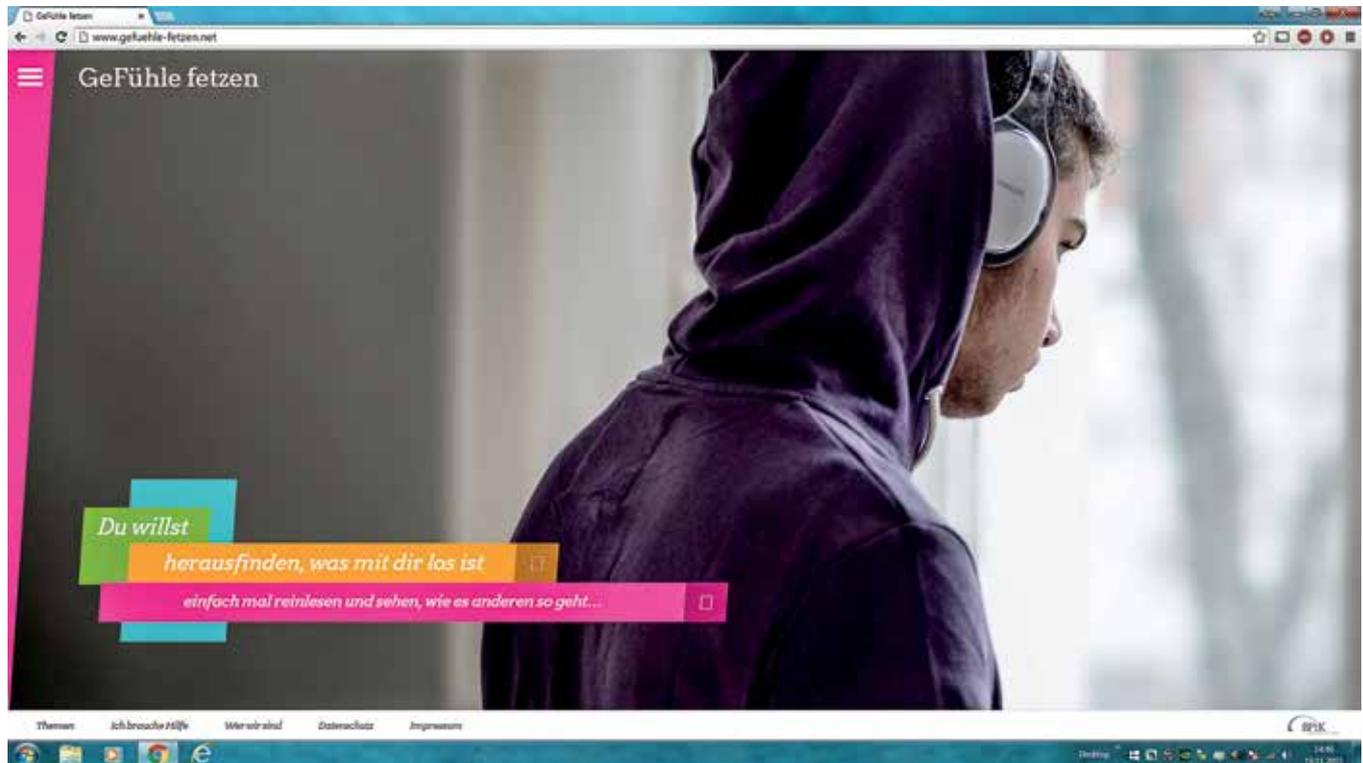
Mitglieder des Ausschusses zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KJP)

Beeking, Cornelia	Nordrhein-Westfalen
Hermann, Jörg	Niedersachsen
Maur, Sabine	Rheinland-Pfalz
Mertens, Rolf	Nordrhein-Westfalen
Müller, Ulrich	Hessen
Plamann, Cornelia	OPK
Sartorius, Ariadne	Hessen
Singer, Werner	Saarland
Willhauck-Fojkar, Michaela	Baden-Württemberg

Ankündigung: Fachtagung „Netzwerke gestalten – Psychisch erkrankte Beschäftigte wirkungsvoll unterstützen“

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Ein wichtiger Grund dafür ist unter anderem die häufig schlechte Vernetzung zwischen Versorgungssystem und Unternehmen. Betroffene Beschäftigte erhalten deshalb oft sehr spät und kaum auf die konkrete Arbeitssituation zugeschnittene Unterstützung. Bei der dritten Fachtagung in der Reihe „Schnittstellen zwischen Arbeitsschutz, Rehabilitation und Psychotherapie“ steht deshalb die Frage im Fokus, wie Netzwerke mit allen Beteiligten so gestaltet werden können, dass Beschäftigte möglichst schnell und effektiv Hilfe erhalten. Dabei sollen die Teilnehmer auch Ideen entwickeln, wie sie in ihrer Region Netzwerke bilden können. Die Veranstaltung richtet sich an Präventions- und Reha-Vertreter ebenso wie an Vertreter aus dem Gesundheitswesen und wird in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und der DGUV-Abteilung Versicherung/Leistung durchgeführt. Die Fachtagung findet am 30. Juni 2016 und 1. Juli 2016 in der DGUV Akademie in Dresden statt. Weitere Informationen zur Veranstaltung und den Anmeldemodalitäten finden Sie unter: <http://www.dguv.de/iag/veranstaltungen/schnittstellen/2016/index.jsp>

www.gefuehle-fetzen.net – Neues Internetangebot für Jugendliche



Die Bundespsychotherapeutenkammer hat seit dem 1. Dezember 2015 ein neues Internetangebot für Jugendliche: www.gefuehle-fetzen.net. Die Internetseiten sollen Jugendlichen vermitteln, dass Emotionen, Konflikte und Spannungen zum Leben gehören und dass es notwendig ist, einen eigenen Umgang damit zu erlernen. Sie sollen den Jugendlichen auch erklären, dass es sinnvoll ist, sich professionell beraten zu lassen, wenn man einfach nicht mehr weiter weiß. Die Seiten nutzen vor allem großformatige Fotos, damit sich Jugendliche verschiedenen Emotionen nähern können. Dazu gehören Themen wie: Unendlich traurig, Weiter, immer weiter machen, Mein fremder Körper, Ich bin nicht gut genug, Schmerzen, die gut tun, Angst, die nicht vergeht, Rasend vor Wut. Die Empfindungen, die die Fotos zu diesen Themen auslösen, sollen Jugendlichen helfen, sich mit eigenen Emotionen auseinanderzusetzen. Dafür bieten die Internetseiten dann Geschichten, in denen andere Jugendliche ihre Gefühlslagen beschreiben.

Johanna, 15 Jahre, muss sich zum Beispiel ständig die Hände waschen: „Ich kann kaum was dagegen tun. Wenn ich nach Hause komme, muss ich meine Hände waschen. Überall gibt es Keime. Meine Hände sind rot, tun weh und ich habe an einigen Stellen Risse durch das gründliche Waschen, aber so kann ich sichergehen, dass sie sauber sind. Meine Freunde sagen, ich sei verrückt, aber die können das auch nicht verstehen.“

Siggi, 13 Jahre, denkt, dass er für andere unerträglich ist: „Niemand hält mich aus. Ich mich manchmal auch nicht. Alle regen sich darüber auf, dass ich immer hippelig bin und sie sagen, sie verstehen mich nicht. Manchmal reagiere ich so und fünf Minuten später wieder anders. Aber ich kann halt nicht raus aus meiner Haut. x-mal habe ich es schon probiert, ruhig zu bleiben. Aber irgendwie schaffe ich das nicht.“

Uli, 14 Jahre, berichtet, dass er gerne zu viel trinkt: „Ich meine, ich bin nicht süchtig danach oder so. Es macht ein-

fach nur Spaß. Wenn ich erst mal angefangen habe, möchte ich am selben Abend auch nicht mehr aufhören. In drei Wochen sind schon Ferien. Ich weiß genau, dass ich dann jeden Abend mit Jonas und den anderen verbringen werde. Hoffentlich fahren meine Eltern mal in den Urlaub.“

Die Texte stammen von jungen Autorinnen und Autoren, um einen möglichst authentischen Sprachduktus und eine nicht-professionelle Perspektive zu gewährleisten. Die Geschichten werden ergänzt um Kommentare von Freunden oder Freundinnen, von besorgten Eltern und Psychotherapeuten.

Die Internetseiten haben schließlich eine Leiste am unteren Bildrand, in der es auch die Rubrik „Ich brauche Hilfe“ gibt. Dort können Jugendliche erfahren, wo sie sofort einen Ansprechpartner („Nummer gegen Kummer“) finden, wenn sie nicht mehr weiterwissen, oder wie sie einen Psychotherapeuten finden und was in einer Psychotherapie passiert.

G-BA streicht Tabakabhängigkeit als Indikation für Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf seiner Sitzung am 15. Oktober 2015 die psychotherapeutische Behandlung der Tabakabhängigkeit aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen. Auch stark abhängigen Rauchern, die nicht alleine von ihrer Sucht loskommen, wird damit eine nachweislich wirksame Behandlung ihrer Abhängigkeitserkrankung verweigert.

Diese G-BA-Entscheidung ignoriert die aktuelle S3-Leitlinie zum schädlichen und abhängigen Tabakkonsum, die erst im Januar dieses Jahres veröffentlicht wurde. Diese empfiehlt mit höchster Stärke eine verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern, als Gruppentherapie oder als Einzeltherapie.

Tabak gehört zu den gefährlichsten und verbreitetsten Suchtmitteln. Da es sich um eine legale Droge handelt, werden die Gefahren des Tabakkonsums jedoch häufig vernachlässigt. Jährlich sterben rund 140.000 Menschen an den Folgen eines langjährigen Tabakkonsums. Jahrelanges Rauchen verkürzt das Leben um durchschnittlich zehn Jahre.

Circa 13 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland erfüllen die diagnostischen Kriterien für eine Tabakabhängigkeit. Dass der G-BA Tabakabhängigen, selbst wenn sie z. B. an schweren Krebs- oder Herzerkrankungen leiden, eine nachweislich wirksame Behandlungsmöglichkeit vorenthalten will, ist willkürlich und nicht nachzuvollziehen.

Schwer abhängigen Rauchern bietet die gesetzliche Krankenversicherung damit keine Therapieoptionen mehr. Der G-BA hat mit seiner Entscheidung nicht nur die psychotherapeutische Behandlung, sondern auch die psychosomatische Grundversorgung der Tabakabhängigkeit unmöglich gemacht. Bei der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2011 hatte der G-BA noch festgestellt, dass der schädliche Gebrauch und die Abhängigkeit von Tabak zu den „psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ gehören und deshalb eine Indikation für Psychotherapie sind. Der G-BA bezeichnet diese fachlich richtige Entscheidung nun als ein redaktionelles Versehen, das mit dem aktuellen Beschluss korrigiert werden soll.

Mehr Personal für die Krankenhäuser

Am 5. November 2015 hat der Bundestag das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verabschiedet. Eine der wichtigsten Neuregelungen betrifft die Verpflichtung der Krankenkassen, zukünftig Personalkosten, die aufgrund von Tariflohnsteigerungen entstehen, angemessener zu finanzieren. Damit wird einem weiteren Personalabbau, der auch in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in den letzten Jahren stattgefunden hat, entgegen gewirkt. Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die neue Finanzierungsregelung im KHSG, weil damit auch die Beratungen im Gemeinsamen

Bundesausschuss befördert werden können, deren Ziel angemessene und verbindliche Personalanforderungen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind.

Spezifische Regelungen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurden mit dem KHSG nicht verabschiedet. Die Forderung der BPTK klarzustellen, dass die vom G-BA zu erarbeitenden Personalanforderungen verbindlich sind, wurde nicht aufgegriffen, um dem Ergebnis des noch laufenden strukturierten Dialogs beim Bundesgesundheitsministerium

zum Pauschalierenden Entgeltsystem (PEPP) nicht vorzugreifen. Doch die Zeit drängt. Die schlechte Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik ermöglicht derzeit in vielen Einrichtungen keine leitlinienorientierte und das heißt ausreichende psychotherapeutische Versorgung. Die Frist zur Erarbeitung der neuen Personalanforderungen durch den G-BA läuft am 1. Januar 2017 ab. Diese Zeit ist zu knapp. Die BPTK fordert daher im ersten Halbjahr 2016 ein Gesetzgebungsverfahren, in dem die Verbindlichkeit der Personalanforderungen festgelegt wird und eine kurze Verlängerung der Frist zur Erarbeitung der neuen Personalanforderungen erfolgt. Der Gesetzgeber sollte gleichzeitig – in Analogie zur Option im Psychiatrie-Entgeltgesetz, die Psychiatrie-Personalverordnung nachzuverhandeln – klarstellen, dass die Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik die Möglichkeit haben, die für die Umsetzung der Personalanforderungen des G-BA notwendigen Mittel nachzuverhandeln.

Empfehlungen für Sachverständigengutachten im Familienrecht

Für Gutachten im Kindschaftsrecht gibt es neue fachübergreifende Qualitätsstandards, die die BPTK zusammen mit Vertretern juristischer, psychologischer und medizinischer Fachverbände sowie der Bundesrechtsanwaltskammer erarbeitet hat. In dem Papier werden Anforderungen an die Sachkunde von Sachverständigen dargelegt, die den qualifizierenden Erwerb fundierter theoretischer, auch rechtlicher Kenntnisse und Praxiserfahrung umfassen. Des Weiteren werden einzelne Schritte einer Begutachtung und Empfehlungen zum Aufbau eines Gutachtens dargelegt. Weitere Informationen finden Sie unter www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/qualitaet-fa.html

Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge

Die Gesundheitsversorgung psychisch kranker Flüchtlinge ist mangelhaft. Kaum einer von ihnen erhält eine psychotherapeutische Behandlung, obwohl Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen in der Regel die oder eine Behandlungsmethode der Wahl ist. Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer haben deshalb gemeinsam Eckpunkte eines Modellprojekts zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlingen entwickelt. Beide Kammern greifen damit auch eine Forderung der Integrations- und der Gesundheitsministerkonferenz auf, die vorgeschlagen haben, die Stellung und Finanzierung von Dolmetschern für die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen aus Bundesmitteln in einem Modellprojekt zu erproben.

Kern des Vorschlags von BÄK und BPtK sind drei aufeinander abgestimmte Module. Das erste Modul sieht den Aufbau eines bundesweiten Dolmetscher-

pools vor, dessen Aufgabe es wäre, die Sprachmittler zu qualifizieren und zu zertifizieren, an Psychotherapeuten und Ärzte zu vermitteln und auch deren Vergütung abzuwickeln.

Als zweites Modul schlagen die beiden Bundeskammern vor, in jedem Bundesland eine Koordinierungsstelle für die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen einzurichten. Diese soll für die Beantragung, Begutachtung, Genehmigung sowie Vergütung von Psychotherapien bei Flüchtlingen zuständig sein – unabhängig davon, welchen Status der Flüchtling hat und wie lange er bereits in Deutschland lebt. Die Begutachtung, ob die beantragte Psychotherapie indiziert ist, soll durch einen unabhängigen und qualifizierten Gutachter erfolgen. Die Koordinierungsstelle entscheidet auf Grundlage des Votums des Gutachters über die Psychotherapie. Sie leistet auch die Vergütung der Behandler und rechnet die Ausgaben mit der Behörde ab,

die gesetzlich die Kosten übernehmen muss.

Ein drittes Modul zielt auf eine Verbesserung der Qualifizierung der Psychotherapeuten und Ärzte ab. Die Behandelnden sollten über spezifische Kompetenzen bei der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen verfügen (z. B. Arbeit mit Dolmetschern und kultursensible Psychotherapie). Solche Kompetenzen sollen durch entsprechende Fortbildungen der Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern gefördert werden. Zudem sollte es möglich sein, dass sich nicht nur Vertragspsychotherapeuten und -ärzte, sondern auch Psychotherapeuten und Ärzte, die zum Beispiel in Privatpraxen, Flüchtlingszentren oder Hochschulambulanzen tätig sind, an dem Modellprojekt beteiligen können. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der BPtK unter <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-89.html>.

Prof. Dr. Barbara Krahe erhält Deutschen Psychologie Preis 2015



Prof. Dr. Barbara Krahe

Prof. Dr. Barbara Krahe wurde für ihre sozialpsychologischen Analysen, wie Aggression und Gewalt entstehen, am 20. Oktober 2015 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften mit dem Deutschen Psychologie Preis 2015 geehrt.

Barbara Krahe forscht an der Universität Potsdam zu Risikofaktoren, Entwicklung und Folgen von Aggression.

Dabei verbindet sie Längsschnittstudien, Experimente und kulturvergleichende Analysen und entwickelte ein Programm zur Aggressionsprävention und Medienkompetenz durch Verringerung des Konsums von Mediengewalt und Anleitung zu kritischer Reflexion gewalthaltiger Medieninhalte.

Der Deutsche Psychologie Preis ist mit 10.000 EUR dotiert und wird alle zwei Jahre verliehen. Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen die Bundespsychotherapeutenkammer, die Christoph-Dornier-Stiftung und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie würdigen mit diesem Preis herausragende Leistungen in der psychologischen Forschung, die sich durch hohe praktische Bedeutung auszeichnen.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine große Zahl von Menschen flieht aktuell nach Deutschland und sucht hier Schutz. Es ist eine große gesellschaftliche Herausforderung, sicherzustellen, dass sie alle gut versorgt werden, hier eine Bleibe finden können und sich in unsere Gesellschaft integrieren, bis der Krieg und Terror in ihrem Heimatland beendet ist und sie dann erst vielleicht entscheiden können, ob sie dorthin zurückkehren.

Viele von ihnen sind durch Gewalterfahrung und Konfrontation mit dem Tod sowohl zuhause als auch auf der Flucht traumatisiert und dadurch erkrankt. Untersuchungen zeigen eine hohe psychische Belastung der Flüchtlinge und ihrer Kinder. Deshalb ist die psychotherapeutische Versorgung für diejenigen sicher zu stellen, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen.

Wir sind darauf nicht gut vorbereitet. Es gibt gesetzliche und formale Hürden der Finanzierung der psychotherapeutischen Behandlung und die Finanzierung von Dolmetschern bzw. Sprachmittlern ist nicht sicher gestellt. Wir sind jedoch auch unzureichend in kultursensibler Psychotherapie und im Umgang mit Dolmetschern in der Behandlung ausgebildet.

Um den hier ankommenden Flüchtlingen in den kommenden Jahren die erforderliche Psychotherapie zu ermöglichen, müssen die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen die neue gesetzliche Vorgabe umsetzen und sowohl die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer als auch Kolleginnen und Kollegen für die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge ermächtigen. Die Kammer bietet Fortbildungen an, um Kolleginnen und Kollegen mit den aufenthaltsrechtlichen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen der Flüchtlinge als auch mit spezifischen Problemen der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und mit der Zusammenarbeit mit Dolmetschern in der Behandlung vertraut zu machen. Die Nachfrage zeigt das große Interesse und wir würden uns sehr freuen, wenn viele Kolleginnen und Kollegen Flüchtlinge in Behandlung nehmen und sich dafür fortbilden.

Für die kommende Weihnachtszeit und den Jahreswechsel sowie das neue Jahr wünschen wir Ihnen alles Gute.

Ihr Kammervorstand,

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

LPK-Vertreterversammlung am 27./28. November 2015

Die 5. VV der Kammer fand am 27. und 28. November in Stuttgart statt. Nach einer Einführung durch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz und Dr. Walter Ströhm (als Vertreter der BAG/PP-Ausbildungsinstitute) diskutierten die VV-Mitglieder die aktuellen Entwicklungen zur Reform der Ausbildung der Psychotherapeuten. Schwerpunkt war hierbei die Gestaltung der Weiterbildung nach einem zur Approbation führenden Studium.

Der Haushalt der Kammer mit dem Jahresabschluss 2014 und dem Haus-

haltsplan 2016 waren weitere wichtige Tagesordnungspunkte mit ausführlichen Diskussionen in der Vertreterversammlung. Danach legte die Vertreterversammlung nach einem Vorschlag des Haushaltsausschusses die Höhe des Kammerbeitrags für 2016 fest und verabschiedete die unten abgedruckte Beitragstabelle.

Nachdem in der letzten VV noch keine Formulierung für eine Änderung der Berufsordnung zur Frage, ab wann bei der Behandlung von Kindern die Zustimmung aller Sorgeberechtigter, d. h.

i. d. R. beider Eltern einzuholen ist, wurde ein neuer Entwurf diskutiert und zur Abstimmung gestellt. Nach Beschluss zu geringfügigen Änderungen zur Aktualisierung der Meldeordnung diskutierten die VertreterInnen Änderungen zur Weiterbildungsordnung, um diese an die Musterweiterbildungsordnung der BPtK anzugleichen.

Da der Redaktionsschluss für diese Ausgabe des PTJ vor der VV war, können wir an dieser Stelle nicht detaillierter berichten, einen ausführlichen Bericht finden Sie unter www.lpk-bw.de.

Traumatisierte MigrantInnen – Zweiter Versorgungsbericht zeigt Reformbedarf und fordert Änderungen

Der von der Landesärztekammer (LÄK) und der Landespsychotherapeutenkam-

mer Baden-Württemberg gemeinsam vorgelegte „Zweite Versorgungsbe-

richt“ erläutert Ursachen und Auswirkungen von Traumafolgestörungen

und benennt strukturelle Probleme des deutschen Gesundheitswesens bei der ambulanten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Er widmet sich der besonderen Bedeutung der Psychosozialen Zentren (PSZ) für die Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen und Migranten in Baden-Württemberg.

„Qualitativ hochwertige Versorgungsangebote bei einer steigenden Anzahl traumatisierter Flüchtlinge können nur erbracht werden, sofern die Finanzierungsgrundlagen sicher und nachhaltig sind“, fasst Birgitt Lackus-Reitter, LPK-Vorstandsmitglied und Beauftragte für Menschenrechte ein Fazit des Berichts zusammen. Die seit 2012 erfolgende Förderung durch das Land Baden-Württemberg sei ohne Zweifel ein wichtiger Baustein und eine Anerkennung der Bedeutung der fünf Psychosozialen Zentren (PSZ). Trotz einer Anhebung im vergangenen Jahr sei die dauerhafte Finanzierung der PSZ nach wie vor jedoch nicht sicher gestellt. Die PSZ ermöglichen von Anfang an die professionelle Versorgung eines Teils der traumatisierten Flüchtlinge in Baden-Württemberg.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Flüchtlingsproblematik bedauern LÄK und LPK, dass sich Angehörige beider Berufsgruppen – je nach Region – im-



LPK-Vorstandsmitglied Birgitt Lackus-Reitter mit Dr. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

mer wieder Hürden gegenüber sehen, die die Umsetzung ihrer Hilfsangebote behindern oder gar verhindern. „Nach den Erfahrungen unserer Mitglieder fehlen koordinierende Stellen vor Ort, an die sich die vielen einsatzbereiten Ärzte und Psychotherapeuten wenden können“, beschreibt Lackus-Reitter die Lage.

Der Versorgungsbericht stellt folgende Reformforderungen in den Mittelpunkt:

- Ausreichende personelle Ressourcen und Sicherstellung der fachlichen Qualifikation – Rascher Ausbau

der Behandlungsplätze sowie ausreichend vorhandenes und qualifiziertes Fachpersonal in der Traumatherapie

- Schaffung von institutionsübergreifenden Dolmetscherpools und Übernahme der Dolmetscherkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung.
- Nachhaltige, verlässliche und den Bedarfen entsprechende Strukturfinanzierung der PSZ.

Weitere Infos sowie den Bericht finden Sie unter: www.lpk-bw.de/archiv/news2015/151002_pm_lpk_laek_traumatisierte_fluechtlinge.html.

Die LPK BW hat inzwischen, zusammen mit der LÄK und der KV Baden-Württemberg, selbst auf die problematische Versorgung traumatisierter Flüchtlinge reagiert und veranstaltet landesweit in allen vier KV-Regionen Fortbildungen zu Möglichkeiten der Psychotherapie für betroffene Flüchtlinge. Zur ersten Veranstaltung, die nach Redaktionsschluss am 9. Dezember in Stuttgart stattfand, waren bereits zwei Wochen nach ihrer Ankündigung alle 150 zur Verfügung stehenden Plätze belegt. Dies zeigt, wie stark die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an diesem Thema interessiert sind und sich hier engagieren wollen.

Kammerpräsident Dr. Munz bei Scobel (3sat) zum Thema „Therapienotstand in Deutschland – Was hilft der kranken Seele?“

In seiner Sendung vom 23.10.2015 sprach Gert Scobel mit Eva-Lotta Brake-meier, Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Psychologische Hochschule Berlin, Holger Schulz, Professor für Klinische Versorgungsforschung an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPTK und LPK BW, über die Behandlung von psychisch kranken Menschen in Deutschland. Dabei standen zunächst die Antidepressiva im Vordergrund, die manchmal das verstärkten, was sie eigentlich lindern und heilen sollten. Trotzdem werde immer noch häufig allein auf Medikamente ge-



Psychotherapeutische Versorgung bei Scobel: v. l. n. r. Prof. Holger Schulz, Prof. Eva-Lotta Brake-meier, Dr. Dietrich Munz und Moderator Gert Scobel

setzt, denn der Anteil depressiver Menschen, die nur pharmakologisch behandelt würden, sei höher als der, der therapeutisch behandelt werde, so Munz, obwohl es viele Belege gäbe, „dass die Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie bei mittelschweren und schweren Depressionen die beste Herangehensweise ist“.

Die Gründe dafür wurden im zweiten Teil der Sendung thematisiert, in der es

vor allem um die psychotherapeutische Versorgung ging. 30% aller Erwachsenen bzw. ca. 15 Mio. Menschen in Deutschland litten an einer psychischen Störung, von denen nur ca. 4,5 Mio. versorgt würden. Schon beim Versuch, sich Hilfe zu holen, scheiterten viele Menschen, denn die Wartezeit auf ein Erstgespräch mit einem Therapeuten betrage im Schnitt drei Monate, sie ist im ländlichen Bereich und in den östlichen Bundesländern deutlich höher, so

Munz in der Sendung. Dennoch möchte er nicht von einem Therapienotstand sprechen, denn das Problem würde nicht durch fehlenden Nachwuchs verursacht, sondern die mangelhafte Bedarfsplanung in Deutschland. Als ein Lösungsansatz wurden verschiedene Varianten der Online-Therapie vorgestellt, inzwischen allgemein zusammengefasst unter dem Begriff „E-Mental-Health“.

LPK-Präsident Munz in LFB-Beirat gewählt

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz wurde am 27.10.2015 mit großer Mehrheit in den Beirat des Landesverbandes

des der Freien Berufe BW e. V. (LFB) gewählt. Der LFB vertritt fast 500.000 Beschäftigte der freien Berufe in Ba-

den-Württemberg und setzt sich für ihre Belange und den Erhalt der freien Berufe im Allgemeinen ein.

Informationen zur Gründung einer Privatpraxis

Bei der Gründung einer Privatpraxis ergeben sich viele Fragen: Muss ich mich anmelden und wenn ja, wo? Was muss ich bei der Auswahl der Räumlichkeiten beachten? Wie darf ich die Praxis ankündigen und welche Werbung ist zulässig? Welche Versicherungen sind erforderlich und was muss bei der Abrechnung der Behandlung beachtet werden? Dies sind nur einige von vielen Fragen, die

sich für viele Kammermitglieder stellen. Die Vielzahl der Anfragen zu diesem Thema bei der Kammergeschäftsstelle zeigen, dass ein großer Bedarf an Informationen zu diesen Fragestellungen besteht. Aus diesem Grund haben die Mitglieder des Ausschusses für ambulante Versorgung gemeinsam mit dem Kammervorstand und der Geschäftsstelle eine Informationsbroschüre zur

Gründung einer Privatpraxis erstellt. Diese gibt einführende Informationen darüber, was bei einer Praxisgründung zu beachten ist. Die Broschüre gibt auch Empfehlungen, woran noch zu denken ist und an wen man sich für weitergehende Informationen und für eine Beratung wenden kann. Die Broschüre finden Sie unter www.lpk-bw.de/kammer/broschuere_privatpraxis.pdf.

E-Health – die Digitalisierung des Gesundheitswesens:

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

Die Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, die Kassenärztliche Vereinigung und die Landeskrankenhausgesellschaft haben den ersten Gesundheitskongress Baden-Württemberg initiiert. Die LPK ist offizieller Unterstützer des Kongresses.

Günther Oettinger, EU-Kommissar für Digitalwirtschaft und früherer Ministerpräsident Baden-Württembergs wird als Hauptredner zum Thema „Die digitale Revolution im europäischen Gesundheitswesen – wo steht Baden-Württemberg“ sprechen. In der anschließenden Podiumsdiskussion soll

darin angeknüpft werden. Am Nachmittag wird im Format internationales World-Café in vier Foren über Telemedizin, elektronisch gestützte Behandlung, Qualitätssicherung und Dokumentation, E-Health in der ärztlichen Praxis und digitale Perspektiven der Gesundheitsprävention das Thema weiter vertieft und abschließend im Plenum diskutiert werden.

Wir haben angeregt, auch den Einsatz von Computer und Internet in der Behandlung von Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen

aufzugreifen, dies soll u. a. im Rahmen der Foren geschehen. Der Landeskongress Gesundheit wird sicher eine interessante Veranstaltung und wir laden alle Psychotherapeuten zum Kongress ein, um sich dort über die zukünftigen Entwicklungen zu E-Health ein Bild zu machen und über diese Perspektiven mit zu diskutieren.

Auf der LPK-Homepage (www.lpk-bw.de/veranstaltungen.html) oder über www.lk-gesundheit.de finden Sie weitere Informationen und den Zugang zur Anmeldung.

Veranstaltungen

Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen – Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen. Die zweite von vier Veranstaltungen in den vier Landesteilen bzw. in den Bezirksdirektionen der KVBW ist geplant für Ende Januar 2016 in Karlsruhe. Der konkrete Termin stand vor Redaktionsschluss noch nicht fest.

Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Aktuelle Möglichkeiten und Konzepte. Ganztägige Fortbildungsveranstaltung am 20.04.2016 in der Geschäftsstelle der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg in Stuttgart.

Weitere Infos zu den beiden Veranstaltungen und zu obigen Berichten finden Sie unter www.lpk-bw.de.

Beitragstabelle 2016

vom 14. Dezember 2015

Aufgrund des § 24 Abs. 1 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg vom 16.03.1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert am 12.08.2014 durch Artikel 7 des Gesetzes zur Bereinigung von Landesrecht vom 29. Juli 2014 (GBl. S. 378, 380), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 28. November 2015 die folgende Beitragstabelle beschlossen:

A. Gemäß § 2 Abs. 4 Satz 1 der Umlageordnung wird festgesetzt:

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2016 wird für alle Mitglieder eine Umlage (Regelbeitrag) von 440,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 264,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 176,00 Euro und der Mindestbeitrag 110,00 Euro.
2. Nicht beitragspflichtig sind Mitglieder der Kammer, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten.

3. Freiwillige Mitglieder, die sich in der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten.
 4. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.
 5. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.
- B. Die Beitragstabelle 2016 tritt am 1. Januar 2016 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle

2015 (Psychotherapeutenjournal 4/2014 vom 16.12.2014, Seite 412) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2016 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 11.12.2015, Az.3-5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Stuttgart, den 14.12.2015

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

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

Kammer engagiert sich für psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen

Termin bei Ministerpräsident Seehofer

Nikolaus Melcop war als Vertreter der Kammer von Ministerpräsident Horst Seehofer zusammen mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens am 09.10.2015 zu einem Gespräch über die medizinische Versorgung von Asylbewerber/innen in die Bayerische Staatskanzlei eingeladen worden. Ziel des Gespräches war es, Erfahrungen aus der Praxis zu erörtern und möglichen Handlungsbedarf im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung von Asylbewerber/innen zu identifizieren.

Bei dem Gespräch, an dem auch Gesundheitsministerin Melanie Huml und Sozialministerin Emilia Müller teilnahmen, stellten Ministerpräsident Seehofer und die beiden Ministerinnen die historisch einmalig Herausforderung für alle Beteiligten dar und erläuterten insbesondere, in welchen Bereichen von Seiten der Bayerischen Staatsregierung jetzt zusätzliche Mittel bereitgestellt würden, so auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Von den Teilnehmer/innen wurde neben diversen großen organisatorischen Problemen v. a. die zu hohe Belastung der professionellen und ehrenamtlichen Helfer/innen thematisiert. Es wurden unterschiedliche Fragen der Koordination angesprochen und verschiedene Problemkonstellationen und Initiativen in den unterschiedlichen Bereichen vorgestellt. Als gemeinsames Problem in allen Bereichen wurden Verständigungsprobleme und kulturelle Vermittlungsschwierigkeiten bei medizinischen Untersuchungen und Behandlungen angesprochen.

Nikolaus Melcop stellte in dem Gespräch die besondere Bedeutung der fachspezifischen Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und die dringende Notwendigkeit dar, hier zu Verbesserungen der Versorgung der Flüchtlinge zu kommen. Er warb dabei u. a. für die Unterstützung eines Modellprojektes, das die BPtK und die Bundesärztekammer gemeinsam verabschiedet haben und das sowohl die Bereitstellung von Dolmetscherleistungen als auch die Durchführung von Psychotherapien unterstützen soll. Weiterhin berichtete er von der hohen Bereitschaft der bayerischen Psychotherapeut/innen, unterstützend zu wirken. Diese Bereitschaft zeige sich u. a. auch an der hohen Rückmeldequote auf die Anfrage des Bayerischen Gesundheitsministeriums zur Erstellung von Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Fragen über Traumafolgen (s. u.).

Schreiben wegen Ermächtigung für Psychotherapie

Die Kammer hat Anfang Juli 2015 im Rahmen einer bundesweiten Initiative der BPtK die bayerische Sozialministerin Emilia Müller, die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und die Krankenkassen in Bayern angeschrieben. Die Kammer hat in dem Schreiben aufgefordert, sich gegenüber den Zulassungsausschüssen dafür einzusetzen, es den in den Psychosozialen Zentren tätigen Psychotherapeut/innen zu ermöglichen, Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenver-

sicherung auf Basis von Ermächtigungen erbringen zu können. Gleichzeitig bat die Kammer die gesetzlichen Krankenkassen, den in den Psychosozialen Zentren tätigen Psychotherapeut/innen psychotherapeutische Interventionen und Behandlungen, die bei Flüchtlingen durchgeführt werden, vorübergehend im Wege der Kostenerstattung zu vergüten.

Staatsministerin Emilia Müller hat in ihrem Antwortschreiben betont, dass im Rahmen von Leistungen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz bzw. der Sozialhilfe wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Dolmetscherkosten auch bei Asylbewerber/innen anlässlich einer medizinischen Behandlung nicht übernommen werden. Auch Staatsministerin Melanie Huml hat ähnlich argumentiert: Sie betonte, dass Empfänger von gesundheitsbezogenen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz grundsätzlich nicht Versicherte der GKV seien. Die Antwort der KVB: Da es sich bei den Leistungen, die Asylbewerber/innen beanspruchen können, weder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz um Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung handele noch der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen hierauf ausgedehnt worden sei, sei eine Ermächtigung ausgeschlossen. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bestätigte, dass ausnahmsweise ambulante psychotherapeutische Leistungen auch bei einem nicht vertraglich zugelassenen Leistungserbringer über die Kostenerstattung erbracht werden könnten, sofern bestimmte Voraussetzungen vorliegen.

Beschluss der Bundesregierung: Ermächtigung muss nun doch erteilt werden

Die Bundesregierung hat mit Zustimmung des Bundesrats Mitte Oktober die Zulassungsverordnung für Ärzte geändert. Die Zulassungsausschüsse haben jetzt die Verpflichtung, Psychotherapeut/innen, psychotherapeutisch tätige Ärzt/innen und Einrichtungen, die von Psychotherapeut/innen oder Ärzt/innen geleitet werden, zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen zu ermächtigen, falls die entsprechenden Ermächtigungsgründe vorliegen.

Begutachtung von Traumafolgen

Das Bayerische Gesundheitsministerium (StMGP) hat Ende August 2015 die Kammer gebeten, Kammermitglieder zu benennen, die bereit sind, Gutachten über das Vorliegen posttraumatischer Belastungsstörungen bei Flüchtlingen zu erstellen. Die zuständigen Behörden haben u. a. auf dieser Grundlage zu beurteilen, ob Flüchtlinge, die keinen Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik erlangen konnten, reisefähig sind oder wie lange eine Reisefähigkeit gegebenenfalls nicht gegeben ist. Die Kammer hat Anfang September ihre Mitglieder per Rundmail um Antwort auf die Frage gebeten, ob sie bereit wären, derartige Begutachtungen vorzunehmen. Bis Mitte September haben sich rund 90

Mitglieder bereit erklärt, entsprechende Begutachtungen zu erstellen. Die daraus erstellten Listen wurden den Landesregierungen von Oberfranken bzw. Oberbayern übermittelt.

In der Befragung unserer Mitglieder wurde auf die Fortbildung zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumerfolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) hingewiesen, welche die PTK Bayern gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer und in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer und der Landesärztekammer aus Baden-Württemberg im Oktober anbot. Daraufhin gingen deutlich mehr Anmeldungen zu dieser Fortbildung ein als Plätze zur Verfügung standen. Die PTK Bayern hat deshalb gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer kurzfristig zwei weitere Veranstaltungstermine organisiert, um allen Interessent/innen die Teilnahme an der Fortbildung zu ermöglichen.

Modellprojekt zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge

Im Oktober hat die Kammer Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml über ein gemeinsames Modellprojekt von BPtK und Bundesärztekammer (BÄK) zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker bzw. belasteter Flüchtlinge informiert. Der Vorschlag beinhaltet sowohl den Einsatz von Dolmetschern als auch den Abbau von

Hindernissen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung von psychisch kranken Flüchtlingen.

Fachtag zur Therapie mit Flüchtlingen

Die PTK Bayern war Mitveranstalter eines europäischen Fachtages zur Therapie mit Flüchtlingen vom 18. bis 20.10.2015 im Schloss Fürstenried in München. Der Fachtag war gleichzeitig Netzwerktreffen der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer und des European Network of Rehabilitation Centres for Survivors of Torture. Bruno Waldvogel hielt als Vertreter der Kammer bei der Eröffnung der Tagung eine Willkommensrede.

Vizepräsident Waldvogel schreibt Editorial für VFB-Informationen

In der Ausgabe 4/2015 der vierteljährlich erscheinenden Informationen des Verbandes der Freien Berufe in Bayern (VFB) hat Vizepräsident Bruno Waldvogel im Editorial Stellung zum gegenwärtigen Zustrom der Flüchtlinge genommen. Auch im Leitartikel des Heftes mit dem Titel „Bayerns Freiberufler helfen Flüchtlingen“ wird das Engagement der Kammer hinsichtlich der Unterstützung für Flüchtlinge herausgestellt. Die VFB-Informationen finden Sie auf der Website des VFB unter www.freieberufebayern.de.

Landesausschuss: 36 freie Sitze für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Bayern

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat Ende September 2015 die neuen Planungsblätter für die ambulante psychotherapeutische und ärztliche Versorgung in Bayern bekannt gegeben. Mit Stand 28. August 2015 gibt es in Bayern noch 36 freie Sitze im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Auf 17,5 der 36 freien Sitze können sich Psychologische Psychotherapeut/innen

und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen bewerben. 18,5 Zulassungen in bereits gesperrten Planungsbereichen sind nur für ärztliche Psychotherapeut/innen möglich.

In welchen Planungsbereichen es Niederlassungsmöglichkeiten gibt, finden Sie in den Tabellen unserer Homepage vom 22.10.2015. Wenn Sie sich auf einen der freien Sitze be-

werben wollen, wenden Sie sich bitte an die Präsenzberater der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) für die jeweiligen Bezirke und Zulassungsbereiche. Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Bewerbungsfristen. Weitere wichtige Informationen wie z. B. Bewerbungsmodalitäten und Antragsformulare finden Sie auf der Website der KVB.

Neue Weiterbildungsordnung: Prüfungsausschüsse nehmen Arbeit auf

Am 12.09.2015 ist die Weiterbildungsordnung der PTK Bayern in Kraft getreten. Diese regelt derzeit Weiterbildungen für die drei Bereiche „Klinische Neuropsychologie“, „Systemische Therapie“ und „Gesprächspsychotherapie“. Durch den Abschluss einer Weiterbildung werden besondere Kenntnisse nachgewiesen, die zum Führen einer Zusatzbezeichnung berechtigen. Weitere Informationen insbesondere zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung nach den Übergangsregelungen finden Sie auf unserer Website im Bereich Weiterbildung. Dort stehen auch die entsprechenden Antragsformulare zum Herunterladen bereit. Am 28.09.2015 wurden die Kammermitglieder per Rundmail darüber informiert.

Im Rahmen eines Informationstreffens für nominierte Mitglieder der Prüfungsausschüsse (28.09.2015) wurden insbesondere die Aufgaben der Prüfungsausschüsse und die erstellten Merkblätter erläutert sowie die Durchführung der Prüfungen und rechtliche Zusammenhänge erklärt. Die nominierten Mitglieder nutzten die Gelegenheit, sich über ihren jeweiligen Bereich auszutauschen und organisatorische Angelegenheiten zu klären. Für die Anerkennung und Prüfung der Anträge in den drei Weiterbildungsbereichen fallen nach der Gebüh-



Das Informationstreffen für nominierte Mitglieder der Prüfungsausschüsse fand am 28.09.2015 in der Geschäftsstelle der PTK Bayern statt. Foto: Johannes Schuster

renordnung der Kammer Gebühren an. In seiner Sitzung am 08.10.2015 hat der Vorstand die Mitglieder der Prüfungsausschüsse für die drei Weiterbildungsbereiche einstimmig bestellt.

Die ersten Sitzungen der Prüfungsausschüsse für Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie fanden am 14.10.2015 statt. In diesen Sitzungen wurden zum ersten Mal Anträge von Kammermitgliedern auf Anerkennung

einer Zusatzbezeichnung nach den Übergangsregelungen geprüft. Die Ausschüsse bitten darum, die Merkblätter zur Antragsstellung aufmerksam zu lesen und die Anträge mit den geforderten Nachweisen vollständig einzureichen. Die Sitzung des Prüfungsausschusses für Klinische Neuropsychologie hat erst nach Redaktionsschluss stattgefunden. Bis jetzt sind für die drei Bereiche rund 40 Anträge eingegangen.

Treffen mit Direktoren der bayerischen psychosomatischen Kliniken

Am 23.10.2015 trafen sich in der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee rund 20 ärztliche Direktor/innen und Chefärzt/innen aus verschiedenen psychosomatischen Kliniken in Bayern. Die Kammer wurde von Nikolaus Melcop und Heiner Vogel vertreten. Zum Thema „Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) stellte Heiner Vogel die Stellungnahme der BPTK zum Konzept des budgetbasierten Entgeltsystems vor.

Danach berichtete er von den Ergebnissen der PiA-Befragung im Rahmen der Angestelltenbefragung der Psychotherapeutenkammern. Heiner Vogel betonte, dass die Ausbildungsteilnehmer/innen durchgängig Leistungen erbringen, die zum Auftrag der Kliniken gehören und damit wirtschaftlich verwertbar sind. Er bezeichnete die Tatsache, dass die Ausbildungsteilnehmer/innen dafür vergleichsweise sehr wenig Geld erhalten, als einen unhaltbaren

Zustand. Nikolaus Melcop berichtete ausführlich über den Stand der Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG). Es wurde von Seiten der Chefärzte die Befürchtung geäußert, dass in möglichen Festlegungen zur praktischen Tätigkeit die Psychosomatik zu kurz kommen könne. In Bezug auf die Reform des PsychThG wurde vonseiten der Chefärzt/innen betont, dass die weiteren Entwicklungen mit Interesse verfolgt werden.

PTK Bayern kritisiert Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 22.09.2015 den längst fälligen Beschluss zur Anpassung der Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM gefasst. Die PTK Bayern hält die Erhöhung der psychotherapeutischen Honorare für unzureichend. Diese Position wurde gegenüber dem Bayerischen Gesundheitsministerium bekräftigt und auch in einer Homepage-meldung deutlich gemacht.

Der aktuelle Beschluss besagt, dass im Ergebnis die Psychotherapiehonorare seit 2012 anzuheben und entsprechende Nachvergütungen ausbezahlen sind, falls Widerspruch gegen die Abrechnung eingelegt wurde. Gleichzeitig erhöht sich das Honorar für die Zukunft. Die Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen steigt um knapp 2,7 Prozent. Darüber hinaus gibt es künftig einen Zuschlag auf genehmigungspflichtige Leistungen, der jedoch von einer bestimmten Auslastung der Praxis abhängig ist. Für die Anpassung der psychotherapeutischen Honorare haben die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Vergleichs mit ärztlichen Honoraren jedoch die besser verdienenden Facharztgruppen der Augenärzte und Orthopäden nicht berücksichtigt. Von Honorargerechtigkeit und einer angemessenen Vergütung, wie in § 87 b SGB V festgelegt, keine Spur.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte vor dem Hintergrund eines Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) aus dem Jahre 2008 Ende 2013 beschlossen zu überprüfen, ob die seit 01.01.2009 gültige Bewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen hinsichtlich der Vergütung angemessen sei. Danach hätten Nachzahlungen für die Psychotherapeut/innen auch für die Jahre 2010 und 2011 erfolgen müssen. Das wurde nicht umgesetzt, die Nachzahlungen betreffen ausschließlich den Zeitraum ab 2012.

Den Zuschlag für genehmigungspflichtige Leistungen erhalten nur besonders stark ausgelastete Praxen, bei denen diese Leistungen oberhalb 50 Prozent liegen. Ferner wurden ausschließlich genehmigungspflichtige Leistungen berücksichtigt, obwohl es für die Auslastung einer Praxis unerheblich ist, ob diese über genehmigungspflichtige oder nicht-genehmigungspflichtige zeitgebundene Leistungen erreicht wird. Die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen stellen einen unverzichtbaren Teil des Versorgungsangebots psychotherapeutischer Praxen dar.

Die PTK Bayern kritisiert des Weiteren, dass nur diejenigen Psychotherapeut/innen Nachvergütungen erhalten, die

Widerspruch gegen ihre Honorarbescheide eingelegt haben. Aus Sicht der PTK Bayern sind Nachvergütungen an alle Psychotherapeuten/innen ausbezahlen, da die Honorarbescheide nicht korrekt erstellt wurden. Deshalb werden die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgefordert, die Fehler in den Honorarbescheiden vollständig zu korrigieren.

Den Grundsätzen des BSG entsprechend fordert die PTK Bayern, dass im SGB V festgelegt wird, dass der Bewertungsausschuss die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen jährlich überprüft und nicht erst nach undefinierten langen Zeiträumen und immer nur auf Druck der Rechtsprechung. Wir fordern klare gesetzliche Vorgaben zur regelmäßigen und zeitnahen Überprüfung der psychotherapeutischen Honorare durch den Bewertungsausschuss. Leider zeigen die Erfahrungen der Vergangenheit, dass dies der einzige Weg ist, Honorargerechtigkeit und Rechtssicherheit für die Psychotherapeut/innen zu erreichen.

Mehrere Kammermitglieder haben sich nach unserer Stellungnahme mit Fragen an uns gewandt. Die Kammer setzt sich für eine Korrektur des aktuellen Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses ein.

Kurznachrichten

Landesgremium für sektorübergreifende Versorgungsfragen

Das Bayerische Gesundheitsministerium (StMGP) beabsichtigt, ein Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V im Wege einer Verordnung zu errichten. Die PTK Bayern setzt sich dafür ein, dass der gesetzliche Auftrag – Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben und Stellung zu den vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern erstellten Bedarfsplänen zu nehmen – auch entsprechend den tatsächlichen Notwendigkeiten in der Versorgung aus-

gelegt und nicht, wie erste Stellungnahmen vermuten lassen, eine sehr enge Aufgabenstellung formuliert wird. Die PTK Bayern sowie die Landeskammern der Apotheker/innen, Ärzt/innen und Zahnärzt/innen haben in diesem Gremium jeweils einen Sitz mit Rederecht erhalten. Diese vier Heilberufekammern sollen im Gemeinsamen Landesgremium zusammen eine Stimme erhalten. Weiterhin sind in dem Gremium vertreten: Vier Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern sowie je zwei Mitglieder der Bayerischen Krankenhausgesellschaft,

der KVB und des StMGP. Darüber hinaus Vertreter/innen der kommunalen Spitzenverbände, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) und Interessenvertretungen der Patient/innen. Die konstituierende Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums fand am 01.12.2015 statt.

Psychotherapeut/innen wirken in Gesundheitsregionen^{plus} mit

Ausgehend von den Erfahrungen der Regionalen Gesundheitskonferenzen (RGK) aus dem Jahr 2013 hat das

Gesundheitsministerium (StMGP) die Gesundheitsregionen^{plus} initiiert. Hauptziel dieser neuen Gesundheitsregionen^{plus} ist die Verbesserung der regionalen Gesundheitsvorsorge und Versorgung in Bayern. Eine Gesundheitsregion^{plus} soll nicht kleiner als ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt sein, Zusammenschlüsse von Landkreisen sind möglich. Das StMGP fördert Landkreise und kreisfreie Städte, die Gesundheitsregionen^{plus} bilden, jährlich jeweils mit 50.000 € bis Ende 2019.

Der Kammer liegen mittlerweile Anfragen aus sechs Landkreisen vor, die um Benennung regionaler Kammervertreter für deren Auftaktveranstaltungen bzw. Gesundheitsforen bitten: Kronach, Arberland/Regen, Neustadt-Aisch, Hassberge, Passau, Roth. Der Vorstand hat sich an Kammermitglieder aus diesen Landkreisen mit der Frage gewandt, wer bereit wäre, dort für die Berufsgruppe der Psychotherapeut/innen mitzuwirken. Der Vorstand hat Mitte Oktober die ersten Kammervertreter/innen für diese sechs Gesundheitsregionen^{plus} benannt. Weitere Ernennungen werden je nach den Anfragen anderer Landkreise folgen. Mehr Informationen zu den Gesundheitsregionen^{plus} finden Sie auch im nächsten Mitgliederrundschreiben.

PTK Bayern tritt Bündnis für Prävention bei

Das Bayerische Gesundheitsministerium hat Mitte Mai 2015 den Bayerischen Präventionsplan vorgestellt. Um die Nachhaltigkeit des Bayerischen Präventionsplans zu sichern und das Netzwerk für Gesundheitsförderung und Prävention im Freistaat weiter auszubauen, sieht der Plan ein Bündnis für Prävention vor. Die Kammer ist diesem Bündnis beigetreten und wird die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen unterstützen.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammerver-

treter/innen teilgenommen haben: Weitere Sitzungen Runder Tisch Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) und dazu auch Teilnahme an AGen zur Verbesserung der Versorgung und Prävention; Gesundheitspolitisches Oktoberfest von KVB und KZVB am **16.09.2015**; Kammerrechtstag des Instituts für Kammerrecht am **24.09.2015**; European Health Forum am **30.09.2015**; Symposium „Medien & Kindergesundheit: Was tut Körper, Geist und Beziehung gut?“ der Stiftung Kindergesundheit am **05.10.2015**; Eröffnung der 5. Münchner Woche für Seelische Gesundheit am **08.10.2015**; Anhörung der professions-internen Projektbeteiligten im Projekt Transition der BPtK am **13.10.2015**; Podiumsdiskussion zur Veranstaltung „Stress, Burnout und Mobbing – Was hilft?“ der Knappschaft und der Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft (bfz) am **14.10.2015**; 8. Sitzung des Landesgesundheitsrats am **19.10.2015**; 3. Sitzung der AG „Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor“ der Landesarbeitsgemeinschaft Versorgungsforschung (LAGEV) am **20.10.2015**; Delegiertenversammlung und Jahreshauptversammlung des Verbands Freier Berufe in Bayern am **21.10.2015**; 56. Bayerischer Zahnärztetag am **22.10.2015**; 74. Bayerischer Ärztetag am **23.10.2015**; Symposium anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Instituts für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg am **24.10.2015**; Auftaktveranstaltungen der Arbeitsgruppen Weiterbildung im Projekt Transition der BPtK am **27.10.2015**; Gesundheitskonferenz des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München am **28.10.2015**; Fachgespräch „Flüchtlinge in Bayern: Allein mit dem Trauma? Zahlen – Hürden – Lösungsansätze“ von Bündnis 90/Die Grünen am **30.10.2015**; Mitgliederversammlung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern am **04.11.2015**; Sitzung der BPtK-Kommission „Berechnung der Delegiertenstimme des DPT“ am **05.11.2015**; Verleihung Bayerischer Demenzpreis am **11.11.2015**; Treffen mit Regierung von Oberbayern am **18.11.2015**; Regelmäßi-

ger Meinungsaustausch mit Vertreter/innen der PKV am **23.11.2015**.

Bevorstehende Veranstaltungen

15. Suchtforum „Schmerz(medizin) trifft Sucht(medizin) – Schmerzmittel zwischen Fluch und Segen?!“ in Kooperation mit der BAS, BLÄK und BLAK. 1. Termin: **06.04.2016** in München. 2. Termin: steht noch nicht fest, in Nürnberg.

Psychotherapie bei Schizophrenie: Termin: **04.06.2016** in München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **24. und 25.06.2016** in München.

Informationsveranstaltungen der PTK Bayern für Mitglieder („Mitgliederforen“): **13.04.2016** in Würzburg; **27.04.2016** in Augsburg; **03.05.2016** in Nürnberg; **01.06.2016** in München.

Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie zeitnah auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Nikolaus Melcop, Heiner Vogel, Peter Lehdorfer, Bruno Waldvogel, Birgit Gorgas, Anke Pielsticker, Benedikt Waldherr, Nina Rehbach, Manuela Stengelmaier, Johannes Schuster.

Geschäftsstelle

Birketweg 30, 80639 München
Post: Postfach 151506,
80049 München
Tel. 089/51 55 55-0, Fax -25
Mo–Fr 9.00-13.00,
Di–Do 14.00-15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Flucht und Trauma: Herausforderungen, Ziele und Aufgaben – Wie können PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen beitragen?

In den letzten Monaten erreichten uns Bilder von Menschen auf der Flucht nach Europa, in Schlangen vor dem Landesamt für Gesundheit und Soziales wartend, um den Antrag auf Asyl stellen zu können, – Bilder von Notunterkünften in Zelten, Turnhallen, leerstehenden Verwaltungsgebäuden, Containern, in einem Hangar des ehemaligen Flugplatzes Tempelhof. Noch sind die ersten Anlaufstellen zur Feststellung notwendiger Unterstützungsbedarfe die Flüchtlingszentren und Einrichtungen an Berliner Kliniken. Viele Kolleginnen und Kollegen arbeiten dort bereits engagiert und ehrenamtlich mit. Ihr Einsatz in „Willkommensbündnissen“ oder anderen Einrichtungen und Initiativen der Bezirke, wie psychosozialen Beratungsstellen und den Flüchtlingszentren ist außerordentlich wichtig. Bald werden jedoch weitere ambulante Behandlungsplätze notwendig werden. Laufend erreichen Anfragen nach psychotherapeutischer Unterstützung und Behandlung traumatisierter und psychisch erkrankter Flüchtlinge die Praxen.

Welchen Beitrag kann die Psychotherapeutenkammer Berlin hier konkret leisten?

Unser Ziel ist eine schnelle, angemessene, qualitätsgesicherte Versorgung von traumatisierten und psychisch erkrankten geflüchteten Menschen in Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Projekten im psychosozialen Bereich. Wir wollen dabei helfen, fachliche Stellungnahmen und Begutachtungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren für Behörden und Gerichte zu erstellen und Unterstützungsangebote für die

zahlreichen amtlichen und ehrenamtlich Tätigen schaffen. Die Psychotherapeutenkammer Berlin hat zur Bewältigung dieser Aufgaben eine Kommission eingerichtet, die seit 05. November 2015 ihre Arbeit aufgenommen hat.

Notwendig erscheinen uns:

- die Strukturierung der vorhandenen Angebote
- die Vernetzung der Behandler
- die Kooperation der Einrichtungen untereinander
- das Schaffen von Angeboten zur fachlichen Begleitung und Unterstützung der Arbeit der zahlreichen ehrenamtlichen Helfer
- die flexible und möglichst unbürokratische Finanzierung von notwendigen psychotherapeutischen Behandlungen auch in den ersten 15 Monaten durch die bezirklichen Leistungsträger
- die Fortführung einer begonnenen Behandlung auch bei einem Wechsel des Kostenträgers
- der Ausbau eines Netzes qualifizierter Dolmetscher und die Finanzierung von Dolmetscherkosten

Zur Begutachtung von Menschen mit reaktiven Traumafolgestörungen und psychischen Erkrankungen können wir auf speziell fortgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verweisen. Durch Fortbildungsangebote, durch Informationen über die Arbeit mit geflüchteten Jugendlichen, Familien und Erwachsenen in unseren Medien

und den Aufruf zur Mitarbeit verfügen wir über Verzeichnisse von Kolleginnen und Kollegen, die sowohl im Erwachsenen- als auch im Kinder- und Jugendlichenbereich entweder in einer der aktuell geforderten Muttersprachen behandeln können oder mit anderen Behandlungssettings, wie z. B. der Arbeit mit Dolmetschern oder mit großen Gruppen, vertraut sind. Erfahrene Supervisorinnen und Supervisoren bieten Begleitung und Unterstützung an. Spezifische Fortbildungsthemen werden entwickelt.

Um die Versorgung zu verbessern, unterstützen wir auch die Ermächtigung all jener Kolleginnen und Kollegen zur Durchführung von Psychotherapien, die bisher nicht sozialrechtlich zugelassen sind, aber über Fachkunde und spezifische Berufserfahrungen verfügen sowie die Ermächtigung freier Träger. Diese kann über den Zulassungsausschuss beantragt und erteilt werden, – die gezielte Vernetzung mit anderen Behandlern oder Einrichtungen kann jeder Einzelne auch ein Stück weit selbst in die Hand nehmen ...



Dipl.-Psych. Dorothee Hillenbrand,
Vizepräsidentin der PTK Berlin

Erfahrungsbericht: Medizinische Rehabilitation – ein Arbeitsfeld für Neuapprobierte?

Als ich mit meiner Psychotherapieausbildung im Jahr 1996 abgeschlossen hatte, bin ich nach Bad Kissingen in eine neu eröffnete gynäkologische Rehabilitationsklinik gegangen – von Berlin aus. Auch zur damaligen Zeit ein eher ungewöhnlicher Schritt. Aber ich wollte gerne andere klinische Arbeitsfelder kennenlernen und in Berlin war der diesbezügliche Arbeitsmarkt für Psychologen und psychologische Psychotherapeuten dicht. Ich hatte die Psychotherapieausbildung direkt nach dem Studium der Psychologie begonnen und während der Ausbildung an einem psychologisch geleiteten Institut in einer großen psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis in Neukölln gearbeitet. Ich führte Psychotherapien im Kostenerstattungsverfahren der TK und KJHG-Therapien unter Supervision durch. Jetzt wollte ich in der medizinischen Rehabilitation die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Therapeuten kennenlernen.

Zugegeben, es war ein völlig anderes Universum, in dem ich dann landete. In der fränkischen Provinz, mit psychologischen Kollegen, die zumeist in der Rehabilitation und in hierarchisch und ärztlich dominierten Organisationsstrukturen sozialisiert worden waren, die mir fremd waren.

Aber bereits die wenigen Monate, die ich dort arbeitete wurden zu einem Sprungbrett an die Universität Würzburg, zur Charité und dann zur Deutschen Rentenversicherung. Ein eher untypischer Werdegang für Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation? Mag sein, aber verallgemeinern lässt sich sicherlich, dass die medizinische Rehabilitation Chancen eröffnet.

Ich habe die Arbeit von Physiotherapeuten, Ärzten und Oecotrophologen kennen- und schätzen gelernt und einen Versorgungsbereich, der mir in meiner psychotherapeutischen Praxis verborgen geblieben wäre. Die verschiedenen psychothe-

rapeutischen Settings einer Rehabilitationsklinik, einer universitären Poliklinik, einer psychosomatischen Abteilung in einem internistischen Universitätsklinikum haben mir Versorgungsformen aufgezeigt, die jenseits vom Richtlinienverfahren Patienten niedrigschwellig erreichen und zielorientiert begleiten. Zudem hat mir die Arbeit im Team und der Austausch mit den anderen Berufsgruppen viel Freude bereitet und Kompetenz vermittelt.

Ich möchte die Erfahrungen nicht missen und kann junge Kolleginnen und Kollegen nur ermutigen, sich auf eine „Zwischenstation medizinische Rehabilitation“ einzulassen – auch nach der Approbation.

In den seltensten Fällen werden Sie dort als Psychologische(r) Psychotherapeut(in) entsprechend Ihrer Ausbildung wie ein(e) qualifizierte(r) Facharzt/Fachärztin empfangen. Die Strukturen in der medizinischen Rehabilitation sind immer noch ärztlich geprägt. Aber eine fachgerechte Bezahlung und eine fachgerechte Tätigkeitsbeschreibung können Sie bei der Einstellung aushandeln. **Unterschreiben Sie keinen Vertrag als Diplom- oder Master-Psychologin, sondern stellen Sie ihre spezifische Fachkunde heraus und schließen Sie den Vertrag als Psychologische(r) Psychotherapeut(in) ab.** Machen Sie sich aber darauf gefasst, nicht viele Verwaltungsdirektoren oder ärztliche Direktoren kennen den Unterschied. Hier müssen Sie Aufklärungsarbeit leisten.

Die Deutsche Rentenversicherung eröffnet den Rehabilitationseinrichtungen mit ihren Strukturanforderungen die Möglichkeit, Psychologische PsychotherapeutInnen einzustellen (DRV Bund 2014). Die einrichtungsspezifische, konzeptionelle und fachliche Ausgestaltung psychotherapeutischer Tätigkeit obliegt den Rehabilitationseinrichtungen selbst. Die Rentenversicherung macht

lediglich Rahmenvorgaben. **In welcher Form die psychologische Psychotherapie Einzug in die medizinische Rehabilitation hält, obliegt also nicht nur dem Leistungsträger oder den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen, sondern auch dem Selbstverständnis und Selbstbewusstsein des Berufsstandes. Übernehmen Sie Verantwortung und bringen Sie ihre spezifisch psychologische Kompetenz ein – in der Qualitätssicherung, Personalführung, Evaluation und Konzeptentwicklung.** Der fachliche Austausch und die Zusammenarbeit in einer Peergruppe von Psychologischen PsychotherapeutInnen, – ob am selben Ort, auf Fachtagungen oder im berufspolitischen Kontext, fördern das eigene Selbstvertrauen, die fachspezifischen Kompetenzen des eigenen Berufsstandes im Kontext der medizinischen Rehabilitation herauszustellen.

Betrachtet man die Auswertung der Befragung angestellter PsychotherapeutInnen in der medizinischen Rehabilitation (BPTK 2014), so erblickt man Unterschiede im Status, Einkommen und in der Zufriedenheit der Kolleginnen und Kollegen. Meine persönliche Erfahrung ist, dass Kolleginnen und Kollegen, die sich berufspolitisch und fachlich engagierten, alle mit der Zeit Leitungspositionen erworben haben – ob als Vorstandsmitglied einer Landes- oder der Bundespsychotherapeutenkammer, als leitende/r Psychologe/in einer Klinik, als HochschulprofessorIn oder wie ich als leitende Psychologin eines Leistungsträgers. Der Weg dahin ist der sagenumwobene Marsch durch die Institutionen, der uns aber nicht erspart bleibt, wenn wir unseren Berufsstand substantiell an Versorgungsstrukturen mitgestalten lassen wollen.

Nicht jeder oder jedem Neuapprobierten mag dieser Weg attraktiv erscheinen. So mag ein mancher sich eher für ein Berufsmodell entscheiden, das mehr Autonomie verspricht. **Mit Blick auf die Vereinbar-**

keit von Familie und Beruf oder die Versorgung bei Krankheit oder Alter mag aber auch der Status als angestellte(r) Psychologische(r) Psychotherapeut(in) in der medizinischen Rehabilitation seinen Reiz nicht verhehlen können. Wenn Sie einen Ökonomen einmal errechnen lassen, wie viele KassenpatientInnen Sie pro Woche behandeln müssen (DPTV 2014), um die Sozialversicherungsleistungen eines angestellten Kollegen zu erwirtschaften, mag der Traum einer Kassen- oder Privatpraxis vielleicht auch ein wenig an Attraktivität verlieren.

Vonseiten der Rentenversicherung stellt sich die Frage, ob neuapprobierte Psychologische PsychotherapeutInnen qualifiziert sind für die medizinische Rehabilitation. Festzuhalten ist, dass die Fachkunde in Bezug auf die ambulante Versorgung im Rahmen der Kassenzulassung oder der Kostenerstattung ausgesprochen hoch ist, dass aber das Wissen um spezifische Anforderungen und Grundlagen der medizinischen Rehabilitation häufig nur einen untergeordneten Stellenwert in der psychotherapeutischen Ausbildung einnimmt. Damit unterscheidet sich der frisch approbierte Psychologe zumeist nicht

von dem frisch gebackenen Facharzt, wünschenswert wäre aber, dass die Grundlagen der Therapie chronischer Krankheiten – wie zum Beispiel das Krankheitsfolgemodell der ICF und sozialmedizinische Kenntnisse – Einzug halten in die psychotherapeutische Ausbildung junger Kolleginnen und Kollegen. Sie wären besser gerüstet, um in diesem Versorgungssektor selbstbewusst auftreten zu können.

Dr. Ulrike Worrigen ist Delegierte in der Berliner Psychotherapeutenkammer und arbeitet als Leitende Psychologin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Berufsethischer Kommentar zum Angestelltenverhältnis

Eine psychotherapeutische Praxis zu führen bedeutet nicht nur ein hohes Maß an Eigenständigkeit, sondern auch zunächst hohe Investitionskosten und überdauernde wirtschaftliche Verantwortung. Seit Umsetzung des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes (VÄndG) im Jahr 2007 gibt es deutlich mehr Optionen, Anstellungsverhältnisse zu schaffen. (www.kvberlin.de/20praxis/.../vaendg_broschuere_kv.pdf)

Approbierte Psychotherapeuten haben die Möglichkeit, sich von Kollegen derselben Fachrichtung anstellen zu lassen. Die Tätigkeit als angestellter

Psychotherapeut bietet den Vorzug eines regelmäßigen Gehaltes sowie die allgemein gültigen gesetzlichen Regelungen für Angestellte. Diese vertragsrechtlichen Vorgaben strukturieren das Angestelltenverhältnis von außen und bilden den rechtlichen Rahmen. Die erweiterte Regelung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verlangt eine berufsethische Positionierung, die das Binnenverhältnis von Arbeitnehmer und Arbeitgeber reflektiert.

Der folgende berufsethische Kommentar begründet sich sowohl aufgrund der Tatsache, dass Arbeit eine Tauschbeziehung ist als auch darauf,

dass Arbeit ein wesentlicher Teil der beruflichen Identitätsbildung darstellt.

Arbeit als Tausch-/ Reziprozitätsbeziehung

Die Arbeitsbeziehung zwischen einem Psychotherapeuten A, welcher einen Psychotherapeuten B im ambulanten Tätigkeitsbereich anstellt, wird als eine sogenannte Reziprozitätsbeziehung definiert, insofern die Arbeit Teil eines Tauschs ist. Aus soziologischer Sicht betrachtet wird diese Arbeitsbeziehung als eine asymmetrische und instrumentelle Tauschbeziehung beschrieben.

Einigkeit herrscht in der Annahme, dass das Knappheitsverhältnis im ambulanten psychotherapeutischen Arbeitsfeld diese Reziprozität im Angestelltenverhältnis stark beeinflusst:

Zu einer Reziprozitätsbeziehung gehört die Angemessenheit von Entgeltstrukturen und sonstigen gängigen Vertragsregularien. Dieser Aspekt wird unter ethischen Gesichtspunkten als „interne Gerechtigkeitsbeziehung“ diskutiert. Außerdem ist es unumstritten, dass ein ambulantes Angestelltenverhältnis eine „organisierte Reziprozität“ fordert. Organisierte Reziprozität meint unter anderem die Institutionalisierung von Arbeitsverhältnissen. Darüber hinaus ist die Re-



ziprozitätsbeziehung ein „sozialer Austausch“ und im Bereich der ambulanten Psychotherapie eine neue Arbeitsmöglichkeit.

Senioritätsregel

Organisierte Reziprozität und sozialer Austausch verbinden sich in den sogenannten Senioritätsregeln als Teil der Diskussion um den Generationenvertrag in der psychotherapeutischen Berufsgruppe. **Die Senioritätsregel lässt sich zunächst anhand der Praxisweitergabe diskutieren, impliziert aber auch die Aufgabe, berufliche Felder für Psychotherapeuten in verschiedenen Versorgungseinrichtungen zu schaffen und die Ausbildung stärker auf unterschiedliche Arbeitsfelder hin auszurichten.** Für den ambulanten psychotherapeutischen Arbeitsbereich bedeutet dies zugleich, dass Psychotherapeut A für den angestellten Psychotherapeuten B eine berufliche Identifikationsmöglichkeit bietet. Dies erweitert den merkantilen Aspekt der Angestelltentätigkeit um ein Wesentliches.

Arbeit und Identitätsbildung

Aus der gängigen Forschungsliteratur gibt es starke Hinweise darauf, dass

sich eine faire Arbeitsbeziehung sowohl auf die Arbeitskraft als auch auf die berufliche Identitätsbildung positiv auswirkt. **Man spricht dann von einem fairen Arbeitsverhältnis, wenn sich ein Austauschverhältnis als „Ergebnis des Handelns zweier im Sinne des ökonomischen Prinzips eigeninteressierter Parteien“ darstellt.** (Voswinkel, 2005)

Im Gegensatz hierzu spricht man im soziologischen Kontext von Ausbeutung, wenn sich ein Austauschverhältnis machtsymmetrisch darstellt. Pointiert formuliert heißt das: Wenn sich ein Austauschverhältnis ausschließlich auf die äußeren Rahmenbedingungen fokussiert und nicht den Aspekt des sozialen Austausches einschließt, erhöht sich das Risiko der Ausbeutung.

Als vorläufiges Fazit des berufsethischen Kommentars lässt sich postulieren:

Arbeit ist nicht nur Gegenstand einer instrumentellen Beziehung zum Zwecke des Einkommenserwerbs, sondern wesentlich für die Ausbildung von Identität verantwortlich. In Arbeitsbeziehungen geht es daher nicht nur um Lohn und Leistung, sondern auch um Anerkennung. Die An-

erkennung kommt sowohl im Entgelt als auch in einer umfassend fairen Austauschbeziehung zum Tragen.

Dies sollte in der Diskussion um das Angestelltenverhältnis berücksichtigt werden.

Literatur

Voswinkel, S. (2005). Reziprozität und Anerkennung in Arbeitsbeziehungen. In F. Adloff & S. Mau (Hrsg.), Vom Geben und Nehmen – Zur Soziologie der Reziprozität (S. 237-256). Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Berufsordnung der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Land Berlin (Fassung vom 22.11.2014, § 19 (1)).

Dr. Bernd Heimerl, Psychoanalytiker, Delegierter der PTK Berlin

In Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für Berufsordnung, Wissenschaft und Qualität der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Achtung: Bei geringer Praxisauslastung droht Nachbesetzung nur im tatsächlichen Umfang der Tätigkeit

In einem Fall in Bremen gab der Zulassungsausschuss dem nach § 103 Abs. 3 a und 4 SGB V 2013 gestellten Praxis-Nachbesetzungsantrag einer Psychologischen Psychotherapeutin – die seit Juli 2000 zur vertragsärztlichen Versorgung in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassen war – nur in Bezug auf einen halben Versorgungsauftrag statt und lehnte im Übrigen eine Nachbesetzung ab.

Die Klägerin war in den drei Jahren vor Stellung des Antrags auf Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes im Schnitt pro Woche deutlich weniger als 20 Stunden vertragspsychotherapeutisch tätig. Gegenstand der Nachbesetzung könne nur eine Zulassung mit entsprechendem Praxissubstrat sein – dieser sei nur für einen hälftigen Versorgungsauftrag gegeben. Für die Beurteilung der Notwendigkeit der Nachbesetzung hatte der Zulassungsausschuss die Abrechnungen aus den letzten drei Jahren vor der Antragstellung herangezogen und zur Ermittlung des im Planungsbereich tatsächlich erbrachten Versorgungsbeitrags ausgewertet. Das Sozialgericht Bremen (Urteil vom 20. August 2014, Az.: S 1 KA 22/1) bestätigte diese Entscheidung des Zulassungsausschusses.

Geschäftsstelle

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

Wie kann Versorgung in Bremen besser gelingen? Diskussion mit Peter Kurt Josenhans (AOK) auf der 33. Kammerversammlung

Am 17.11.2015 lud der neu gewählte Vorstand zur ersten Kammerversammlung der neuen Amtsperiode ein. Auf der Tagesordnung stand neben der Neuwahl der Ausschüsse und der Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag ein Austausch mit dem Direktor Versorgung der AOK Bremen/Bremerhaven zur Versorgungssituation.

Zu hohe Ausgaben bei geringer Morbiditätslast

Zum ersten Mal in der Geschichte der Bremer Psychotherapeutenkammer war ein Vertreter der Krankenkassen zu einer Kammerversammlung als Hauptredner eingeladen. Herr Peter Kurt Josenhans, seit 2013 Direktor für Versorgung der AOK Bremen/Bremerhaven, stellte „Erwartungen an die Psychotherapeutenchaft aus Sicht der größten bremischen Krankenkasse“ vor.

Herr Josenhans präsentierte zunächst einige eindruckliche Zahlen zu den Kosten stationärer und ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Die AOK habe



Peter Kurt Josenhans, AOK Bremen/
Bremerhaven

im Jahr 2014 rund 27 Mio. Euro für stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ausgegeben – dies entspricht einem Betrag von 122 € jährlich pro Versicherten. Dem gegenüber stünden rund 33 € pro Versicherten Ausgaben für ambulante Psychotherapie. Damit nehme Bremen im Bundesvergleich einen Spitzenplatz im Bereich der Versorgungskosten für stationäre Psychotherapie ein. Bedauerlich sei dabei, dass der Anteil ambulanter Behandlungen am Gesamtvolumen der Psychotherapiekosten seit Jahren konstant geblieben sei. Die Kasse wünsche sich eine stärkere Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich; gleichzeitig sehe sie dabei eine Reihe von Problemen. Eines dieser Probleme sei die vergleichsweise geringe Morbiditätslast im Rahmen der ambulanten Versorgung. Herr Josenhans erläuterte, dass die Kassen Gelder aus dem Gesundheitsfond aufgrund der Alters- und Geschlechtsverteilung ihrer Versicherten erhielten sowie auf Basis einer Morbiditätskomponente, die auf Basis der vergebenen Diagnosen ermittelt wird. In Bremen gebe es hier eine negative Entwicklung der Morbiditätslast im Vergleich zu anderen Bundesländern, so dass den hohen Kosten der psychotherapeutischen Versorgung auf der anderen Seite sinkende Einnahmen aus dem Gesundheitsfond gegenüberstünden. Er erläuterte, dass insbesondere nicht näher bezeichnete Diagnosen (Fxx.9) sowie Anpassungsstörungen mit deutlich geringeren Einnahmen für die Kasse verknüpft seien. In Bremen würden darüber hinaus insgesamt deutlich weniger Diagnosen kodiert als im Bundesdurchschnitt. Dies führe dazu, dass insgesamt weniger Geld für die Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung stünde. Die AOK plädiere da-

her eindringlich dafür, trotz eventuell bestehender Bedenken hinsichtlich möglicher Stigmatisierung auch das Vorliegen „schwerer“ psychiatrischer Diagnosen zu kodieren.

Verbesserung der Versorgung durch Stilllegung von Sitzen?

Eine rege Diskussion entfachte sich an der Frage der allgemeinen Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie in Bremen. Aus Sicht der AOK liege ein Problem darin, dass nicht in jedem Fall der Versorgungsauftrag durch niedergelassene Psychotherapeuten erfüllt werde. Darüber hinaus werde das Instrument der halben Kassensitze nicht ausreichend genutzt. Vonseiten der Psychotherapeutenchaft wurde für diese Perspektive Unverständnis geäußert, da die AOK als Kassenvertreter im Zulassungsausschuss wiederholt an der Entziehung von halben Sitzen ohne Neuausschreibung beteiligt gewesen sei – dies sei klar nicht mit einem Versorgungsinteresse vereinbar. Gerade junge Psychotherapeuten könnten durch die Ausschreibung dieser Sitze die Möglichkeit erhalten, die real existierenden Versorgungslücken zu schließen. Die Anwesenden forderten Herrn Josenhans auf, die Kasse solle sich stärker für den Erhalt von Sitzen einsetzen. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass es insbesondere bei der Arbeit mit schwerst erkrankten Patienten häufig gar nicht möglich sei, das ausgewiesene Maximalkontingent an wöchentlichen Therapiestunden zu erreichen. Herr Schrömgens verwies dabei noch einmal auf Zahlen der KV, nach denen im Jahr 2012 durchschnittlich 26 Therapiesitzungen wöchentlich durch niedergelassene Psychotherapeuten abgerechnet worden seien – in Bre-



Diskussion zur Versorgungssituation

merhaven liege diese Zahl sogar bei 30 Therapiewochenstunden. Es könne also keine Rede davon sein, dass die Bremer Psychotherapeuten zu wenig arbeiteten. Herr Josenhans rief noch einmal dazu auf, andere Versorgungsmodelle, wie Anlaufpraxen oder Jobsharing zur Verbesserung der Versorgung zu überdenken.

Trotz inhaltlich unterschiedlicher Perspektiven wurde der Austausch von beiden Seiten als konstruktiv und informativ erlebt und weitere Veranstaltungen zur Fortsetzung des Diskurses angeregt.

Bessere Versorgung von Flüchtlingen im Fokus

Der Bericht des Vorstands thematisierte schwerpunktmäßig die aktuelle Situation bei der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen. Karl Heinz Schrömgens wies für den Vorstand auf die neu geschaffene Möglichkeit hin,

eine Ermächtigung für die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge bei der KV zu beantragen. Dies sei durch Institutionen ebenso möglich wie durch Einzelpersonen, wobei neben der Approbation und Fachkundenachweis keine weiteren Voraussetzungen für die Beantragung definiert worden seien. Die Vergütung von Dolmetschern sei dadurch jedoch nicht geregelt – nach wie vor gebe es keine reguläre Möglichkeit, auf ausgebildete Dolmetscher zuzugreifen und die Kosten dafür erstattet zu bekommen. Die Kammer ist im Gespräch mit den zuständigen Ressorts, um Lösungen zu finden.

Neuwahlen der Ausschüsse und Delegierten

Ein zweiter Schwerpunkt der Versammlung lag auf der Wahl der Ausschüsse und der Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT). Hier galt zunächst der Dank allen Kammermitgliedern, die ehrenamtlich in einem der

Ausschüsse bzw. dem neu einberufenen Arbeitskreis „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ tätig waren. Hans Schindler und Karl Heinz Schrömgens überreichten Weinpräsente an die bisherigen Ausschussmitglieder und bedankten sich für die geleistete Arbeit.

Erfreulicherweise konnten auch für die folgende Amtsperiode Mitglieder für die Ausschussarbeit gewonnen werden. So wird der Beschwerde- und Schlichtungsausschuss seine Arbeit unter dem Vorsitz von Lorenz Böllinger mit den Kollegen Christoph Eschenröder, Margarete Meyer zu Altenschildesche, Marianne Paetow sowie Hilke Schröder fortsetzen, als Stellvertreter wurden Gabriele Graf und Christoph Sülz bestimmt. Für den Finanzausschuss übernimmt Franka Collmann den Vorsitz von Angelika Thiele-Flor, die aus der Ausschussarbeit ausscheidet. Frau Collmann wird unterstützt von Karin Borowski und Christoph Sülz sowie Silke von Weihe als Stellvertreterin. Der Fort- und Weiterbildungsausschuss wird zukünftig durch Ingrid Koop als Vorsitzende sowie durch Renate Flor, Kira Geisler, Alfred Hovestadt, Christoph Ralfs, Magnus Vorwold und Susanne Al-Wiswasi vertreten. Als stellvertretende Mitglieder wurden Dorothee Reinecke, Luise Nickel und Thomas Lang gewählt.

Als Delegierte für den DPT schlug der Vorstand der Bremer Kammer vor, Wiebke Rappen, Amelie Thobaben und Hans Schindler regulär zu entsenden, um eine enge Verknüpfung zwischen Vorstandsarbeit und DPT zu ermöglichen. Die vorgeschlagene Liste wurde mit großer Mehrheit von der Versammlung bestätigt. Als Stellvertreter wurden Franka Collmann, Sylvia Helbig-Lang und Christoph Ralfs gewählt.

Quo vadis? – Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge

12.000 Menschen, die aus ihren Heimatländern wegen Krieg, Terror, Folter und unwürdigen Lebensbedingungen fliehen mussten, werden bis Ende des Jahres im Land Bremen erwartet. Als die Kammerversammlung im Juni dieses Jahres in einer Resolution sich für

eine bessere Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge einsetzte, war der Anforderungsdruck, wie er sich jetzt zeigt, zwar vorauszusehen, aber nicht konkret erwartet worden. Es zeigt sich, dass auf allen Gebieten, ob es Unterbringung, Verpflegung, finanzielle Absi-

cherung, gesundheitliche und psychotherapeutische Hilfen betrifft, schnelle Unterstützung erforderlich ist, zugleich diese nicht aus dem Ärmel geschüttelt werden kann. Der neu gewählte Kammervorstand sah es in den zurückliegenden Monaten als seine Aufgabe an,

insbesondere auf die unzureichende Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge hinzuweisen und für eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten zu sensibilisieren – insbesondere da das Beratungs- und Behandlungszentrum „Refugio“ in Bremen schon vor der jetzigen Flüchtlingswelle monatelange Wartezeiten hatte.

Gespräche mit Politikern und Kassenvertretern

Vertreter des Vorstandes führten seit Juni 2015 Gespräche mit den neu gewählten gesundheitspolitischen Sprecher/innen der Bürgerschaftsfraktionen. Sie trafen sich mit Stefanie Dehne von der SPD-Fraktion, mit Kirsten Kappert-Gonther vom Bündnis 90-Die Grünen, mit Rainer Bensch von der CDU-Fraktion und mit Magnus Buhler, FDP, der zugleich den Vorsitz der Gesundheitsdeputation übernommen hat. Die Gesundheitspolitiker zeigten sich besorgt und sehr interessiert an eine bessere Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge und nahmen dankbar die Informationen zur Versorgungslage und die Vorschläge zur Verbesserung aus Sicht der PK Bremen entgegen. Ebenfalls trafen sich Mitglieder des Kammervorstandes mit Vertretern aus dem Krankenkassenbereich, um Wege zu finden, wie insbesondere die Sprachbarrieren in der Behandlung gemindert werden kann. In den Gesprächen, die mit Peter Kurt Josenhans, AOK-Direktor, mit Dr. Christoph Vauth, Leiter Versorgungsmanagement der Handelskrankenkasse und mit Katrin Herbst, neue Leiterin der vdek-Landesvertretung geführt wurden, fanden in einer offenen Atmosphäre statt, konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Situation gab es seitens der Kassenvertreter jedoch nicht. In mehreren Schreiben wandte sich der Kammervorstand auch an die neu gewählte Senatorin für

Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, um einerseits die Unterstützung der Kammer anzubieten, andererseits aber auch konkrete Vorschläge zu unterbreiten. Parallel nahm die Kammer Kontakt zum Sozialressort auf, das gegenwärtig die Hauptlast in der Betreuung der neu ins Land kommenden Menschen trägt. Während von der Senatorin für Gesundheit Eva Quante-Brandt keine Antwort kam, möglicherweise der Neuorganisation in diesem Bereich geschuldet, reagierte die Sozialsenatorin Anja Stahmann rasch und bedankte sich für die Anregungen. Inzwischen laufen Gespräche mit dem Sozialressort, um zu überlegen, wie möglichst schnell und unbürokratisch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf den Dolmetscherpool für den Gesundheitsbereich, der inzwischen vom Gesundheitsamt weg in die Hände der Performa Nord gelegt worden ist, zugreifen können, damit die schon vorhandenen psychotherapeutischen Behandlungsangebote auch genutzt werden können. Ergebnisse standen bei Redaktionsschluss allerdings noch aus.

Fortbildungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Das Beratungs- und Behandlungszentrum „Refugio“ führte inzwischen in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer Crash-Kurse durch, um Behandler für die besonderen Anforderungen in der Arbeit mit Menschen, die Krieg, Folter, Gewalt in den verschiedensten Formen erlitten haben, zu qualifizieren. Gut besuchte Fortbildungsveranstaltungen fanden in der zweiten Novemberhälfte in Bremerhaven und Bremen statt. Ingrid Koop, psychotherapeutische Leiterin von „Refugio“ stellte sehr konkret die Besonderheiten solchermaßen traumatisierter

Menschen und die kulturellen Verschiedenheiten dar, mit denen Behandler konfrontiert sind. Ebenfalls wurde eine Einführung geboten, wie erfolgreich mit Dolmetschern und Sprachmittlern in der Psychotherapie gearbeitet werden kann.

Ermächtigungen für die Behandlung von Flüchtlingen

Die Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte durch das Gesundheitsministerium kommunizierte die Kammer gegenüber Mitgliedern. Erste Interessierte, die bereit sind, Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zu behandeln wandten sich an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der KVHB. Obwohl in der Verordnungsänderung eine Pflicht zur Ermächtigung auf Antrag hin ausgesprochen wurde, bremsten die Mitarbeiter der KV zunächst ab, indem auf ausstehende juristische Prüfungen verwiesen wurde. Ebenfalls nutzt „Refugio“ die Möglichkeit, eine Ermächtigung zu beantragen, die ihr in der Vergangenheit stets verweigert wurde.

Runder Tisch gegründet

Auf Einladung von „Refugio“ und dem Psychiatriereferenten des Landes Bremen Jörg Utschakowski fand am 17. November eine erste Sitzung des „Runden Tisches“ zur Versorgung von psychisch belasteten Flüchtlingen in Bremen. Eingeladen waren alle Akteure die potentiell in der Versorgung tätig sind. Gekommen waren unter anderem Vertreter des Klinikums Bremen-Ost, des Ameos-Klinikums Dr. Heines, des Gesundheitsamtes und von verschiedenen senatorischen Dienststellen. Die PK Bremen wurde durch Wiebke Rappen vertreten.

„Wege aus der psychischen Krise“. Eine Veranstaltung der PK Bremen zur Woche der seelischen Gesundheit

Wie in den vergangenen Jahren fand im Oktober eine „Woche der seelischen Gesundheit“ statt. Von der PK Bremen

wurde ein Informationsabend zu „Wege aus der psychischen Krise“ angeboten.

Die Veranstaltung von Karl Heinz Schrömgens und Amelie Thobaben stieß auf reges Interesse und wurde

von etwa 60 Interessierten besucht. Zunächst ging es um eine Differenzierung: Nicht jede Krise braucht auch Behandlung. Die Kammervereine stellten verschiedene Anlaufstellen zur Unterstützung, Beratung und Behandlung vor.

Einen großen Umfang der Veranstaltung nahmen Fragen und Anmerkungen des Publikums ein. Viel Unmut wurde darüber zum Ausdruck gebracht, wie schwierig es sei, einen Therapieplatz zu finden. In der Frage nach Wegen der Kontaktaufnahme mit den zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gab es bei den Referenten unterschiedliche Akzentsetzungen. Dabei wurden unterschiedliche Wahrnehmungen und Handhabungen von Kolleginnen und Kollegen sichtbar: „Sprechzeiten auf dem Anrufbeantworter anbieten, aber nicht zurückrufen oder zu Nachrichten auf dem Anrufbeantworter

auffordern und diese beantworten?“, „Gibt es vielleicht Nachrichten, die eher beantwortet werden als andere?“ und „Werden E-Mails beantwortet oder ignoriert?“ Einigkeit bestand darin, dass Erreichbarkeit für Psychotherapeuten nicht nur eine ethische Verpflichtung darstellt, sondern auch gesetzlich zur Erfüllung eines Versorgungsauftrags gehört.

Viel Empörung wurde über den Umgang von Krankenkassen bei dringend benötigter Behandlung geäußert. Die Referenten gaben den Hinweis, dass Krankenkassen in solchen Fällen oft Psychotherapeuten mit freien Behandlungsplätzen vermitteln würden. Dazu wurde aus dem Publikum die Erfahrung beigegeben, dass bei ihrer Kasse behauptet worden sei, es gäbe keinen Anspruch auf zeitnahe ambulante Behandlung, man müsse in eine Klinik

gehen. Andere berichteten, dass selbst bei Vorlage aller geforderten Unterlagen Kostenerstattung abgelehnt würde. Unterstützung bei der Suche nach freien Therapieplätzen durch die Krankenkasse sei selten. Es wurde erzählt, wie wichtig die Unterstützung durch den Psychotherapeuten in der Organisation der Kostenerstattung gewesen sei, um Kostenzusagen durch die Kasse zu erwirken.

Erlebbar wurde, dass viele Patienten orientierungslos auf Psychotherapeutesuche gehen. Karl Heinz Schrömgens und Amelie Thobaben empfahlen hier vor allem die **Psychotherapeutesuche** „www.psych-info.de“, da einzig dort mit der Funktion der erweiterten Suche gezielt nach „Kassenleistung“, „Kostenerstattung“ oder „Privatpraxis“ sowie Verfahren und Behandlungsschwerpunkten gesucht werden kann.

Qualitätszirkel Psychosen-Psychotherapie nimmt erfolgreich seine Arbeit auf

Mitte April dieses Jahres nahm der auf Initiative der Psychotherapeutenkammer gegründete Qualitätszirkel seine Arbeit auf. Inzwischen fanden in 2015 insgesamt vier Treffen statt. 16 ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben sich in den Qualitätszirkel eingetragen, der in der Regel fünfmal jährlich zusammen kommen soll, jeweils montags von 20.00 – 21.30 Uhr. Moderiert wird der Zirkel von Karl Heinz Schrömgens, unterstützt von Björn Steuernagel und Bettina Kroll. Nach der konstituierenden Sitzung, in der die verschiedenen Bedarfe und Erwartungen der Teilnehmer ermittelt wurden, war das zweite Treffen der Diskussion verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Grundpositionen vorbehalten. In der dritten Sitzung wurde der Fall eines jungen psychoseerkrankten Mannes vorgetragen und erörtert. Diese Falldiskussion fand in einer wertschätzenden und angenehmen Atmosphäre statt, sodass sie weitere Teilnehmer ermutigte, für die Zukunft einen Fall einzubringen. In der letzten Sitzung in diesem Jahr beschäftigte sich der Kreis mit dem psychiatrischen Hilfesystem in Bremen. Der neue Psychiatriereferent



Jörg Utschakowski,
Psychiatriereferent

des Landes, Jörg Utschakowski, stellte die vorhandenen Angebote sachkundig vor.

Es ist für 2016 geplant, in dieser Weise weiterzuarbeiten, d. h. abwechselnd einen Fall vorzustellen und einen Referenten einzuladen. Am 15. Februar wird somit die Falldiskussion im Vordergrund stehen. Für den 11. April hat Uwe Dreyer, Geschäftsführer des Berufsbildungswerkes Friedehorst, seinen Besuch zugesagt. Herr Dreyer wird über die verschiedenen Angebote des BFW

(PAS-Projekt, Berufliches Trainingszentrum, Umschulungen u. a.) für psychisch kranke Menschen informieren. Die weiteren Termine in 2016 finden am 20. Juni, 12. September und 21. November statt. Weitere Teilnehmer sind willkommen, eine Anmeldung über die Geschäftsstelle der PK Bremen aber erforderlich.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang
Karl Heinz Schrömgens
Amelie Thobaben

Geschäftsstelle

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

PTK Hamburg begrüßt die neue Delegiertenversammlung und den neuen Vorstand

Nachdem wir bereits in den letzten beiden Ausgaben des Psychotherapeutenjournals vom Abbruch der Wahl und dem Einspruch gegen diesen Abbruch berichtet haben, konnte die Kammerwahl im zweiten Durchlauf erfolgreich abgeschlossen werden.

Am 26. September 2015 waren die Stimmen der 1.045 Mitglieder ausgezählt worden, die von Ihrem Wahlrecht per Briefwahl Gebrauch gemacht hatten. Nach Ablauf der Einspruchsfrist konnte am 18. November 2015 die konstituierende Sitzung der neuen Delegiertenversammlung stattfinden.

Der bisherige Vorstand dankte zu Beginn dieses Abends den 13 ausscheidenden Delegierten sowie den ausscheidenden Mitgliedern der Ausschüsse und Kommission für die gute Zusammenarbeit in der dritten Amtsperiode. Großer Dank

galt auch dem anwesenden Wahlleiter Dipl.-Psych. Jörg Christlieb, der die abgebrochene Wahl sowie den zweiten Durchlauf der Wahl souverän begleitet hatte und sich von den Turbulenzen während des ersten Durchlaufes nie aus der Ruhe bringen ließ.

Das Jahr 2015 war von vielen Veränderungen geprägt – es gab personelle Wechsel in der Geschäftsstelle und im Vorstand, hektische Zeiten während der Kammerwahl und auch Kritik, die teilweise ungefiltert beim neuen Geschäftsführer und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle entladen wurde. Das Durchhaltevermögen und die professionelle Zusammenarbeit trotz der erschwerten Bedingungen in 2015 wurden von allen Vorstandsmitgliedern besonders gewürdigt.

Bevor im Anschluss der neue Vorstand gewählt wurde, erklärte der bisherige

Kammerpräsident Prof. Dr. Rainer Richter, dass er für den Vorstand der kommenden Amtsperiode nicht erneut kandidieren werde. Auf die Gründung der Hamburger Psychotherapeutenkammer zurückblickend erinnerte er an die ersten Sitzungen des Errichtungsausschusses zur Gründung der Kammer und zog ein Resumé der bisherigen Geschichte der Psychotherapeutenkammer Hamburg. Nicht immer habe es Konsens unter den Delegierten und Vorstandsmitgliedern gegeben, mancher Konflikt habe durchgestanden werden müssen. Dennoch habe die Psychotherapeutenkammer in den vergangenen 14 Jahren viel erreicht. Er freue sich, den Staffeln nun an den neuen Vorstand weitergeben zu können und wünschte dem zukünftigen Vorstand gute Nerven und eine glückliche Hand. Richter bedankte sich bei den Delegierten und bei der Aufsichtsbehörde für die gute Zusammenarbeit. Die offizielle Verabschiedung von Prof. Dr. Rainer Richter soll Ende Januar feierlich auf dem Neujahrsempfang der PTK Hamburg erfolgen.

Nach Verabschiedung des bisherigen Vorstandes und der ausscheidenden Delegierten erfolgte die Wahl der Präsidentin, des Vizepräsidenten und der drei Beisitzer unter der Leitung des Wahlleiters Dr. Mike Mösko.

Mit großer Mehrheit wurden Dipl.-Psych. Heike Peper zur Präsidentin (bisher Beisitzerin im Vorstand) und Dipl.-Psych. Torsten Michels zum Vizepräsidenten (bisher Beisitzer im Vorstand) gewählt. Als Beisitzerinnen und Beisitzer gehören dem Kammervorstand zukünftig an:

Gabriela Küll (bisher Vizepräsidentin im Vorstand), Dipl.-Psych. Ursula



V. l. n. r.: Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu, Dipl.-Psych. Torsten Michels, Dipl.-Psych. Heike Peper, Dr. Thomas Bonnekamp, Gabriela Küll



Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Meier-Kolcu (seit 2015 Beisitzerin im Vorstand) und Dr. Thomas Bonnekamp (seit Gründung Delegierter in der PTK Hamburg).

Birte Westermann

Reform der Psychotherapieausbildung

Im Verlauf des Jahres 2015 hat der Vorstand die Kammermitglieder zu mehreren Informationsveranstaltungen über die Reform des Psychotherapeutengesetzes eingeladen: Zuletzt zur Allgemeinen Kammerversammlung am 4. November 2015, zuvor aber auch die Ausbildungsinstitute am 22. September 2015. Das Interesse war mittelgradig bis gering, was den Vorstand angesichts der Tragweite des Themas erstaunte und Anlass für diesen Beitrag ist. Diejenigen von Ihnen, die die Diskussionen zur Ausbildungsreform in den letzten Jahren verfolgen konnten, wissen, dass der Prozess weit fortgeschritten ist. Sie brauchen nicht weiterzulesen, denn der folgende Text richtet sich an diejenigen, an denen das Thema bisher vorbeigegangen ist.

Diesen Kolleginnen und Kollegen sei eingangs noch einmal in aller Kürze die Notwendigkeit einer Reform des Psychotherapeutengesetzes begründet:

Im November 2014 hatte der 25. Deutsche Psychotherapeutentag die Politik mit großer Mehrheit aufgefordert, „die für die Weiterentwicklung von zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen notwendige umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes in dieser

Legislaturperiode in Angriff zu nehmen“. Das BMG hat angekündigt, bis Ende 2015 Eckpunkte für eine Approbationsordnung vorzulegen, die sich an den Strukturen der ärztlichen Ausbildung orientieren und zugesichert, dabei die Vorstellungen der Psychotherapeuten zu berücksichtigen. Die BPtK und deren Vorstand sind durch den DPT-Beschluss gebunden, Rahmenbedingungen der Direktausbildung und ihre Realisierungsmöglichkeiten zu klären und zugleich die historische Chance zu nutzen, die Zukunft des Berufs des Psychotherapeuten*) unter Wahrung der bisherigen hohen Qualität mitzugestalten und die Webfehler des PsychThG von 1999 zu beheben. Der BPtK-Vorstand startete daraufhin im Dezember 2014 das Projekt Transition, um Inhalte und Strukturen der Novelle der bisherigen Ausbildung zu präzisieren. Einzelheiten zur Struktur des Transition-Projektes finden sich im neuesten Tätigkeitsbericht des Vorstands der BPtK (www.bptk.de/Publikationen/Taetigkeitsbericht-bptk.html).

Von Anfang an bezog der Vorstand den Deutschen Psychotherapeutentag, die Landespsychotherapeutenkammern sowie die Fach- und Berufsverbände der Psychotherapeuten in die Mei-

In ihrer Antrittsrede dankte Heike Peper dem scheidenden Präsidenten für die seit mehr als zwölf Jahren geleistete Arbeit im Dienste der Profession. Im Ausblick auf die kommende Amtsperiode betonte Peper, dass es darum gehe, die Kammer als Institution der Selbstverwaltung der beiden freien Heilberufe weiterzuentwickeln. Die Profession stehe vor großen Herausforderungen sowohl durch die geplante Reform der Psychotherapeutenausbildung als auch durch die Veränderungen in der Versorgungslandschaft. Sie wies außerdem auf die bedeutsame Rolle des psychotherapeutischen Berufsstandes im Kontext der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse hin.

nungsbildung mit ein. Die umfangreichen Antworten und der hohe Rücklauf der ersten Befragung sprechen für ein hohes Commitment der Profession mit der Novellierung. In den folgenden Anhörungen und Projektveranstaltungen gewann die präferierte Direktausbildung im Laufe des Jahres 2015 weiter an Kontur und Akzeptanz, so zuletzt auf dem gerade zurückliegenden Stuttgarter 27. DPT. Aber es gibt natürlich auch kritische und sorgenvolle Stimmen.

Der bisherige Verlauf des Transition-Projektes lässt bereits eine Reihe von Eckpunkten im Sinne eines Konsenses erkennen: Zukünftig soll die gesamte wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung der Psychotherapeuten aus einem ersten Teil, dem approbationsleitenden Studium, und einem zweiten Teil, der Weiterbildung zum Facharztniveau bestehen.

Der erste Qualifikationsabschnitt soll ein wissenschaftliches Hochschulstudium auf Masterniveau sein, in dem grundlegende psychotherapeutische Kompetenzen in allen wissenschaftlichen Verfahren erworben werden, das mit einem Staatsexamen abgeschlossen wird. Die Inhalte werden bundeseinheitlich durch die vom BMG

erlassene Approbationsordnung bestimmt sein, Träger des Approbationsstudiums sind die Hochschulen. Es besteht aus drei Abschnitten:

Ein erster Studienabschnitt, in dem Basiskompetenzen zu Grundlagen des Verhaltens und Erlebens, seiner biologischen und sozialen Bedingtheiten sowie medizinischer Implikationen und grundlegende wissenschaftliche, psychotherapeutische und versorgungsrelevante Kompetenzen erworben werden. Ein zweiter Studienabschnitt, in dem allgemeine bzw. grundlegende psychotherapeutische und versorgungsrelevante Kompetenzen sowie vertiefte wissenschaftliche Kompetenzen auf Masterniveau weiterentwickelt werden. Ein dritter Studienabschnitt (Praxissemester) im Umfang von sechs bis neun Monaten in Bereichen der psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung, in dem die Ausbildung systematisch durch praxisbezogenen Unterricht in der Versorgung vervollständigt wird.

Zurzeit wird intensiv diskutiert, ob und wie die Hochschulen den Erwerb dieser praktischen Kompetenzen, die für die Approbation zwingend notwendig sind, gewährleisten können.

Im Studium werden Kompetenzen für die Behandlung aller Altersstufen, alle Grundorientierungen der Psychotherapie (derzeit vier) und die Grundlagen für die wissenschaftlichen Verfahren und Methoden in Theorie sowie praxis- und

patientenbezogen vermittelt. Lange Zeit haben die Hochschulen, derzeit fast ausschließlich verhaltenstherapeutisch orientiert, gezögert, auch die Lehre der anderen wissenschaftlichen Verfahren verlässlich und qualifiziert zuzusagen. Hier ist ein Durchbruch erzielt.

Auch einem anderen, vor allem für viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wichtigen Anliegen konnte Rechnung getragen werden, dem Quereinstieg aus Studiengängen mit Schwerpunkten in Wissenschaften, die sich mit dem psychischen, sozialen, pädagogischen und medizinischen Bereich befassen. Das Approbationsstudium schließt mit dem psychotherapeutischen Staatsexamen ab. Die Kapazität an Studienplätzen stellt sicher, dass im Ergebnis jährlich rund 2.500 Psychotherapeuten eine psychotherapeutische Weiterbildung beginnen können.

Die Inhalte der sich anschließenden Weiterbildung – Vertiefung der Kompetenzen in einem der Richtlinienverfahren, in altersspezifischer Psychotherapie oder anderen Schwerpunkten – werden von den Landespsychotherapeutenkammern geregelt, die auch die Träger der Weiterbildung, in erster Linie die bisherigen Ausbildungsstätten anerkennen. Damit sind Antworten auf neue Versorgungsbedarfe und die Berücksichtigung neuer, erprobter Behandlungsmethoden als Teil der Fachkunde durch Änderungen der Weiterbildungsordnungen schneller und flexibler möglich. Diesen

Vorteil sehen zahlreiche Ausbildungsstätten weniger, sondern fürchten – vielleicht zu Recht – den Einfluss der Kammern auf die Weiterbildung. Angesichts der derzeit fehlenden Fachaufsicht über die Ausbildungsstätten, die zuständigen Landesbehörden überprüfen derzeit nur die formalen Vorgaben, sehen viele Befürworter der Direktausbildung gerade darin auch eine positive Entwicklung. Die Landespsychotherapeutenkammern würden zur Fachaufsicht der zukünftigen Weiterbildungsinstitute werden. Da die Ausbildung nach dem gültigen PsychThG vor allem dann, wenn sie in großen Instituten mit mehreren hundert Ausbildungsteilnehmern erfolgt, auch ein gewinnbringendes Geschäftsmodell sein kann, befürchten vor allem solche Institute finanzielle Einbußen. Aber natürlich muss grundsätzlich zur Gewährleistung der Weiterbildung ihre Finanzierung gesichert sein, wozu nicht nur die Gehälter der Weiterbildungsassistenten und Honorare der Dozenten und Supervisoren zählen, sondern auch angemessene Verwaltungskosten der zukünftigen Weiterbildungsinstitute.

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung ist auf einem guten Weg. Die zahlreichen Defizite der derzeitigen Strukturen können durch die Direktausbildung behoben werden, ohne die bisherige hohe Qualität zu gefährden. Das alles aber erfordert die Unterstützung durch eine möglichst große Zahl der Berufsangehörigen. Bitte beteiligen Sie sich!

Prof. Dr. Rainer Richter

14. Allgemeine Kammerversammlung

Etwa 50 Mitglieder und Gäste hatten sich am 4. November 2015 in den Räumlichkeiten der Handwerkskammer zur 14. allgemeinen Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg versammelt. Der Vorstand eröffnete die Versammlung zum letzten Mal in dieser Wahlperiode und zog bei dieser Gelegenheit ein Résumé der vergangenen vier Jahre.

Zu Beginn der Versammlung begrüßte Kammerpräsident Prof. Dr. Rainer Rich-

ter die Anwesenden und stellte Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel vor – Rechtsanwalt und Professor für Gesundheitsrecht & -ökonomie.

Schlegel referierte im Rahmen seines Vortrages „*Psychotherapeut/Psychotherapeutin – ein freier Heilberuf in Gefahr?*“ über die besondere Bedeutung der Heilberufekammern im Gesundheitswesen. Mit großem Interesse lauschten die Anwesenden den Worten des Referenten, der die aktuell schwierige Situation der

approbierten Psychotherapeuten*) im Gesundheitswesen zusammenfasste. Gleichzeitig verdeutlichte er aber auch die Möglichkeiten, die durch das Privileg, einer Heilberufekammer anzugehören, gegeben sind. Ein zentraler Vorteil besteht darin, dass der Berufsstand die Regeln und Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Arbeit selbst festlegen und beaufsichtigen kann. Damit hat der Berufsstand die Hoheit über die eigene Arbeit, was nur den freien Berufen gewährt ist.

Zu Beginn veranschaulichte Schlegel die Komplexität des Gesundheitswesens mit einer Grafik, die die Akteure des Gesundheitswesens und deren Beziehungen zueinander aufzeigte und führte dabei aus: *„Unser Gesundheitswesen ist von einer Behauptungskultur und mangelndem Detailwissen vieler Verantwortlicher geprägt. Ulla Schmidt beantwortete dies mit: „Zu viel Detailwissen versperrt den Blick auf’s Wesentliche“. Hingegen macht mangelndes Detailwissen anfällig für Missverständnisse und Vorurteile, schafft Misstrauen und Klischeedenken und macht vor allem anfällig für Manipulierbarkeit.“*

Nur der Berufsstand als Bestandteil der Selbstverwaltung könne diesen Anfälligkeiten am besten begegnen, denn er gewährleiste das Detailwissen über sich und seine Patienten, trenne Wichtiges von Unwichtigem und könne Fehlentwicklungen am schnellsten erkennen und diesen begegnen.

„Die Heilberufekammern sind es neben den Berufsverbänden und anderen Teilen der Selbstverwaltung, die den Schutz des Therapeuten und Patienten vor Einflüssen staatlicher Intervention – insbesondere der Kostenträger – gewährleisten.“



Kammerversammlung 2015

Schlegel thematisierte zudem die häufig beklagte Ökonomisierung des Gesundheitswesens und beschrieb die Schwierigkeit, unternehmerisches Handeln mit der therapeutischen Freiheit und der Qualität dieser Arbeit zu vereinen. Auch dies sei eine Herausforderung für den Berufsstand.

Abschließend wagte Prof. Schlegel einen Blick in die Zukunft: Die Verteilungskämpfe würden stärker werden und die EU werde mehr denn je versuchen, die Freiberuflichkeit anzugreifen. Hier brauche der Berufsstand – und letztlich der Patient – eine starke und glaubwürdige Interessenvertretung.

Der Vortrag stimmte die anwesenden Kammermitglieder nachdenklich – schnell entstand jedoch eine lebhaft diskutierte Diskussion über die Möglichkeiten, aber auch über die Versäumnisse der Psychotherapeutenkammer im vergangenen Jahrzehnt. Abschließend wies auch Prof. Richter nochmals auf die Bedeutsamkeit hin, sich aktiv in der Kammer zu engagieren und somit Fehlentwicklungen vorzubeugen und die Interessen des Berufsstandes im Gesundheitswesen zu vertreten und zu stärken.



Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel

Nach der ausführlichen Diskussion der Versammlung blieb noch Zeit, um auf die Arbeit der Kammer in der vergangenen Amtsperiode des Vorstandes zurückzublicken. So stellten die Vorstandsmitglieder ihre Tätigkeitsbereiche in einer kurzen Zusammenfassung vor und beendeten die letzte Kammerversammlung der dritten Legislaturperiode schließlich mit dem Hinweis auf den Tätigkeitsbericht, welcher auf der Homepage der PTK Hamburg zu finden ist. Herr Prof. Rainer Richter kündigte an, dass er nicht mehr für das Präsidentenamt kandidieren werde und wurde mit großem Applaus und Dank verabschiedet.

Birte Westermann

Geschäftsstelle

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

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

wie nennen wir in Deutschland lebende Menschen **ohne** Migrationshintergrund? Autochthone Bevölkerung, Mehrheitsgesellschaft, Alt-Bevölkerung oder gar Bio-Deutsche? In einer Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer zur psychosozialen Versorgung von Menschen **mit** Migrationshintergrund tauchte diese Frage auf.

Ich finde gut, dass sie auftaucht. Denn sie zeigt, dass es Wortfindungsschwierigkeiten nicht nur für das Fremde gibt: Asylanten, Gastarbeiter, Immigranten, Migranten, Zuwanderer, ausländische Mitbürger, Asylbewerber, Flüchtlinge.

Integration ist keine Einbahnstraße. Zu ihrem Gelingen braucht es ein aufeinander zugehen, ohne die eigene kulturelle Identität zu verleugnen. Ein Zurücklehnen in satter Selbstgewissheit ist kontraproduktiv. Integration bedeutet auch gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen und keine Schlechterstellung durch kulturelle, sprachliche oder biografische Besonderheiten. Das Recht auf Gesundheit ist ein Menschenrecht.

Im Sinn der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation wünsche ich auch Ihnen zum Jahreswechsel einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger,
Kammerpräsident

Gesellschaftliche Herausforderungen

Die gewachsene Zahl von Flüchtlingen, die in Europa und damit auch in Deutschland ankommen, schafft neue Herausforderungen für die Gesellschaft. Bundesweit engagieren sich Tausende von Menschen für die Flüchtlinge, ehrenamtlich in ihrer Freizeit, und es werden immer mehr. „Wir schaffen das“, hieß es von der Kanzlerin und ich bin dankbar für diesen Satz, der Mut machen soll. Migration ist kein neues Phänomen, wir hatten schon Zeiten, in denen viel mehr Menschen aus ihrer Heimat fliehen mussten und in Deutschland aufgenommen wurden.

Heute kommen Flüchtlinge zu uns, die sich nach Folter, Verfolgung und Überlebensängsten auf den Weg machen, um ihr Leben zu retten und dabei ihr Leben riskieren. Über 2.300 Menschen sind im Mittelmeer allein in diesem Jahr ertrunken.

Die Not in den Lagern ist groß. Die ankommenden brauchen als erstes einen sicheren Ort, ausreichend Schlaf, einen eigenen Raum, Ruhe, Essen, Trinken, eine medizinische Untersuchung und

ggf. Versorgung. Und Perspektiven. Ein zügiges Asylverfahren und, vor allem für Bürgerkriegsflüchtlinge, Sicherheit, die Chance, ganz anzukommen in Deutschland, mit dem Recht, hier heimisch werden zu können. Sie haben – so wie auch alle an der Armutsgrenze lebenden Deutschen – Recht auf vollständige medizinische und – wo notwendig – psychotherapeutische Versorgung, auf Bildung, auf Arbeit, auf eine eigene Wohnung. Dass nun der Familiennachzug von Syrern für zwei Jahre ausgesetzt werden soll, Familienangehörige teilweise in Gefahr sind oder zumindest sich entfremden, verschärft die Lage der hier angekommenen Menschen noch einmal. Die Menschen würden doch gerne in ihrem Land leben, dorthin zurückkehren, wenn der Krieg zu Ende wäre.

Wer sind diese Menschen, die wir im Fernsehen sehen, die sich nun in den Turnhallen und Zeltstädten Deutschlands aufhalten? Die ein Teil von Deutschland werden wollen, ja, es bereits sind? Wo kommen sie her und mit welchem kulturellen Hintergrund?

Das sind Fragen, die viele Menschen in Deutschland beschäftigten. Die Antwort ist aber ganz einfach: Es sind Menschen wie wir.

Es entstehen Ängste, die mit politischem Kalkül verwendet werden. Angst vor dem Fremden, Angst vor sich verschärfenden Missständen, was das eigene Leben betrifft. Auf diesem Hintergrund findet sich eine Stimmungsmache, die Rassismus, Fremdenfeind-

lichkeit und Hass bis hin zu nationalistischen Demonstrationen und kriminellen Ausschreitungen fördert. Über 340 Anschläge erfolgten in diesem Jahr bereits auf Flüchtlingsunterkünfte in Deutschland. Es sind die Flüchtlinge, deren Unterkünfte hier in Brand gelegt werden. Ängste der Bevölkerung müs-



Ariadne Sartorius

sen ernst genommen werden, dürfen allerdings nicht für Panikmache und das Schüren von Hass genutzt und die Realität verzerrt werden.

In einer Resolution vom Oktober 2015 forderte die Delegiertenversammlung der Hessischen Kammer die Politik auf, dass „Befürchtungen vor Umbrüchen in der Gesellschaft nicht übergangen werden, da auch hier nicht nur kurzfristig mit Veränderungen im persönlichen Lebensumfeld der Bürger zu rechnen ist.“ Hier muss die Politik mit einer gelungenen Sozialpolitik aktiv werden.

Und auch wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind als Berufsstand gefordert. Bei der Konzeption von Notunterkünften, insbesondere für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, ist psychotherapeutisches Know-how wichtig. Supervision für Helfer, die sich beruflich oder ehrenamtlich engagieren, kann deren Arbeit bereichern und erleichtern. Aber, so appellierte die Delegiertenversammlung auch, „wo dies über die ehrenamtlichen Tätigkeiten hinausgeht, ist für eine ausreichende, qualitätsgesicherte Ausstattung der professionellen Arbeit Sorge zu tragen. Hierfür sind neben dem Gesundheits-

wesen auch die kommunalen Träger ausreichend finanziell auszustatten“.

Diese Voraussetzungen sind notwendig, damit die gesellschaftlichen Veränderungen in Deutschland, die mit der Aufnahme von über einer Million Menschen einhergehen, gelingen können. Diejenigen, die später in ihre Heimat zurückkehren, können dann hoffentlich Erfahrungen vom Wert der Rechtsstaatlichkeit und von demokratischen Strukturen mitnehmen.

Ariadne Sartorius,
Vorstandsmitglied

Bericht von der 10. Delegiertenkonferenz



Delegierte der Psychotherapeutenkammer Hessen

Am 9. und 10. Oktober tagte die Delegiertenversammlung in Wiesbaden. Der Vorstand und die Geschäftsstelle nutzten die Gelegenheit, um den Delegierten die neuen Räume zu präsentieren.

Auf der Agenda stand die Beratung des Haushaltsplanes für das kommende Jahr. Kontrovers diskutiert wurde die Prognose des Vorstands für die Mitgliederentwicklung und damit die erwarteten Beitragseinnahmen. Zur Beitragsordnung lag ein Antrag auf Absenkung des Beitrags in den jeweiligen Gruppen bei Beibehaltung des Mindestbeitrags vor. In die Diskussion eingebracht wurde auch ein einheitlicher Hebesatz auf die Einkünfte, um zu einer linear ansteigenden Beitragsbelastung zu gelangen. Nach ausführlicher Diskussion, in die auch Überlegungen zur künftigen Ausgabenentwicklung und zur Ausgestaltung der Rücklage einfließen, wurde ein Antrag auf Veränderung der Bei-

tragsordnung zurückgezogen und stattdessen einstimmig ein Auftrag an den Vorstand beschlossen, ein Rechenmodell für eine Neugestaltung der Rücklage zu entwickeln. Der Vorstand sicherte darüber hinaus zu, gemeinsam mit dem Finanzausschuss an dem Prognoseinstrumentarium zu arbeiten.

Einstimmig beschlossen wurde auch ein Änderungsentwurf zur weiteren Ausgestaltung des Weiterbildungsganges Klinische Neuropsychologie verbunden mit dem Auftrag an den Vorstand, die Genehmigungsfähigkeit mit dem Ministerium für Soziales und Integration zu klären. Es wurde darüber hinaus die Meldeordnung novelliert und an das Heilberufsgesetz angepasst.

Vertagt wurde die Abstimmung über einen Antrag auf Änderung der Satzung, der das Ziel verfolgte, Änderungen der Berufsordnung von einer 2/3-Mehrheit der Delegierten abhängig zu machen.

Begründet wurde er unter anderem mit dem Argument, es handle sich bei der Berufsordnung um eine zentrale Grundlage des Berufes und damit auch um die Ausformulierung des Selbstverständnisses der Profession. Dem wurde entgegengehalten, eine Anhebung des Quorums nehme künftigen Delegierten die Möglichkeit, auf Veränderungen angemessen reagieren zu können.

In einer Resolution zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen forderte die Delegiertenversammlung eine ausreichende finanzielle Ausstattung des Gesundheitssystems und der kommunalen Träger. Sie wies weiter auf die komplexen Herausforderungen hin, die für eine gelungene Integration erforderlich sind.

In einer 2. Resolution kritisierte die Delegiertenversammlung die Entscheidung des erweiterten Bewertungsausschusses, die den Psychotherapeuten keine

angemessenen Honorare sichert. Die Delegiertenversammlung forderte des-

halb eine Beanstandung des Beschlusses und eine gesetzliche Regelung.

„Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ 07.11.15

„Warum ist die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund schlechter?“, fragt Alfred Krieger, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, in seiner Begrüßung zur Veranstaltung „Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“, die gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte in Hessen (agah), der Kommunalen Ausländervertretung (KAV) Frankfurt sowie der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung e. V. am 07.11.15 im Frankfurter Römer stattfand. Ziel der Veranstaltung war, auf Besonderheiten bei der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund wie dem Arbeiten mit Dolmetschern einzugehen, die Bereicherung durch diese Arbeit herauszustreichen sowie Vorurteile zu mindern.

Enis Gülegen, Vorsitzender der agah/KAV Frankfurt, erläutert in seinem Grußwort die lange Geschichte der Einwanderung und betont die bereits seit den 90er Jahren bestehende Beschäftigung mit der psychosozialen Versorgung von Migranten. Das damals thematisierte Problem der Unterversorgung bestehe nach wie vor.

Dr. Yasar Bilgin, 1. Vorsitzender der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung e. V., erläutert die Bedeutung von Kommunikation, Sprache und kulturellem Verständnis im Umgang mit Patienten und fordert einen einheitlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Für das Hessische Sozialministerium sprach Herr Dr. Ralf-Norbert Bartelt, sozial- und gesundheitspolitischer Sprecher der hessischen CDU-Landtagsfraktion. Er berichtet von der aktuellen Situation in Erstaufnahmelagern für Flüchtlinge in der Region und betont, die Regierung sei durch die momentane Situation „gefordert“, aber nicht „überfordert“.

In den darauf folgenden Hauptvorträgen wurden aktuelle Erkenntnisse zur Versorgung von Migranten erläutert, anschauliche Fallbeispiele geschildert und Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt. Auch auf die derzeitige Flüchtlingssituation gingen alle drei Referenten intensiv ein.

Menschen mit Migrationshintergrund „sind in der psychosozialen Versorgung deutlich unterrepräsentiert“, so Dr. Mike Mösko, in seinem Vortrag zum Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Wichtig sei die Unterscheidung zwischen Migranten und Flüchtlingen, da ihre Versorgung aktuell unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen unterliegt. Die Gesundheitssysteme müssen angepasst und geöffnet werden, sodass die breite Versorgung aller in Deutschland lebender Menschen gewährleistet werden könne. Diese Offenheit könne Jeder fördern und selbst umsetzen. Weiter erläutert er die hohe Diskrepanz zwischen anderssprachigen Anfragen für Psychotherapie und dem Angebot dieser. Hier seien Fortbildungen und die Förderung nicht deutschsprachiger Kollegen und Kolleginnen essentiell. Dr. Mösko fordert „mehr sprachliche & kulturelle Vielfalt“ des Berufsstands, eine Haltung, die Begegnung zu wagen, und eine Integration interkultureller Lerninhalte während Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Dr. Serkan Het stellt in seinem Vortrag zur Psychotherapie im interkulturellen Setting Migrationsmodelle vor und beschreibt wichtige Aspekte der migrantenspezifischen psychotherapeutischen Versorgung. Dabei sei es nicht notwendig, die Muttersprache des Patienten zu erlernen oder sich umfangreiches Wissen über das Herkunftsland anzueignen, sondern vielmehr ein geduldiges „Sich-Einlassen“ sowie eine klärungsorientierte Grundhaltung. Dabei



Dr. Mike Mösko

können spezifische Interventionen aber auch der Austausch mit Dolmetschern helfen.

Prof. Dr. Rainer Georg Siefen beschreibt in seinem Vortrag „Allein und im Schatten?“ Bedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten in der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere von Kindern und Jugendlichen. Dabei weist er auf bereits vorhandene Kompetenzen hin, die jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin nach bestem Gewissen und mit



Prof. Dr. Siefen



Prof. Dr. Siefen, Dr. Het

etwas Sensibilität nutzen könne. Auch bedeutet er die Relevanz „kultursensitiver personalisierter Behandlung“. Dr. Siefen fordert die umfassende Finanzierung qualifizierter Dolmetscher und die Förderung „bilingual und bikulturell kompetenter Kollegen“. In der Flüchtlingsfrage fordert er die Supervision der Helfenden.

Die gesamte Veranstaltung wurde begleitet von interessanten Diskussionen und Anregungen aus dem Publikum. Mit Hilfe einer Kartenabfrage zu den Themen „Die Kammer sollte ...“, „Die Politik sollte ...“ und „Für mich als Psychotherapeut/Berater ist wichtig ...“

sollte die eigene Auseinandersetzung mit der Thematik angeregt und ein breites Meinungsbild eingefangen werden. Zahlreiche Anregungen können jetzt als Arbeitsgrundlage für die Kammer dienen. Besonders traten Wünsche nach Fortbildungen, Vernetzungsmöglichkeiten und Supervision aber auch Forderungen nach einer angemessenen Finanzierung von Dolmetschern und nötigen Strukturen hervor.

In der abschließenden Podiumsdiskussion mit den Veranstaltern und Susanne Nöcker, Referat Psychiatrie und Maßregelvollzug des Hessischen Sozialministeriums, sowie Dr. Nargess Eskandari-

Grünberg, Stadträtin und Dezernentin für Integration in Frankfurt, wurde die aktuelle Situation weiter beleuchtet und auf die Forderungen aus der Kartenabfrage eingegangen. Darüber hinaus gab es die Möglichkeit zur vertieften Diskussion und für direkte Fragen an die Vertreter der Politik und den an der Versorgung beteiligten Organisationen.

Die Vorträge können auf der Seite der Psychotherapeutenkammer Hessen (<http://lppkjp.de/>) eingesehen werden. Eine Veranstaltung zur Thematik „Flüchtlinge“ ist für den 16. April 2016 in Frankfurt geplant.

Judith Naujoks,
wiss. Referentin

Neue Wissenschaftliche Referentin der Psychotherapeutenkammer Hessen



Judith Naujoks

Seit Juli 2015 arbeitet Frau M. Sc. Psych. Judith Naujoks als wissenschaftliche Referentin für die Kammer. Dabei vertritt sie Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Wiebke Broicher, die voraussichtlich bis

Herbst 2016 in Elternzeit ist. Judith Naujoks, Jahrgang 1988, ist Psychologin.

„Meinen Bachelor absolvierte ich an der Universität Osnabrück. Dort lag der Fokus im klinischen Bereich auf der Verhaltenstherapie. Um einen Überblick über weitere Verfahren und vertiefte Kenntnisse in Tiefenpsychologie und Psychoanalyse zu erhalten wechselte ich zum Master an die Goethe-Universität Frankfurt und wählte den Schwerpunkt Klinische Psychologie. Als Minor belegte ich Seminare der Pädagogischen Psychologie. Nach meinem Masterabschluss arbeitete ich an einer Frühförderstelle und beschäftigte mich insbesondere mit dem Verhalten und der

Entwicklung im Kindesalter. Für meine weitere berufliche Laufbahn strebe ich eine Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin an.“

Frau Naujoks wird uns unter anderem in fachlichen und fachpolitischen Fragen, in der wissenschaftlichen Recherche, der Öffentlichkeitsarbeit, der Anfertigung von Berichten und Veröffentlichungen sowie der Veranstaltungsorganisation unterstützen.

Öffentliche Bekanntmachung der Psychotherapeutenkammer Hessen

Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen

Die Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen vom 8. Februar 2003 wird wie folgt neu gefasst:

§ 1 Melde- bzw. Anzeigepflicht

(1) Kammermitglieder sind nach § 2 Abs. 1 Heilberufsgesetz alle Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die approbiert sind oder eine Erlaubnis zur Berufsausübung nach § 4 Psychotherapeutengesetz besitzen und die in Hessen ihren Beruf ausüben. Die Mitgliedschaft beginnt mit Aufnahme der Tätigkeit. Hiervon ausgenommen sind nur berufs-

fremde Tätigkeiten, die in keinerlei Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Ausbildung und den dabei erworbenen Fachkenntnissen stehen. Ausgenommen sind die in der Aufsichtsbehörde tätigen Berufsangehörigen; diesen steht der freiwillige Beitritt offen.

(2) Jedes Kammermitglied ist verpflichtet, sich binnen eines Monats, bei vorübergehender Berufsausübung in fünf Tagen nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit bei der Kammer anzumelden.

(3) Abweichend von Abs. 2 ist jeder nichtärztliche psychotherapeutisch Tätige, der als

Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum vom 2. Mai 1992 (BGBl. 1993 II S. 266) in Hessen im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften ihren/seinen Beruf vorübergehend und gelegentlich ausübt, ohne hier eine berufliche Niederlassung zu haben und solange sie/er in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beruflich niedergelassen ist, verpflichtet, die Berufsausübung binnen fünf Ta-

gen nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit bei der Kammer anzuzeigen (Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Hessisches Heilberufsgesetz). In dringenden Fällen kann die Anzeige unverzüglich nachgeholt werden.

§ 2 Inhalt der Anmeldung bzw. Anzeige

(1) Die Anmeldung bzw. Anzeige kann persönlich oder schriftlich bei der Geschäftsstelle der Kammer erfolgen.

(2) Bei der erstmaligen Meldung bzw. Anzeige ist der Meldebogen zur Anmeldung bzw. Anzeige auszufüllen und innerhalb einer Woche nach Erhalt abzugeben. Folgende Angaben sind dabei verpflichtend:

1. Name, Vorname, Geburtsname,
2. Geschlecht, Geburtsdatum und -ort,
3. Staatsangehörigkeit,
4. Praxis- oder Dienstanschrift/en von psychotherapeutischen Haupt- und Nebentätigkeiten,
5. Privatanschrift (kein Postfach),
6. Telefonnummern zu Ziffern 4 und 5 und eine E-Mail-Adresse,
7. Zeitpunkt der Aufnahme der psychotherapeutischen Tätigkeit in Hessen,
8. Approbation oder Berufserlaubnis,
9. Akademischer Grad/Akademische Titel
10. Fachkunde im Sinne der Psychotherapierichtlinie
11. Zusatzbezeichnungen sowie zusätzliche nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften verliehene Qualifikationen,
12. Angaben zur Art der ausgeübten psychotherapeutischen Tätigkeiten insbesondere Tätigkeiten als niedergelassener, angestellter oder beamteter Psychotherapeut unter Angabe, ob in diesen Tätigkeiten Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung stattfindet,
13. Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung, Mitgliedschaft in Berufsausübungs- oder Organisationsgemeinschaften oder Praxisverbänden unter Angabe der Namen der Partner oder Mitgesellschafter,
14. Psychotherapeutenkammern, in denen zuletzt eine Mitgliedschaft bestand oder in denen gleichzeitig eine Mitgliedschaft besteht,
15. Dauer und/oder Intervalle der in Hessen beabsichtigten oder aufgenommenen psychotherapeutischen Tätigkeit, soweit es sich um Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz handelt.

Pflichtangaben beziehen sich auf Festnetznummern; soweit ein Festnetzanschluss nicht besteht, ist eine Mobilnummer anzugeben. Im Übrigen ist die Angabe von Mobilnummern freiwillig.

Dem Meldebogen sind amtlich beglaubigte (durch eine siegelführende Behörde) Abschriften oder amtlich beglaubigte (durch eine siegelführende Behörde) Fotokopien der folgenden Nachweise beizufügen:

Approbationsurkunde oder Berufserlaubnis
Anerkennungen nach der Weiterbildungsordnung einer anderen Kammer

Sonstige Anerkennungen nach Ziffer 11, die geführt werden sollen.

(3) Die Kammer kann bei berechtigten Zweifeln die Vorlage der Originalurkunden und, soweit erforderlich, weitere Nachweise verlangen.

(4) Urkunden in nichtdeutscher Sprache ist eine beglaubigte oder von einem öffentlich bestellten oder vereidigten Dolmetscher oder Übersetzer angefertigte Übersetzung beizufügen.

(5) Der Vorstand der Kammer ist ermächtigt, auf der Grundlage der Meldeordnung den Meldebogen zu erstellen und zu ändern.

§ 3 Meldung von Änderungen

Jedes Kammermitglied und jeder Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz hat unverzüglich alle Änderungen der Kammer anzuzeigen, die gegenüber den Pflichtangaben in dem Meldebogen eingetreten sind, z.B. Beendigung der Niederlassung, Wechsel des Praxissitzes, der Arbeitsstätte der Tätigkeit, des Wohnsitzes, des Familiennamens.

§ 4 Verstöße gegen die Meldeordnung

Bei Verstößen von Kammermitgliedern und Berufsangehörigen nach § 3 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes gegen die Meldeordnung kann gemäß § 11 des Heilberufsgesetzes ein Ordnungsgeld vom Vorstand der Kammer bis zu einem Betrag von 5.000,- Euro festgesetzt werden. Der Festsetzung muss eine schriftliche Ankündigung vorausgehen. Gegen die Festsetzung kann das betroffene Kammermitglied bzw. der Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz binnen eines Monats nach Zustellung des Bescheides über die Festsetzung des Ordnungsgeldes Widerspruch bei der Kammer einlegen.

§ 5 Datenweitergabe

(1) Verlegt das Kammermitglied bzw. der Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz den Ort seiner Tätigkeit innerhalb Hessens in den Bereich eines anderen Bundeslandes erfolgt eine begrenzte Datenweitergabe an die zuständige Psychotherapeutenkammer in Form einer Abgangsmeldung.

(2) Die Abgangsmeldung beinhaltet die Daten zu Ziff. 1–3 und 12, Angaben zur Approbation, Daten zur Mitgliedschaft, letzte bekannte Anschrift, Angabe zur telefonischen Erreichbarkeit und die E-Mail-Adresse.

(3) Die Kammer ist befugt, bei der Abgabe einer Mitgliedsakte bzw. Berufsangehörigenakte an eine außerhessische Berufsvertretung folgende Daten zu übermitteln:

- 1) Meldebogen der Kammer
- 2) Ausfertigungen oder beglaubigte Fotokopien der nachstehend aufgeführten Urkunden:
 - a) Approbation
 - b) Berufserlaubnis
 - c) Akademische Grade
 - d) Anerkennung nach der Weiterbildungsordnung
 - e) Sonstige Fachkunde/psychotherapeutische Qualifikation

3) Korrespondenz, die mit dem Entzug, Missbrauch oder Ruhen der Berufserlaubnis in Verbindung steht

4) Ergebnisse von Berufsgerichtsverfahren bis zum Eintritt des Verwertungsverbotes – § 49 Abs. 4 HeilbG.

§ 6 Aufbewahrungsfrist

Die Mitgliedsakten bzw. Berufsangehörigenakten werden für 10 Jahre nach dem Ausscheiden oder Tod des Kammermitgliedes bzw. des Berufsangehörigen nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz aufbewahrt.

Die neu gefasste Meldeordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 10. Oktober 2015 beschlossene Neufassung der Meldeordnung wird hiermit ausfertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Wiesbaden, den 02. November 2015

gez. Alfred Krieger
Präsident

Gedenken

Wir gedenken unseren verstorbenen Kollegen:

Adelheid Gülker, Wiesbaden
Wolfgang Becker, Frankfurt

Redaktion

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

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Wichtiges zum Kammerbeitrag 2016

Aktuell laufen die Vorbereitungen zur Beitragserhebung für das Jahr 2016. In diesem Beitrag haben wir erste wichtige Informationen zum Kammerbeitrag 2016 zusammengestellt.

Antragsfristen nicht versäumen!

Im ersten Quartal 2016 werden Sie einen schriftlichen Bescheid über die Höhe Ihres Kammerbeitrages erhalten, der sich nach Ihrem hier bekannten Beitragsstatus richtet. Dann haben Sie noch die Gelegenheit, bei Vorliegen der Voraussetzungen bis spätestens 15. März 2016 einen schriftlichen Antrag auf Beitragsermäßigung zu stellen. Antragsformulare und den Text der Beitragsordnung finden Sie auf unserer Homepage www.pknds.de im Mitgliederbereich unter „Formulare“.

Bitte beachten Sie: Nach Fristablauf eingehende Anträge können nur abgelehnt werden, da die in der Beitragsordnung geregelte Ausschlussfrist zwingend einzuhalten ist.

Hat sich Ihre Tätigkeit seit Ihrer Beitragserhebung 2015 verändert?

Da sich die Höhe des Kammerbeitrages nach der Art Ihrer ausgeübten Tätigkeit richtet, sind wir auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Angaben zur Berufsausübung unterliegen der Meldepflicht. Auch Veränderungen in Art und Umfang Ihrer ausgeübten Tätigkeit sind grundsätzlich innerhalb eines Monats nach Eintritt der Änderung schriftlich anzuzeigen.

Bitte denken Sie deshalb daran, Veränderungen Ihrer Tätigkeit fristgemäß mitzuteilen, da sie andernfalls nicht bei der Beitragserhebung 2016 berücksichtigt werden können.

Weiterhin gilt: Eine Beitragsermäßigung – auch bei Statusänderungen – kann Ihnen nur nach fristgerechter schriftlicher Antragstellung eingeräumt werden.

Hat sich Ihre Tätigkeit seit Ihrer Beitragserhebung 2015 nicht verändert?

Dann müssen Sie grundsätzlich nichts unternehmen, soweit nicht die Höhe Ihrer (Nebentätigkeits-)Einkünfte für die Höhe des Kammerbeitrages 2015 relevant war. Folgenden Mitgliedern empfehlen wir deshalb schon jetzt, bis spätestens 31.01.2016 den schriftlichen Ermäßigungsantrag einschließlich der notwendigen Nachweise vorzulegen, damit ihnen auch im Beitragsjahr 2016 die bereits im Jahr 2015 gewährte Beitragsermäßigung gewährt werden kann. Gehen die erforderlichen Unterlagen nicht rechtzeitig ein, erfolgt die Beitragserhebung nach Aktenlage. Sie haben dann aber noch die Gelegenheit, bis spätestens 15.03.2016 die Beitragsermäßigung zu beantragen und zu belegen.

■ Sind Sie mit 50% einer Vollzeitstelle angestellt und erzielen Sie zusätzlich Nebentätigkeitseinkünfte, legen Sie bitte einen Nachweis über die Höhe Ihrer jährlichen Nebentätigkeitseinkünfte im Jahr 2014 vor, sofern sie

die Höhe von € 6.000,-- nicht überschreiten.

Als Nachweise können nur der Einkommenssteuerbescheid 2014 oder eine Steuerberaterbescheinigung (mit Stempel und Unterschrift Ihres Steuerberaters) akzeptiert werden, soweit sich die Höhe der Nebentätigkeitseinkünfte daraus ergibt.

■ Sind Sie in einer Praxis selbständig tätig und lag Ihr steuerpflichtiges Jahreseinkommen (in Niedersachsen) unter € 25.000,-- legen Sie bitte den Einkommenssteuerbescheid 2014 oder eine Steuerberaterbescheinigung (mit Stempel und Unterschrift Ihres Steuerberaters) vor. Aus dem Nachweis muss sich die Höhe Ihres steuerpflichtigen Einkommens aus selbständiger Berufstätigkeit 2014 ergeben. Sind Sie Doppelmitglied, muss sich aus dem Nachweis die Höhe Ihrer niedersächsischen Einkünfte aus selbständiger Berufstätigkeit ergeben.

Dies gilt allerdings nur, wenn Sie nicht mit einem vollen KV-Sitz vertragspsychotherapeutisch tätig sind.

Bitte kontaktieren Sie uns, falls Sie Fragen zum Kammerbeitrag haben. Uns ist bewusst, dass es sich hier um eine komplexe Materie handelt, die sich nicht unbedingt auf den ersten Blick erschließt. Zu Ihrer Entlastung beraten wir Sie deshalb sehr gerne.

Ass. jur. Susanne Passow
Geschäftsführerin

Die Kammer stellt sich vor: aus der Arbeit der Beschwerdestelle

Die Beschwerdestelle der PKN sichtet alle eingehenden Beschwerden von Patientinnen und Patienten. Das Gremium entscheidet, ob die eingereichte Beschwerde hinreichender Anlass für ein Tätigwerden der PKN ist und, wenn ja, ob die Schlichtungsstelle eingeschaltet wird oder ein berufsrechtliches Verfahren einzuleiten ist.

Die PKN versucht zunächst, durch Schlichtung oder Schiedsspruch zu einer Lösung beizutragen, die von den beteiligten Seiten akzeptiert werden kann. Voraussetzung hierfür ist jedoch die Bereitschaft beider Parteien, sich auf das freiwillige Verfahren im Rahmen der Schlichtungsstelle einzulassen.

Der Beschwerdestelle gehören Rechtsanwalt Matthias Vestring (als in Sozial- und Verwaltungsrecht erfahrener Jurist vom Vorstand beauftragt als „Beschwerdebeauftragter und Ermittler in berufsrechtlichen Angelegenheiten“) und für den Vorstand Roman Rudyk sowie Götz Schwope an.

Ablauf des Verfahrens

Geht eine Beschwerde ein, erhält das Mitglied, gegen das Beschwerde geführt wird, Gelegenheit zur Stellungnahme zu den erhobenen Vorwürfen. Im Regelfall wird um eine schriftliche Stellungnahme gebeten.

Wichtig ist hier: Eine Schweigepflichtentbindungserklärung der Patientin oder des Patienten ist für diese Stellungnahme nicht erforderlich.

Indem ein Patient oder eine Patientin Beschwerde führt, wird der Therapeut

oder die Therapeutin nämlich von der Schweigepflicht konkludent, also durch schlüssiges Verhalten, befreit. Dass unsere Mitglieder zu einer gegen sie gerichteten Beschwerde Stellung nehmen dürfen, ergibt sich auch aus der sog. Wahrnehmung berechtigter eigener Interessen. Dieser Rechtfertigungsgrund befugt den Therapeuten oder die Therapeutin, Patientendaten weiterzugeben, soweit dies zur Verteidigung gegen den Vorwurf eines berufsrechtswidrigen Verhaltens erforderlich ist. Selbst wenn also die Patientin oder der Patient ausdrücklich eine Datenweitergabe untersagen würde, dürfte sich das Mitglied zu seiner Verteidigung äußern. Dieses Vorgehen dient dem Schutz unserer Mitglieder vor unberechtigten Vorwürfen.

Andernfalls könnte die Beschwerdestelle außerdem nicht die der PKN gesetzlich zugewiesenen Aufgaben im Rahmen der Berufsaufsicht erfüllen. Erfährt die Kammer von einer möglichen Berufspflichtverletzung, muss sie tätig werden. Man spricht hier vom sog. Amtsermittlungsgrundsatz. Könnte der Patient oder die Patientin die Stellungnahme des Mitglieds durch Verweigerung der Schweigepflichtentbindungserklärung unterbinden, könnte der Sachverhalt nicht aufgeklärt werden. Das berufsrechtliche Verfahren würde ins Leere laufen, obwohl die Kammer verpflichtet ist, die erforderlichen Ermittlungen durchzuführen.

Nach rechtlicher Prüfung und Würdigung des Sachverhalts unter psychotherapeutischen Aspekten entscheidet der Vorstand der PKN über den Fall. Durch die Anonymisierung der Unter-

lagen wird sichergestellt, dass die Entscheidung lediglich unter sachlichen Aspekten, unabhängig von der Person der Beteiligten, erfolgt.

Ergeben die Ermittlungen, dass keine Verletzung der Berufspflichten vorliegt, so ist das beschuldigte Mitglied entschuldigt. Das Verfahren wird eingestellt.

- Bei geringer Schuld kann der Vorstand die Berufspflichtverletzung durch Verwarnung oder mit einem Ordnungsgeld ahnden (Rüge). Gegen den Rügebescheid kann das Mitglied Einspruch einlegen. Hilft die Kammer dem Einspruch nicht ab, wird das Berufsgeschicht eingeschaltet.

- Bei schwerwiegenden Verstößen findet ein Verfahren vor dem Psychotherapeutischen Berufsgericht statt. Anträge auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens können von der PKN oder von einem Kammermitglied gegen sich selbst gestellt werden.

Kammerinternes Verfahren

Das Verfahren ist als kammerinternes Verfahren ausgestaltet und nicht öffentlich. Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann der Beschwerdeführer deshalb nicht über den Ausgang des Verfahrens informiert werden.

Informationen zur Beschwerdestelle finden Sie auch im Flyer „Berufsaufsicht und Beschwerdemanagement“, der auf der Homepage www.pknds.de kostenlos heruntergeladen werden kann.

Ass. jur. Susanne Passow
Geschäftsführerin

Bislang sind im Jahr 2015 insgesamt 27 Beschwerden eingegangen. Davon konnten bereits 13 Vorgänge abgeschlossen werden. Von drei im Jahr 2015 anhängigen berufsgerichtlichen Verfahren wurde ein Verfahren bereits durch Urteil des Psychotherapeutischen Berufsgericht Niedersachsen abgeschlossen.

Die Schlichtungsstelle ist bislang in zwei Fällen tätig geworden. Ein Vorgang ist bereits abgeschlossen.

Erstmals im eigenen Hause: Kammerversammlung tagte am 07. November 2015

Am 07. November 2015 fand die erste Arbeitssitzung der Kammerversammlung nach ihrer Konstituierung im Mai statt. Die Sitzung der Kammerversammlung war von zahlreichen Premieren geprägt. Das Gremium tagte erstmals in den eigenen Räumen der Geschäftsstelle in

des neuen Vorstands, die durch das Entwickeln einer gemeinsamen Arbeitsbasis wie durch das Einarbeiten in die diversen Arbeitsfelder geprägt war. Der Vorstand gab sodann einen Einblick in die aktuellen Schwerpunkte der Vorstandsarbeit, wie die Begleitung

Arbeit der Beschwerdestelle der PKN, Herr Kretschmar vom Engagement der PKN bei laufenden Gesetzgebungsverfahren und Herr Hermann von den Überlegungen zur besseren regionalen Vernetzung. Vizepräsidentin Felicitas Michaelis ergänzte den Vorstandsbericht zum Thema Öffentlichkeitsarbeit. Der Vorstand hat es sich zum Ziel gemacht, die Mitgliederorientierung noch stärker auszubauen. Wesentliche erste Schritte werden die Überarbeitung der Homepage und die Neukonzeption einer Begrüßungsveranstaltung für Neumitglieder sein. Die Planungen dafür sind angelaufen. Auf der Sitzung sagte der Ausschuss Nachwuchsförderung seine Unterstützung bei Vorbereitung der Veranstaltung zu.



Premiere im großen Sitzungsraum der PKN in der Leisewitzstraße 47

In der Aussprache zum Bericht des Vorstandes dankte die Kammerversammlung den Vorstandsmitgliedern für ihr Engagement. Besonders wurden die Überlegungen des Vorstandes zum Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit und zur besseren regionalen Vernetzung begrüßt. Aber auch schon hier zeich-

der Leisewitzstraße 47. Zum ersten Mal lud der neu gewählte Vorstand die Mitglieder der Kammerversammlung zum gemeinsamen Austausch. Erstmals wurde das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung durch Frau Ministerialdirigentin Claudia Schröder vertreten. Sie dankte auch im Namen der Ministerin und des Staatssekretärs für die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Kammer und Ministerium. Frau Schröder griff in ihrem Grußwort ein wesentliches Thema dieser Sitzung auf: Die Versorgung von derzeit rund 33.000 Flüchtlingen in Niedersachsen. Angesichts der drängenden Aktualität dieses Themas wurde die Tagesordnung der Kammerversammlung auf Antrag der Kommission KJP geändert und die Psychotherapie mit Flüchtlingen als ein Schwerpunktthema behandelt.

Im Bericht des Vorstandes an die Kammerversammlung schilderte der Präsident Roman Rudyk die Findungsphase



(v. l.): Ministerialdirigentin Claudia Schröder, Jörg Hermann, Andreas Kretschmar, Felicitas Michaelis, Roman Rudyk, Götz Schwope

der Ausbildungsreform und die Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen. Herr Schwope berichtete aus der Mitgliedsberatung und der

nete sich das große Interesse an der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen ab. Herr Rudyk informierte die Kammerversammlung über die Be-

reitstellung aktueller Informationen auf der Homepage der PKN. Zudem konnte die Präsidentin der letzten Amtsperiode, Frau Corman-Bergau, als Vorstandsbeauftragte für die Versorgung von Flüchtlingen gewonnen werden. Frau Corman-Bergau stellte die Aktivitäten auf Landesebene, insbesondere in Kooperation mit dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. (NTFN) vor. Das vom NTFN eingerichtete Psychosoziale Zentrum arbeitet niedersachsenweit und hat unter anderem ein Netzwerk von Psychotherapeuten und von Dolmetschern aufgebaut, die für die Psychotherapie von Flüchtlingen zur Verfügung stehen. Mit Unterstützung der PKN wurden zwei dort tätige Mitarbeiter zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen ermächtigt. Übereinstimmung bestand, dass eine Psychotherapie traumatisierter Flüchtlinge zunächst eine Befriedigung der Grundbedürfnisse durch eine angemessene Unterbringung voraussetzt. Unterstützung benötigen ebenfalls die zahlreichen in der Flüchtlingsversorgung engagierten ehren- und hauptamtlichen Helferinnen und Helfer. Das gilt ebenso für die Menschen, die sich durch den Zustrom von Flüchtlingen bedroht fühlen und Ängste entwickeln. Roman Rudyk führte dazu aus: „Wir sind die Profession, die nicht

zuletzt durch ihr Wissen über transgenerationale Weitergabe von traumatisch prägenden Erfahrungen beim Bauen von Brücken im Kleinen wie im Großen gefragt sind“.

In Vorbereitung auf den bevorstehenden 27. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) wurde ausführlich über die Bedeutung der Benennung der Psychotherapieverfahren bereits in den gesetzlich zu verankernden Ausbildungszielen in dem angestrebten Direktstudium Psychotherapie diskutiert.

Die Ausschüsse und Kommissionen informierten über ihre ersten Sitzungen und Planungen für ihre Arbeit. Der Ausschuss für Finanzen- und Beitragsangelegenheiten stellte den Haushaltsplan für 2016 vor, der von den Mitgliedern der Kammerversammlung einstimmig verabschiedet wurde. Der Ausschuss für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement richtete unter anderem den Fokus auf die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie. Der Ausschuss erhielt deshalb den Arbeitsauftrag aus der Kammerversammlung, sich mit diesem Thema näher zu befassen und der Kammerversammlung zu berichten. Der Ausschuss für

Berufsordnung und Berufsethik gab einen ersten Ausblick auf den im nächsten Jahr geplanten Niedersächsischen Psychotherapeutentag zur Internettherapie. Der Ausschuss Nachwuchsförderung berichtete von seinen Plänen die Transparenz der Kammerarbeit für Neuprobierende und Ausbildungsteilnehmer zu verbessern. Die Kommission KJP wird sich neben der Traumatherapie für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge auch in dieser Amtsperiode mit Sorge- und Umgangsfragen bei hochstrittigen Trennungen befassen. Auch der Umgang mit Anfragen nach Stellungnahmen für Schulbegleitungen steht mit auf dem Arbeitsplan. Für den Ausschuss für psychotherapeutische Ausfort- und Weiterbildung sind neben der Ausbildungsreform in der nächsten Zeit insbesondere Fragen der Weiterbildung relevant. Der Ausschuss wird prüfen inwieweit die Weiterbildungsordnung der PKN an die Musterweiterbildungsordnung angepasst werden kann. Die Kommission Angestellte plant unter anderem Mitgliedsinformationen zur Schweige-/Auskunftspflicht und zu weiteren Rechten und Pflichten von angestellten PP und KJP.

Der Austausch fand in einer offenen und von gegenseitiger Akzeptanz geprägten Atmosphäre statt. Herr Rudyk dankte für die konstruktive Diskussion und schloss die Sitzung um 18.00 Uhr.

Die nächste Sitzung der Kammerversammlung findet am 16.04.2016 statt.

Ass. jur. Susanne Passow
Geschäftsführerin

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de
www.pknds.de



Blick in die Kammerversammlung

Kammerversammlung am 31. Oktober 2015 in Dortmund

Am 31. Oktober trat in Dortmund die 4. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW zu ihrer 4. Sitzung zusammen. Präsident Gerd Höhner begrüßte die 74 anwesenden Mitglieder und eröffnete die Versammlung mit seinem Bericht aus dem Vorstand. Unter anderem informierte er zu dem Diskussionsstand der Kammer hinsichtlich der Ausbildungsreform und über die Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Im Besonderen ging er auf die Herausforderungen an die Profession ein, die aus der Flüchtlingskrise erwachsen.

„Wir haben in der Vergangenheit bereits eng mit dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (PSZ) zusammengearbeitet und streben dies auch weiterhin an“, erklärte Gerd Höhner. In den Gesprächen ginge es unter anderem um den Auf- und Ausbau von Fortbildungsveranstaltungen zum Themenbereich Diversität im Miteinander und in der Kommunikation sowie die Anforderungen an kultursensible Psy-

chotherapien. Die Kammer hatte hierzu bereits direkt auf die aktuellen Anforderungen reagieren können und das neue Fortbildungsangebot „Psychotherapie mit Flüchtlingen – Risiken und Ressourcen bei der Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen“ entwickelt. „Nachdem wir für zwei geplante Veranstaltungen innerhalb kürzester Zeit über 200 Anmeldungen erhalten hatten, haben wir das Angebot zunächst einmal um zwei weitere Termine erweitert, um möglichst vielen Interessenten die Teilnahme zu ermöglichen“, informierte Gerd Höhner. Drei der Fortbildungen finden im Dezember 2015 statt, die vierte findet im Januar 2016 statt.

Im Zuge der Aktivitäten zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen wies der Präsident darauf hin, dass die Kammer intensiv damit befasst sei, sich einen Überblick über Aktivitäten und engagierte Personen in den Regionen, über Kooperationen von Psychotherapeutennetzwerken mit den Psychosozialen Zentren und Erfahrungen mit Ermächtigungen von Therapeuten zu ver-



Gerd Höhner

schaffen. „Es ist viel in Bewegung und es ist wichtig, dass wir diese Aktivitäten kennen, sie bündeln und als gegenseitige Informationsquellen nutzen könnten“, betonte der Kammerpräsident. Ebenso gäbe es Gespräche mit den Ärztekammern und dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGPEA); eine Initiative mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe sei in Vorbereitung.

Ein zentrales Thema sehe die Kammer zudem in der Entwicklung von Hilfen für die Helfer. „Der psychotherapeutische Behandlungsbedarf wird wachsen, wenn die Menschen, die in diesen Tagen zu uns kommen, nach einiger Zeit in einer neuen Normalität angekommen sind“, betont Gerd Höhner. „Um diese Aufgabe zu stemmen, müssen wir auch für die Menschen Angebote gestalten, die an den Weichenstellungen mit beteiligt sind. Es geht grundsätzlich darum, besser zu verstehen, was mit den Menschen passiert, mit den Flüchtlingen und mit uns.“



4. Sitzung der 4. Kammerversammlung

In der sich anschließenden Aussprache begrüßten viele Mitglieder das Vorgehen des Vorstandes bei der Entwicklung und Vernetzung von Angeboten. Es sei wichtig, dass die Psychotherapeuten präsent sind und vor Ort ihre Kompetenzen zeigen, wurde betont. Mehrfach wurde der Wunsch geäußert, einen Überblick über vorhandene Aktivitäten zu gewinnen, um Kontakte herzustellen, Engagement sinnvoll zu bündeln und Synergien nutzen zu können. An die Kammer wurde herangetragen, eine Möglichkeit zu schaffen, wo sich Anbieter und Suchende finden und informieren können. Deutlich wurde auch das Interesse an Veranstaltungen, in denen Therapeutinnen und Therapeuten Informationen über die rechtlichen Grundlagen und Bedingungen erhalten, unter denen sie Psychotherapie für Flüchtlinge anbieten können. Darauf hingewiesen wurde zudem, dass die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen zwar Ermächtigungen aussprechen sollten, dies jedoch in der Praxis nicht immer reibungslos funktioniert. Ebenso wurde bestätigt, dass man auch an Angebote wie Supervision oder Gruppengespräche für die Betreuer denken müsse.

In der Summe spiegelten die Kammerversammlungsmitglieder das große Interesse der nordrhein-westfälischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an gut zugänglichen Informationen für ihre Arbeit mit Flüchtlingen und an Hilfen für die Helfer wider. Der Präsident bedankte sich für die vorgebrachten Anregungen an den Vorstand und betonte die Notwendigkeit, die Aufgaben gemeinsam, engagiert und zugleich mit Bedacht anzugehen. „Niemand hatte für die aktuelle Situation Konzepte in der Schublade, auf die man hätte zurückgreifen können, alle Beteiligten wurden recht kurzfristig mit den neuen Herausforderungen konfrontiert. Um sinnvoll ansetzen zu können, müssen wir nun in die kommunalen Gesundheitskonferenzen gehen, Ansprechpartner suchen, Ressourcen überblicken und sich entwickelnde Aktivitäten koordinieren.“ Abschließend wies Gerd Höhner darauf hin, dass die Kammer

bestrebt sei, über das Angebot von Psychotherapie im engeren Sinne hinaus die nun gefragten Kompetenzen der Profession in weitere Bereiche z. B. in Aufgabenstellungen der Jugendämter einzubringen.

Haushaltsabschluss und Änderung der Beitragsordnung

Ein weiterer Schwerpunkt in der Versammlung lag auf dem Kammerhaushalt und der finanziellen Zukunft der Kammer. Mit einer Enthaltung und ohne Gegenstimme genehmigte die Kammerversammlung den Jahresabschluss 2014 und entlastete der Empfehlung des Finanzausschusses folgend den Vorstand für das Haushaltsjahr 2014.

Anschließend erläuterte Vorstandsmitglied Hermann Schürmann (in Vertretung für den erkrankten Vizepräsidenten Andreas Pichler) die aktuelle Haushalts-



Hermann Schürmann

lage und wies darauf hin, dass in Folge der Umstellung von einem Regelbeitrag auf einen einkommensbezogenen Beitrag sich für die Kammer ein systematisches finanzielles Defizit ergeben hat. „Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verdienen weniger, als wir aufgrund der Umfrage in 2010 abgeschätzt haben“, bilanziert Hermann Schürmann.

Im Folgenden stellte er den Antrag des Vorstandes dar, der zum einkommensabhängigen Beitrag, gemäß des aktuellen Hebesatzes von 0,7 Prozent, einen zusätzlichen Grundbeitrag in Höhe von 70,00 Euro für jedes Kammermitglied vorsieht. Dieser Grundbeitrag sei verhältnismäßig, da für jedes Mitglied so viel als Beitrag für die Bundespsychotherapeutenkammer sowie für den Bezug des Psychotherapeutenjournals anfallt.

Anhand einer Modellrechnung verdeutlichte Hermann Schürmann, dass die Einführung des zusätzlichen Grundbeitrags zudem ausreichen würde, die Finanzierung des Haushalts 2016 ohne eine Erhöhung des Hebesatzes sicherzustellen und die in 2015 geschrumpfte Rücklage langsam wieder aufzufüllen. „Unter Beibehaltung der Einkommensorientierung und einem möglichst niedrigen Hebesatz und Höchstbeitrag können wir bei dieser Lösung nach dem Solidaritätsprinzip und unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit der finanziellen Belastung die Liquidität der Kammer nachhaltig sichern“, fasste Hermann Schürmann zusammen. „Wir sehen zudem den Vorteil, bei einer minimalen Intervention in die Beitragsordnung schnell ein zukunftsfähiges Modell beschließen zu können.“

Des Weiteren lag ein Antrag der Fraktion Kooperation starke Kammer vor, der für eine Erhöhung des Hebesatzes von aktuell 0,7 auf 0,9 Prozent plädierte. Ein dritter Antrag der Fraktion Psychotherapeuten OWL sah vor, 2017 zum alten Regelbetrag zurückzukehren.

Nach engagierter und facettenreicher Diskussion wurde in geheimer Abstimmung der Antrag des Vorstandes mit einer Zweidrittelmehrheit angenommen, der Antrag auf eine Erhöhung des Hebesatzes mit 62 zu zwölf Stimmen abgelehnt, der Antrag auf eine Rückkehr zum Regelbetrag mit 47 zu 23 Stimmen bei vier Enthaltungen abgelehnt. In weiteren Abstimmungen folgte die Kammerversammlung der Empfehlung des Finanzausschusses und nahm den Nachtragshaushalt 2015 und den Haushalt 2016 jeweils mit großer Mehrheit an.

Wahlen und Resolutionen

Die 4. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW wählte in ihrer 4. Sitzung Petra Adler-Corman als Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) der Fraktion Bündnis KJP und Michael Maas als stellvertretenden DPT-Delegierten von der Fraktion PsychotherapeutInnen NRW. Als



links oben: Dr. Wolfgang Groeger
rechts oben: Peter Müller-Eikelmann
unten: 4. Sitzung der 4. Kammerversammlung

stellvertretendes Mitglied für den Ausschuss Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation der Fraktion Psychotherapeuten OWL wurde Peter Schott gewählt.

Die Kammerversammlung der nordrhein-westfälischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verabschiedete zwei Resolutionen: Die Resolution „Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen, Flüchtlingsfamilien und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sicherstellen“ hält an Vorschlägen der Kammer fest: Die Einrichtung von psychosozialen Sprechstunden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Flüchtlingsunterkünften zur diagnostischen Einschätzung, die Erstberatung und Krisenintervention bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Beratung und Supervision der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer,

zusätzliche psychotherapeutische Angebote für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Kooperation mit der Jugendhilfe, auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention sowie die Koordination von psychosozialer Unterstützung in Kooperation mit den regionalen Flüchtlingszentren und den jeweils zuständigen Wohlfahrtsverbänden und Hilfsorganisationen.

In ihrer „Resolution zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.09.2015“ begrüßt die Kammerversammlung grundsätzlich die Entscheidung des Erweiterten Bundesausschusses (EBA) zur längst überfälligen Anpassung der Honorare für antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie. Sie weist jedoch darauf hin, dass die Höhe der Honorare – auch nach der Honoraranpassung – nicht den Anforderungen an eine angemessene Vergütung dieser Leistungen entspreche, wie sie durch das Bundessozialgericht in mehreren Urteilen vorgegeben sind. Die Kammerversammlung fordert daher das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu beanstanden und dafür Sorge zu tragen, dass eine rechtskonforme Vergütung umgesetzt wird. Zudem fordert sie eine gesetzliche Präzisierung der Regelungen im SGB V, damit der Bewertungsausschuss für die Zukunft präzise Kriterien bekommt, wann und wie die zeitgebundenen psychotherapeutischen Honorare zu überprüfen und anzupassen sind.

Ausbildungsreform

Kammerpräsident Gerd Höhner hatte in seinem Bericht eingangs bereits über die „Anhörung der professionsinternen Projektbeteiligten“ der Bundespsychotherapeutenkammer am 13. Oktober 2015 zum Thema Ausbildungsreform informiert. Aus NRW hatten 13 Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages und der gesamte Kammervorstand teilgenommen. Diskutiert wurden die Positionspapiere „Ausbildungsziele“ und „Eckpunkte“ eines Approbationsstudiums. Die Anhörung



Petra Adler-Corman

wertete er als einen Erfolg. „Es wurde deutlich, dass unsere Delegierten zu dem Thema ‚Ausbildung‘ bestens informiert sind. Insgesamt tritt unsere Profession mit den vorhandenen Papieren nach außen hin sehr geordnet auf und zeichnet ein positives Erscheinungsbild in der Politik.“ Bis Herbst 2016 sei nach der Planung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) mit einem ersten Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zu rechnen.



Dr. Jürgen Tripp

Den Arbeitsstand der Kammer hinsichtlich der Fragen zur Ausbildung skizzierte Dr. Jürgen Tripp, Fraktion Kooperative Liste, für den Ausschuss Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft des Berufes. Zentrale Themen seien unter anderem die

Ausgestaltung von vorschlagsweise vier Praktika im Studium, die Notwendigkeit von klaren Lernzielen für ein praktisches Jahr von sechs bis zwölf Monaten vor der Approbation sowie die Erarbeitung personeller und struktureller Voraussetzungen auch für die

Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Mit Berichten aus den Ausschüssen und Kommissionen endete die angeregte und ergebnisreiche 4. Sitzung der 4. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW.

Hinweise zum Berufsrecht

In der berufsaufsichtsrechtlichen Praxis zeigt sich immer wieder, dass Unsicherheiten in der Frage bestehen, ob Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Erwachsene behandeln dürfen. Daher soll im Folgenden die Rechtslage dargestellt werden.

Zulässigkeit der Behandlung von Erwachsenen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

Die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, können Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten grundsätzlich nicht durchführen. Ausnahmsweise ist dies möglich, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges eine gemeinsame psychotherapeutische Behandlung von Kindern oder Jugendlichen mit Erwachsenen erforderlich ist oder bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichentherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Soweit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu dem Ergebnis gelangen, dass hinsichtlich der Eltern selbst eine Behandlungsbe-

dürftigkeit besteht, sind sie gehalten, an Psychologische Psychotherapeuten oder Ärzte weiter zu verweisen.

Im Übrigen kommt eine Zulässigkeit der Behandlung von Erwachsenen nur dann in Betracht, wenn der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut über eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz verfügt. Über eine solche Erlaubnis verfügen einige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Für die Bewertung der Zulässigkeit einer „Doppeltätigkeit“ als approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einerseits und als Heilpraktiker andererseits ist maßgeblich, ob die Gefahr ausgeschlossen wird, dass der Patient aufgrund der Personalunion nicht unterscheiden kann, in welcher Funktion ihm der Behandler gegenübertritt. Es sind insofern hohe Anforderungen an die entsprechenden Ankündigungen, z. B. auf der Homepage, auf dem Praxisschild und an die Aufklärung des Patienten zu stellen. Den Ankündigungen muss eindeutig entnommen werden können, dass Psychotherapie für Erwachsene nur auf Grundlage der Erlaubnis nach dem Heilpraktikerge-

setz ausgeübt wird und insofern keine Approbation besteht.

Im Rahmen der ihm obliegenden Aufklärungspflicht (§ 7 Abs. 2 S. 1, 2 BO) muss der Psychotherapeut, wenn er als Heilpraktiker tätig wird, den Patienten auch darauf hinweisen, dass eine gesetzlich normierte Schweigepflicht im Rahmen des Behandlungsverhältnisses nicht besteht. Auch der Straftatbestand des § 203 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 2 StGB gilt für Heilpraktiker nicht, da für sie keine staatliche Berufsausbildung gefordert wird.

Dürfen Psychologische Psychotherapeuten die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nutzen?

Aus Gründen der Vollständigkeit ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut von Psychologischen Psychotherapeuten, auch wenn sie Kinder und Jugendliche behandeln dürfen, nicht geführt werden darf.

Auslage Haushaltsplan 2016

Der Haushaltsplan 2016 kann in der Zeit vom 07. bis 18. März 2016 in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/52 28 47-0
Fax 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Psychotherapeutische Expertise in der Flüchtlingsversorgung – OPK bietet Fortbildungen für Mitglieder und entlastende Angebote für ehrenamtliche Helfer an

Auch in den letzten Monaten brachte sich die OPK in die Debatte um die defizitäre Versorgungssituation von Flüchtlingen ein. Viele unserer Mitglieder zeigen dabei große Bereitschaft und Interesse sich ehrenamtlich zu engagieren. So wurden beispielsweise in den Erstaufnahmeeinrichtungen in Dresden und Leipzig psychotherapeutische und psychosoziale Sprechstunden eingerichtet. Damit gehen auch zahlreiche Anfragen an uns als Kammer einher. Wir haben es uns als Aufgabe gesetzt, unsere Mitglieder zunächst schnell und prägnant zu informieren und eine Plattform für unkomplizierten und unbürokratischen Austausch und Vernetzung zu bieten. Als letzten Baustein in unserer völligen Neugestaltung des medialen Auftritts ging deshalb Anfang November 2015 das OPK Forum online. Hier können sich registrierte Nutzer in einem geschützten Bereich über Initiativen, Aktivitäten und Fragen austauschen. Das Forum steht selbstverständlich auch für alle anderen Themen, die unsere Mitglieder bewegen offen.

Darüber hinaus wollen wir dem großen Informations- und Fortbildungsbedarf unserer Mitglieder entgegenkommen und werden 2016 eine Veranstaltung zur Begutachtung reaktiver Traumafolgen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren anbieten und planen Fortbildungsveranstaltungen in den verschiedenen Bun-

desländern, die sich mit den rechtlichen Rahmenbedingungen, den Besonderheiten bei der Behandlung von Flüchtlingen und der Psychotherapie im interkulturellen Kontext, auch unter zu Hilfenahme von Dolmetschern beschäftigen. Außerdem wollen wir den Fokus auch auf die zahlreichen ehrenamtlichen Helfer erweitern, die oft schon seit vielen Monaten und oft unermüdlich im Einsatz sind. In dieser Situation zu helfen stellt auch für die Ehrenamtlichen häufig eine hohe Belastung dar, der sie unter Umständen nicht alleine gewachsen sind. Deswegen möchte die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer ein Angebot für die ehrenamtlichen Helfer machen, sich über psychische Belastungen und deren mögliche Auswirkungen zu informieren und in Gruppen unter fachlicher Anleitung über ihre Erlebnisse und Reaktionen zu sprechen. Sie sollen die Möglichkeit haben, Tipps und Strategien zum Umgang mit dieser außergewöhnlichen und außergewöhnlich fordernden Situation kennen zu lernen. Weiterführende Hilfeangebote werden außerdem besprochen.

Einbindung von Psychotherapie in den einzelnen Bundesländern

Neben diesen derzeitigen ganz konkreten Aktivitäten ist es unserer Ansicht

nach nun die zentrale Herausforderung, langfristige Strukturen und Konzepte für die Versorgung von Flüchtlingen zu entwickeln und die spezifische Rolle und Aufgabe der Psychotherapie hierbei zu definieren. Wir müssen darüber diskutieren, wie und an welchen Stellen psychotherapeutische Expertise eingebunden werden muss und welche spezifischen Kompetenzen durch die Psychotherapeuten eingebracht werden. Hierüber sind wir mit den verschiedenen Landesärztekammern und Ministerien im Gespräch. In Thüringen ist die OPK von Seiten des Jugendamtes an der Entwicklung eines Screening-Verfahrens zur Erkennung von psychischen Belastungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen beteiligt. Um darüber hinaus auch eine ganz konkrete und zeitnahe Verbesserung der Versorgung von geflüchteten Kindern zu erreichen, haben wir ein Versorgungsprojekt zum niedrigschwelligen Screening und Psychoedukation von Flüchtlingskindern initiiert, das nun in der Konzeption von OPK-Mitgliedern unter Federführung der OPK in Kooperation mit der TU Dresden von der Planungs- in die Umsetzungsphase geht.

Dr. Andrea Walter
Wissenschaftliche Referentin

Ausgesuchte Fortbildungen der OPK im Rückblick – Gemeinsame Fortbildung mit der Bundeswehr in Naumburg: Neues Arbeitsfeld im Blickfeld

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat im September 2013 mit dem Bundesverteidigungsministerium (BMVg) einen Vertrag geschlossen, nach dem

approbierte Psychotherapeuten auch in Privatpraxen psychisch kranke Soldaten behandeln können. Für niedergelassene Psychotherapeuten mit KV-Zulassung

ist dagegen nach wie vor allein die Vereinbarung maßgeblich, die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem BMVg geschlossen wurde.

Im Rahmen des neuen Vertrags haben die Bundeswehr und die BPTK u. a. vereinbart, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit den Landespsychotherapeutenkammern durchzuführen, in denen Psychotherapeuten Bundeswehrspezifika und das Verfahren der Behandlung und Abrechnung an dezentralen Örtlichkeiten vorgestellt werden sollen.

Die Fortbildung der OPK dazu mit dem Titel „Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“ fand in Kooperation mit dem Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr am 4. November 2015 in der Bundeswehrfachschule Naumburg statt. 40 Interessierte waren zur Fortbildung gekommen, von denen rund die Hälfte der Kollegen in Privatpraxen tätig sind.

Ziel der Veranstaltung war es, den psychotherapeutischen Behandlern den Arbeitsalltag der Soldaten und deren besondere Belastungen, zum Beispiel auch durch Auslandseinsätze, zu verdeutlichen.

Auch direkter Kontakt zu Truppenarzt am Standort möglich

Psychotherapeuten, die Interesse an der Behandlung von Soldaten haben, sollten dies der OPK mitteilen. Sofern



40 Kollegen folgten der Einladung zur Bundeswehr-Fortbildung in Naumburg.

die Praxis in der Nähe eines Bundeswehrstandorts liegt, können sich interessierte Psychotherapeuten auch direkt an den regional zuständigen Truppenarzt des Standortes wenden und ihre Bereitschaft – gegebenenfalls auch die Teilnahme an der Bundeswehr-Fortbildung – entsprechend kommunizieren. Der Truppenarzt überweist den psychisch erkrankten Soldaten zum niedergelassenen Psychotherapeuten. Er kann fünf probatorische Sitzungen und auch eine Kurzzeittherapie von bis zu 25 Therapiestunden genehmigen. Weitere Behandlungsstunden oder Langzeittherapien werden nach einem eigenen

bundeswehrinternen Verfahren genehmigt.

Interessierte Psychotherapeuten finden unter www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de, in der Rubrik im linken Navigationsbereich „Finde Deinen Truppenarzt“, die Kontaktdaten zu den nächstgelegenen Truppenärzten und Sanitätseinrichtungen (nach PLZ geordnet).

Außerdem ist der Vortrag „Heilbehandlung für die Bundeswehr – Beantragung – Verlängerung – Abrechnung“ über die OPK-Geschäftsstelle unter lena.weihe@opk-info.de für Sie als Hintergrundinformation erhältlich.

Grundlagenmodul zur speziellen Schmerzpsychotherapie der OPK ist angelaufen

Anfang November begann das OPK-Curriculum zur speziellen Schmerzpsychotherapie in Leipzig. Es wurden sowohl die Grundlagen der speziellen Schmerzpsychotherapie vermittelt als auch die medizinische Diagnostik vertieft.

Zum Hintergrund:

Die Arbeit im interdisziplinären Team und die Behandlung von chronischen Schmerzen setzen ein spezialisiertes Fachwissen voraus. Bei ihrer kriteriengeleiteten Auseinandersetzung hatte auch die Kommission Zusatzqualifizierung der BPTK die Schmerzpsychotherapie als sehr geeignet für den Erwerb einer Zusatzqualifizierung bewertet.



Das von der OPK entwickelte Curriculum „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ stieß bei den Mitgliedern auf großes Interesse.

In mehreren Gesprächs- und Feedbackrunden erarbeitete die Expertenrunde ein 80-stündiges Curriculum. Das theoretische Curriculum besteht aus einzelnen Modulen, die die Grundlagen der Schmerzentstehung und Schmerzchronifizierung aus psychologischer, aber auch medizinischer und biologischer Sicht vermitteln. Die Psychotherapeuten sollen einen fundierten Einblick in diagnostische und konzeptionelle Besonderheiten in der Arbeit mit Schmerzpatienten erhalten. Die meisten Stunden werden auf die Erarbeitung und Vertiefung von Behandlungsmethoden verwandt, die auf die Besonderheiten in der Behandlung von chronischen Schmerzpatientinnen abzielen. Da sich die Schmerzpsychotherapie immer als multimodale Behandlungsform versteht, wurde auch großer Wert darauf gelegt, einen Überblick über funktionsbezogene Therapien wie zum Beispiel Physiotherapie einzubeziehen und die eigene Rolle und die Besonderheiten der Arbeit in interdisziplinären Teams näher zu beleuchten. Aufgrund ihrer immensen Prävalenz müssen Besonderheiten der Entstehung, der

Diagnostik und der Behandlung von Schmerzen des Bewegungssystems und Kopfschmerzen und Migräne erlernt werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen und aus verschiedenen anderen speziellen Schmerzsyndromen und schmerzbezogenen Themen auszuwählen. Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten können aus den einzelnen Themenbereichen für sie spezifische oder adaptierte Themen wählen.

Neben den theoretischen Kenntnissen sollen auch praktische Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen nachgewiesen werden. Dazu ist die Teilnahme an zehn interdisziplinären Schmerzkongressen



Einer der renommierten Referenten ist Dr. Paul Nilges.

in zwei Jahren verpflichtend. Außerdem sollen fünf behandelte Fälle nachgewiesen werden. Der Nachweis soll dabei die speziellen schmerzpsychotherapeutischen Interventionen beinhalten und die multimodalen Behandlungsbausteine darstellen.

In 2016 wird das Curriculum mit den Modulen 2 und 3 fortgesetzt, über deren genaue Termine rechtzeitig in den OPK-Medien informiert wird.

Notfallpsychotherapie in Rostock: Rechtslage und Einsatzgebiete erklärt, aber auch Gewinnung von Psychotherapeuten für diese Arbeit im Fokus

Am 19. November 2015 fand in Rostock die erste Fortbildungsveranstaltung zur Notfallpsychotherapie in Großschadenslagen für Mecklenburg-Vorpommern statt. Dabei handelte es sich um eine gemeinsame Veranstaltung mit der Landeszentralstelle Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) Mecklenburg-Vorpommern. Es fanden sich 70 Mitglieder in Rostock ein, um sich über die aktuellen Gesetzeslagen, aber auch mögliche Einsatzgebiete zu informieren. Die OPK ist grundsätzlich nur für Katastrophen und Großschadenslagen Ansprechpartner.

Mecklenburg-Vorpommern ist das einzige der fünf Bundesländer, welches mit der PSNV Mecklenburg-Vorpommern über eine hauptamtliche Struk-

tur verfügt, die bei kleineren Einsätzen zum Tragen kommt. Der Unterschied zu den anderen Bundesländern liegt darin, dass diese für das gesamte Bundesland zuständig ist und nicht nur für einzelne Städte oder Gebiete. Leiter der Landeszentralstelle PSNV am Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsmedizin Greifswald ist der Sozialpädagoge Heiko Fischer.

Bei kleineren Einsätzen wurde immer wieder deutlich, dass im Nachgang häufig eine Nachfrage nach Psychologischen Psychotherapeuten entsteht, ob von Einsatzkräften, Unfallopfern oder Angehörigen. Diese Nachfrage kann von der PSNV Mecklenburg-Vorpommern häufig nicht bedient werden. Die Gründe dafür sind bekannt – insbe-

sondere in ländlichen Regionen ist die Versorgung mit niedergelassenen Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern unzureichend. Daher stand neben den regelmäßig notwendigen Fortbildungen in diesem Bereich auch die Gewinnung von Psychologischen Psychotherapeuten für die Mitarbeiter der PSNV im Mittelpunkt dieser Veranstaltung.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
E-Mail: info@opk-info.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Kappauf,
Kammerpräsident

das Thema Flüchtlinge hat in den letzten Monaten auch die politische Arbeit in der Kammer auf verschiedenen Ebenen klar dominiert. Das kam aber nicht überraschend, sondern ist Konsequenz der Systematik, mit der wir die Anregungen der letzten Herbstfachtagung zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund umgesetzt haben. Dabei hatten auch wir den hohen Anstieg der Flüchtlingszahlen nicht erwartet, dieser hat uns aber in der Zieleinrichtung bestätigt und veranlasst, das Umsetzungstempo zu beschleunigen. In der frühzeitigen psychotherapeutischen Versorgung der Flüchtlinge sehen wir eine berufsethische Verpflichtung und stufen sie als einen wichtigen Baustein für weitere gelingende Integrationsschritte ein. Diese Versorgungsaufgabe wird natürlich durch die strukturellen Versorgungsdefizite in der psychotherapeutischen Versorgung nicht befriedigend zu lösen sein. Die Tatsache,

dass ein hoher Anteil der Flüchtlinge traumatisiert ist, wird in der öffentlichen Diskussion von verschiedenen Akteuren gerne wiederholt. Das führt noch nicht zur Sichtweise, dass die praktische Umsetzung der rechtlichen Anerkennung, Unterbringung und Versorgung der Flüchtlinge sowohl bewältigungsförderliche als auch belastungsverstärkende Optionen bietet. Wir haben daher in den politischen Gremien zu diesem Thema immer wieder sensibilisiert. Gleichzeitig wurde die Psychotherapeuten-schaft aufgerufen, sich regionalen Versorgungsnetzwerken – insbesondere im Umkreis von Erstaufnahmeeinrichtungen – anzuschließen. Dazu wurden Fortbildungsangebote für unsere Mitglieder – auch zur Arbeit mit Sprachmittlern – angeboten. Die Schulung für die asylrechtlich relevante Begutachtung von reaktiven Traumastörungen wird im Januar 2016 stattfinden und auch für die oft selbst psychisch an ihre Grenzen kommenden ehrenamtlichen Helfer war die Kammer informations- und ratgebende Anlaufstelle.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Kappauf
Kammerpräsident

Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen

Pakt für Rheinland-Pfalz – Flüchtlinge

Dem Pakt für Rheinland-Pfalz, der 2009 zur Umsetzung des Konjunkturpaketes II gegründet wurde, gehören neben den kommunalen Spitzenverbänden, Gewerkschaften sowie die Spitzenvertreter der Wirtschaft und der großen Glaubensgemeinschaften an. Für die Flüchtlingsfragen wurde er um Engagierte aus der Integrations- und Migrationsarbeit ergänzt. **Kammerpräsident Alfred Kappauf ist der einzige Vertreter der Heilberufekammern.** Nach dem ersten Treffen zur Erörterung der Flüchtlingssituation im Februar haben zwei Treffen im Mai und September jeweils unter der Leitung der Ministerpräsidentin Malu Dreyer stattgefunden. Regelmäßig nehmen auch Integrati-

onsministerin Irene Alt, Innenminister Roger Lewentz und Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sowie Spitzen des Justizministeriums, des Bildungsministeriums und des Wirtschaftsministeriums teil. Diskutiert werden dort die aufgrund der schnell steigenden Flüchtlingszahlen – derzeit jeden Tag 500 Neuaufnahmen in RLP – erforderlichen Anpassungen der Maßnahmen, Pläne zur Aufnahme und Integration der Flüchtlinge, aber auch auftretende Schwierigkeiten. In einer Presseerklärung zur Septembersitzung wird das Grundverständnis des Gremiums zusammengefasst: „Die Mitglieder des Paktes sind sich einig, dass die Aufnahme von Flüchtlingen eine nicht verhandelbare Verpflichtung zur Hilfe darstellt“.

Landeskonzferenz Flüchtlinge

Im Rahmen der „Landeskonzferenz Flüchtlinge“ am 17. Juli 2015 in Mainz trafen sich über 400 Vertreter von Kommunen, Verbänden und Engagierte in der Flüchtlingsbetreuung, um gemeinsam erfolgreiche Ansätze sowie Verbesserungsmöglichkeiten bei den bisherigen Initiativen in sechs Themenbereichen – Beratung und soziale Betreuung, Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement, Gesundheit und psychosoziale Versorgung, Sprache und Bildung, Arbeit und Ausbildung, Wohnen und Unterbringung zu erörtern. Kammerpräsident Alfred Kappauf moderierte gemeinsam mit der Abteilungsleiterin „Integration“ des Integrationsministeriums, Prof. Dr. K. Weiss das Forum „Gesundheit und psychosoziale Versorgung“.

Fortbildungen „Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen“ für LPK-Mitglieder

Die LPK hat gemeinsam mit dem Ministerium für Integration und der Koordinierungsstelle für die Öffnung des Regelsystems insgesamt vier Fortbildungen für Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zur Thematik „Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen“ angeboten. Es wurden Erfahrungen zur Therapie von Flüchtlingen weitergege-

ben und über Abrechnungsmodalitäten informiert. Außerdem konnte man sich über Therapie mit Dolmetschern informieren. Die Fortbildungen fanden in Bad Kreuznach, Ludwigshafen, Mayen und Trier statt. Knapp 300 Mitglieder haben teilgenommen.

LPK bildet 300 Mitglieder in Therapie mit Flüchtlingen fort



Die LPK veranstaltet den 1. Tag der Angestellten



Peter Andreas Staub, Alfred Kappauf, Dr. Birgit Albs-Fichtenberg

Über hundert Mitglieder folgten der Einladung zum ersten Tag der Angestellten der Landespsychotherapeutenkammer am 10.06.2015 nach Mainz. Ein gewichtiges Fortbildungsprogramm in fachspezifischen sowie berufsrechtlichen Fragen bot den Rahmen für Begegnung und Austausch der Kollegin-

nen und Kollegen. Für den Tag konnte Prof. Dr. Wolfgang Miltner von der Universität Jena gewonnen werden, der am Morgen den Hauptvortrag „Die Psychobiologie der Angst und ihre Bedeutung für die Psychotherapie“ und am Nachmittag den Workshop „Psychobiologie und Psychotherapie des Schmer-

zes“ gestaltete. Weitere Workshops fanden zum Thema „Schick mir `ne WhatsApp, wenn's Essen fertig ist! Neue Herausforderungen für Psychotherapie im Medienzeitalter“ mit dem Kollegen Jochen Wahl aus Mainz und „Wer tritt ein im Schadensfall? Zum Haftungsrisiko angestellter Psychotherapeuten“ mit Rechtsanwalt Jan Schabbeck aus Ludwigshafen statt. Für die meisten Teilnehmer stellte diese erste Veranstaltung explizit für die Angestellten ein längst überfälliges Angebot der Landespsychotherapeutenkammer dar, das sie dankbar annahmen. „Wir haben von der Kammer bisher außer Gebührenbescheide und Fortbildungsgängeln gefühlt recht wenig gehabt. Nach den Veränderungen in der Fortbildungsordnung bekommt die Kammer für uns durch diesen Tag der Angestellten zunehmend ein positives Gesicht“, so eine Teilnehmerin im Zwiegespräch. Nach den zustimmenden Rückmeldungen wird der Tag der Angestellten auch im nächsten Jahr fest im Veranstaltungsangebot der Landespsychotherapeutenkammer verankert werden.

Fachtagung und Herbstfest am 26.09.2015



Staatssekretär David Langner auf der Fachtagung



Dr. Andrea Benecke und Alfred Kappauf mit Staatssekretär Langner

„**Psychotherapie in Grenzsituationen**“ war das Thema der diesjährigen Fachtagung der LPK in Rheinland-Pfalz. Es gibt Situationen, die auch für professionell ausgebildete Psychotherapeuten besonders herausfordernd sein können – die Betreuung von Angehörigen nach dem Absturz eines Flugzeugs, die psychotherapeutische Begleitung Sterben-

der, eine Psychotherapie bei Psychosen. Mit den Vorträgen der diesjährigen Fachtagung hat die Kammer aufgezeigt, was Psychotherapie in den Grenzfällen des Lebens leisten kann. Etwa 130 Mitglieder folgten der Einladung der Kammer, sie informierten sich, bildeten sich

fort, diskutierten mit den Referentinnen und Referenten. Besonders gefreut hat sich die Kammer über das Grußwort des Staatssekretärs im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie David Langner.

Herausragender Start des Projektes „Der Depression Beine machen“

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ist der Initiator des Projektes „Der Depression Beine machen“, das gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, der Techniker Krankenkasse, der LAG Selbsthilfe, dem Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung und dem Rhein Hessischen Turnerbund umgesetzt wird.

wird evaluiert. An den drei Standorten wird die Laufgruppe gemeinsam von einem Psychotherapeuten und einem Übungsleiter geleitet.

men in Mainz 57 Personen, in Koblenz 30 und Landau 16 Personen teil. Die Mainzer Laufgruppe musste aufgrund des großen Andrangs geteilt werden. Inzwischen betreuen drei Psychotherapeuten und ein Übungsleiter die Mainzer Gruppen.

Ziel des Projektes ist es, Menschen mit Depression ein niederschwelliges Aktivierungsangebot begleitend zur Psychotherapie anbieten zu können. An drei Modellstandorten in **Mainz, Koblenz** und **Landau** wird zunächst erprobt, ob es möglich ist, Menschen mit Depression zur Teilnahme an einer Laufgruppe zu motivieren und sie auch langfristig daran zu binden. Das Projekt

Bislang ist das Projekt ein großer Erfolg: An den ersten Laufterminen nah-

The poster provides details for the 'Der Depression Beine machen' project across three regions: Koblenz, Landau, and Mainz. It lists dates for training sessions and offers, contact information for coordinators, and logos of partner organizations including LAG, LPK, LZG, and others.

Verleihung des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an Hans-Jochen Weidhaas

Große Ehre für den Psychotherapeuten Hans-Jochen Weidhaas: Auf Vorschlag von Ministerpräsidentin Malu Dreyer hat Bundespräsident Dr. h.c. Joachim Gauck am 7. August 2015 dem Psychotherapeuten Hans-Jochen Weidhaas aus Bad Dürkheim das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Angeregt wurde die Auszeichnung vom Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz Alfred Kappauf und überreicht wurde sie durch die Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Neben dem Präsidenten der LPK Alfred Kappauf, der Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke, Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub und Geschäftsführerin Petra Regelin gratulierte auch der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Gassen. Hans-Jochen Weidhaas ist ausgezeichnet worden, weil er sich seit über drei Jahrzehnten im Gesundheitswesen und in



Gratulation zum Bundesverdienstkreuz: Gesundheitsministerin Bätzing-Lichtenthäler, Hans-Jochen Weidhaas, Alfred Kappauf, KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen

der Berufspolitik engagiert. Weidhaas hat intensiv an der Entstehung und Konzeption des Psychotherapeutengesetzes mitgewirkt. Sein Herzensanliegen

war die Schaffung eines anerkannten, geschützten Heilberufes.

Anlage zur Beitragsordnung vom 14. November 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter Seite 13-14)

Aufgrund von § 2 Abs. 4 Satz 1 der Beitragsordnung hat die Vertreterversammlung am 10. Oktober 2015 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrags für das Jahr 2016 auf 540,00 Euro festzusetzen.

Die Höhe des Regelbeitrags wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 20.11.2015, Az 652-01 723-10.4 hiermit aus-

gefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Mainz, den 25.11.2015
Alfred Kappauf
Präsident

Die neu beschlossene Hauptsatzung der LPK Rheinland-Pfalz ist dieser Ausgabe des PTJ beigeheftet sowie im Internet abrufbar unter: www.lpk-rlp.de/Rechtliches/Satzungen.

Redaktion

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Alfred Kappauf, Petra Regelin, Gisela Borgmann-Schäfer, Peter Andreas Staub, Stefanie Rosenbaum und Marion Veith.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



Der Vorstand und die Geschäftsstelle wünschen allen Mitgliedern und Kollegen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr.



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Vertrag „Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern“ zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und der Techniker Krankenkasse am 01.10.2015 in Kraft getreten

Ab 1.10.2015 steht für Eltern, die bei der TK versichert sind, ein Angebot psychotherapeutischer Beratungsleistung bereit, wenn bei einem Elternteil eine gravierende Diagnose gemäß des im Vertrag vereinbarten Diagnoseschlüssels vorliegt. Für die Kinder der betroffenen Eltern gibt es nun einen voraussetzungsfreien Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe. Die vorliegende Vereinbarung soll den Familien, insbesondere auch den Kindern schwer erkrankter Eltern eine Unterstützung in Form einer psychotherapeutischen Beratungsleistung bieten. Ziel der Vertragspartner ist die Vermeidung von psychischen Störungen bei Familien, insbesondere Kindern, in deren Familien durch das Auftreten einer schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotenzial besteht.

Hierbei beraten teilnehmende Psychotherapeuten und Ärzte die Familie in maximal zwei Sitzungen á 50 Minuten. Zusätzlich kann ein flexibles Beratungsangebot in maximal sechs weiteren Sitzungen mit den Erziehungsberechtigten, anderen engen Bezugspersonen sowie den Kindern und/oder Beratungsgespräche mit Kindern und Erziehungsberechtigten erbracht werden.

Die Erstberatung der Familie, zweimal im Krankheitsfall, wird mit 110 €, weitere sechs Sitzungen im Krankheitsfall werden mit 90 € pro Sitzung vergütet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Die Abrechnung erfolgt über den Schein des erkrankten Elternteils mit

der entsprechenden Diagnose. Teilnahmeberechtigt sind zugelassene und ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die eine Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendärzte mit Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie. Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und bedarf keiner gesonderten Teilnahmeerklärung.

Beim Vorliegen folgender Diagnosen können die Leistungen in Anspruch genommen werden:

Dieser Vertrag ist das Ergebnis der erfolgreichen Arbeit des gemeinsamen

Beirats, bestehend aus der Psychotherapeutenkammer (PKS) und der Ärztekammer des Saarlandes (ÄKS) in enger Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS). Im Vorfeld standen hier zunächst die Planung und Durchführung einer ersten gemeinsamen Fachtagung von PKS und ÄKS im Februar 2014 zum Thema „Schwerkranke Eltern – überforderte Kinder?“, in deren Verlauf deutlich wurde, wie dringlich eine Verbesserung der psychotherapeutischen Betreuung von Kindern schwer erkrankter Eltern im Saarland ist.

Der gemeinsame Beirat hat dementsprechend im Nachgang zu dieser Tagung durch intensive Recherchen bestehender Versorgungsmodelle zur psychotherapeutischen Betreuung von Kindern schwer erkrankter Eltern in

Diagnose	ICD-Code
HIV/Aids	B20 – B24, R75, Z21
Bösartige Neubildungen, Lymphome und Leukämien	C00 – C97
Leberzirrhose	I85.0, I85.9, I98.2, I98.3, K70 – K77
Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen	F10 – F16, F18 – F29, F60 – F69, Z63
Depression	F30 – F48, F50
Muskeldystrophie	G71.0, G71.2
Multiple Sklerose	G35 – G37
Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	G10, G20 – G23
Epilepsie	G40 – G41
Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden	G91 – G93
Schlaganfall und Komplikationen	G09, G46.0 – G46.8, I60 – I64, I67.80 – I69
Mucoviszidose	E84

Bayern und Baden-Württemberg in mehreren Gesprächen mit der KVS angeregt, mit Krankenkassen einen entsprechenden Vertrag analog zu den Verträgen in den beiden anderen Bundesländern abzuschließen. Ein erster Erfolg der Verhandlungen ist nun der

jetzt in Kraft getretene Vertrag mit der Techniker Krankenkasse.

Natürlich wäre es wünschenswert, wenn auch andere Krankenkassen sich diesen vertraglichen Leistungen anschließen würden; KVS und gemeinsa-

mer Beirat werden dieses Thema mit entsprechenden Maßnahmen weiter verfolgen.

Weitere Vertragsinformationen können auf der Website der KVS abgerufen werden (<http://www.kvsaarland.de>).

Kommentar zur Verabschiedung des Saarländischen Krankenhausgesetzes

Es war einmal ein Gesetzesentwurf zur Novellierung des Saarländischen Krankenhausgesetzes (SKHG), erstellt im Spätsommer 2014 im zuständigen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

In den Stellungnahmen zur Anhörung des Gesetzesentwurfs äußerten die Heilberufekammern ihre Einschätzungen zum Entwurf. Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) sah eine Reihe positiver Anregungen zur Veränderung der Krankenhausorganisation und -planung und befürwortete insbesondere die Absicht des saarländischen Gesetzgebers, den Psychotherapeuten (PP und KJP) zustehende Rechte in den psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen von Krankenhäusern zu überantworten.

Was sollte geschehen? Mit der Aussicht, in speziellen Fachabteilungen auch Leitungsfunktionen übernehmen zu können, sollte Landesrecht (Krankenhausgesetz) an Bundesrecht (Sozialrecht hier SGB V) angepasst werden. Welche Gedanken könnten das Ministerium zu diesem Vorstoß veranlasst haben?

Die PKS geht davon aus, dass es das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und die Folgeänderungen im SGB V waren: Mit dem PsychThG und der Schaffung der Heilberufe PP und KJP vor nunmehr siebzehn Jahren wurde die Zulassung zur selbständigen Teilnahme weiterer Berufsgruppen als der ärztlichen an der Versorgung gesetzlich Krankensicherter möglich und wie wir wissen, die ambulante psychotherapeutische Versorgung erheblich verbessert.

In der stationären Versorgung in den Kliniken hinkt jedoch die Realität den gesetzlichen Regelungen weiter hinterher: Kein PP oder KJP in Deutschland hat eine Leitungsfunktion in einer Fachabteilung für Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatik ohne einem ärztlichen Vorgesetzten unterstellt zu sein – einen „Chefpsychotherapeuten“ oder „Oberpsychotherapeuten“ gibt es definitiv nicht (siehe dazu die Studie der BPTK 2014 <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>).

Der saarländische Gesetzgeber stellte diesen Missstand offenbar mit seinem Änderungsentwurf in Frage – keine Frage, dass die PKS die überfällige Anpassung befürwortete. Welche Gründe mag sie dabei neben der Umsetzung der Vorschriften des SGB V auch für die stationäre Krankenversorgung gesehen haben? Die Ärzteschaft jedenfalls befürchtete offenbar einen erheblichen Macht- und Statusverlust, beschwor den Untergang des Abendlandes in Form von Chaos (wer hat wem was zu sagen?) und angeblichem Qualitätsverlust in der stationären Behandlung bei der von ihr unterstellten fortan fehlenden ärztlichen Versorgung stationär behandelter Patienten.

Abgesehen davon, dass jedes Krankenhaus die ärztliche Versorgung unabhängig von der fachlichen Leitung einzelner Abteilungen sicherzustellen hat, die medizinische Versorgung also keinesfalls gefährdet ist, gibt es gute Gründe, weshalb PP und KJP – auch formal – Leitungsverantwortung übernehmen können:

- Beides sind akademische Heilberufe mit umfassender Ausbildung
- PP und KJP haben die Befugnis zur eigenverantwortlichen Behandlung

- Sie haben den „Facharztstandard“ auf dem Gebiet ihrer Behandlungsbefugnis
- Sie sind Experten für Psychotherapie und die Umsetzung psychotherapeutischer Behandlungskonzepte
- Sie verantworten einen Großteil der Behandlung auf dem Fachgebiet Psychotherapie
- Sie stehen für eine erweiterte Behandlung, da diese häufig gerade im stationären Kontext einseitig ärztlich-medizinisch geprägt ist, oftmals Medikamente im Vordergrund stehen und Patienten in der Regel zu wenig Psychotherapie angeboten wird.

All das scheint in Zweifel gezogen worden zu sein, denn die Ärzteschaft lief gegen den Entwurf beim damaligen Gesundheitsminister Andreas Storm Sturm: Noch im Herbst 2014 wandten sich saarländische Ärztevertreter – und wie man hörte, war darunter sogar der Bundesärztekammerpräsident – an das Ministerium, um das befürchtete Ungemach rechtzeitig abwenden zu können. Angeführt wurden dazu sowohl die angebliche Unvereinbarkeit mit geltendem Sozialrecht als auch mit dem ärztlichen Berufsrecht: Krankenhäuser stünden qua Gesetz stets unter ärztlicher Leitung, was dem Vorhaben des Ministeriums, PP oder KJP Leitungsfunktionen zu ermöglichen, widerspreche.

Noch vehementer wurde das ärztliche Berufsrecht im Hinblick auf befürchtete Einschränkungen der Weisungsbefugnis in den Mittelpunkt des Widerstands gegen die Gesetzesnovelle gerückt: Da Ärzte gemäß ihrer Berufsordnung hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von „Nicht-

ärzten“ entgegennehmen dürfen, sah man in der Leitungsfunktion durch Angehörige unserer Berufsgruppen eine Unvereinbarkeit mit dem ärztlichen Weisungsrecht. Wie verhielt sich das Ministerium gegenüber den ärztlichen Einwänden? Der Passus der Leitungsverantwortung durch PP und KJP wurde kurzerhand und ohne Begründung aus dem Gesetzesentwurf gestrichen.

Nur dass keine Missverständnisse aufkommen: Es ist das Recht aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen, so auch die des ärztlichen Heilberufes, sich für die Wahrung ihrer berufsständischen Interessen einzusetzen. Das tat

auch die PKS, indem sie sich bei der Neufassung der Krankenhausgesetzgebung artikuliert hat und Vorschläge – auch Kompromissvorschläge – in den zahlreichen Gesprächen, in der mündlichen Anhörung und in schriftlicher Form unterbreitet hat. Die Rechtsaufsicht unterliegt dabei dem Ministerium für Gesundheit als sog. Aufsichtsbehörde für alle Heilberufekammern.

Hier erwarten wir, dass man uns auf Augenhöhe begegnet. Der Gesetzgeber hat seine Entscheidungen nach geltendem Recht zu treffen und dann Anpassungen – auch in der Landesgesetzgebung – vorzunehmen, um über-

geordnetes Recht – Sozialgesetzbuch – umzusetzen. Im vorliegenden Fall der Novellierung des Krankenhausgesetzes lässt uns die endgültige Streichung des Passus über die Leitungsfunktion zweifelnd zurück: Wir bedauern die Entscheidung des Gesetzgebers, den PP und KJP faktisch weiterhin zustehende Rechte in der stationären Versorgung vorzuenthalten. Dafür fehlt sowohl sozialrechtlich als auch berufsrechtlich die Grundlage.

Ein Schelm wer denkt, dass hier Standesrecht vor Sozialrecht gegangen sein könnte.

Neubeginn nach Trauma: Hoffnung für Flüchtlinge – Projekt HOPE

Das Deutsche Rote Kreuz unterhält im Landesverband Saarland zwei Beratungszentren, an den Standorten Burbach und Lebach. Das psychosoziale Beratungszentrum des DRK in Burbach besteht bereits seit mehr als 30 Jahren und hat jahrzehntelange Erfahrung in der Flüchtlingsberatung mit psychologischem Schwerpunkt. Nun startet das DRK das neue psychologisch-orientierte Projekt HOPE zur Unterstützung von Flüchtlingen im Saarland.

Das Projekt ist ein Angebot zur psychosozialen Unterstützung für Flüchtlinge, die bereits ein Bleiberecht in Deutschland erhalten haben. Das Projekt hat am 30. Juni 2015 begonnen und ist zunächst auf drei Jahre angelegt. Es wird vom Asyl-, Migrations- und Integrationsfond der EU und der Uno-Flüchtlingshilfe e. V. gefördert.

In der letzten Zeit kommen vermehrt Flüchtlinge aus den Kriegsgebieten Syriens nach Deutschland. Die Mehrzahl von ihnen benötigt psychologische Unterstützung, bei vielen bedarf es einer Psychotherapie. Erfreulicherweise erhalten die meisten Menschen nach kurzer Zeit ein Bleiberecht, so dass sie keine Abschiebung zu befürchten haben.

HOPE richtet sich an diese Menschen und ebenso an alle anderen Flüchtlinge aus sonstigen Herkunftsländern. Neben



Syrien kommen die Menschen derzeit vor allem aus Ländern wie Afghanistan, Irak, Iran, Eritrea etc.

HOPE bedeutet Hoffnung und steht für Hilfe bei Orientierung & PsychoEduktion.

Menschen, die aus ihrer Heimat geflohen sind und als Flüchtlinge in Deutschland Asyl suchen, befinden sich in einer besonders schweren psychosozialen Lebenssituation. Die Flüchtlinge, die das DRK-Beratungszentrum aufsuchen oder die Beratung im Rahmen von Hausbesuchen in Anspruch nehmen,

haben Schweres durchgemacht. Viele von ihnen waren in ihrem Heimatland und auf der Flucht traumatisierenden Erlebnissen ausgesetzt. Zusätzlich finden sie sich nach der Ankunft in Deutschland in einer für sie fremden Umgebung wieder. Durch das Erlebte sind viele psychisch sehr belastet und die Eingewöhnung in Deutschland stellt für sie eine zusätzliche große Herausforderung dar. Diese Menschen haben Schwierigkeiten, sich nach ihrer Ankunft in der neuen Heimat zu orientieren und sich in der für sie fremden Kultur zurecht zu finden.

Häufig werden Flüchtlinge durch diese Umstände psychisch belastet. Bei vielen wird eine Posttraumatische Belastungsstörung oder eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Obwohl ihr Zustand oft als dringend behandlungsbedürftig eingestuft wird, ist die Versorgung unzureichend. Daher führt die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS)

derzeit eine Befragung ihrer Mitglieder hinsichtlich ihrer jeweiligen Möglichkeiten von psychotherapeutischen Behandlungen durch.

Im Rahmen von HOPE werden Flüchtlinge, die eine psychologische Beratung oder Psychotherapie benötigen, identifiziert und betreut. Wenn erforderlich, werden sie, zusätzlich zur Betreuung durch das HOPE-Team, an niedergelassene Therapeuten oder Ärzte vermittelt.

HOPE hilft Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei der Bewältigung ihrer belastenden Erlebnisse und erleichtert ihnen die Integration und Eingewöhnung in die Kultur in Deutschland. Durch Psychoedukation soll eine Verringerung des Akkulturationsstresses und eine Stabilisierung der individuellen mentalen Verfassung herbeigeführt werden.

Die Menschen werden über den üblichen Verlauf einer Traumatisierung und die Rehabilitation nach dem Trauma sowie über den Verlauf und die Bewältigungsmöglichkeiten nach akkulturativer Belastung informiert. Zur gegenseitigen Unterstützung in Krisensituationen werden Gesprächsgruppen eingerichtet. Außerdem wird Einzelberatung angeboten, die durch den mobilen Einsatz auch vor Ort stattfinden kann. Die Flüchtlinge werden aufgesucht, dabei werden

u. a. behandlungsbedürftige Flüchtlinge erkannt.

Den Flyer „HOPE“ senden wir Ihnen bei Interesse gerne zu.

Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.

Wolf B. Emminghaus

Kontakt:

Beratungszentrum für Migration und Integration

Vollweidstraße 2

66115 Saarbrücken

Telefon: 0681-9764274

Fax: 0681/9764290

www.lv-saarland.drk.de unter Migration & Integration

HOPE
Hilfe bei Orientierung
& PsychoEdukation
Therapie bei Integration,
Neubeginn nach Trauma

Beratungszentrum
für Migration und Integration
Vollweidstraße 2
66115 Saarbrücken
Telefon: 0681-9764274
Fax: 0681/9764290

**JETZT MITGLIED
WERDEN**
WIR SIND SCHUTZ-
MITGLIED-WERDEN

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maïke Paritong, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124

66123 Saarbrücken

Tel 0681. 95455 56

Fax 0681. 95455 58

kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem aktuellen Heft des PTJ stellt sich Ihnen der neue Vorstand Ihrer Psychotherapeutenkammer vor. Mit Ihrer Stimme haben Sie neue Kolleginnen und Kollegen in die Kammer gewählt, die sicherlich neuen Schwung und neue Impulse in die Kammerarbeit einbringen werden. Ihr neuer Vorstand tritt an, um für Sie, die Kammermitglieder, als Serviceeinrichtung aufzutreten und Ihrer aller Arbeitsbedingungen – gleichgültig ob als Angestellte, Selbstständige oder in Ausbildung Befindliche – zu verbessern und für die Zukunft zu sichern.

Die erste konstituierende Sitzung der Kammerversammlung fand am 20.11.15 unter Teilnahme der Aufsichtsbehörde in Kiel statt. Nachdem zwei Wahlwidersprüche durch die Mehrheit der Kammerversammlung abgewiesen wurden, fand die Wahl des neuen Vorstandes statt.

Als Präsident wurde Dr. Oswald Rogner, als Vizepräsidentin Dr. Angelika Nierobisch gewählt. Die weiteren Vorstandsmitglieder sind Heiko Borchers, Dagmar Schulz und Haluk Mermer (PiA). Des Weiteren wurden die ständigen Ausschüsse wie folgt besetzt:

Finanzausschuss:

Dr. Hilmar Böhm, Dr. Angelika Nierobisch und Detlef Deutschmann.

Fort- und Weiterbildungsausschuss:

Heiko Borchers, Juliane Dürkop, Katrin Eichen, Dr. Claudia Overath und Dagmar Schulz.

Rechnungsprüfungsausschuss:

Britta Beers und Andrea Lorenz.

Delegierte für die Deutschen Psychotherapeutentage:

Heiko Borchers, Christine Flori, Haluk Mermer, Dr. Angelika Nierobisch, Dr. Oswald Rogner und Dagmar Schulz. Ersatzdelegierte sind: Britta Beers, Dr. Hilmar Böhm und Jörg-Ulrich Schlender.



H. Borchers, Dr. O. Rogner, Dr. A. Nierobisch, D. Schulz, H. Mermer (v. l. n. r.) Foto: Imke Noack

In die Schlichtungskommission wurden gewählt:

RA Andreas Kühnelt, Michael Eichberger und Maïke Finger. Stellvertreter sind RA Stephan Gierthmühlen, Dr. Klaus Thomsen und Lea Webert.

Die Kammerversammlung verabschiedete noch den Haushalt für das kommende Jahr und wählte den versicherungsmathematischen Gutachter und den Abschlussprüfer für das Versorgungswerk für das laufende Geschäftsjahr.

Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen besinnliche Weihnachten und viel Glück für das Jahr 2016.

Für den Vorstand

Dr. Oswald Rogner und
 Dr. Angelika Nierobisch

Ziele für das Jahr 2016

Der neue Vorstand hat sich für das nächste Jahr große Ziele gesetzt:

Informationsveranstaltung im Wissenschaftszentrum Kiel

Da in den letzten Jahren viele Gelder ungenutzt gelassen wurden, planen wir diese für die Mitglieder zu verwenden.

Ziel einer geplanten Großveranstaltung soll es sein, über neue berufspolitische

Entwicklungen zu informieren, die alle angestellten und niedergelassenen PsychotherapeutInnen betreffen. Im Wissenschaftszentrum Kiel wird die Veranstaltung im Herbst durchgeführt. Kompetente ReferentInnen konnten gewonnen werden.

Ein weiterer Schwerpunkt bilden die Fortbildungen zu verschiedenen Bereichen, die es jedem Mitglied ermöglichen soll, ein für sich interessantes

Thema zu finden. In der nächsten Ausgabe des PTJ werden wir Sie detailliert informieren.

Besserer Service für die Mitglieder: Topaktuelle Informationen aus 1. Hand

Im neuen Vorstand sind Mitglieder, die sich schon länger intensiv mit Zulassungsfragen beschäftigen. Damit ist es möglich, kurzfristig und kompetent

Fragen zum Procedere der Zulassung und Niederlassung zu beantworten. Da wir ebenfalls in der Abgeordnetenversammlung und dem Fachausschuss der KV vertreten sind, können Honorarfragen aus erster Hand beantwortet werden. Da ein Teil des Vorstandes im Angestelltenverhältnis tätig war oder ist, werden alle Probleme und Fragen der Angestellten kompetent bearbeitet. Mit einem PiA im Vorstand können alle Informationen zu Neuregelungen des Psychotherapeutengesetzes und den damit verbundenen Veränderungen im Ausbildungsgang zum PP/KJP schnell weitergegeben werden.

Synergieeffekte und Kostenersparnis

Dem Versorgungswerk wurden zum Ende des Jahres die Räumlichkeiten im Schützenwall nicht weiter zur Miete angeboten, sodass nach neuen Räumlichkeiten gesucht wurde. Kurz ent-

schlossen hat sich der jetzige Vorstand bereit erklärt, das Vorstandszimmer für das Versorgungswerk zur Verfügung zu stellen. Damit reduzieren sich sowohl für die Kammer als auch für das Versorgungswerk die zukünftigen Verwaltungskosten.

Flüchtlingsproblematik und die Position der PKS

Die Flüchtlingsproblematik wird im kommenden Jahr für alle angestellten und niedergelassenen KollegInnen spürbar werden. Sowohl in den Institutionen als auch im ambulanten Bereich müssen die Flüchtlinge angemessen psychotherapeutisch behandelt werden können. Die Bundespsychotherapeutenkammer geht davon aus, dass die Hälfte der Flüchtlinge traumatisiert ist und therapeutischer Behandlung bedarf. Mit der Verordnung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wird in § 31 Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverord-

nung ein neuer Satz eingefügt, wonach die Zulassungsausschüsse angewiesen sind, Ärzte, Psychotherapeuten und ärztlich bzw. psychotherapeutisch geleitete psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen zu ermächtigen. Diese Neuerung wird vermutlich auch für KollegInnen in der Kostenerstattung relevant werden. Für einen befristeten Zeitraum wird es möglich sein, speziell für die Patientengruppe der Flüchtlinge Therapien über die KV abzurechnen. Für diese Behandlergruppe werden nach dem Gesetz besondere Erfahrungen und Kenntnisse gefordert. Wie diese Kenntnisse nachzuweisen sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar. Die PKS wird die für die Ermächtigung notwendigen Fortbildungen organisieren und anbieten.

Dr. Oswald Rogner
Dr. Angelika Nierobisch

„Psychiatriejahr“ und „Praktische Tätigkeit“ – Ergebnisse einer Umfrage der PKS

PiA sind Mitglieder der PKS

In Schleswig-Holstein sind laut § 2(1) Heilberufekammergesetz alle PPIA und KJPIA Vollmitglieder von Anbeginn ihrer Ausbildung, vorausgesetzt ihr Ausbildungsinstitut hat seinen Sitz in diesem Bundesland. Im Vergleich zu anderen Landeskammern ist der Gesetzgeber auf Anregung der PKS den AusbildungskandidatInnen zur Vertretung ihrer Interessen maximal entgegengekommen. Derzeit befinden sich 470 AusbildungsteilnehmerInnen in fünf Ausbildungsinstituten:

IFT-Nord/Kiel (VT, PP)	148
IVPM/Bad Bramstedt (VT, PP)	69
John-Rittmeister-Institut/Kiel (TP und PA, PP/KJP)	34
VTFAW Verhaltenstherapie Falkenried/Itzehoe (VT, PP)	10
ZAP-Nord/Lübeck (TP und PA, PP/KJP)	209

Kooperierende Kliniken und Praxen für die praktische Tätigkeit

Die Kammer wünscht einen aktuellen Stand zur Lage der praktischen Tätigkeit von angehenden PsychotherapeutInnen, da es für diesen Ausbildungsabschnitt die wenigsten konkreten Informationen und die häufigsten Anfragen und Klagen gibt. Eine Nachfrage bei den hiesigen Ausbildungsinstituten nach den Kooperationspartnern für die Praxis ergibt, dass das IFT und das JRI jeweils fast 40 Kliniken und zahlreiche psychiatrische und/oder psychotherapeutische Einzelpraxen nennen. Das Ausbildungsinstitut in Bad Bramstedt bildet alle AusbildungskandidatInnen auch im praktischen Teil im eigenen Haus aus. Ein Institut möchte der Kammer keine Kooperationspartner nennen, da es Restriktionen bei „politischem“ Druck vonseiten der Kammer befürchtet.

Insgesamt werden der Kammer Adressen von 87 Kooperationspartnern in

drei Bundesländern genannt, die Ende August mit gleichlautenden Fragen angeschrieben wurden.

Umfragerücklauf

Die Geschäftsstelle erhält bis Anfang November 41 Antworten, teils ausführlich und aufschlussreich, teils kurze Kommentare per E-Mail oder auf dem Telefonanrufbeantworter. Bei nachträglicher Analyse der Adressen müssen elf gestrichen werden, weil Doppelangaben unter verschiedenen Bezeichnungen vorliegen. Insbesondere Kliniken ändern bei Trägerwechsel und Umorganisation ihre Namen. Bezogen auf die verbleibenden Adressen errechnet sich eine Rücklaufquote von 53,9%.

Überraschend war die hohe und ausführliche Antwortbereitschaft von Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (72,7%). Enttäuschend der Rücklauf von großen stationären Ein-

richtungen wie Unikliniken, kommunalen oder kirchlichen Häusern. Von 27 angeschriebenen Kliniken antworten 14 (51,9%) oft knapp und eher ausweichend. Besonders vermisst die Kammer Angaben der Ameos-Kliniken in Neustadt und Heiligenhafen. Die Tageskliniken antworteten zu zwei Drittel, wobei die neun Adressen große regionale Lücken vermuten lassen. Fast jeder vierte angegebene Kooperationspartner gibt an, gar keine praktische Ausbildung anzubieten.

Spitzenreiter in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sind in Schleswig-Holstein die Schön-Klinik in Bad Bramstedt mit 16 Plätzen im Jahr, gefolgt vom Zentrum für Integrative Psychiatrie an der Uniklinik Lübeck mit acht, ZIP Kiel und Rickling mit sieben Plätzen. Die Kliniken in Itzehoe und Rendsburg bieten jeweils sechs Ausbildungsplätze an. Das UKE in Hamburg mit 25 angegebenen Ausbildungsplätzen läuft hier außer Konkurrenz, da nicht genau nach PPIA und KJPIA spezifiziert wird. Die angegebene Asklepios-Klinik in Hamburg-Harburg betont, dass sie keine PiA aus Schleswig-Holstein beschäftige und entsprechende Verträge beabsichtige zu kündigen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie dominiert die Regio-Klinik in Elmshorn mit fünf Ausbildungsplätzen, gefolgt von der Helios-Klinik in Schleswig mit drei Stellen. Zwei Praxen geben an, bis zu vier KJPIA auszubilden. In Schleswig-Holstein ist das ZIP der Uniklinik Lübeck vermutlich die größte Ausbildungsklinik für KJPIA. Aus diesem Bereich fehlen leider verwertbare Angaben.

Ausbildungsengpässe

Die praktische Ausbildung teilt sich laut PsychTh-APrV in zwei Abschnitte: Das sogenannte „Psychiatriejahr“ mit 1.200 Ausbildungsstunden nach § 2 (2) Ziffer 1 und die „praktische Tätigkeit“ bzw. „Psychotherapiezeit“ von 600 Stunden nach § 2 (2) Ziffer 2.

Der Engpass liegt dabei eindeutig im „Psychiatriejahr“. Nach mehreren übereinstimmenden Aussagen von

Instituten, Kliniken und Praxen ist es besonders für angehende KJP schwierig, Ausbildungsplätze zu bekommen. Einige Befragte mutmaßen, dass die Ausbildungsinstitute ohne Absicherung einfach zu viele AusbildungsteilnehmerInnen für die KJP-Programme aufnahmen. Ein niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater, der viele KJPIA ausbildet, macht den Vorschlag, dass die Weiterbildungsermächtigung für Praxen im Psychiatriejahr von 600 auf die vollen 1.200 Stunden erweitert würde. Dann könnten KJPIA vollkommen im ambulanten Setting ausgebildet werden. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen haben nur die Weiterbildungsermächtigung für die 600 Stunden in der Psychotherapiezeit.

Bei den PPIA scheint die Situation etwas weniger angespannt, aber auch hier wird mehrfach erwähnt, dass Ausbildungsplätze abgebaut wurden, da Vergütungen vor Arbeitsgerichten eingeklagt wurden, der Mindestlohn drohe und man nicht absehen könne, wie sich die geplanten Psychiatriefallpauschalen (PEPP) auswirken würden. Auch seien in den letzten Jahren Vergütungsformen entstanden, die die Ausbildung verteuerten. Die Mehrheit der leitenden Psychiater zeigt sich aber mit der fachlichen Qualität der PPIA zufrieden und sieht in ihren Vergütungsformen, sofern vorhanden, keinen Grund für eine Kürzung der Stellen.

Fast alle Kliniken sprechen von einem hohen oder gar steigenden Nachfrage-Druck nach Ausbildungsplätzen. Aktuell freie Ausbildungsplätze werden nur vereinzelt von Tageskliniken oder kleinen psychiatrischen Einrichtungen in peripherer Lage angegeben.

Bei der Umfrage fällt als Nebenergebnis auf, dass Tageskliniken im Raum Lübeck nicht darüber informiert waren, dass das Landesamt für soziale Dienste in Schleswig-Holstein liberaler in der Genehmigung von Plätzen im „Psychiatriejahr“ sei als die entsprechende Behörde in Hamburg, die teilstationäre Einrichtungen scheinbar nicht für die Ausbildung genehmige. Hier stecken möglicherweise noch Kapazitäten.

Entwicklung von Vergütungsmodellen für PiA

Ein Leitungsteam einer größeren privaten Spezialklinik wird konkret. Man zahle monatlich 2.118,45 € bei einer Vollzeitausbildungsstelle plus 500 € Ausbildungsbeteiligung. Bei dieser Entgelthöhe sehe man angesichts des Betreuungsaufwandes ungefähr die Wirtschaftlichkeitsgrenze der Klinik.

Die Hälfte der Antworten zur Vergütung sind entweder verneinend (0 €, „Ehrenamt“, „zahlt das Ausbildungsinstitut“) oder sehr unspezifisch (Praktikumsvergütung, „Vereinbarung mit dem Betriebsrat“).

Nach üblichem Tarifen, allgemeinen Vergütungsrichtlinien (AVR) und ähnlich etablierten Systemen wird am ehesten in Rehakliniken und Tageskliniken gezahlt (sechs Nennungen). Hier handelt es sich um die praktische Ausbildungszeit nach der Psychiatriezeit, in der die PPIA und KJPIA schon in die normalen Arbeitstätigkeiten integriert werden. In diesen Fällen scheint der Aufwand für Anleitung, Hospitation oder Supervision rechnerisch keine Rolle mehr zu spielen. Überdies vermelden insgesamt 16 Kliniken konkrete Vergütungssysteme mit mehr als 1.100 € im Monat (39% aller Antworten). Zwei Angaben liegen zwischen 500 € und 1.000€ monatlich (4,9%) und drei Antworten verweisen auf monatliche Summen zwischen 100 und 450 € im Monat (7,3%).

Hervorgehoben werden muss an dieser Stelle der spezielle Tarifvertrag, den das ZIP (UKSH Kiel und Lübeck) 2013 mit der Gewerkschaft Ver.di abschloss. Dort werden PiA nach Entgeltgruppe 13, also wie Diplompsychologen im TV-L, eingruppiert. Sie erhalten jedoch Teilzeitstellen auf 28 Wochenstunden. Dieser Fortschritt hat aber laut ZIP die Ausbildungskapazität in Kiel von elf auf sieben Stellen gesenkt.

Die größte Ausbildungsklinik, das UKE in Hamburg, gibt an, monatlich 450 € bei 30 Tagen Urlaub zu zahlen. In Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern hat sich scheinbar ein

Trend zur besseren Vergütung in Kliniken durchgesetzt. Bei den Kliniken im Nachbarland Mecklenburg-Vorpommern wird mit der ländlichen Lage argumentiert, die es schwer mache, Fachkräfte anzuwerben. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass versucht wird, mangelnde regionale Attraktivität mit Geld wettzumachen.

Es fällt im Gegensatz zu früher vernommenen Statements auf, dass von keiner Klinikführung mehr geklagt wird, dass die Ausbildung von PsychotherapeutInnen ein Zusatzgeschäft sei. Auf den ökonomischen Druck und die Wirtschaftlichkeit wird zwar hingewiesen, aber die straffe Kostenkalkulation lässt scheinbar Gehälter über 2.000 € plus Urlaubsanspruch zu. Der Jahresurlaub scheint bei allen Kliniken, die Vergütungsmodelle haben, im üblichen Bereich von 30 Tagen bzw. sechs Wochen zu liegen.

Psychiatrische und psychotherapeutische Praxen hingegen vergüten selten nach System. Eine große psychiatrische Gemeinschaftspraxis zahlt 800 € im Monat, eine andere vermutlich ähnlich große Praxis zahlt 450 €, allerdings bei nur 24 Arbeitsstunden pro Woche. Die Ausbildung scheint in diesen Einrichtungen nur in der zweiten Ausbildungszeit lohnend, wenn die PiA schon therapeutisch eingesetzt werden können.

Wird eine Gefährdung von Ausbildungsplätzen durch verstärkte Forderungen nach klaren monatlichen Vergütungen gesehen? Drei Viertel der Befragten verneinen das, aber ein Viertel mag diese Gefahr nicht ausschließen. Gelegentlich wird in diesem Zusammenhang mit Sorge auf das Mindestlohngesetz verwiesen. Der Mindestlohn kann aber

angesichts der bereits praktizierten Vergütungsmodelle kein Problem für die Unternehmen darstellen, da einerseits das Mindestlohngesetz im Falle eines „Pflichtpraktikums“ keine Anwendung findet und andererseits ein entsprechender Monatslohn deutlich unter 2.000 € läge.

Insgesamt werden 251 Ausbildungsplätze für PPIA und KJPiA genannt, davon 186 in Schleswig-Holstein. 131 Plätze davon gehören zu Institutionen, die nach ihren Vergütungsmodellen über 1.000€ im Monat zahlen. Nach dieser Datenlage kommen also über 70% der schleswig-holsteinischen PiA in ihrer praktischen Tätigkeit in diesen Genuss.

Probleme in der KJP-Ausbildung

Eine letzte Frage zielt auf die angeblich geringere Einsetzbarkeit von KJPiA mit sozialpädagogischem Grundstudium ab. Die Ausbildungsinstitutionen, die es betrifft, geben hierzu selten klare Antworten. Ein Chefarzt erwähnt, dass man sich unter Klinikdirektoren der Kinder- und Jugendpsychiatrie einig sei, dass man sich um die akademische Äquivalenz des Berufes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem des Psychologischen Psychotherapeuten sorge. Das spräche gegen FH-Absolventen. Andere Stimmen mutmaßen, dass Diplom-Psychologen in der Psychotherapieausbildung wirtschaftlicher einsetzbar seien, da sie mehr verwertbare Kenntnisse aus dem Studium mitbrächten. Zwei niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater betonen hingegen, dass das Grundstudium keine Aussage über die spätere psychotherapeutische Qualität zulasse. Ein Ausbildungsinstitut weist gegen-

über der Kammer explizit auf die Ausbildungsprobleme bei KJPiA hin. Es wird mit der vorliegenden Datenlage nicht ganz klar, ob dieses Problem strukturell ist (Überangebot von Ausbildungsinstituten), in der Vorausbildung begründet ist oder schlicht auf Vorurteilen beruht.

Ein KJPiA hat mit dem Autor Kontakt aufgenommen. Er verfüge über eine akademische Grundausbildung als Diplom-Pädagoge, Schwerpunkt Beratungspsychologie, und habe jahrelange Erfahrung als Erzieher von Kindern und Jugendlichen. Im Frühjahr 2015 wolle er sich seinen Traum von einer Ausbildung zum KJP erfüllen. Mehrere Ausbildungsinstitute hätten ihn beraten und einen Platz angeboten. Erst einige Wochen nach der Anmeldung realisierte er, dass es in Schleswig-Holstein und den angrenzenden Bundesländern keine psychiatrische Einrichtung mehr gäbe, die praktische Ausbildungsplätze für KJPiA mit seiner akademischen Herkunft anböten. Frustriert habe er die Ausbildung abgebrochen. Er habe 2.000 € „Lehrgeld“ bezahlt und den teuren Ausbildungsvertrag gekündigt. Er beklagt, dass er von keinem Ausbildungsinstitut auf diese Gefahr hingewiesen wurde und sucht jetzt einen Anwalt. Ein Einzelfall?

Dr. Klaus Thomsen

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de // www.pksh.de

Artikelverzeichnis 2015

Artikel	Ausgabe	Seiten
Benecke, Cord / Eschstruth, Rhea Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium. Eine Online-Umfrage unter Studierenden	1/2015	23-29
Brockmann, Josef / Kirsch, Holger Mentalisieren in der Psychotherapie	1/2015	13-22
Broicher, Wiebke Die Neuklassifikation somatoformer Störungen im DSM-5. Ausschnitte der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion und Implikationen für die klinische Praxis	2/2015	146-151
Corman-Bergau, Gertrud im Gespräch mit Birgit Saalfrank „Der Psychotherapieansatz im Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen muss ein anderer sein“	2/2015	130-133
Corman-Bergau, Gertrud / Wirth, Ulrich Geplantes Studium Psychotherapie: eine Strukturveränderung mit Chancen und Risiken Das PTJ im Gespräch mit Özlem Kayali, Meret Seelbach & Carolin Rabe, Studierende des Faches Psychologie	4/2015	361-367
Elzer, Matthias / Matejek, Norbert Psychosen als Psychosomatosen des Gehirns. Nachruf auf Stavros Mentzos	3/2015	251
Hilbert, Kevin Sind neurowissenschaftlich fundierte Biomarker im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen denkbar?	1/2015	42-46
Husmann, Björn / Nass, Oliver Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale psychotherapeutische Kompetenzen	1/2015	4-12
Kamp-Becker, Inge / Quaschner, Kurt Autismus-Spektrum-Störungen. Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand und zum verhaltenstherapeutischen Behandlungsvorgehen	1/2015	34-41
Krämer, Katharina / Gawronski, Astrid / Falter, Christine M. / Vogeley, Kai Die „doppelte Unsichtbarkeit“ autistischer Störungen und ihre Herausforderungen für Psychotherapeuten und Angehörige	3/2015	231-239
Mika, Jenny / Abdallah-Steinkopff, Barbara / Gavranidou, Maria Die Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen bezüglich ihrer Posttraumatischen Belastungsstörungen	2/2015	134-145
Munz, Dietrich & Schmucker, Dieter im Gespräch mit Hubert Seiter „Endlich eine abholende Präventions- und Reha-Strategie umsetzen“	2/2015	155-158

Nissen, Bernd Zur psychoanalytischen Konzeptualisierung und Behandlung von Störungen aus dem autistischen und autistoiden Spektrum	2/2015	110-119
Nübling, Rüdiger et al. Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	4/2015	337-346
Rautschka-Rücker, Johann Rechtliches zur Organisation der praktischen Ausbildung	2/2015	152-154
Rautschka-Rücker, Johann BKA-Gesetz vor dem Bundesverfassungsgericht – Abhörschutz für Psychotherapeutinnen und -therapeuten?	3/2015	252-253
Schröder, Annette / Reis, Dorota Wie belastet erleben sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrem Berufsalltag? Ergebnisse einer Online-Erhebung	3/2015	240-246
Springer, Anne / Vogel, Heiner Das Psychotherapeutengesetz – erhaltungswürdig? reformbedürftig? Blicke von außen. Das PTJ im Gespräch mit Prof. Franz Caspar (Bern) und Prof. Stephan Hau (Stockholm)	4/2015	328-336
Steger, Florian Kritische Sexualwissenschaft – eine Kommentierung der Reihe „Beiträge zur Sexualforschung“	4/2015	359-360
Tossmann, Peter / Eiling, Anna / Brehm, Michelle Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung?	3/2015	247-250
Utsch, Michael Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus? Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen in der Psychotherapie – Teil I	4/2015	347-351
Vogel, Heiner im Gespräch mit Andrea Abele-Brehm , Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie: „Wie stehen die Psychologischen Hochschulinstitute in Deutschland zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?“	3/2015	226-230
Vogel, Heiner / Santos-Dodt, Mareke im Gespräch mit Matthias Berking und Jürgen Kriz „Psychotherapieschulen und -verfahren: Strukturhilfe oder Entwicklungshindernis der Psychotherapie in Deutschland?“	3/2015	254-262
Wagner, Birgit Trauernde Geschwister – die vergessenen Trauernden	4/2015	352-358
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen	1/2015	30-33
Wilczek, Brit Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus in der psychotherapeutischen Praxis. Herausforderungen und Chancen	2/2015	120-129

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Ulrich Müller (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Ba-

den-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

14. Jahrgang, Ausgabe 4/2015

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

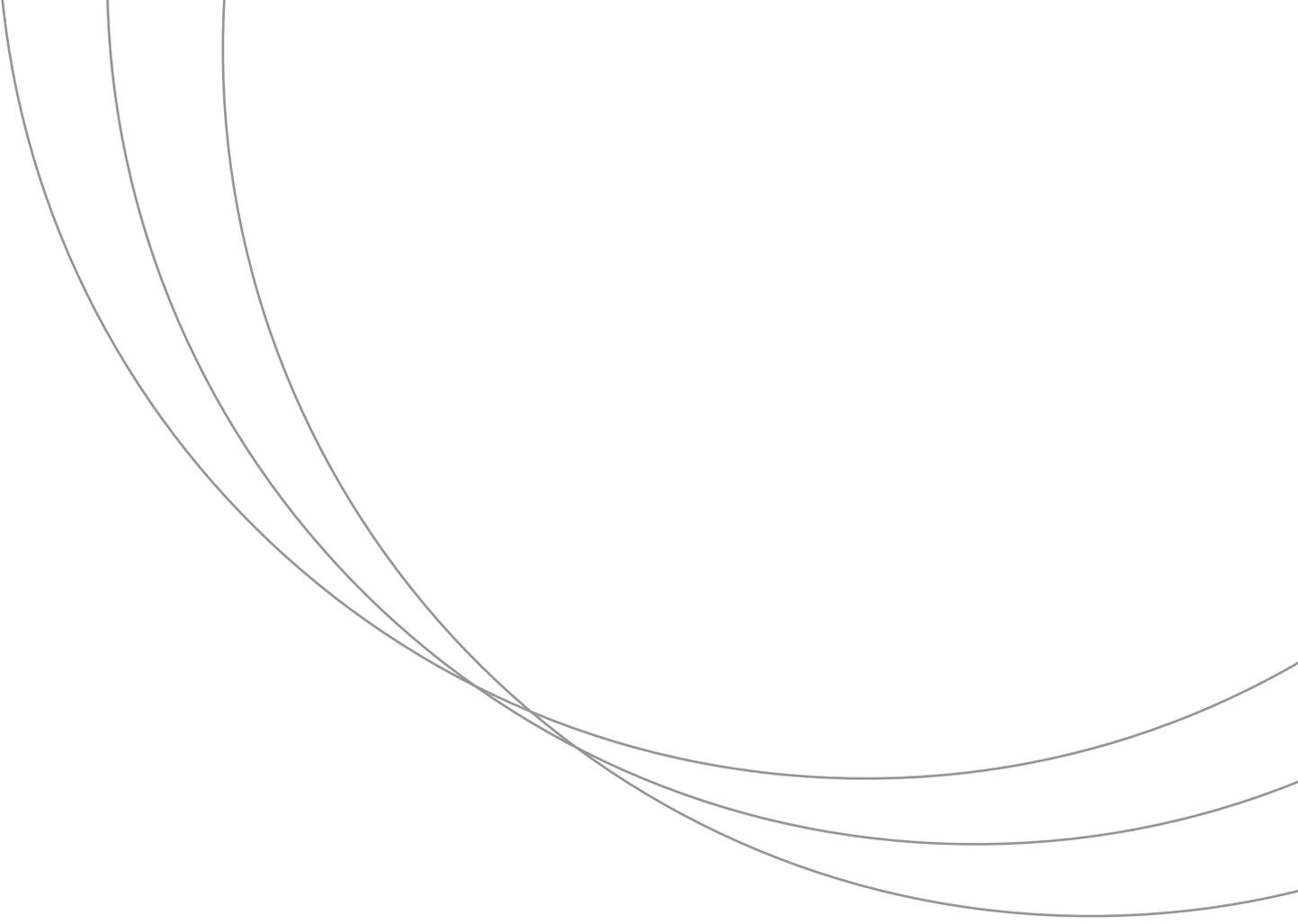
Redaktionsschluss für Ausgabe Ausgabe 1/2016 ist der 22. Dezember 2015, für Ausgabe 2/2016 der 21. März 2016, für Ausgabe 3/2016 der 20. Juni 2016 und für Ausgabe 4/2016 der 23. September 2016. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen/-kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere fürervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

