

ISSN 1611-0773
D 60843
12. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

2/2013

19. Juni 2013 (S. 115-226)

- **Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**
- **Daniel N. Stern – ein Nachruf**
- **Leib und Lebensraum – Das eingebettete Selbst in der Psychotherapie**
- **Prozessorientierte Psychotherapie**
- **Sexuelle Sucht – eine klinische Diagnose?**
- **Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten**

Hilfeportal

Sexueller Missbrauch

Hilfeportal Sexueller Missbrauch:

Eintragung in Adressdatenbank zur schnellen Hilfe vor Ort

Über www.hilfeportal-missbrauch.de, dem Portal des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM, Johannes-Wilhelm Rörig), können sich Betroffene und ihre Angehörigen ab Mitte Juni 2013 zu unterschiedlichen Beratungs-, Hilfs- und Versorgungsangeboten informieren. Für die Suche nach entsprechenden Angeboten wird eine deutschlandweite Datenbank eingerichtet.

Gegenwärtig erfolgt der Aufbau der Adressdatenbank für das Hilfeportal. Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die über Erfahrung in der Psychotherapie von Betroffenen sexuellen Missbrauchs verfügen, können sich bereits jetzt mit ihren Kontaktdaten in die Suche aufnehmen lassen. Damit tragen sie dazu bei, dass Betroffene schneller Hilfe finden können. Über diesen Link gelangen sie direkt zur Datenbank: www.datenerfassung.hilfeportal-missbrauch.de. Der Eintrag ist selbstverständlich kostenfrei. Bei Rückfragen zur Datenerfassung senden Sie bitte eine E-Mail an: datenerfassung@ubskm.bund.de

Ohne Behandlungsplätze von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Privatpraxen wird eine flächendeckende Versorgung von Missbrauchsbedingten nicht möglich sein. Daher wird ein Verfahren geprüft, mit dem auch diese sich möglichst rasch in die Datenbank eintragen können. Über das Ergebnis werden wir Sie an dieser Stelle informieren.

Weitere Informationen zum USBKM unter: www.beauftragter-missbrauch.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie entwickeln sich die Kammern und der Berufsstand weiter? Die politischen Veränderungen und die Implikationen für die Zukunft sind durch die aufgeworfenen Fragen angesichts der laufenden Diskussionen um eine mögliche Direktausbildung zum Psychotherapeuten und zur Psychotherapeutin zentral mit dem künftigen Berufsbild verbunden. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, skizziert in seinem Beitrag über das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Orte der Weiterentwicklung des Berufes. Er plädiert, dass das Bild von der Basis aller mitgestaltet wird und ruft alle Leserinnen und Leser auf, sich aktiv am Prozess zu beteiligen.

Bereits am 12. November 2012 verstarb in Genf im Alter von 78 Jahren Daniel Stern, der bekannte Psychotherapeut, Forscher, Wissenschaftler und Verfasser zahlreicher Bücher. Sein interdisziplinäres Schaffen in der Verbindung von empirischen Beobachtungen, Erfahrungswissen und Konzeptualisierungen über das Selbst, seine kreative und humane Grundhaltung haben vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neue Erfahrungen möglich gemacht. Christiane Ludwig-Körner hat ihm in diesem PTJ einen bewegenden und persönlichen Nachruf gewidmet.

Auch andere Artikel haben Kernthesen des Werkes von Daniel Stern aufgegriffen und in eigene Gedanken eingewebt. So konzeptualisiert Thomas Fuchs in seinem Beitrag über Leib und Lebensraum das Selbsterleben und psychische Erkrankung als Einschränkung räumlichen Erlebens in der Interaktion. Sein Beitrag ermöglicht es, über die Raummetapher und seinen phänomenologischen Ansatz eine körperliche Dimension des Selbsterlebens anschaulich zu erfassen.

Reinhard Plassmann gibt uns Einblick in prozessorientierte Psychotherapie. Auch seine Arbeit ist durch das Werk Daniel Sterns beeinflusst. Plassmann beschreibt uns ein Modell von Erfahrungsbildung im emotionalen Feld im Rahmen der psycho-

therapeutischen Beziehung. Bei besonderer Beachtung und Kommentierung emotionaler Aspekte im Ablauf der Sitzungen zielt er auf Verarbeitung und Veränderung. Erfahrungen können „transformiert“ werden. Deutlich wird in seinem Beitrag, wie sich im Prozess des Behandelns und der Interventionen neue Gesichtspunkte ergeben, die geänderte Behandlungspfade und Umdenken ermöglichen und die über Reflexion erschlossen werden. Seine anschaulichen kasuistischen Beispiele verdeutlichen das Gemeinte.

Rudolf Stark befasst sich mit der Frage, ob „sexuelle Sucht“ als eine eigenständige klinische Diagnose zu sehen ist. Er gibt differenzierten Einblick in den fachlichen und kontroversen Diskurs, fokussiert auf neurobiologische und verhaltenstherapeutische Sicht. In seinem Beitrag geht er sowohl auf Ätiologie wie auf Komorbidität ein und nennt Kriterien für die diagnostische Einordnung der sexuellen Sucht.

Das Bild der seit 1999 bestehenden und sich entwickelnden Hochschulambulanz an Psychologischen Instituten beschreiben Thomas Fydrich und Theresa Unger in ihrem Artikel. Sie stellen Ergebnisse und Gedanken aufgrund einer Umfrage an allen Psychologischen Instituten in Deutschland zusammen. Wir bekommen Einblick in die Verzahnung von Versorgungsschwerpunkten und Forschung in diesem Bereich, im Kern bezogen auf zu meist störungsspezifische Fragestellungen.

Die verschiedenen auch rechtlichen Aspekte der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bilden einen weiteren Bezugspunkt im vorliegenden Heft. Bernd Rasehorn erläutert als Jurist zusammenfassend grundlegende Voraussetzungen für die Einwilligung der Sorgeberechtigten bei der Behandlung. Er betont, dass das Einverständnis über die Gesundheitsfürsorge eines Kindes anderen rechtlichen Kriterien unterliegt als beispielsweise das Aufenthaltsbestimmungsrecht. Da wir in den Kammern zahlreiche Anfragen zu diesen Fragestellungen erhalten, glauben wir, dass ein

Artikel zu diesem Thema besondere Aufmerksamkeit verdient.

Insgesamt können wir in der Redaktion über die Einsendung der Beiträge feststellen, dass sich der Trend fortsetzt, die wichtige Rolle der interaktionellen Welt und den Einbezug kontextueller Faktoren verstärkt zu betonen. In diesem Sinne sind Studien zu systemischen Ansätzen, von denen Matthias Ochs in der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ berichtet, einzuordnen.

Zwei interessante Rezensionen, die eine zur Geschwisterproblematik, die andere zur angewandten Philosophie in zehn Berufsfeldern, u. a. des Feldes der Psychotherapie, komplettieren die Vielfalt dieses Heftes.

Viele Leserinnen und Leser der Ausgabe 1/2013 des PTJ haben Leserbriefe zum Artikel von Bernd Ubben, „Der Bericht an den Gutachter als sinnvolles Qualitätssicherungsinstrument“, geschrieben. Der Redaktionsbeirat nimmt Stellung, veröffentlicht Leserbriefe und auch eine Replik des Autors in der Rubrik „Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln“.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich wünsche Ihnen eine interessante und anregende Lektüre.



Gertrud Corman-Bergau
(Niedersachsen)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	115
Originalia	
<i>Rainer Richter</i> Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.	118
Die derzeitige Diskussion zur Ausbildungsreform sollte nicht vor dem Hintergrund eines Berufsbildes geführt werden, das bereits 1998 den Regelungen des Psychotherapeutengesetzes zugrunde lag – vielmehr ist die Psychotherapeutenschaft selbst gefragt, ein modernes Berufsbild zu präzisieren, das auf den Erfahrungen der vergangenen Jahre basiert und mit Blick auf zukünftige Entwicklungen über das heutige Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum hinausgeht.	
<i>Christiane Ludwig-Körner</i> Ein Stern ist erloschen.	121
Am 12. November 2012 verstarb Daniel Norman Stern in Genf – ein Nachruf auf einen „Stern“ der Psychotherapie.	
<i>Thomas Fuchs</i> Leib und Lebensraum – Das eingebettete Selbst in der Psychotherapie	124
Anknüpfend an Theorien des Selbsterlebens und auf der Grundlage der phänomenologischen Psychologie wird eine Konzeption des Lebensraums als Gesamtheit der leiblichen und sozialen Beziehungen eines Individuums entwickelt. Psychische Störungen lassen sich demnach als Einschränkungen dieser „ökologischen Nische“ auffassen, die den Austausch mit der Umwelt hemmen. Als Aufgabe der Psychotherapie wird die Erforschung des individuellen Lebensraums begriffen, mit dem Ziel, den Möglichkeitshorizont des Klienten wieder zu öffnen.	
<i>Reinhard Plassmann</i> Prozessorientierte Psychotherapie	131
In der Psychotherapie kann systematisch unterschieden werden zwischen Inhalt und Prozess. Die Inhalte sind das Was, der Prozess ist das Wie, in dem Inhalte verarbeitet, neu geordnet, verknüpft, transformiert werden. Der Artikel führt den Unterschied zwischen Inhalt und Prozess näher aus und schildert die Grundlagen einer prozessorientierten Psychotherapie, die sich methodisch darauf ausrichtet, den mentalen Transformationsprozess in jedem Moment der Psychotherapiestunde zu fördern.	
<i>Rudolf Stark</i> Sexuelle Sucht – eine klinische Diagnose? Symptomatologie, Neurobiologie und Verhaltenstherapie	138
Der Begriff „Sexuelle Sucht“ beschreibt ein außer Kontrolle geratenes sexuelles Verhaltensrepertoire, das erhebliches Leiden bei den Betroffenen verursacht. Ob diese Symptomatik als eigenständige Diagnose verwendet werden soll, ist umstritten. Der Beitrag zeichnet die bestehende Debatte nach und skizziert lerntheoretische und neurobiologische Konzepte der Symptomatik. Schließlich werden verhaltenstherapeutische Interventionen vorgestellt.	
<i>Thomas Fydrich & Theresa Unger</i> Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – Was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht?	146
Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre an Psychologischen Universitätsinstituten sind wichtige Institutionen der Erforschung und psychotherapeutischen Behandlung im Feld der Klinischen Psychologie. Der Artikel gibt einen Überblick über die Aktivitäten im Bereich Forschung, Therapie und Lehre in den Hochschulambulanzen.	
Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln	
<i>Zuschriften von Leserinnen und Lesern / Vorwort des Redaktionsbeirats</i> Zu „Der Bericht an den Gutachter als sinnvolles Qualitätssicherungsinstrument“ von Bernd Ubben, Psychotherapeutenjournal 1/2013	152
<i>Bernd Ubben</i> Replik des Autors	155

Recht: aktuell

Bernd Rasehorn

Die sorgerechtlche Einwilligung von Eltern in die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen . . . 157

Aktuelles aus der Forschung

Matthias Ochs

Aktuelle Studien zur Systemischen Psychotherapie 161

Buchrezensionen

Dorothee Adam-Lauterbach

Sohni, H. (2011). *Geschwisterdynamik (Analyse der Psyche und Psychotherapie, Bd. 4)*. Gießen: Psychosozial Verlag . . . 166

Gerd Landshut

Becker, H. (Hrsg.) (2013). *Zugang zu Menschen. Angewandte Philosophie in zehn Berufsfeldern*.
Freiburg: Verlag Karl Alber 167

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer 168

Baden-Württemberg 174

Bayern 179

Berlin 184

Bremen 188

Hamburg 192

Hessen 194

Niedersachsen 199

Nordrhein-Westfalen 203

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer 209

Rheinland-Pfalz 214

Saarland 218

Schleswig-Holstein 222

Impressum Psychotherapeutenjournal 225

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages A1

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages A15

Hinweise:

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

Den Teilausgaben der folgenden Länder sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

- Hamburg: Satzungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg
- Hessen: Satzungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Rainer Richter

In Deutschland arbeiten über 36.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.¹ Sie sind in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung tätig oder behandeln Menschen in schwierigen Lebenssituationen auch in anderen institutionellen Kontexten, z. B. in sozial- und gemeindepsychiatrischen Diensten sowie Einrichtungen der Jugendhilfe. Psychotherapeuten versorgen Menschen mit verschiedenen Erkrankungen und Behinderungen unterschiedlicher Schweregrade. Sie haben sich damit zu einer zentralen Säule der Versorgung psychisch kranker Menschen entwickelt, neben 14.000 Fachärzten (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie), psychotherapeutisch tätigen Ärzten, Hausärzten und weiteren Gesundheits- und Sozialberufen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tragen gemeinsam mit anderen eine große Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen.

Der Beruf des Psychotherapeuten hat eine anhaltend hohe Attraktivität. Angesichts der Nachwuchsprobleme im ärztlichen Bereich stellt sich die Frage, wie die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Zukunft von wem gewährleistet werden kann. Welchen Platz sollten die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten künftig neben den etablierten und den sich neu entwickelnden (akademischen) Heilberufen einnehmen?

Psychotherapeuten- ausbildung dringend reformbedürftig

Die Psychotherapeuten-schaft mahnt seit Jahren eine Reform der Ausbildung von

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an. Der Reformdruck ergibt sich insbesondere aus den veränderten Zugangsbedingungen zur Psychotherapeuten-ausbildung infolge der Bologna-Reform. Dabei besteht die akute Gefahr einer Abwertung der Approbation. Darüber hinaus ist die fehlende Vergütung der Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus inakzeptabel. Schließlich wird die Ausbildung in den Vertiefungsverfahren Gesprächspsychotherapie und Systemische Therapie durch die geltenden Regelungen zur praktischen Ausbildung massiv behindert. Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat die Politik wiederholt aufgefordert, die längst überfällige Reform der psychotherapeutischen Ausbildung endlich umzusetzen (s. Mitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer in diesem Heft).

Ausbildungsreform und Berufsbild

Bei dieser Reform der Psychotherapeuten-ausbildung stellen sich aber auch weit grundsätzlichere Fragen, z. B. ob weiter an dem impliziten Berufsbild festgehalten werden soll, das den Regelungen des Psychotherapeutengesetzes aus dem Jahr 1998 zugrunde lag. Wäre es nicht an der Zeit, dass sich die Psychotherapeuten, wie andere Berufe auch, ihr eigenes Berufsbild geben? Sollten die Psychotherapeuten angesichts bereits absehbarer Bedarfe in der Versorgung nicht ihre Zukunftsaufgaben selbst definieren und sich damit auch neuer Verantwortung stellen? *Vor dem Hintergrund eines expliziten Berufsbildes und der daraus abgeleiteten professionellen Kompetenzen ließe sich dann die Frage klären, die heute innerhalb und außerhalb*

der Psychotherapeuten-schaft am intensivsten diskutiert wird: Wann sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten künftig ihre Approbation erhalten? Wie bisher zum Abschluss einer postgradualen Ausbildung oder – analog zu den Ärzten – bereits am Ende eines qualifizierenden Studiums (Direktausbildung), an das sich eine verfahrens- und altersgruppenspezifische Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde anschließt?

Berufsbilder der Gesundheitsberufe

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht aufgrund des gesellschaftlichen Wandels vor großen Herausforderungen, aus denen sich neue oder veränderte Versorgungsbedarfe ergeben. Die Alterung der Gesellschaft, Veränderungen der familiären Strukturen, veränderte Belastungen in der Arbeitswelt und schließlich psychische Erkrankungen als neue Volkskrankheiten erfordern auch Veränderungen auf der Seite der Gesundheitsberufe. Zunehmende Spezialisierung und Fachkräftemangel führen dazu, dass neue Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen gefunden werden müssen. Außerdem werden bei den Gesundheitsfachberufen als Folge der Professionalisierung und (Teil-)Akademisierung zunehmend neue Berufsbilder geschaffen. Diese Entwicklung verläuft so rasant, dass sie bereits als „heiteres Berufebasteln“ kritisiert wird (Evans, Bräutigam & Hilbert, 2013).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Text nicht immer beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Gleichzeitig steht in der Ärzteschaft mit dem „kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ ein jahrelanger Konsentierungsprozess vor dem Abschluss, in dem zunächst das ärztliche Berufsbild formuliert wurde, um daraus Lernziele für die ärztliche Ausbildung abzuleiten (www.nklm.org). Über die Definition beruflicher Aufgaben und Rollen wird damit eine Vielzahl von Aufgabenbereichen abgesteckt, die nicht nur für die ärztliche Ausbildung maßgeblich sein werden. Auch das künftige Verhältnis zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen wird durch dieses Berufsbild bestimmt: Festlegungen, mit wem Ärztinnen und Ärzte in Zukunft bei welchen Tätigkeiten kooperieren, an wen sie welche Aufgaben delegieren und wen sie bei der Leistungserbringung supervidieren wollen. Parallel zu den Ärzten haben übrigens auch die Zahnärzte einen vergleichbaren Konsentierungsprozess durchlaufen.

Das heutige Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Wo stehen wir Psychotherapeuten bei dieser Entwicklung? Die derzeitigen Berufsbilder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden nie von der Profession selbst formuliert oder gar konsentiert. Dem Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1998 liegt ein implizites Berufsbild zugrunde, das durch das Sozialrecht bestimmt wurde. Es orientiert sich an den Leistungen, die Psychotherapeuten erbrachten, die am damaligen Delegationsverfahren teilnahmen, prägte die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und findet sich in den einschlägigen Lehrbüchern wieder. Den Prototyp dieses Berufsbildes stellt der niedergelassene Psychotherapeut dar, der in eigener Praxis tätig ist, der psychisch kranke Menschen diagnostiziert und im Rahmen eines Richtlinienverfahrens behandelt (vgl. dazu auch Steckbrief „Psychologischer Psychotherapeut“ der Bundesanstalt für Arbeit, 2012).

Dieses vom Psychotherapeutengesetz bestimmte Bild dominiert bis heute das Selbst- und Fremdbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, auch

wenn fast die Hälfte von ihnen nicht niedergelassen ist. Dies führt zu zahlreichen Problemen, die den Beitrag der Psychotherapeuten zur Gesundheitsversorgung und ihr Wirken in psychosozialen Kontexten viel zu sehr einschränken. Hierzu gehören u. a., dass ihre Approbation im institutionellen Kontext nicht anerkannt und nicht honoriert wird, dass sie nur über eingeschränkte Befugnisse verfügen, etwa bei der Verordnung von Heilmitteln, der Krankenhauseinweisung oder dem Ausstellen von AU-Bescheinigungen, dass sie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht präventiv tätig werden dürfen und dass sie nur eingeschränkt Leitungsfunktionen, z. B. im Krankenhaus oder in Medizinischen Versorgungszentren, übernehmen können.

Entwicklung eines zukünftigen Berufsbildes

Die Erfahrungen seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes belegen den hohen gesellschaftlichen Nutzen der beiden neuen Heilberufe bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie haben aber auch eindrucksvoll gezeigt, dass psychotherapeutische Kompetenz weit über die begrenzten Tätigkeitsfelder des damaligen Berufsbildes hinaus gebraucht wird. Bei der ohnehin notwendigen Reform des Psychotherapeutengesetzes ist es also naheliegend, wenn nicht zwingend, das implizite Berufsbild von 1998 auf Erweiterungen zu überprüfen, die *aus Sicht der Versorgung* sinnvoll und wünschenswert sind, und das Berufsbild durch die Profession ausdrücklich neu zu formulieren.

Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und der Länderrat haben im vergangenen Jahr mit dieser Arbeit begonnen und in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe den ersten Entwurf eines Berufsbildes formuliert (s. Webbericht zum 22. DPT auf der Homepage der BPTK). Ziel ist dabei, ein erweitertes Berufsbild mit Blick auch auf künftige Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit zu entwerfen, das auf den Erfahrungen der letzten Jahre basiert und über das heutige

Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum hinausgeht.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten üben nach diesem Entwurf einen akademischen Heilberuf aus. Sie verpflichten sich der Förderung der psychischen Gesundheit der Menschen und der Gesellschaft sowie der Versorgung psychisch kranker Menschen unabhängig von Alter, sozialem Status, Geschlecht und Herkunft. Sie arbeiten eigenverantwortlich, dem Wohl des Individuums und der Gemeinschaft verpflichtet. Sie diagnostizieren, beraten und behandeln selbstständig und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Sie sind dabei sowohl in der kurativen wie auch palliativen Versorgung tätig, in der Rehabilitation und Beratung sowie in den verschiedenen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung. Kern des Berufsbildes bilden auch zukünftig die psychotherapeutischen Kompetenzen zur systematischen Gestaltung des Behandlungsprozesses in ambulanten, teilstationären und stationären sowie anderen institutionellen Versorgungsbereichen.

Daneben sind Psychotherapeuten aber u. a. auch ausgewiesene Experten für psychische Gesundheit, Berater zu vielfältigen Themen und Fragestellungen, Verantwortungsträger, Entscheider, Koordinatoren, Forscher, Lehrende, Lernende, Supervidierende und Sachverständige. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden auch in Zukunft die Experten für psychische Gesundheit und Krankheit sein. Dabei sollten sie entsprechend ihrer breiten Kompetenzen auch formal deutlich mehr Verantwortung tragen können als bisher.

Das Berufsbild einer Profession sollte nicht „von oben“ vorgegeben, sondern in den kommenden Monaten von der Profession weiter präzisiert werden. Hierzu werden auf Landes- und Bundesebene Diskussionen der Berufsangehörigen auch unter Beteiligung externer Ratgeber angeregt werden, über die im Psychotherapeutenjournal berichtet wird. Im Namen des Redaktionsbeirats möchte ich auch die Leserinnen und Leser einladen, sich über Leserbriefe an dieser Diskussion zu beteiligen.

In einem zweiten Schritt soll aus dem Berufsbild abgeleitet werden, welche Kompetenzen im Sinne von psychotherapeutischem Wissen sowie klinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen von Aus- und Weiterbildung erwerben und über welche professionellen Einstellungen und Haltungen sie mit der Approbation verfügen sollen. Auf dieser Grundlage kann und wird die Profession dann entscheiden, wie die angestrebten Kompetenzprofile realisiert werden können – wie bisher durch eine postgraduale Ausbildung oder zukünftig durch eine Direktausbildung zum Erwerb der Approbation, verbunden mit einer anschließenden Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde.

Literatur

- Bundesagentur für Arbeit (2012). *Berufenet Steckbrief Psychologische/r Psychotherapeut/in*. Verfügbar unter: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/docroot/r1/blobs/pdf/bkb/8730.pdf> [14. Mai 2013].
- Evans, M., Bräutigam, C. & Hilbert, J. (2013). Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Bildungspolitik. *WISO direkt. Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

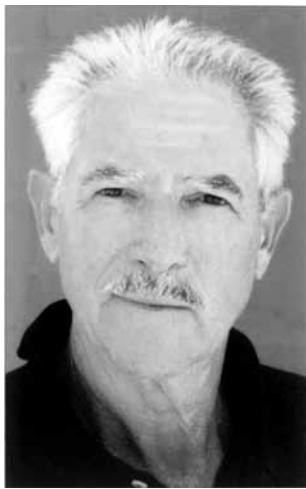


Prof. Dr. Rainer Richter

Präsident der
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
info@bptk.de

„Ein Stern ist erloschen“ – Nachruf auf Daniel N. Stern

Christiane Ludwig-Körner



Daniel Norman Stern, geboren am 16. August 1934, New York City/Manhattan, verstorben am 12. November 2012 in Genf (Foto: Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Brandes & Apsel Verlages)

Als ich die frühen Veröffentlichungen von Stern las, war ich wie elektrisiert. Selten hatte ich so viele Anregungen erhalten und zugleich erleben können, wie sich meine eigenen Beobachtungen und Erfahrungen in den Darstellungen eines anderen Wissenschaftlers widerspiegelten. Die ausgewogene Mischung einer fundierten psychoanalytischen Entwicklungstheorie mit konkreten Überlegungen zur Anwendung in der Praxis faszinierte mich.

1991, als ich Stern das erste Mal persönlich bei einem Workshop der René Spitz Gesellschaft zum Thema „The Sense of Self, Development, Pathology, Treatment“ begegnete, bestätigte sich für mich der Eindruck, „ein Stern sei aufgegangen“. In seinem Vortrag nahm er nicht nur sein psychoanalytisches Konzept der Selbstentwicklung zum Gegenstand, sondern es

gelang ihm auch, seine Auffassung über das Selbst, das sich nur in der Bezogenheit entwickelt, unmittelbar im Auditorium erlebbar zu machen. Es war ein Fachvortrag und gleichzeitig in seiner Lebendigkeit wie ein Tanz mit dem Publikum. Erst im Nachhinein verstand ich, dass sich ein *now moment* hergestellt hatte, etwas, über das Stern später in seinem Buch „Der Gegenwartsmoment“ (2004/2005) schrieb – mit der ihm eigenen Vitalität und Kreativität, mit der er andere anzustecken vermochte.

Daniel N. Stern wuchs in einem intellektuell-künstlerischen Elternhaus auf, mit beruflich und gesellschaftlich sehr engagierten Eltern. Sein Großvater väterlicherseits hatte aus politischen Gründen mit zweien seiner Brüder Russland verlassen. Ein in Russland verbliebener Bruder, ein überzeugter Kommunist, war Mitarbeiter von Iwan Pawlow und übernahm nach dessen Emeritierung die Forschungsabteilung. Einer der emigrierten Brüder, ein vehementer Verfechter des Anarchismus, gab später in New York eine anarchistische Zeitung heraus; ein weiterer Bruder war Sozialist und leitete in New York die Sozialistische Partei; der dritte war Jurist. Daniel N. Sterns Vater war ebenfalls Jurist, der im kaufmännischen Bereich arbeitete, seine Mutter war Schriftstellerin.

Stern begann 1956 seine medizinische Ausbildung in Harvard und absolvierte sein Medizinexamen am Albert Einstein College für Medizin. Nach psychopharmakologischen Forschungen am National Institute of Health in Bethesda wandte er sich der Psychiatrie an der Columbia University College of Physicians and Surgeons zu und begann 1972 mit einer psychoanalytischen

Ausbildung am Center for Psychoanalytic Training and Research an der Columbia University. Er war Professor für Psychiatrie am Weill Cornell Medical College, wo er von 1977 bis 1987 die Forschungsabteilung für Entwicklungsprozesse leitete. Er war Dozent am Center for Psychoanalytic Training and Research der Columbia University und Honorarprofessor an der Fakultät für Psychologie der Universität Genf. Von 1983 bis 2012 war er der Direktor und Vorstand des Sackler Lefcourt Center for Child Development. Daniel N. Stern erhielt 1999 zusammen mit Paul Parin den Internationalen Sigmund-Freud-Preis für Psychotherapie, den die Stadt Wien verleiht.

Brückenbauer zwischen Theorien

Es ist anzunehmen, dass sein Interesse am Verständnis für die innere Welt von Kindern an eigene Kindheitserfahrungen im Krankenhaus anknüpft. Als Zweijähriger musste er für etwa fünf Monate in ein Spital. Er war mit einem tschechisch sprechenden Kindermädchen aufgewachsen, sodass er tschechisch, aber kaum englisch sprach. Da er nicht verstand, was im Krankenhaus mit ihm geschah, wurde er, wie er selbst meinte, notgedrungen ein Beobachter, der ganz darauf angewiesen war, zu beobachten, wie Menschen sich verhalten, was sich in ihren Gesichtern zeigt, wie sie sich bewegen, welche Ausstrahlung von ihnen ausgeht und wie ihre Stimme klingt.

Hier wurde das Fundament für seine spätere empirische Säuglingsforschung gelegt, bei der Mutter-Kind-Interaktionen sehr genau beobachtet werden. Im Vor-

wort seines Buches „Die Lebenserfahrung des Säuglings“ (1985/1992), beschreibt er, wie er als Siebenjähriger erlebte, dass Erwachsene Kleinkinder nicht verstanden, während er selbst noch beide verstand. Ich war „in einem Übergangsalter (...), noch ‚zweisprachig‘ und fragte mich, ob ich diese Fähigkeit mit zunehmendem Alter zwangsläufig verlieren würde“ (S. 10). Glücklicherweise hat er sie nicht verloren, sondern ist ein „Brückenbauer“ zwischen Generationen und Theorien geworden.

In seiner Offenheit war es für ihn selbstverständlich, auch mit Forschern unterschiedlicher theoretischer Richtungen zusammenzuarbeiten und sich auch mit klassischen psychologischen Theorien auseinanderzusetzen, wie denen von Piaget und vor allem mit der Gestalttheorie bzw. den auf sie aufbauenden Ansätzen wie Autopoiesis und Systemtheorie.

Anregungen zu seinen Forschungsaktivitäten erhielt er durch die Möglichkeit, eine Weile an den Sitzungen des Mitarbeiterstabes von Margret Mahler teilnehmen zu können, sowie durch die Forschergruppe mit Katherine Nelson, Jerome Bruner, John Dore, Carol Feldman und Rita Watson, die sich mit Sprachentwicklung befassten. Als dritte Anregungsquelle nannte er selbst

die Seminare, die Robert Emde und Arnold Sameroff am Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences anregten, aber auch Alan Sroufe und viele andere mehr (Ludwig-Körner, 1992, S. 297ff.). Seine Theorie zur Entwicklung des Selbst beruht vor allem auf Direktbeobachtungen von Säuglingen und ihren Interaktionen mit ihren Bezugspersonen.

Er gab nicht nur viele Anstöße in der Säuglingsforschung, sondern vor allem für die präventive und psychotherapeutische Arbeit. Für Eltern-Säuglings-Kleinkindpsychotherapeuten, wie sie zuerst am Familienzentrum Potsdam und jetzt zusammen mit der Berliner Psychotherapeutenkammer an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin stattfinden, ist eine Arbeit ohne seine Erkenntnisse kaum vorstellbar. Seine Werke „Mutter und Kind. Die erste Beziehung“ (1977/1979), „Die Lebenserfahrung des Säuglings“ (1985/1992) und „Die Mutterschaftskonstellation“ (1995/1998) gehören zur Pflichtlektüre, ebenso wie sein Versuch, die ersten Lebenserfahrungen aus der Sicht eines Säuglings zu beschreiben („Tagebuch eines Babys“, 1990/1993). Er schrieb über hundert wissenschaftliche Beiträge, malte, schrieb Gedichte und war mit vielen bedeutenden Künstlern befreundet, wie dem Choreo-

graphen Jerome Robbins oder dem Regisseur, Theaterautor, Maler, Bühnenbildner, Videokünstler und Architekten Robert Wilson, den er zu seiner siebenstündigen *silent opera* „Deafman Glance“ inspirierte.

Für Stern ist die entwicklungspsychologische Forschung über die Sprünge in der kindlichen Selbstentwicklung, vor allem über die Entstehung des *narrative self*, sehr wichtig, auch für die Psychoanalyse. Eine Ablehnung der experimentellen Kleinkindforschung ist ihm unverständlich, denn die „Daten“, mit denen die Psychoanalyse arbeite, seien zwar ausschließlich Narrationen, aber es sei lediglich jeweils der Kontext verschieden, in welchem diese Daten gewonnen würden. Seiner Meinung nach werde damit die epistemologische Lücke zwischen den beiden Forschungskonzeptionen geschlossen, auch wenn die zugrunde liegenden Theorien unterschiedlich blieben und die Interpretation der gewonnenen Daten von der jeweiligen Theorie abgeleitet würde.

In der Begegnung im Jetzt gelingt die Verständigung

In seinen späteren Jahren interessierte ihn vor allem, wie die Erkenntnisse aus der

Zitierte und weitere wichtige Werke von Daniel N. Stern

Stern, D. N. (1979). *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1977: *The First Relationship: Mother and Infant*)

Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1985: *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*)

Stern, D. N. (1993). *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt*. München: Piper. (Original erschienen 1990: *Diary of a Baby*)

Stern, D. N. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1995: *The Motherhood Constellation*)

Stern, D. N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel. (Original erschienen 2004: *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*)

Stern, D. N. (2011). *Ausdrucksformen der Vitalität: Die Erforschung dynamischen Erlebens in Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und den Künsten*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel. (Original erschienen 2010: *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*)

Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P. & Sander, L. W. (The Boston Change Process Group) (2012). *Veränderungsprozesse: Ein integratives Paradigma*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel. (Original erschienen 2010: *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*)

Stern, D. N. & Bruschweiler-Stern, N. (2000). *Geburt einer Mutter. Die Erfahrung, die das Leben einer Frau für immer verändert*. München: Piper. (Original erschienen 1998: *The Birth of a Mother*)

Kleinkindforschung in die Behandlung Erwachsener zu integrieren seien. Wie ich aus eigenen Erfahrungen, aber auch durch die Ausbildung vieler Eltern-Säuglings-Kleinkindpsychotherapeuten weiß, verändert sich die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen, wenn der Psychotherapeut im erwachsenen Patienten dessen frühe kindliche Erfahrungen im Aktuellen erspürt, die Residuen wiedererlebt und in der therapeutischen Beziehung durcharbeiten kann.

In seinen Mutter-Kind-Beobachtungen hatte Stern feststellen können, wie präzise sich Mutter und Säugling in der Aktualität der Begegnung aufeinander abstimmen müssen. Auch Psychotherapeut und Patient suchen die mehr oder weniger gelingende Beziehungsabstimmung – analog der Feinabstimmung zwischen Mutter und Kind. Misslingt die „Passung“, so müssen sie daran miteinander arbeiten, bis sich

Momente der unmittelbaren Begegnung herstellen. Interaktionen, in denen sich beide unmittelbar in ihrem Erleben im Jetzt befinden und begegnen, sind kleinste abgeschlossene Einheiten des Geschehens, die von Stern „Gegenwartsmoment“ (*now moment*) genannt werden. Dabei spielen die Gestik oder Stimmelmelodie sowie die darin enthaltenen Vitalitätsausdrücke eine bedeutsame Rolle. Wie er bereits in seinem Werk „Die Lebenserfahrung des Säuglings“ schrieb, handelt es sich dabei um ein dynamisches Zueinander, in dem sich seelische Inhalte vermitteln, wie sie sich auch in der Musik und dem Tanz ausdrücken.

Freunde von Daniel N. Stern meinen, dass ihm die vor dem Hintergrund seiner Biografie entwickelten Konzepte vor allem des Vitalitätserlebens und Gegenwartsmoments geholfen hätten, trotz seiner schweren Erkrankung so lange und vital am Le-

ben teilnehmen zu können, bis er am 12. November 2012 doch seiner Herzerkrankung erlag.

Er hinterlässt neben seiner Frau Nadia Bruschweiler-Stern, einer Ärztin, mit der er das Buch „Geburt einer Mutter“ (1998/2000) geschrieben hat, drei Töchter, zwei Söhne und zwölf Enkelkinder.

Literatur

Ludwig-Körner, C. (1992). *Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner

Internationale Psychoanalytische
Universität (IPU)
Stromstraße 3
10555 Berlin
christiane.ludwig-koerner@ipu-berlin.de

Leib und Lebensraum – Das eingebettete Selbst in der Psychotherapie

Thomas Fuchs

Zusammenfassung:¹ Auf der Grundlage der phänomenologischen Psychologie wird eine Konzeption des Lebensraums als Gesamtheit der leiblichen und sozialen Beziehungen entwickelt, in die das Individuum eingebettet ist. Der Lebensraum kann so auch als die ökologische Nische einer Person betrachtet werden, die durch ihren fortwährenden Austausch mit der Umwelt gebildet wird. Psychische Störungen lassen sich dann als Einschränkungen dieses Lebensraums auffassen, die den Austausch mit der Umwelt hemmen. Unbewusste dysfunktionale Muster des Erlebens und Verhaltens wirken als „blinde Flecken“ oder „Krümmungen“ im Lebensraum, die zu typischen Verzerrungen führen und die Möglichkeiten der Klientin oder des Klienten² weiter einschränken. Die Aufgabe der Psychotherapie besteht demzufolge darin, den Lebensraum eines Klienten zu erforschen und zu verstehen, um seinen Möglichkeitshorizont wieder zu öffnen. Der hauptsächliche Wirkfaktor ist dabei das interaktive Feld der Psychotherapie, das sich als eine „Horizontverschmelzung“ zwischen der Welt des Klienten und der des Psychotherapeuten beschreiben lässt.

Einleitung

Meine Überlegungen knüpfen sich an Theorien des Selbsterlebens, die gegenwärtig zunehmende Bedeutung für die Kognitionswissenschaften, für die Psychologie und Psychotherapie erhalten – nämlich die des verkörperten, des eingebetteten und des enaktiven Selbst (*embodied, embedded, enactive self*; vgl. etwa Varela, Thompson & Rosch, 1991; Gallagher, 2005; Thompson, 2007). In ihren verschiedenen Spielarten ist ihnen gemeinsam, dass sie den traditionellen Dualismus von Geist und Körper ebenso zu überwinden versuchen wie den bislang meist auf ihn folgenden Reduktionismus. Verkörperte und handlungsbezogene Ansätze betrachten Subjektivität, Bewusstsein und Selbstsein weder als eine unabhängige Sphäre des Geistes noch als ein bloßes Begleitprodukt von Gehirnprozessen, sondern vielmehr als Manifestation von Lebensprozessen, die immer den gesamten Organismus in Verbindung mit sei-

ner Umwelt einbeziehen. Das Gehirn erscheint in solchen Konzeptionen nicht mehr als der Produzent des Subjekts oder Konstrukteur der Welt; stattdessen wird es zu einem Vermittlungsorgan für die ökologischen Beziehungen von Organismus und Umwelt, sei es in den vitalen Austauschprozessen, die der Homöostase des Organismus dienen, sei es in den Funktions- oder Gestaltkreisen von Wahrnehmung und Bewegung oder sei es schließlich in den interpersonalen Beziehungen des Menschen zu seiner sozialen Umwelt (Fuchs, 2012).

Diesen drei „e-Ansätzen“ wäre noch ein vierter hinzuzufügen, nämlich für „*existential*“. Denn damit lässt sich nun leicht die Brücke schlagen zur Tradition der phänomenologischen Anthropologie in der Medizin und der Psychiatrie, die ja schon lange einen dritten Weg zwischen Dualismus und Reduktionismus sucht – einen Weg, der von unserer lebensweltlichen Erfahrung ausgeht und sie gegenüber naturwis-

senschaftlichen Reduktionen wieder in ihr Recht setzt. Der phänomenologische Ansatz sieht in den Kategorien der Leiblichkeit, der Räumlichkeit, der Intersubjektivität und des In-der-Welt-Seins die grundlegenden Weisen der Existenz. Für die psychosoziale Medizin eröffnet er eine Sichtweise, die psychisches Kranksein weder in verborgenen Windungen des Gehirns noch in dunklen Kammern der Seele lokalisiert, sondern primär in der Welt des gemeinsamen Lebens mit anderen, in der *Lebenswelt* – und dies ist zugleich die einzige Welt, in der die Psychotherapie ihre Wirkung entfalten kann.

Die phänomenologische Psychopathologie hat in vielen Analysen gezeigt, wie sich psychisches Kranksein in Veränderungen der Leiblichkeit, des gelebten Raums und der persönlichen Welt eines Patienten insgesamt manifestiert. Der Raum der Möglichkeiten und Relevanzen schrumpft, die vertraute Umgebung wird fremd, Menschen und Dinge rücken in Distanz, die Beziehungen zu anderen sind beeinträchtigt. „Der Patient ist krank, das heißt, seine Welt ist krank“, wie van den Berg es ausgedrückt hat (1972, S. 46). In diesem Sinn ist die Krankheit nicht im Patienten zu lokalisieren, sondern umgekehrt, der Patient ist gewissermaßen „in seiner Krankheit“, auch

1 Dieser Artikel entstand aus dem Vortragsmanuskript zum gleichnamigen Vortrag des Autors bei der Konferenz „Philosophie und Psychotherapie“ am 27. Oktober 2012 in München.

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

wenn sich ihre somatischen Komponenten innerhalb seines Körpers und Gehirns lokalisieren lassen. Die Psyche ist keine Innenwelt, die es zu erforschen gilt, sondern sie ist außen, eingebettet und ausgedehnt in die Welt. Ebenso sind psychische Störungen keine inneren Prozesse, sondern Störungen der Kommunikation und Beziehung zur Welt. Phänomenologisch orientierte Psychiater und Psychotherapeuten werden daher weniger innere Zustände oder Hirnzustände ihrer Patienten zu beeinflussen versuchen als vielmehr ihre Weise, mit anderen zu leben und ihr Leben zu gestalten – also ihren „gelebten Raum“ im weitesten Sinne; und sie werden dazu besonders die unmittelbare Erfahrung im Raum der therapeutischen Beziehung nutzen.

Im Folgenden werde ich zunächst den phänomenologischen Begriff dieses gelebten Raums oder *Lebensraums* erläutern. Auf dieser Grundlage lassen sich dann psychische Erkrankungen als unterschiedliche Formen der *Einschränkung* des Lebensraums charakterisieren. Von besonderer Bedeutung ist dabei ein phänomenologischer Zugang zum Problem des Unbewussten, das ich nicht mehr im traditionellen Sinn als eine innere Kammer der Seele auffasse, sondern als eine bestimmte Weise des Lebens ohne volles Bewusstsein – gewissermaßen als einen „blinden Fleck“ im gelebten Raum. Im letzten Abschnitt werde ich das interaktive Feld der Psychotherapie als eine partielle Horizontverschmelzung der Welten des Patienten und des Psychotherapeuten beschreiben. Diese Verschmelzung erweitert den gelebten Raum des Patienten und hilft ihm damit, auch seine Beziehungen mit anderen neu zu gestalten.

1. Die persönliche Welt und der Lebensraum

Worum geht es in der Phänomenologie? – Die Phänomenologie untersucht, kurz gesagt, wie sich die Erfahrung und die erfahrene Welt für ein Subjekt konstituiert, wie die jeweilige Beziehung von Subjekt und Welt beschaffen und zu beschreiben ist. Zentrale Aspekte dieser Analysen sind

der Leib, der Raum, die Zeit und die Beziehungen zu anderen. Die phänomenologische Psychopathologie erforscht Abwandlungen dieser Erfahrungsstrukturen, die sich nicht durch empirische Daten aus der Perspektive der 3. Person erfassen lassen: Wie ist die Welt des Patienten beschaffen? Wie ist es, depressiv zu sein? Wie verändern sich Zeit und Raum für den manischen Patienten? Wie erscheint die Welt einem schizophrenen, einem zwanghaften, einem suizidalen Menschen?

„Welt“ meint freilich nichts Äußeres im Gegensatz zu einem Inneren, die Außen- gegenüber der Innenwelt, sondern das Ganze menschlichen Lebens im Sinne des umfassenden *Bedeutungszusammenhangs*, in dem sich alles menschliche Erleben, Denken und Handeln bewegt. Solche Zusammenhänge sind einerseits kollektiver Natur: So sprechen wir etwa von der Welt des Kindes, der Welt des Bauern, der Welt des Mittelalters usw. Andererseits lebt jeder Mensch, auch wenn sich in ihm verschiedene solcher Welten kreuzen, in seiner individuellen, selbst gestalteten Welt. Subjekt und Welt konstituieren sich wechselseitig, ja das Subjekt *ist* in gewissem Sinn zugleich seine Welt. Um einen Menschen zu verstehen, muss man daher seine Welt betreten und sich den *Horizont* vergegenwärtigen, vor dem all seine Handlungen und Verhaltensweisen ihre Bedeutungen gewinnen – auch wenn diese Bedeutungen vom Normalen abweichen wie in psychischen Krankheiten.

Ich will nun die phänomenologische Konzeption des *Lebensraums* in den Vordergrund stellen, auch wenn andere Kategorien wie Zeitlichkeit und Intersubjektivität zweifellos von ebenso grundlegender Bedeutung für die Psychopathologie und Psychotherapie sind. Der Begriff des Lebensraums geht u. a. auf Kurt Lewins „topologische“ oder „Feldpsychologie“ zurück (Lewin, 1934, 1969) und wurde später in der ökologischen Psychologie und Psychotherapie wieder aufgegriffen (Kruse & Graumann 1978; Graumann, 1990; Willi, 1996). Ich verstehe darunter die Gesamtheit des von einer Person präreflexiv gelebten und erlebten Raumes mit seinen Situationen, Bedingungen, Wirkungen und Möglichkeiten – also den Aktions- und Beziehungs-

raum eines leiblichen Subjekts im weitesten Sinn (Fuchs, 2000a, S. 303ff.).

Dieser Raum ist nicht homogen, sondern zentriert um die Person und ihren Leib. Er ist charakterisiert durch *Qualitäten* wie Nähe oder Distanz, Enge oder Weite, Verbindung oder Trennung, Erreichbarkeit oder Unerreichbarkeit, und er ist strukturiert durch physische oder symbolische *Grenzen*, die der Bewegung elastischen oder starren Widerstand entgegensetzen können. Daraus ergeben sich mehr oder weniger deutlich abgegrenzte *Bereiche* wie etwa der persönliche Nahraum um den eigenen Körper, das beanspruchte Territorium (Eigentum, Wohnung), die Einfluss-sphäre, Verbots- oder Tabuzonen usw. Ferner wird der gelebte Raum durchdrungen von „*Feldkräften*“ oder „*Vektoren*“, in erster Linie anziehender oder abstoßender Art (Attraktion/Aversion). Konkurrierende attraktive oder aversive Kräfte im Lebensraum führen zu typischen Konflikten (Appetenz-Aversion, Appetenz-Appetenz usw.). Sie können als entgegengesetzte Möglichkeits- oder Bewegungsrichtungen betrachtet werden, die sich einem Menschen bieten. Somit weist der Lebensraum entsprechend den jeweiligen Motiven und Potenzialen einer Person unterschiedliche Bedeutsamkeiten, „*Relevanzen*“ oder „*Valenzen*“ auf. In Analogie zum physikalischen Feld treten auch im Lebensraum „*Gravitationswirkungen*“ oder „*Ausstrahlungen*“ auf, verursacht etwa durch den Einfluss bedeutsamer Personen oder einer dominierenden Gruppe; und es bestehen gleichsam unsichtbare „*Krümmungen*“ des Raums, die eine gerade bzw. spontane Bewegung verhindern. Das können etwa Tabuzonen für den Anankasten oder Vermeidungszonen für den Phobiker sein.

Man kann nun den Lebensraum einer Person auch als ihre „ökologische Nische“ bestimmen. Entsprechend der biologischen Nische, dem Biotop oder Habitat, bezeichnet dieser Begriff dann den jeweiligen Ausschnitt aus der physischen und sozialen Umgebung einer Person, der mit ihren Wahrnehmungs- und Handlungsbereitschaften, Motivationen und Intentionen korrespondiert. Die persönliche Nische umfasst somit alle belebten oder unbelebten Objekte, mit denen eine Person in ak-

tivem Austausch steht und auf die sie Einfluss ausübt – Familie, Nachbarn, Arbeitskollegen, Wohnung, Arbeitsplatz, Arbeitsprodukte etc. Zwischen den Äußerungen und Handlungen einer Person und den Reaktionen ihrer Umgebung besteht eine fortlaufende kreisförmige Rückkoppelung, die ich mit einem Begriff von Jürg Willi als „beantwortetes Wirken“ bezeichnen möchte (Willi, 1996, 1999). Leitend ist dabei die Annahme, dass die Person grundsätzlich eine Umgebung für sich sucht und gestaltet, die auf ihre Äußerungen antwortet und für ihre Potenziale die geeigneten Valenzen zur Verfügung stellt. Die Fähigkeit einer Person, auf die Reize und Anforderungen ihrer Umwelt, insbesondere auf die Ansprüche anderer adäquat zu antworten, lässt sich mit einem Begriff von Bernhard Waldenfels (1998) als ihre „Responsivität“ bezeichnen.

Im Allgemeinen versucht das Individuum, eine wechselseitige Responsivität oder „Ko-respondenz“ mit seinen Partnern herzustellen (Willi, 1999). Die intensivste Resonanz finden Menschen dabei in ihren familiären oder Partnerbeziehungen. Durch die Wahl einer bestimmten Umgebung oder Nische mit ihren spezifischen Antworten wird die Person indirekt zum Produzenten ihrer eigenen Entwicklung. Menschen beeinflussen ihren Lebenslauf und lenken ihre Entwicklung, indem sie ihre Umwelt gestalten und auf sie wirken, die wiederum entsprechend auf sie reagiert. Der Lebenslauf entwickelt sich als ein zirkulärer Prozess, der durch das eigene Wirken ebenso wie die Antworten der Umgebung bestimmt wird.

Fassen wir zusammen: Die Begriffe des Lebensraums und der persönlichen Nische bringen zum Ausdruck, dass Subjekt und Welt nicht getrennt voneinander bestehen, sondern einander konstituieren. Die Frage „Wer bin ich?“ ist nicht zu trennen von der Frage „Wie ist die Welt beschaffen, in der ich lebe?“. Diese Welt ist wesentlich sozialer Natur: Responsivität und Korrespondenz prägen die interpersonelle Struktur des Lebensraums. Freilich ist Raum, den eine Person in diesem Sinn bewohnt, nicht unmittelbar sichtbar. Wir sehen nicht die Nähe oder Distanz, die die Dinge oder Menschen für sie ha-

ben, wir nehmen nicht die Räume und Perspektiven wahr, die sie anziehen, die Barrieren, die sie ängstigen, oder die Kräfte, die wie magnetische Feldlinien ihre Wege bestimmen. Um einen anderen Menschen zu verstehen, müssen wir gleichwohl Kenntnis von seiner vertrauten Umwelt und Wirkungssphäre gewinnen. Es ist ein wesentliches Ziel phänomenologischer Psychotherapie, in diesem Sinn in die Welt des Patienten einzutreten und sie bis zu einem gewissen Grad mit ihm zu teilen.

2. Psychische Krankheit als Einschränkung des gelebten Raums

Auf der dargestellten Basis können wir nun psychische Störungen als unterschiedliche Formen der *Einengung* oder *Einschränkung* des Lebensraums einer Person betrachten, das heißt als Einschränkungen ihres Horizonts von Möglichkeiten des Wahrnehmens, Fühlens, Vorstellens, Handelns und vor allem des Umgangs mit anderen. Psychische Krankheiten resultieren häufig aus *Störungen des beantworteten Wirkens*, etwa aufgrund einer Trennung von bedeutsamen Anderen, eines Verlusts wichtiger Aufgaben und Rollen oder allgemeiner: eines Missverhältnisses zwischen den Potenzialen der Person und den Valenzen ihrer Umgebung. Einmal ausgelöst, hemmen psychische Krankheiten ihrerseits das beantwortete Wirken des Patienten, sie verringern seine Responsivität und schließen ihn in seinen eigenen, „egozentrischen“ Raum ein.

Um ein Beispiel zu geben: Menschen mit einer „Typus Melancholicus“-Persönlichkeit, die zu schweren Depressionen neigen (Tellenbach, 1983), verfügen in der Regel nur über einen eng umschränkten Lebensraum. Sie sind überidentifiziert mit den räumlichen Grenzen ihrer Wohnung ebenso wie mit ihren sozialen Rollen, ihren Verpflichtungen im Beruf und in den privaten Beziehungen (Kraus, 1977, 1988). Sie leben gleichsam unter einem fortwährenden Normalisierungsdruck, und ein Zurückbleiben hinter diesen rigiden Selbstansprüchen kann eine depressive Erkrankung

zur Folge haben. Ist der Möglichkeitshorizont der Patienten also schon primärpersönlich reduziert, so kommt es in der Depression selbst zu einer Restriktion des Leibes (psychomotorische Hemmung, Einengung, Antriebsverlust) und zum Verlust der emotionalen Resonanz, also zu einer tiefgreifenden Störung der Responsivität und des Austauschs mit der Umwelt (Fuchs, 2000b, 2001).

Ein anderes, eher entgegengesetztes Beispiel: Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind stark beeinträchtigt in ihrer Fähigkeit, stabile, verlässliche Beziehungen und Rollenidentitäten auszubilden. Sie sind also kaum in der Lage, sich eine konstante ökologische Nische zu schaffen. Stattdessen wird ihr gelebter Raum durchkreuzt von intensiven affektiven Impulsen – attraktiven und repulsiven Vektoren –, von denen sie hin und her gerissen werden. Das führt zu einer Instabilität und Fragmentierung des Lebensraums, mit meist zahlreichen abgebrochenen Beziehungen, Projekten und Berufswegen. Borderline-Patienten finden keinen tragenden Grund und kein stabiles Zentrum ihrer Existenz. In ähnlicher Weise ließen sich auch andere psychopathologische Verfassungen als Störungen des Lebensraums beschreiben (vgl. Fuchs, 2000b).

Zur Phänomenologie des Unbewussten

Von der Konzeption des gelebten Raums her eröffnet sich auch ein phänomenologisches Verständnis des Unbewussten, das für die Psychotherapie von besonderer Bedeutung ist. Die Problematik herkömmlicher psychodynamischer Theorien des Unbewussten als eine Art Kellergeschoss der Seele, in dem finstere Geheimnisse, Bilder und Wünsche verborgen sein sollen, ist wohl bekannt. Solche Konzeptionen basierten letztlich auf einem cartesianischen Modell der Psyche als eine Art von innerem Behälter für Abbilder und Erinnerungen der äußeren Realität, die introjiziert, als „Objektrepräsentanzen“, „Imagines“ usw. internalisiert und so zu jeweils eigenen Entitäten verdinglicht wurden, um als solche die helleren oder dunkleren Kammern der Psyche zu bevölkern. Diese Kammern wurden ihrerseits verdinglicht

und erhaltenen Namen wie Ich, Unbewusstes, Über-Ich usw.

All dies ist von Phänomenologen immer wieder vehement kritisiert worden (z. B. Binswanger, 1957; May, 1964; Hersch, 2003). Auf der anderen Seite hatte es die Phänomenologie, die sich ja primär als Wissenschaft des Bewusstseins verstand, bis heute schwer, eine alternative Theorie des Unbewussten zu entwickeln. Jedenfalls ist das Unbewusste aus phänomenologischer Sicht kein innerpsychischer Ort oder Raum, der atomistische, dingartige Entitäten beherbergt. Nicht fixierte „Objekte“ oder Erinnerungen sind unbewusst, sondern vielmehr Bereitschaften, Tendenzen und Potenziale im Leben einer Person. Ein phänomenologischer Ansatz wird das Unbewusste daher eher im Lebensvollzug aufsuchen, also in der impliziten Weise, wie der Patient lebt und sich verhält, und vor allem, wie er *nicht* lebt. Dieser Ansatz konvergiert mit Ergebnissen der neueren Gedächtnisforschung zur zentralen Bedeutung des *impliziten* oder prozeduralen Lernens, das unseren gewohnten Verhaltens- und Handlungsweisen im Alltag ebenso zugrunde liegt wie unseren unbewussten *Vermeidungen* von Handlungen (Schacter, 1999; Fuchs, 2000c).

In eine ähnliche Richtung zielte bereits die phänomenologische Interpretation der unbewussten Nachwirkung eines Traumas, die der französische Phänomenologe Merleau-Ponty gegeben hat. Das Verdrängte gleicht, so Merleau-Ponty, dem Phantomglied bei Amputierten, insofern es eine „Leerstelle“ der Subjektivität darstellt (Merleau-Ponty, 1965, S. 111). Es ist gleichsam das Negativ einer vergangenen, aber unbewältigten Erfahrung, das sich unbemerkt jeder neuen Situation überschiebt und damit den Traumatisierten in einer immer noch gegenwärtigen Vergangenheit festhält. „Die Traumaerfahrung wahrt ihren Bestand nicht in Gestalt einer Vorstellung des objektiven Bewusstseins und als datierbares Vorkommnis, *vielmehr ist es ihr wesentlich, nur fortzuleben in einem Stil des Seins und in einem gewissen Grade von Allgemeinheit*“ (ebd., S. 108).

Dem impliziten oder leiblichen Gedächtnis gehört also das an, was sich „hinter dem

Blick verbirgt“ und nur in einem allgemeinen „Stil“ der Existenz, nicht als explizierbare Erinnerung fortlebt, und dazu zählen auch traumatische Erfahrungen. Unbewusste Fixierungen gleichen, so können wir diesen Gedanken weiterführen, bestimmten Verzerrungen oder Einschränkungen im Möglichkeitsraum einer Person, hervorgerufen durch eine implizit immer noch gegenwärtige Vergangenheit, die sich dem Fortgang der Lebensbewegung verweigert. Deren Spuren sind freilich nicht in einer psychischen Innenwelt verborgen, sondern manifestieren sich vielmehr als „blinde Flecken“ oder Leerstellen im gelebten Raum: als die Muster, in die ein Mensch immer wieder hineingerät, die Handlungen, die er vermeidet, ohne es zu merken, die Räume, die er nicht betritt, die Lebensmöglichkeiten, die er nicht zu ergreifen, ja gar nicht zu sehen wagt. Solche Spuren werden also eher als „Negativ“ erkennbar, eben in Form der Hemmungen oder Unterlassungen, die für eine Person charakteristisch sind; sie können sich aber auch symbolisch oder leiblich aktualisieren, nämlich in psychosomatischen oder Konversionssymptomen.

Statt einer deterministischen Sicht des Unbewussten betont eine phänomenologische Sicht allerdings seinen offenen, prinzipiell zukunftsgerichteten Charakter. Denn das Unbewusste fixiert den Betroffenen zwar in der Vergangenheit, enthält aber doch zugleich seine künftigen Entwicklungsmöglichkeiten. Unbewusst sind gerade die Potenziale des Wahrnehmens und Handelns, die die Person *noch nicht* aktualisieren kann oder will: „Dieses Unbewusste ist nicht in unserem Innersten zu suchen, hinter dem Rücken unseres ‚Bewusstseins‘, sondern vor uns als Gliederung unseres Feldes. Es ist Unbewusstes dadurch, daß es nicht Objekt ist, sondern (...) es ist die Konstellation, aus der unsere Zukunft ablesbar ist.“ (Merleau-Ponty, 1986, S. 233) – Zukunft, insofern das Unbewusste bestimmte Möglichkeiten des Verhaltens und Vermeidens vorzeichnet.

Widerstand und Wiederholungszwang

Auf dieser Grundlage gebe ich nun eine kurze phänomenologische Interpretation

zweier zentraler psychodynamischer Konzepte, nämlich (1) der Abwehr bzw. des Widerstands und (2) des Wiederholungszwangs.

- (1) Die Wirkung eines emotionalen Traumas auf die Person lässt sich als eine spezifische Einengung ihres gelebten Raums auffassen, hervorgerufen von einer Vermeidungshaltung, die sie gegenüber gewissen ängstigenden Regionen oder „*repulsiven Räumen*“ einnimmt. Eine Analogie dazu stellt die körperliche *Schonhaltung* nach einer Verletzung dar: Instinktiv vermeidet man, das verletzte Glied gefährlichen Objekten auszusetzen und zieht es zurück („gebranntes Kind scheut das Feuer“). Dass dies meist unbewusst geschieht, beruht nicht auf der Verdrängung des Unfalls, sondern einfach auf einem unwillkürlichen leiblichen Lernprozess. Ähnlich erzeugt aber auch das psychische Trauma Vermeidungszonen und behindert so die freie Entfaltung der eigenen Möglichkeiten. Der gelebte Raum des Traumatisierten ist um diese Zonen herum gewissermaßen negativ gekrümmt: Sie sind zu Leerstellen oder „blinden Flecken“ geworden. Auch hier zeigt sich deutlich die *Intentionalität* des Unbewussten: Ein drohender Kontakt mit der Gefahrenzone wird auch ohne bewusste Wahrnehmung bereits antizipatorisch verhindert, weil es sinnvoll ist, den Stress und die Angst der Traumaerfahrung nicht immer wieder zu reaktivieren. Der Widerstand der psychodynamischen Theorie ist oft nichts anderes als die Manifestation einer solchen Vermeidungshaltung im Kontext der Psychotherapie.
- (2) Das entgegengesetzte Muster kann man im psychodynamischen Konzept des *Wiederholungszwangs* finden: Hier wird der Patient immer wieder in das gleiche dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster hineingezogen, auch wenn er gerade das zu verhindern versucht. Der gelebte Raum ist gewissermaßen „positiv gekrümmt“ um diese Regionen, d. h., sie üben eine implizite *Attraktion* aus. Wenn z. B. die frühen Erfahrungen einer Person durch missbrauchende und ge-

waltsame Beziehungen geprägt worden sind, wird die Spannbreite ihrer möglichen Beziehungen später sehr eingengt sein. Die Formen des Missbrauchs mögen variieren, aber dieses Thema wird die Beziehungskonstellationen der Person bestimmen. Ihre impliziten Verhaltensmuster werden sich im Sinne einer Selbsterfüllung ihrer Erwartungen auswirken und den vertrauten Typus von Beziehungen konstellieren. Damit ist das Unbewusste keine verborgene Kammer der Psyche, sondern es ist gleichsam in die Lebensweise der Person eingewoben, bis in ihr leibliches Verhalten hinein (Fuchs, 2006).

In ähnlicher Weise könnten auch andere psychodynamische Konzepte betrachtet werden, doch sollen die Beispiele genügen. Aus phänomenologischer Sicht, so zeigt sich, erscheint das Unbewusste nicht als eine in der Tiefe, „unter dem Bewusstsein“ angesiedelte, intrapsychische Realität, sondern es umgibt und durchdringt vielmehr das bewusste Leben, so wie in einem Bilderrätsel die ausgeblendete Figur dem Vordergrund unterlegt ist. Es ist ein Unbewusstes, das sich nicht in der *vertikalen* Dimension der Psyche verbirgt, sondern vielmehr in der *horizontalen* Dimension des gelebten Raums und in der „Zwischenleiblichkeit“ des konkreten Umgangs mit anderen. – Dies führt uns weiter zur Phänomenologie der psychotherapeutischen Interaktion.

3. Das interaktive Feld der Psychotherapie

Die Phänomenologie betrachtet psychische Erkrankungen nicht als etwas Innerseelisches, sondern als Veränderungen oder Störungen in der Leiblichkeit und Lebenswelt der Patienten, die in der Regel mit bestimmten Einschränkungen ihres Möglichkeitshorizontes einhergehen. Das Ziel der Behandlung wäre demnach, diesen Horizont wieder zu erweitern und die Freiheitsgrade des Patienten in seinem Lebensraum zu erhöhen. Das vorrangige Mittel dazu stellt aus phänomenologischer Sicht das interaktive Feld dar, das sich in

der Begegnung von Patient und Psychotherapeut eröffnet.

Gemäß den traditionellen Wirkungsmodellen versuchte die Psychotherapie, Veränderungen im Patienten hervorzurufen, etwa durch eine Restrukturierung seiner inneren Welt mittels kognitiver oder deutender Interventionen, die zu mehr Einsicht und dementsprechend zu angemesseneren Reaktionen auf seine Lebenssituation führen. Heute sehen wir in der Psychotherapie vor allem einen interpersonellen, auf zirkulären Interaktionen beruhenden Prozess, der sich mit einer Individualperspektive nicht erfassen lässt. Er impliziert eine gemeinsame Sinnkonstitution, die nicht als ein „Zustand im Kopf“ zu begreifen ist, sondern der *Ko-responzenz* oder dem „*Zwischen*“ von Patient und Psychotherapeut entspringt. Auf der Basis der Konzeption des gelebten Raumes können wir den interaktiven Prozess mit dem zentralen Begriff von Gadamer's Hermeneutik auch als eine „Verschmelzung der Horizonte“ von Patient und Psychotherapeut verstehen (Gadamer, 1972). Ihre phänomenalen Welten interagieren und verbinden sich zu einer emergenten, dyadischen Welt, die einen neuen Möglichkeitshorizont eröffnet. Zugleich werden unter der Beleuchtung des interaktiven Felds die blinden Flecken oder Leerstellen im Lebensraum des Patienten sichtbar. Eine maßgebliche Rolle in diesem Feld spielt die „Zwischenleiblichkeit“ als nonverbale, leibliche ebenso wie atmosphärische Dimension des therapeutischen Geschehens, die im Hintergrund der verbalen Interaktion bleibt, aber die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient eigentlich trägt (Fuchs, 2003).

Diese interaktive, dyadische Qualität der psychotherapeutischen Beziehung lässt sich jedoch im traditionellen Konzept von Übertragung und Gegenübertragung nicht zureichend erfassen. Diese Begriffe sind immer noch stark belastet von der Subjekt-Objekt-Trennung. Gefühle wurden in einer atomistischen Weise betrachtet, so als wären sie isolierte Entitäten, mit gewissen Energiebeträgen versehen und in der Lage, gespeichert, hin und her bewegt, von ihrem Objekt abgetrennt und auf eine andere Person projiziert zu werden. Damit

wurde die Übertragung zu einem Anachronismus: Gefühle und Abwehrfunktionen, die eigentlich einer vergangenen Person gelten, werden stattdessen auf eine gegenwärtige verlagert. Übertragung und Gegenübertragung wurden zwar auf den anderen projiziert, ohne ihn jedoch selbst zu erreichen, d. h., sie blieben in der Person, die sie erfährt. – Diese Verdinglichung von Gefühlen entspricht sicher nicht der interaktiven und emergenten Natur der tatsächlichen Phänomene. Ein Psychotherapeut, der sich nur als eine Projektionsfläche betrachtete, wäre in Gefahr, die Dimension der eigentlichen Begegnung zu verfehlen.

Ein Blick auf die Entwicklungspsychologie kann hier hilfreich sein. Die Säuglingsforschung hat gezeigt, dass nicht isolierte Bilder von anderen bzw. „Objekte“ im Gedächtnis niedergelegt werden, sondern vielmehr prozessuale Beziehungserfahrungen, Schemata dyadischer Interaktionen, die im sensorischen, motorischen und emotionalen Modus gespeichert werden. Von früher Kindheit an werden diese Schemata Teil des prozeduralen oder impliziten Gedächtnisses und bilden das, was Daniel Stern das „implizite Beziehungswissen“ (*implicit relational knowledge*, Stern, 1998b) genannt hat. Es enthält die erlernten Muster körperlich-emotionaler Interaktionen, die durch subtile Merkmale einer Situation aktiviert werden (Gesichtsausdruck, Gestik, Untertöne, atmosphärische Wahrnehmung). Man kann es auch als ein zeitlich organisiertes, gewissermaßen „musikalisches“ Gedächtnis für die Rhythmik, die Dynamik und die Untertöne auffassen, die in der Interaktion mit anderen mitschwingen. Damit erwirbt das Kind affektiv-leibliche Schemata des Umgangs mit anderen, „*schemes-of-being-with*“ (Stern, 1998a) oder *implizite Beziehungsstile*, die sein interpersonelles Verhalten organisieren und später auf andere Umgebungen übertragen werden. Sie prägen die Grundstrukturen des Beziehungsraums einer Person und erlangen damit auch zentrale Bedeutung für die Psychotherapie.

Diese Forschungsergebnisse stützen die Annahme, dass es weniger die explizite Vergangenheit ist, die im Zentrum des therapeutischen Prozesses steht, sondern

eher die implizite Vergangenheit, die das „prozedurale Feld“ der Beziehungen des Patienten unbewusst organisiert. Auch hier handelt es sich freilich um ein „phänomenologisches Unbewusstes“ im Sinne einer präreflexiven, unthematischen Grundstruktur der Erfahrung, also ganz verschieden von Freuds dynamischem Unbewussten. Dennoch haben die impliziten Beziehungsmuster auch in der psychoanalytischen Theorieentwicklung zunehmende Bedeutung erlangt und neue Modelle therapeutischer Veränderung auf der Basis eines „*moment-to-moment process*“ angeregt (Stern, 2004): Es ist das gegenwärtige interaktive Feld der psychotherapeutischen Beziehung, das die impliziten Muster sichtbar werden lässt, gleichsam wie Eisenspäne in einem Magnetfeld. Ihre Veränderung setzt voraus, dass sie im psychotherapeutischen Prozess aktiviert und erlebt werden. Nur dann können sie durch korrektive Erfahrungen wirksam überschrieben werden.

Hier ist die phänomenologische Einstellung besonders hilfreich. Denn die korrektive emotionale Erfahrung der Psychotherapie hängt nicht zuletzt davon ab, in welchem Maß der Psychotherapeut in der Begegnung mit dem Patienten seine eigene Weltsicht und seine Theorie „einzu-klammern“ vermag. Edmund Husserls „*Epoché*“ (Husserl, 1950), also das Aussetzen des Urteils und die Enthaltung von vorgefassten Ideen, kann helfen, den Raum für eine authentische Begegnung von Patient und Psychotherapeut freizumachen, ohne Störung durch die Metapsychologien der verschiedenen therapeutischen Schulen. Phänomenologisch orientierte Psychotherapeuten werden sich hüten, der Erfahrung des Patienten vorgefasste Bedeutungen zu unterschieben. Sie werden eher versuchen, soweit als möglich zu verstehen, wie es ist, der Patient zu sein, und zwar gerade anhand der eigenen Reaktionen auf sein Verhalten, und dieses Erleben dem Patienten auf verbalem und nonverbalem Weg mitzuteilen. Diese wechselseitige Spiegelung kann seine Selbsterfahrung und sein Selbstverständnis vertiefen, als Ausgangspunkt für jede psychotherapeutische Veränderung.

Freilich darf sich die Psychotherapie nicht auf empathisches Verstehen beschränken.

Um die Fallen in den Beziehungsmustern des Patienten zu vermeiden, muss der Psychotherapeut sorgfältig auf den interpersonellen Prozess achten, an dem er selbst beteiligt ist. Anderenfalls riskiert er, unversehens in die „attraktiven Räume“ des Patienten zu stolpern oder aber unwissentlich an seinen Vermeidungen teilzunehmen. Wenn ein Patient etwa dazu tendiert, Entscheidungen auf andere zu verlagern, um Verantwortung zu vermeiden, wäre es sicherlich falsch, in dieses attraktive Muster zu geraten und ihm anzudeuten, was er tun solle. Wenn ein Patient andererseits eine für ihn beschämende Erfahrung verbirgt oder vermeidet, wäre es nicht hilfreich, seine Angst unbemerkt mitzuspüren und die empfindliche Stelle, den „repulsiven Raum“ in der Beziehung vorsichtig zu umgehen. Der Psychotherapeut muss vielmehr einen feinen Sinn für die „Krümmungen“ des Beziehungsfeldes entwickeln, um sie sichtbar zu machen und durch korrektive Erfahrungen im sicheren Raum der Psychotherapie soweit möglich zu neutralisieren. Dadurch kann sich der Möglichkeitsraum des Patienten insgesamt erweitern.

Resümee

Die Überlegungen zur Psychotherapie des gelebten Raums seien abschließend noch einmal in einigen Punkten zusammengefasst:

1. Phänomenologie ist die Wissenschaft der Subjektivität, doch jedes Subjekt ist eine Welt. Subjektive Erfahrungen sind phänomenologisch nicht im Inneren einer Seele oder eines Gehirns zu finden, sondern erstrecken sich über den Leib und den gelebten Raum einer Person. Aus ökologischer Sicht kann der Lebensraum auch als die „persönliche Nische“ eines Menschen betrachtet werden, die durch seinen fortwährenden Austausch mit der Umwelt geprägt wird, also durch seine Responsivität und seine Korrespondenz, sein „beantwortetes Wirken“. Dieser Austausch ist auch von entscheidender Bedeutung für seine persönliche Entwicklung.
2. Auch psychisches Kranksein ist kein Zustand im Kopf. Es lässt sich vielmehr

als eine Einschränkung des Lebensraums eines Menschen auffassen, als eine Störung seiner Responsivität und seines Austauschs mit der Umwelt. Dabei wirken unbewusste, dysfunktionale Reaktions- und Verhaltensmuster als „blinde Flecken“ oder „Krümmungen“ im gelebten Raum, die zu charakteristischen Verzerrungen und Einseitigkeiten führen. Sie hemmen damit die Potenziale des Patienten und seine Entwicklung.

3. Die Aufgabe von Psychotherapie besteht darin, den Lebensraum des Patienten zunächst gemeinsam mit ihm zu erkunden und zu verstehen, um dann seinen Horizont von Möglichkeiten zu öffnen und zu erweitern. Das vorrangige Mittel zu diesem Zweck ist das interaktive Feld zwischen Psychotherapeut und Patient. Es stellt einen neuen, dyadischen Erfahrungsraum her, der die blinden Flecken oder gekrümmten Bereiche in den Beziehungsmustern des Patienten sichtbar machen und verändern kann. Insofern geht es aus phänomenologischer Sicht im psychotherapeutischen Prozess mehr um ein achtsames Wahrnehmen und Erfahren der Gegenwart als um eine „archäologische“ Erhellung der Vergangenheit.
4. Die Phänomenologie als Wissenschaft der gegenwärtigen subjektiven Erfahrung kann einen konzeptuellen Rahmen bereitstellen, um diese Prozesse in Begriffen von Leiblichkeit, Räumlichkeit, Zeitlichkeit und Intersubjektivität zu erfassen. Sie bietet eine Sprache für die Vielfalt subjektiver Erlebnisweisen, die nicht auf einem importierten theoretischen Paradigma beruht, sondern auf hermeneutischer Grundlage entwickelt wurde.
5. Es wäre nicht sinnvoll, von einer speziellen „phänomenologischen Psychotherapie“ im Sinne einer neuen Psychotherapieschule zu sprechen. Die Phänomenologie vermittelt vielmehr Grundlagen und Methoden für eine Haltung der Unvoreingenommenheit, Achtsamkeit und Neugier gegenüber der subjektiven Erfahrung, die jeder Psychotherapeut immer wieder gewinnen sollte.

Literatur

- Berg, J. H. van den (1972). *A different existence. Principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Binswanger, L. (1957). Freuds Auffassung des Menschen im Lichte der Anthropologie. In L. Binswanger, *Der Mensch in der Psychiatrie*. Pfullingen: Neske.
- Fuchs, T. (2000a). *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T. (2000b). *Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fuchs, T. (2000c). Das Gedächtnis des Leibes. *Phänomenologische Forschungen*, 5, 71-89.
- Fuchs, T. (2001). Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology*, 34, 179-186.
- Fuchs, T. (2003). Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 333-345.
- Fuchs, T. (2006). Gibt es eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? Ein phänomenologisch-psychodynamischer Ansatz. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 109-117.
- Fuchs, T. (2012). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gadamer, H. G. (1972). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik* (3. Aufl.). Tübingen: Mohr.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Clarendon Press.
- Graumann, C. F. (1990). Der phänomenologische Ansatz in der ökologischen Psychologie. In L. Kruse et al. (Hrsg.), *Ökologische Psychologie* (S. 124-130). München: PVU.
- Hersch, E. L. (2003). *From philosophy to psychotherapy. A phenomenological model for psychology, psychiatry and psychoanalysis*. Toronto: University of Toronto Press.
- Husserl, E. (1950). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Psychologie. I. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*. (Husserliana, Bd. 3). Den Haag: Nijhoff.
- Kraus, A. (1977). *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Eine existenz- und rollenanalytische Untersuchung*. Stuttgart: Enke.
- Kraus, A. (1988). Ambiguitätsintoleranz als Persönlichkeitsvariable und Strukturmerkmal der Krankheitsphänomene Manisch-Depressiver. In W. Janzarik (Hrsg.), *Persönlichkeit und Psychose* (S. 140-149). Stuttgart: Enke.
- Kruse, L. & Graumann, C. F. (1978). Sozialpsychologie des Raumes und der Bewegung. In K. Hammerich & M. Klein (Hrsg.), *Materialien zu einer Soziologie des Alltags* (S. 176-219). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lewin, K. (1934). Der Richtungsbegriff in der Psychologie. Der spezielle und der allgemeine hodologische Raum. *Psychologische Forschung*, 19, 249-299.
- Lewin, K. (1969). *Grundzüge der topologischen Psychologie*. Bern: Huber.
- May, R. (1964). On the phenomenological basis of psychotherapy. In E. W. Straus (Ed.), *Phenomenology: Pure and applied. The First Lexington Conference* (pp. 166-184). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1965). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1986). *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink.
- Schacter, D. L. (1999). *Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- Stern, D. N. (1998a). *Die Lebenserfahrungen des Säuglings* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1998b). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, London: Norton & Comp.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. Aufl.). Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Thompson, E. (2007). *Mind in life. Biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge/Mass., London: Harvard University Press.
- Varela, F., Thompson, E. & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge/Mass.: MIT Press.
- Waldenfels, B. (1998). Response und Responsivität in der Psychologie. In B. Waldenfels, *Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden* (S. 99-115). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Willi, J. (1996). *Ökologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Willi, J. (1999). Der ökologische Ansatz der Psychotherapie von Depressionen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 150, 30-34.



Prof. Dr. Dr. **Thomas Fuchs** ist Karl-Jaspers-Professor für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie an der Universität Heidelberg und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie (DGAP).

Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs

Universitätsklinikum Heidelberg
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voßstr. 4
69115 Heidelberg
thomas.fuchs@med.uni-heidelberg.de

Prozessorientierte Psychotherapie

Reinhard Plassmann

Zusammenfassung: In der Psychotherapie kann systematisch unterschieden werden zwischen *Inhalt* und *Prozess*. Die Inhalte sind das *Was*, der Prozess ist das *Wie*, in dem Inhalte verarbeitet, neu geordnet, verknüpft, transformiert werden. Der Artikel führt den Unterschied zwischen Inhalt und Prozess näher aus und schildert die Grundlagen einer prozessorientierten Psychotherapie, die sich methodisch darauf ausrichtet, den mentalen Transformationsprozess in jedem Moment der Psychotherapiestunde zu fördern.

Der Begriff „Transformation“

In psychoanalytischen Publikationen ebenso wie in der Verhaltenstherapie, Traumatherapie und in der neurobiologischen Forschung wird der Begriff der *Transformation* zunehmend häufig verwendet. Es spricht vieles dafür, dass dieser Begriff geeignet ist, eine Schlüsselrolle sowohl in der Modellbildung wie auch in der Behandlungstechnik einzunehmen (Bion, 1997; Ferro, 2012; Hortig und Moser, 2012; Reed, 2012).

Insbesondere die moderne Traumatherapie (Shapiro, 1998; Plassmann, 2007, 2010) und die Kinderanalyse (Stern et al., 2012) haben äußerst deutlich gezeigt, dass es in der menschlichen Psyche eine permanente Aktivität gibt, seelisches Material neu zu ordnen. Dieser Vorgang scheint eine biologische Notwendigkeit zu sein und findet deshalb selbstorganisatorisch statt, keineswegs nur angeregt durch Psychotherapie. Seelisches Erlebnismaterial bedarf ganz offenbar einer mit hohem Energieaufwand betriebenen Ordnung, Einordnung, Umordnung, Neuordnung, und eben diesen Vorgang können wir unabhängig von Unterschieden in der Begriffsverwendung bei einzelnen Autorinnen und Autoren¹ als *Transformationsprozess* bezeichnen.

Jede Stockung des Transformationsprozesses ruft offenbar sofort intensive Aktivität

ten des psychischen Apparates und der gesamten Persönlichkeit hervor, die Stockung zu beheben. Unser psychischer Apparat scheint den permanenten Transformationsfluss als vitale Notwendigkeit zu definieren, die unbedingt sichergestellt sein muss, und zwar umso dringender, je höher der emotionale Energiegehalt des Erlebnismaterials ist.

Emotional bedeutsames Material ruht nicht still in irgendwelchen seelischen Depots, sondern hat aufgrund seines Energiegehalts starke Wirkungen, auf die das mentale System antworten muss und auch antworten möchte. Schließlich sind auch Emotionen nichts Fremdes, sondern etwas Eigenes, Benötigtes, Sinnvolles. Emotionen sind Bewertungssysteme für Erfahrungen und geben die Energie für die nötigen Konsequenzen, also die aus dem Erlebnis resultierenden Intentionen (Stern et al., 2012).

Nicht immer gelingt es der Person, Stockungen der Transformation emotional bedeutsamen und energievollen Materials zu vermeiden. Die Folge sind dann provisorische Bewältigungsformen, wie sie das psychoanalytische Abwehrmodell beschreibt: Verdrängung, Projektion, Somatisierung, Reaktionsbildung. Zahlreiche Krankheitsbilder können als komplexe dysfunktionale Reaktionsformen auf unverarbeitetes starkes emotionales Belastungsmaterial verstanden werden: Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Angststörungen, post-

traumatische Belastungsstörungen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Modellbildung

Den Transformationsprozess in seinen Eigenschaften und in seiner Arbeitsweise zu beschreiben, erfordert zum einen genaue klinische Beobachtung und zum anderen einen modelltheoretischen Bezugsrahmen, der uns auch geeignete Begriffe gibt. Als Modellrahmen durchzusetzen beginnt sich insbesondere das *selbstorganisatorische Modell komplexer Systeme*, wir brauchen ferner Modelle für psychische Repräsentanzbildung, also eine Zeichentheorie, und müssen uns über die *konstruktivistische Natur psychischer Inhalte* im Klaren sein. (Uexküll, Geigges & Plassmann, 2002). Unsere Bilder von der Welt (und von uns selbst) sind keine fotografischen, objektiven Abbilder, sondern Konstruktionen.

Das menschliche Gehirn als ein selbstorganisatorisches komplexes System verstanden, hat also die Fähigkeit und die Eigenart, permanent Ordnungsmuster zu bilden, die für die Aufgaben dieses komplexen Systems, also für die Lebenssteuerung, nützlich sind.

So verstanden sind alle uns vertrauten Strukturen der menschlichen Psyche nichts anderes als Muster, die sich derartig bewährt haben, dass sie im Verlauf der Evolution zu stabiler Struktur geworden sind und sich, wenn überhaupt, dann nur noch sehr, sehr langsam verändern. Als extrem nützlich hat sich beispielsweise die Arbeitsweise

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

erwiesen, **Datenreduktion durch Repräsentanzbildung** zu erreichen. Aus großen Mengen von Information werden bestimmte typische, immer wiederkehrende Muster abstrahiert, denen dann ein *einzelnes* Zeichen zugeordnet wird. Ein Beispiel: Eine große Anzahl von Organen unseres Körpers, wie Darm, Magen, Blutzusammensetzung, Leber, Bauchspeicheldrüse, Mund, Muskulatur, erzeugen eine astronomische Menge an Informationen über einen bestimmten Zustand, der mehrfach täglich auftritt. Dieses aus Billionen von Einzelinformationen zusammengesetzte Muster wird von unserem emotionalen System auf ein einziges Gefühl verdichtet, nämlich das Gefühl *Hunger*, und dieses Gefühl wird dann wiederum vom Bewusstsein mit einem einzigen Wort benannt, nämlich mit dem Wort: *Hunger*. Wollte man versuchen, sich die gesamte Billion Einzelinformationen bewusst zu machen, oder wollte man versuchen, diese Billion einem anderen Menschen mitzuteilen, so würde sofort der evolutionäre Nutzen von Repräsentanzbildung klar. Der Satz: „Ich habe Hunger“ geht entschieden schneller. Repräsentanzen sind also Zeichen für Muster und sind selbst Muster.

Sehr nüchtern betrachtet, ist das menschliche Nervensystem also ein mit enormer Leistungsfähigkeit ausgestattetes Organ mit der Hauptaufgabe, aus der unvorstellbaren Menge an Informationen ein kohärentes Ganzes zu erzeugen. Dies leistet der Transformationsprozess. Seine Störungen zu beheben, ist unsere Aufgabe als Psychotherapeuten. Hauptthema der vorliegenden Arbeit ist es nun, jene klinischen Phänomene zu beschreiben, die in einer *prozessbezogenen Psychotherapie* am auffälligsten sind, und einige behandelungstechnische Konsequenzen der prozessorientierten Arbeitsweise zu verdeutlichen.

Prozessorientierte Psychotherapie

Ich habe Psychotherapie immer so verstanden, dass ich versucht habe, ein Gefühl dafür zu bekommen, wann etwas stockt und wann etwas heilt. Bei aller Faszination für die reichen Erkenntnisse, die

uns beispielsweise die Psychoanalyse über die Inhalte unbewussten Denkens und Fühlens gezeigt hat, hat mich stets darüber hinaus der Prozess interessiert, der Vorgang, in dem aus etwas Gestörtem etwas Normales wird. Ich gewöhnte mir also an, gleichsam *bifokal* wahrzunehmen: zum einen die **Inhalte**, also das Gesprochene, Gefühlte, Geträumte, und zum anderen den **Transformationsprozess**, mit dem die Inhalte geordnet werden, wenn es gut geht. Dies kann als eine *prozessorientierte Behandlungstechnik* (Plassmann, 1996, 2007, 2009, 2011) bezeichnet werden.

Der Gesamtrahmen der stationären Psychotherapie, die mein Arbeitsgebiet ist, beziehungsweise jeder Psychotherapie hat nun die Aufgabe, mentale Transformationsprozesse zu fördern, die beim jeweiligen Patienten ins Stocken geraten sind. Jedes einzelne Element des therapeutischen Gesamtrahmens muss deshalb darauf ausgerichtet sein, die im Patienten vorhandenen Fähigkeiten zur Entwicklung zu fördern.

Dazu ist die systematische Unterscheidung zwischen *Inhalt* und *Prozess* sinnvoll und notwendig. Das krankmachende, blockierte psychische Material, also negative Emotionen, damit verbundene Körperrepräsentanzen, Gedanken und Träume wären die Kategorie der *Inhalte*, die Integration und Transformation dieser Inhalte wäre jenes psychische Geschehen, das wir *Prozess* nennen und sowohl begrifflich wie klinisch von den Inhalten trennen.

Psychotherapie, mit welcher Methodik auch immer sie arbeitet, kann dann als Verfahren verstanden werden, welches dem Zweck dient, psychische Transformationsprozesse zu induzieren. Um nun mit Transformationsprozessen zu arbeiten, ist es notwendig, Phänomene zu beschreiben, in denen sich die Aktivität seelischen Wachstums, also die Neubildung, die Emergenz, neuer psychischer Muster zeigt.

Ebenso wie jede andere Körperfunktion, z. B. Blutgerinnung, scheint auch der seelische Transformationsprozess aus einem ganzen Bündel von Teilfunktionen zu bestehen. Sie haben alle den Charakter von Regulationsvorgängen. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie nicht linear, sondern

rhythmisch ablaufen. Jeder einzelne dieser Regulationsvorgänge hat etwas Schwingendes, einen vom jeweiligen Moment, von der jeweiligen Therapiestunde abhängenden eigenen Rhythmus. Ziel einer Psychotherapie wird also nicht sein, in einem linearen Prozess einen statischen stabilen Zustand zu erreichen, sondern das Ziel ist, den Regulationsvorgängen wieder zu jenem eigenen Rhythmus zu verhelfen, den sie brauchen, um wirksam zu sein.

Natürlich gilt das in der Psychotherapie nicht nur für die Patientin, sondern für beide Beteiligten. Auch in Psychotherapeuten sind ständig Transformationsprozesse, Regulationsprozesse für den Moment der Stunde aktiv. Daraus ergeben sich interessante Fragen über die Natur der therapeutischen Beziehung. Sehr wahrscheinlich leiten wir den Heilungsvorgang dadurch ein, dass wir im Moment der Stunde und im Kontakt mit dem in diesem Moment aktiven Belastungsmaterial für Selbstregulation *in uns selbst* sorgen und damit mutative *Begegnungsmomente* ermöglichen (Stern et al., 2012; Ferro, 2012).

Elemente des Transformationsprozesses in der Psychotherapiestunde

Was man also vom psychischen Transformationsprozess wahrnehmen kann, sind rhythmische Regulationsvorgänge, man bemerkt sie, beteiligt sich an ihnen, fördert sie und benennt sie.

Prozessmuster in der Therapie:

- **Mentalisierungsmuster:** Prozesse innerer Kommunikation zwischen Körperlichkeit, Emotion und Bewusstsein;
- **Dialogmuster:** Gelingende oder scheiternde Koordinationsvorgänge der Dialogstruktur in Bezug auf Wechselseitigkeit, Rhythmus, Tempo;
- Muster in der **Regulation der Emotionsstärke**;
- Muster in der **Regulation der Emotionsqualität (bipolare Muster)** zwischen negativem und positivem emotionalem Material.

Mentalisierungsmuster

Das Bilden neuer Repräsentanzen scheint ein rhythmischer Vorgang zu sein. Im Nachdenken und Verarbeiten kommuniziert die höhere Repräsentanzebene in einem rhythmischen Geschehen mit den jeweilig niedrigeren, also vorgelagerten Repräsentanzebenen. Der Vorgang wurde von frühen Zeichentheoretikern wie C. S. Peirce (Uexküll, Geigges & Plassmann, 2002) postuliert und von der modernen Neurobiologie bestätigt (Damasio, 2000). Damasio, ein sehr scharfsinniger Neurobiologe, sieht dies so: Die basale Repräsentanzebene des **Protoselbst** enthält unbewusste Repräsentanzen von Körpervorgängen, also alles, was wir an unbewusstem Wissen über den Körper haben. Damasio (2000) nennt diese Zeichen Emotion, auf der Ebene des Protoselbst noch unbewusst. Diese Körperrepräsentanzen werden auf der Ebene des **Kernselbst** integriert zu neuen, komplexeren psychischen Objekten. Aus unbewusster Emotion wird **bewusstes Gefühl**, das seinerseits auf der höchsten Repräsentanzebene des **autobiografischen Selbst** zu neuen, bewusstseinsfähigen psychischen Objekten integriert wird: das autobiografische Narrativ, die Sprache.

Mentalisierungsprozesse verbinden diese Ebenen miteinander. Sie zeigen Rhythmen und Tempi, sie haben irgendwie musikalischen Charakter. Sie erinnern an die Atmung mit einem, wenn es gut geht, beständigen Schwingen zwischen den Repräsentanzsystemen.

In der Stunde sehen wir die Oszillationsvorgänge im Wechsel von Denken, Sprechen und Fühlen im Wechsel der Bewegung zwischen den Repräsentanzsystemen: mal mehr Körperliches, dann mehr Emotionales, dann mehr Begriffliches, Bewusstes.

Will ein Patient sich durch sehr schnelles, intellektuelles Sprechen den Kontakt mit Emotion und Körper ersparen, so werden wir nicht nur die Beschleunigung des Tempos, sondern auch die Entrhythmisierung, die Starre des Verhaftetseins an eine Repräsentanzebene wahrnehmen. Gesunden Symbolisierungsrhythmen scheint hingegen eigen,

dass sie ständig spielen, das heißt leicht variieren. Sie sind nie starr. Ich möchte das als **semiotische Oszillation** bezeichnen. Der Gegenpol zur Starre wäre das chaotische Muster: plötzliche, regellose, eher psychotische, also desintegrierte Einschübe aus anderen Repräsentanzebenen.

Vignette 1: Intellektualisierung

Die 17-jährige Vivienne spricht sehr schnell, sehr klug und sehr vernünftig über sich und ihre aktuellen Schwierigkeiten. Sie denkt von sich, dass sie ihre Emotionen nicht wahrnehmen kann, nicht weiß, warum es ihr schlecht oder gut geht und ob es ihr überhaupt schlecht oder gut geht. Die Bezugstherapeutin hat ihr das auch gesagt und nun grübelt sie darüber nach, wie sie sich wohl jeweils fühlt, kommt mit dem Grübeln aber auch nicht weiter, so berichtet sie. Dann verändert sich in der Psychotherapiestunde das Kommunikationstempo, der Psychotherapeut (also ich) übernimmt das schnelle intellektuelle Sprechen nicht, sondern verlangsamt sich, die Patientin verlangsamt sich auch und in dieser Bewegung werden immer mehr traurige Geschichten erzählt und auch gefühlt: Was sie in ihrer Mutterbeziehung vermisst und was sie insbesondere in ihrer Vaterbeziehung vermisst. Der Psychotherapeut gibt an dieser Stelle eine prozessbezogene Intervention und erzählt ihr, wie deutlich er die Wahrnehmung der unglücklichen Gefühle findet, ganz im Gegensatz zu der anfänglichen Vermutung der Patientin, sie könne nicht spüren, was mit ihr ist. Daraufhin ergibt sich ein langsames, eher weiches und nachdenkliches Sprechen über ihre unglückliche Seite, die sie eigentlich nicht haben möchte und bisher mit Bulimie, überdrehter Fröhlichkeit und Vernünftigkeit betäubt hat.

In Bezug auf Mentalisierungsprozesse war mir in dieser Vignette also ein Überwiegen des intellektuellen und ein funktionelles Fehlen des Emotionalen und Körperlichen aufgefallen, was die Patientin aber durch eine leichte Rhythmusverschiebung im Dialog leicht korrigieren konnte.

Interaktionsmuster

Eine Gruppe psychoanalytischer Autoren hat im Kontext der Säuglingsbeobachtung Transformationsprozesse beobachtet und sehr viel Sorgfalt insbesondere auf die Untersuchung von Kommunikationsvorgängen verwendet, die für seelisches Wachstum erforderlich sind.

Die **change process study group** wurde 1995 in Boston gegründet, ihr gehörten bekannte Kinder- und Erwachsenenanalytiker und -analytikerinnen an, beispielsweise Daniel Stern, Beatrice Beebe, Frank Lachmann, Joseph Jaffe und Louis Sander.

Beebe et al. (2002) untersuchten die vokale Koordination zwischen Mutter und Kind, das Wechselspiel von stimmlichen Äußerungen und Sprechpausen bei viermonatigen Säuglingen und ihren Müttern. Im Alter von zwölf Monaten wurde dann überprüft, ob die Kinder normale oder pathologische Bindungsmuster entwickelt hatten. Man erwartete, dass Muster von perfekter vokaler Koordination gut sein würden für die Entwicklung, sah aber etwas anderes. Kinder mit maximaler vokaler Koordination mit ihren Müttern entwickelten sich schlecht, ebenso Kinder mit minimaler Koordination. Gute Entwicklung fand sich bei Koordinationsmustern von mittlerer Güte. Beebe und Lachmann (2004) nennen diesen Befund das *Balancemodell des Mittelbereichs* und schreiben: „Dieses Prozessmuster gilt vollkommen unabhängig vom jeweiligen emotionalen und thematischen Inhalt und lässt sich problemlos auf die analytische Arbeit übertragen.“ (S. 226)

Der mentale Apparat des Patienten nimmt also regelmäßig durch rhythmische Koordination mit dem Psychotherapeuten Kontakt auf, um die Koordination gleich darauf wieder zu unterbrechen und dann erneut herzustellen. Mentales Wachstum ist dann zu erwarten, wenn diese Koordination weder hypersynchron noch asynchron, sondern ausbalanciert im Mittelbereich liegt (Beebe et al., 2002). Es ist die Co-Regulation, die im Moment der Stunde zur Co-Kreativität, also zum Fortschreiten des seelischen Transformationsprozesses führt. Dadurch werden übrigens nicht nur die Patienten gesünder, sondern auch die Psychotherapeuten.

In der Psychotherapiestunde sind es also nicht die Bedürfnisse und Gewohnheiten des einen oder des anderen allein, die den Rhythmus des Dialogs bestimmen sollen, sondern Ziel ist die Koordination. Ich habe es schon häufig erlebt, dass Patienten eine Pause machten, in der ich gerne etwas gesagt hätte. Wenn mir gerade nichts Sagenswertes einfällt, schweige ich, nur um dann zu bemerken, wie die Patienten selbst weitersprechend der Stunde einen neuen Impuls geben. Eine Beschleunigung des Dialogrhythmus mit rascher Redeaktivität von meiner Seite hätte dies gestört.

In Supervisionen berichten Ausbildungsteilnehmer häufig von extrem gestörten Dialogrhythmen in ihren Behandlungen: Patienten sprechen ohne Pause in hohem Tempo mit Themensprüngen, denen das Denken beider nicht mehr folgen kann. Die Ausbildungsteilnehmer versuchen dann meistens, sich irgendwie mit Inhaltsdeutungen Gehör zu verschaffen, sie greifen irgendeinen Teil des Redestroms heraus und versuchen den analytischen Raum durch eine möglichst zutreffende Deutung dieses Materials zu öffnen, fast immer ohne Erfolg. Stattdessen wäre auch eine Prozessdeutung möglich, die einige Eigenschaften des Dialogrhythmus beschreibt, z. B. das hohe Tempo, die Einseitigkeit der Sprechaktivität und die Auswirkungen auf den Transformationsprozess, also z. B. die Lähmung des Denkens und die fehlende Verknüpfung des Gesprochenen, dessen Teile unverbunden und deshalb auch unverstanden bleiben. Ein mutiger Patient könnte seinem zu viel und zu schnell oder zu wenig redenden Psychotherapeuten den gleichen Hinweis geben, bis sich ein gemeinsames Wissen von kohärenten Dialogmustern bildet.

Ganz allgemein gilt, dass asynchrone oder hypersynchrone Dialogrhythmen den seelischen Transformationsprozess so lange blockieren, bis sie behoben werden.

Regulation der Emotionsstärke

Blutdruck oder Pulsfrequenz können zu hoch oder zu niedrig sein, beides ist nicht gesund. So scheint es sich auch mit der Stärke der Emotionen zu verhalten. Weil Emotionen zentrale Organisatoren des

mentalens Geschehens sind, sehen wir, dass zu schwache Emotion nichts bewegt, es kommt kein Transformationsprozess in Gang. Das wäre beispielsweise bei Patienten der Fall, die nicht über das, was sie emotional berührt, sprechen, sondern über einen Pseudofokus – die Stunde bleibt infolgedessen fühlbar leblos, durch Beschäftigung mit emotional unbesetztem Pseudomaterial. Umgekehrt sehen wir an Patienten mit traumatisch starkem negativem emotionalem Material, wie ein Zuviel an Emotionsstärke den gesamten davon berührten Bereich der Persönlichkeit an normaler Entwicklung hindert, bis in die aktuelle Stunde hinein. Die Stunde wiederholt das Trauma, indem eine emotionale Erregung von gleichsam toxischer Stärke den Transformationsprozess blockiert. Affektive Pluszustände zeigen dann die fehlende Verarbeitung des pathologischen emotionalen Materials an: Impulsdurchbrüche, Übererregung, Störungen der Symbolisierungsfähigkeit, Störungen des Denkens, Sprachzerfall und eine allgemeine Überflutung und Paralyse des gesunden Teils der Persönlichkeit.

Beide Grenzzustände, den Untererregungs- wie den Übererregungszustand, können wir gut wahrnehmen. Ein im Moment der Psychotherapiestunde funktionierender Heilungsprozess wäre hingegen erkennbar an einem ständigen autoregulativen Pendeln der Emotionsstärke um den optimalen Mittelbereich herum. Anders ausgedrückt: Patienten regulieren die emotionale Annäherung und Distanzierung an ihr Thema selbständig so, dass die schädlichen Extreme korrigiert werden, so wie auch Blutdruck und Herzfrequenz niemals konstant sind, sondern sich ständig um einen Mittelbereich spielend auf den im Moment richtigen Wert einregulieren.

Man erlebt dann, wie die gesunde Persönlichkeit in der Stunde präsent und aktiv ist, das pathologische Material verändert sich im Moment des Geschehens der Stunde, kreative neue Aspekte werden geboren, der Dialog mit dem Psychotherapeuten ist unbeeinträchtigt, Bewusstsein, Sprache und ein Mehr an innerer Ordnung entstehen, die Erlebnisse bekommen einen Ort in der Zeit.

Vignette 2: Zu viel Rotz

Die 26-jährige Patientin hat eine erschreckende Biografie von sexuellen Vergewaltigungen und ist bei ihrem Psychotherapeuten, einem Analytiker, in Einzeltherapie. Sie erzählt in jeder Therapiestunde sehr stark belastendes emotionales Material von kürzlich oder in der Vergangenheit geschehenen Vergewaltigungen und während sie das tut, weint sie in der Stunde intensiv und der Rotz fließt ihr aus der Nase, sie lässt ihn fließen, aus der Nase über das Kinn, der Rotz läuft weiter den Hals hinunter oder tropft von der Kinnschuppe auf die Kleidung, fädenziehend, bildet dort glasige Lachen, um dann in der Kleidung zu versickern. Nachdem sich der Psychotherapeut das einige Stunden angeschaut hat, wird ihm klar, dass ihn dieser Rotz ekelte und zwar erheblich, er merkt auch, wie ihn der Rotz vom psychischen Material ablenkt, er fängt sich an über die Patientin zu ärgern, die ihm das ohne Not antut, weil es keinen Mangel an Taschentüchern im Behandlungszimmer gibt. Er beobachtet bei sich selbst, dass seine Kreativität in der Stunde unter dem Einfluss der Rotzfluten nahezu zum Stillstand gekommen ist. Er ist selbst in einer Über-dem-Limit-Situation mit zu hoher Stärke negativer Emotionen. Schließlich sagt er ihr, dass ihn der Anblick des Rotzes beim Nachdenken störe und fordert sie auf, sich künftig die Nase zu putzen, damit er wieder arbeiten könne. Die Patientin, sehr erstaunt, dass er sich im Hier und Jetzt der Therapiestunde vor Angriffen auf seine Denkfähigkeit zu schützen versteht, folgt der Aufforderung, teils widerwillig, teils beeindruckt, und die Arbeit kann weitergehen, so wie es das Material erfordert.

In diesem Fall war es also erforderlich, dass der Psychotherapeut seine eigene Emotionsstärke regulierte, um arbeiten zu können.

Es ist nützlich, solche Prozessreflexionen der Emotionsregulation regelmäßig und fast beiläufig in die Stunde einzuflechten und die Patienten daran zu gewöhnen, kontinuierlich selbst auf die Qualität der Regulationsprozesse zu achten.

Der Wechsel auf die Prozessebene und die Prozessreflexion ist dabei eine in der Traumatherapie sehr willkommene Interventions- und Stabilisierungstechnik bei zu starker emotionaler Belastung. Von Psychotherapeuten eingeschobene kleine Denkpausen verdeutlichen und ermöglichen Reflexion, Distanzieren, Sortieren und Verbalisieren des Materials.

Regulationsmuster der Emotionsqualität (bipolare Muster)

Eine prozessorientierte Psychotherapie sieht den Heilungsprozess als eine Wechselwirkung zwischen **Traumascema** und **Heilungsschema**, die jeweils im Kern aus Emotionen bestehen, negativen Emotionen wie Furcht, Scham, Schuld, Ekel und positiven Emotionen wie Stolz, Freude, Neugier.

Bei Kontakt mit dem emotionalen Traumamaterial taucht, so können wir klinisch beobachten, nicht nur das negative Material, sondern stets auch positives emotionales Material auf. Seine Wirksamkeit und Stärke entscheiden, ob der Transformationsprozess gelingt. Daraus leiten sich die in der modernen Traumatherapie allgegenwärtigen Techniken der **Ressourcenorganisation** und **Stabilisierung** ab.

Jedem Belastungsschema steht also spontan ein **Heilungsschema** gegenüber, es ist die Quelle der in der Stunde auftauchenden **Spontanressourcen** (Plassmann, 2007).

Ein typischer Ablauf der emotionalen Selbstregulation in einer Psychotherapiestunde wäre also bei deutlich einseitig dominierendem negativem emotionalem Material die Bitte an den Patienten, zu entscheiden, ob eine Gegenregulation wünschenswert wäre, weil der kreative Prozess stockt. Falls dem so ist, wäre die nächste Frage, welche positiven Dinge etwas mehr Raum bekommen sollen.

Ein Patient wird über diese Frage, was ihm jetzt im Moment an Positivem einfällt, kurz nachdenken. Das Nachdenken als solches ist bereits eine Distanzierungstechnik. Der Patient wird sich umfokussieren und innerlich mit entsprechenden Fähigkeiten, die er von sich kennt, Kontakt aufnehmen.

Das Nachdenken, Umfokussieren und der entstehende Ressourcenkontakt werden bis hier hin vielleicht ein bis zwei Minuten gedauert haben. Ganz regelmäßig beginnen dann subtile Veränderungen im Bereich der Körperrepräsentanzen: als erstes meist ein gelöster Atemzug, dann ein etwas anderes, freieres Sitzen, eine leicht aufgerichtete Haltung, ein Blick, der seine Freiheit wieder gewinnt und das Starre verliert. All dies sind **Spontanressourcen**.

Wie auch schon bei den Regulierungsvorgängen der Emotionsstärke fallen auch hier rhythmische Phänomene auf. Der Transformationsprozess strebt anscheinend einen jeweils optimalen Eigenrhythmus im oszillierenden Wechsel zwischen negativem und positivem Material an. Man wird in der Stunde dann auch die Störungen beobachten können, oft genug von uns Psychotherapeuten selbst verursacht. Wir reden zu viel, fragen zu viel nach Problemen, verlieren den bipolaren Prozess aus dem Auge. Prozessorientiertes Arbeiten bedeutet, nicht ausschließlich auf das gerade berührte Problem zu fokussieren, sondern auf die *Rhythmik der Präsenz von Positivem und Negativem*, und die Vorgänge in der Emotionsregulation bewusst zu machen, zunächst sich selbst. Das Innehalten, Bewusstwerden, die emotionale Selbstregulation des Psychotherapeuten geht der Intervention voraus und bringt die Veränderung in die Stunde, ob es dann ausgesprochen wird oder nicht. Man könnte das als **Prozesskommunikation** bezeichnen. Zwei Transformationssysteme, das der Patienten und das der Psychotherapeuten, kommunizieren miteinander. Das dürfte der Kern jeder Psychotherapie und jeder sicheren Bindung sein.

Vignette 3: Im eigenen Rhythmus

In einer Einzeltherapiestunde spricht ein Mann mittleren Alters sehr lange, langsam und ausgiebig über sein Belastungsmaterial, das mit Familie zu tun hat. Die Psychotherapeutin ist sich nicht ganz sicher, ob ihm diese lange Beschäftigung mit Negativem noch nützt, und wartet etwas ab, um dann die Erfahrung zu machen, dass er zuneh-

mend Spontanressourcen einfließt, immer mehr von positiven Aspekten des Materials spricht, um am Ende, ohne dass die Psychotherapeutin eingegriffen hat, ausgiebig von einer Hochzeit zu erzählen. Er ist dabei in guter Stimmung und hat den Wechsel von Belastung zum positiven Pol selbstregulativ vollzogen. Die Psychotherapeutin hatte das Gefühl, sie hätte seinen für sie erstaunlich langsamen Eigenrhythmus mit eigener Aktivität gestört und sie sei sich sicher, dass der Patient die bipolare Arbeitsweise intuitiv verstanden habe.

Heilt die Vergangenheit oder die Gegenwart?

Wann und wo vollzieht sich der mentale Transformationsprozess? Das klassische psychoanalytische Arbeitsmodell sah die seelische Energie an Erlebniskomplexe aus der Vergangenheit fixiert, die deshalb als das eigentlich wichtige aufzudeckende seelische Material gesehen wurden. Die Gegenwart schien in dieser Sichtweise eine eher unwichtige psychische Oberfläche zu sein, in der sich das eigentlich wichtige Vergangene verschlüsselt. Diese Auffassung hat in großem Umfang dazu geführt, dass Psychotherapeuten dazu neigen, die Mikroprozesse in der Gegenwart der Therapiestunde für weniger wichtig zu halten als die dahinter vermuteten infantilen Ursprünge (Ferro, 2012).

Die Säuglingsforschung (Stern et al., 2012) ebenso wie die moderne Traumatherapie kommen aufgrund genauer klinischer Beobachtung zu anderen Schlüssen. Das Material kommt mit großer Intensität in die aktuelle Stunde, es lebt im Jetzt, und zwar in einer ständigen Abfolge von kommunikativen Sequenzen zwischen Patient und Psychotherapeut (Hardt, 1999). Sie werden von der Säuglingsforschung *lokale Ebene* und von der modernen Traumatherapie *Mikroszene* genannt. Die moderne Traumatherapie und die von ihr eingesetzten Methoden wie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) haben mit großer Deutlichkeit die Befunde der Säuglingsforschung bestätigt. In die aktuelle Stunde bringen die Patienten un-

verarbeitetes emotionales Belastungsmaterial ein, um es in der Stunde durchzuarbeiten, also zu transformieren. Die seelische Energie ist mit diesem in die aktuelle Stunde eingebrachten Material verknüpft, ganz unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sich das desintegrierte emotionale Material ursprünglich gebildet hat. Also muss sich unsere Aufmerksamkeit auf das Jetzt, den Gegenwartsmoment, richten, nicht auf das Damals. Die Kenntnis des Damals vertieft das Wissen, ersetzt aber nicht den Transformationsprozess.

Der Transformationsprozess findet im Jetzt der Therapiestunde statt oder er findet nicht statt. Das zu transformierende seelische Material kommt in einer unendlichen Sequenz von *Gegenwartsmomenten* in die Therapiestunde, unsere Aufgabe als Psychotherapeuten ist es, dieses Material zu bemerken und daran mitzuwirken, dass es in der Stunde in den Patienten und natürlich auch in uns verarbeitet, das heißt transformiert wird. Das geschieht nicht, indem wir uns mit den Patienten immer weiter ins Problemmaterial vertiefen und dabei die emotionale Belastung erhöhen, sondern indem wir aufmerksam beobachten, was der Heilungsprozess, der stets auf seine Chance wartet, braucht. Das wird im konkreten Moment der Therapiestunde oft nicht Problemlösung sein, sondern Ressourcenkontakt.

Kinder sind in Hinsicht auf das *Prinzip Gegenwartigkeit* (Plassmann, 2007) sehr gute Lehrmeister. Mit allem, was sie tun und sagen, warten sie auf die Gelegenheit, ein Heilungsspiel mit uns zu beginnen, im Hier und Jetzt. Hierzu ein Beispiel, siehe Vignette 4 nebenan.

In diesem Kind waren mächtige Kräfte aktiv, das schwere Bindungstrauma zu verarbeiten, Hier und Jetzt beginnend. Das Kind wollte sprechen, kommunizieren, seine unerträgliche emotionale Belastung regulieren, zu seinen positiven Ressourcen finden.

Schluss

Eine prozessorientierte Arbeitsweise ist innerhalb jeder Behandlungsmethode möglich, natürlich *cum grano salis*. *Analytiker*

Vignette 4: Carlo und das Gartentörchen, eine Szene im Kinderzentrum²

Der 18 Monate alte Carlo weint ständig vor sich hin, er ist nicht zu trösten. Ein Erzieher hat ihn auf den Arm genommen, er trägt ihn, Carlo schmiegt sich an ihn an, er möchte auf dem Arm sein, er weint sehr viel stärker, wenn der Erzieher ihn versucht abzusetzen. Manchmal schaut er zu dem Gartentor, das von der Terrasse zur Straße führt, und sagt mit etwas verzweifeltem Ton: „... au ...!“

Der Erzieher und ich überlegen, was er uns wohl sagen möchte, wir beginnen aus seinem Weinen, dem Blick aufs Törchen, dem Wort, dem Unglücklichsein, eine Geschichte zu konstruieren. Carlo ist erst seit einem Tag im Kinderzentrum, ich überlege, ob seine Mama durch diese Pforte weggegangen ist und er sich vielleicht wünscht, dass die Pforte *aufgeht* und die Mama wieder kommt. Der Erzieher erzählt, dass Carlo immer wieder diese Pforte anschaut und immer wieder dieses Wort sagt, dabei ganz unglücklich scheint. Ich frage, was die Tür wohl für eine Bedeutung hat, die ihm so wichtig ist und die sich öffnen soll. Der Erzieher erzählt, dass Carlo ein eingesperrtes Kind ist, die Mutter hat ihn in der Wohnung alleine gelassen, auch wenn er schrie, hat die Tür zu gemacht und ist Joggen gegangen. Man weiß so viel, dass er ununterbrochen geweint hat, bis sie wieder kam. Wir überlegen nun, nachdem wir ein wenig über die Geschichte nachgedacht haben, die er uns erzählen möchte, was dem kleinen Mann vielleicht helfen könnte. Dann folgen wir einfach seinem Vorschlag, die Tür aufzumachen. Wir beginnen ein Spiel. Der Erzieher geht mit Carlo auf dem Arm zur Terrassenpforte, öffnet sie, Carlo ist aufmerksam, weint nicht mehr, beide gehen die Treppe hinunter zur Straße, schauen sich unten ein wenig um, Carlo immer auf seinem Arm. Carlo sieht die geparkten Autos, schaut sie sich auch etwas näher an, dann ist er einverstanden, wieder hoch zur Terrasse zu gehen. Gleich darauf möchte er noch ein Mal die Tür öffnen, noch ein Mal die Treppe hinunter gehen, sich noch ein Mal auf der Straße umschaun, dann ist es gut und beide kehren zurück auf die Terrasse, schließen die Pforte. Carlo weint nicht mehr, will nicht mehr auf dem Arm sein, lässt sich auf den Boden absetzen – eine halbe Stunde später erleben wir, wie er fröhlich auf einem Bobby Car über die Terrasse flitzt.

werden speziell auf die Übertragungsdimension achten, sie als ein Medium nutzen, in dem sich die psychischen Inhalte entfalten, und werden dann beobachten, ob die mentale Transformation des Übertragungsmaterials in der Stunde im Fluss ist oder stockt. In einer *körperorientierten Psychotherapie* wird sehr viel genauer darauf geachtet werden, wie und welches Material sich in der Dimension Körper entfaltet, und auch hier muss beobachtet werden, ob dieses Material in seiner Intensität und in seiner Mischung den seelischen Heilungsprozess anregt. In der *Traumatherapie* arbeiten wir fast ausschließlich prozessorientiert, weil sonst ständige Überflutungen jede seelische Entwicklung blockieren würden.

Wir dürfen Psychotherapie nicht nur als Sprechen über Probleme definieren. Vielmehr müssen wir dem Transformationsprozess geben, was er braucht.

Nach meiner Beobachtung führt diese Arbeitsweise dazu, dass Patienten nach kurzer Zeit sehr kompetent in der Selbstregulation werden, weil sie ihre Prozesswahrnehmung schulen, ihr Prozesswissen erweitern und sich dann, häufig ohne bewusst darüber nachzudenken, in der Therapiestunde so regulieren, dass der Transformationsprozess im Fluss bleibt. Dies sind Stunden, in denen wir zu aufmerksamem Begleitem werden, viel tun müssen wir nicht. Das ist die Kunst des Lassens.

Literatur

Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C. & Jasnow, M. (2002). Koordination von Sprachrhythmus und

² Kinderzentrum des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim

- Bindung. In K.-H. Brisch, K. Grossmann, E. Grossmann & L. Köhler, *Bindung und seelische Entwicklungswege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2004). *Säuglingsforschung und Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. R. (1997). *Transformationen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Damasio, A. R. (2000). *Ich fühle, also bin ich*. München: List.
- Ferro, A. (2012). *Im analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hardt, J. (1999). Vom Nutzen und Nachteil des Hier und Jetzt im psychoanalytischen Prozess. In B. Grossmann-Garger & W. Parth (Hrsg.), *Die leise Stimme der Psychoanalyse ist beharrlich* (Edition psychosozial, S. 113-136). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hortig, V. & Moser, U. (2012). Transformationen in der analytischen Mikrowelt. Verlaufsanalyse am Beispiel einer kinderanalytischen Stunde. *Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 66 (2), 12-144.
- Plassmann, R. (1996). Körperpsychologie und Deutungstechnik: Die Praxis der Prozeßdeutung. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 19-30.
- Plassmann, R. (2007). *Die Kunst des Lassens*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Plassmann, R. (2009). *Im eigenen Rhythmus*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Plassmann R. (2010). Inhaltsdeutung und Prozessdeutung. *Forum der Psychoanalyse*, 13.05.2010.
- Plassmann, R. (2011). *Selbstorganisation*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Reed, G. S. (2012). Zur Bedeutung des transformativen Übersetzens für die heutige Psychoanalyse. *Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 66 (4), 331-359.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Stern, D. et al. (The Boston Change Process Study Group) (2012). *Veränderungsprozesse*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Uexküll, T., Geigges, W. & Plassmann, R. (2002). *Integrierte Medizin*. Stuttgart: Schattauer.



Prof. Dr. med. habil. **Reinhard Plassmann**, Nervenarzt, Facharzt für psychotherapeutische Medizin und Lehr- und Kontrollanalytiker (DPV), ist ärztlicher Direktor des psychotherapeutischen Zentrums in Bad Mergentheim. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die stationäre Psychotherapie mit Erwachsenen und Kindern.

Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann

Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
r.plassmann@ptz.de

Sexuelle Sucht – eine klinische Diagnose?

Symptomatologie, Neurobiologie und Verhaltenstherapie

Rudolf Stark

Zusammenfassung: Ob es eine eigenständige Diagnose „Sexuelle Sucht“ geben soll oder nicht, wird sehr kontrovers diskutiert, wie in der fachinternen Diskussion um die Ausgestaltung des zukünftigen DSM-V deutlich wurde. Dieser Überblicksartikel fasst den aktuellen Kenntnisstand zusammen, wobei verschiedene Konzeptualisierungen der Sexuellen Sucht vorgestellt und spezifische Ätiologiekonzepte beschrieben werden. Fokussiert wird dabei auf eine neurobiologische und verhaltenstherapeutische Sichtweise, da sich hier aktuelle Forschungsimpulse erkennen lassen.

Einführung

Die Amerikanische Psychiatische Vereinigung hat Anfang Dezember 2012 die letzten Abstimmungen am DSM-V vorgenommen, das im Mai 2013 nach 20 Jahren das DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) ablösen wird. Anders, als von einigen erwartet (z. B. Kafka, 2010), wird die Diagnose „Sexuelle Sucht“ nun nicht einmal in der Kategorie derjenigen Diagnosen erscheinen, die zu Forschungszwecken eingeführt werden. Begründet wurde diese Entscheidung damit, dass noch nicht genügend empirische Erkenntnisse vorliegen, um Sexuelle Sucht als vollwertige Diagnose im DSM aufzunehmen. Somit scheint sich in den letzten 15 Jahren seit dem Artikel von Gold und Heffner (1998) mit dem prägnanten Titel „*Sexual addiction: many concepts, minimal data*“ nicht viel verändert zu haben. Das ist bedauerlich, denn es handelt sich hier um ein psychisches Problemfeld, das aller Wahrscheinlichkeit nach mit der Ausbreitung des Mediums Internet kontinuierlich wächst. Trifft dies zu, wäre es dringend Zeit, verstärkt auch über präventive Maßnahmen nachzudenken.

Der vorliegende Artikel fasst deshalb den aktuellen Kenntnisstand über die Phänomenologie einer Problematik zusammen, die in ihren Auswirkungen möglicherweise noch viel zu wenig ernst genommen wird.

Bisher gehen die Meinungen auseinander, ob Sexuelle Sucht als eine eigenständige psychische Störung zu verstehen ist. Manche interpretieren sie lediglich als Symptom einer anderen Grunderkrankung. Neben einer Erörterung dieser diagnostischen Frage ist es ein Anliegen dieses Beitrags, vor allem eine lerntheoretische und neurobiologische Perspektive zu vermitteln. Ergänzend werden dann störungsspezifische verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze dargestellt. Auf andere mögliche psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, wie z. B. psychodynamische Ansätze, wird hier nicht eingegangen, um den Rahmen des Beitrags nicht zu sprengen.

Diagnostische Einordnung der Sexuellen Sucht

„Sexuelle Sucht“, „Sexsucht“, „Hypersexualität“, „sexuelle Impulsstörung“, „zwanghafte Sexualität“ und „Pornosucht“ sind Begriffe, die teilweise für die Beschreibung der gleichen Phänomene verwendet werden, aber zum Teil unterschiedliche Konzeptionen der Problematik widerspiegeln. In diesem Artikel wird von Sexueller Sucht gesprochen, ein Begriff, für den, wie weiter unten ausgeführt wird, einiges spricht. Kafka (2010) schlug für die Definition der Sexuellen Sucht (er selbst spricht von Hypersexualität) vor, dass über mindestens

sechs Monate wiederkehrende, intensive sexuelle Phantasien, sexuelles Verlangen oder sexuelle Verhaltensweisen auftreten und mindestens drei der fünf folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Die Zeit, die für sexuelle Phantasien, sexuelles Verlangen oder sexuelle Verhaltensweisen verwendet werden, fehlt bei der Verfolgung von wichtigen nicht sexuellen Zielen, Aktivitäten und Verpflichtungen.
2. Die sexuellen Phantasien, das sexuelle Verlangen und die sexuellen Verhaltensweisen werden als Reaktion auf dysphorische Gefühlszustände (z. B. Angst, Depression, Langeweile und Gereiztheit) eingesetzt.
3. Die sexuellen Phantasien, das sexuelle Verlangen und die sexuellen Verhaltensweisen treten als Reaktion auf stressvolle Lebensereignisse auf.
4. Wiederholte, aber nicht erfolgreiche Versuche, die sexuellen Phantasien, das sexuelle Verlangen und die sexuellen Verhaltensweisen zu kontrollieren oder signifikant zu reduzieren.
5. Wiederholtes Zeigen von sexuellen Verhaltensweisen trotz physischer und emotionaler Risiken für sich selbst oder andere.

Darüber hinaus muss ein klinisch signifikanter Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung sozialer, beruflicher oder anderer wichtiger Lebensbereiche durch die Frequenz und die Intensität der sexuellen Phantasien, des sexuellen Verlangens oder der sexuellen Verhaltensweisen vorliegen. Schließlich dürfen die sexuellen Phantasien, das sexuelle Verlangen oder die sexuellen Verhaltensweisen nicht durch den direkten physiologischen Effekt von exoge-

nen Substanzen (z. B. Drogen oder Medikamente) verursacht sein. Damit greift Kafka (2010) im Wesentlichen die zehn Kriterien der sexuellen Sucht von Carnes (1992) auf, einem der Pioniere des Konzepts einer Sexuellen Sucht:

- schwere Folgen des sexuellen Verhaltens,
- ein außer Kontrolle geratenes sexuelles Verhalten und starkes Verlangen,
- die Unfähigkeit, trotz schädlicher Konsequenzen aufzuhören,
- das beharrliche Verfolgen selbstzerstörerischer oder hochriskanter Verhaltensweisen,
- der kontinuierliche Wunsch oder das Bemühen, das sexuelle Verhalten einzuschränken,
- sexuelle Zwangsvorstellungen und Phantasien als primäre Bewältigungsstrategien,
- ständig zunehmende sexuelle Erlebnisse, weil die augenblicklichen Aktivitäten nicht ausreichen,
- schwere Stimmungsschwankungen im Zusammenhang mit den sexuellen Aktivitäten,
- übermäßiger Zeitaufwand, um sich Sex zu verschaffen, sich sexuell zu beschäftigen oder sich von sexuellen Erlebnissen zu erholen,
- Vernachlässigung wichtiger sozialer, beruflicher oder erholsamer Aktivitäten aufgrund des sexuellen Verhaltens (Carnes, 1992; nach Grüsser & Thalemann, 2006).

Zusammenfassend lässt sich somit die Sexuelle Sucht besonders durch die negativen Konsequenzen, den persönlichen Leidensdruck und den erlebten Kontrollverlust kennzeichnen.

Obwohl die Kernmerkmale der beschriebenen psychischen Problematik unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern¹ sowie Klinikern unumstritten sind, unterscheidet sich die Konzeptualisierung dahingehend, ob eine Ähnlichkeit/Nähe zu Zwangsstörungen, zu Impulskontrollstörungen, zu sexuellen Störungen oder zu Suchterkrankungen angenommen wird. Während Coleman (1991) die Ähnlichkeit der Symptomatik zu

Zwangsstörungen betont (*compulsive sexual behavior*), sehen Barth und Kinder (1987) wiederum eine Verwandtschaft zu den Impulskontrollstörungen, und Bancroft (1999) vermutet eine Dysregulation zwischen exzitatorischen und inhibitorischen, die Sexualität steuernden, Prozessen. Die Konzeptualisierung der Symptomatik als stoffungebundene Sucht (*sexual addiction*) geht besonders auf die Arbeiten von Carnes (1983) zurück. Briken und Basdeki-Josza (2010) wiederum favorisieren für die Symptomatik den Begriff der „Paraphilie verwandten Störung“.

Was in dem vorliegenden Artikel als Sexuelle Sucht bezeichnet wird, kann dementsprechend im ICD (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) mit unterschiedlichen Diagnoselabeln versehen werden. Gemäß ICD-10 kann die Diagnose

- gesteigertes sexuelles Verlangen (F52.7),
- nicht näher bezeichnete Zwangsstörung (F42.9) und
- nicht näher bezeichnete abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.9) verwendet werden.

Es ist nicht möglich, die Sexuelle Sucht als Verhaltenssucht zu diagnostizieren, da sich dieses Konzept nicht im ICD wiederfindet.

Obwohl das Erscheinungsbild mit dem charakteristischen Kontrollverlust auch eine Zwangsstörung oder Impulskontrollstörung nahelegen kann, spricht für die Konzeptualisierung als Verhaltenssucht, dass die sexuellen Verhaltensweisen zu Beginn der Problematik in der Regel positiv erlebt werden – ein Umstand, der auch Suchterkrankungen von Zwangs- und Impulskontrollstörungen unterscheidet.

Welches sind die Gründe dafür, dass die Diagnose Sexuelle Sucht als eigenständige Diagnose so umstritten ist? Drei Aspekte scheinen hier eine wichtige Rolle zu spielen:

- **Sexualität im Spannungsfeld soziokultureller Einflüsse:** Was als abweichendes sexuelles Verhalten gilt, unterliegt starken soziokulturellen Einflüssen und persönlichen Einstellungen. Zum Beispiel stellen Levine und Troiden

(1988) das Sexsuchtkonzept von Carnes grundsätzlich infrage, sprechen vom Mythos einer zwanghaften Sexualität und interpretieren die Pathologisierung der Sexualität in der Sexsuchtdebatte als amerikanische Antwort auf eine aus sexualmoralischen Gründen abgelehnte sexuelle Liberalisierung der 1960er- und 1970er-Jahre. Da dem erlebten Leidens- und Kontrollverlust in der Regel Selbsteinschätzungen zu Grunde liegen, stellt sich die Frage, ob eine Diagnose Sexuelle Sucht zum Beispiel gerechtfertigt ist, wenn ein 70-jähriger Mann aufgrund seiner religiösen Erziehung starke Schuldgefühle darüber entwickelt, dass er zweimal in der Woche masturbiert und dies als Beleg einer Sexuellen Sucht interpretiert.

- **Umstrittenes Konzept der Verhaltenssucht:** Ob exzessives Verhalten mit schädlicher Wirkung in Analogie zu substanzgebundenen Süchten als Verhaltenssucht konzeptualisiert oder als Zwangs-, Impulskontrollstörung oder Sonstiges eingeordnet werden soll, ist umstritten (siehe Überblick über die Diskussion bei Grüsser & Thalemann, 2006). Für das Konzept einer Verhaltenssucht sprechen u. a. die Ähnlichkeiten zwischen einer substanzgebundenen und einer nicht substanzgebundenen Sucht (Verhaltenssucht): Ständige mentale Beschäftigung mit dem kritischen Verhalten, Kontrollverlust, Steigerung bezüglich Intensität oder Häufigkeit des kritischen Verhaltens und schließlich Schädigung und großes Leiden durch dieses Verhalten. Dagegen spricht u. a., dass mit einer Einführung der Diagnose Verhaltenssucht die Gefahr eines inflationären Gebrauchs besteht, wie dies zum Beispiel für schlechte Angewohnheiten wie Nägelkauen oder übermäßigen Fernsehkonsum zutreffen könnte.
- **Sexuelle Sucht als Diagnose oder als Syndrom?** In verschiedenen empirischen Untersuchungen zeigten sich immer wieder hohe Komorbiditätsraten. Diese Raten betreffen besonders affektive Störungen, Angststörungen und

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

Substanzmissbrauch. Je nach Untersuchung lagen sie zwischen 39% und 72% für affektive Störungen, zwischen 38% und 96% für Angststörungen und zwischen 38% und 71% für Substanzmissbrauch (Black, Kehrberg, Flumerfelt & Schlosser, 1997; Kafka & Hennen, 2002; Raymond, Coleman & Miner, 2003). Soziale Phobie tritt mit 25% besonders häufig komorbid mit Sexueller Sucht auf (Kafka & Hennen, 2002). Bei ca. 45% der unter Hypersexualität Leidenden lässt sich nach Raymond et al. (2003) eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren, wobei interessanterweise keine der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen gehäuft auftritt. Sexsüchtiges Verhalten ist darüber hinaus häufig bei Paraphilien (z. B. Pädophilie, Exhibitionismus, Fetischismus) zu beobachten.

Die Frage nach spezifischen diagnostischen Instrumenten stellt sich unabhängig davon, ob man die Symptomatik als eigenständige Diagnose oder als Syndrom ansieht. Inzwischen liegt eine ganze Reihe von diagnostischen Selbsteinschätzungsfragebögen vor, die zur Diagnose der Sexuellen Sucht eingesetzt werden können (vgl. Hook, Hook, Davis, Worthington & Penberthy, 2010). Für die Sexual Compulsivity Scale von Kalichman & Rompa (1995) liegt eine Deutsche Übersetzung von Hammelstein (2005) vor.

Epidemiologie und Erscheinungsformen

Aufgrund eines fehlenden Konsenses über die diagnostische Verortung der Störung und einer damit verbundenen geringen Forschungsaktivität in diesem Bereich, müssen die vorhandenen Daten zur Epidemiologie mit der gebotenen Vorsicht zur Kenntnis genommen werden. Die Untersuchungen beruhen häufig auf Internetbefragungen. Nach einem Überblicksartikel von Kuzma und Black (2008) wird in den USA von einer Prävalenz zwischen 3 bis 6% der Bevölkerung ausgegangen, wobei viermal mehr Männer als Frauen betroffen zu sein scheinen. Für Deutschland liegen hierzu meines Wissens bisher keine zuverlässigen Daten vor.

Sexuelle Sucht kann sehr unterschiedliche Erscheinungsformen annehmen. Wenn man Fallbeispiele in einschlägigen Internetforen und Büchern (z. B. Roth, 2007) analysiert, finden sich große Geschlechtsunterschiede, aber auch große Unterschiede innerhalb der Gruppen der weiblichen und männlichen Betroffenen. Letzterer Eindruck wird auch durch die Erfahrungen in unserer verhaltenstherapeutischen Ambulanz gestützt, in der in den letzten Jahren vermehrt Männer behandelt wurden, die sich als sexsüchtig bezeichneten. Es erscheint sinnvoll, ein Kontinuum anzunehmen, das sich von Fällen erstreckt, bei denen die Sexuelle Sucht in eine komplexe Persönlichkeitsstörung eingebettet ist, bis hin zu Fällen mit einer relativ isolierten sexuellen Suchtproblematik. Im letzteren Fall erscheinen Komorbiditäten, falls vorhanden, eher die Folge eines entgleisten sexuellen Verhaltens als dessen Ursache zu sein. Nur in diesen Fällen erscheint mir eine Diagnose der Sexuellen Sucht sinnvoll, da hier die Symptomatik ganz offensichtlich nicht primär aus einer anderen Grunderkrankung resultiert.

Von Coleman (1992) stammt der Versuch, die verschiedenen Formen von Sexueller Sucht in einer Systematik zu ordnen. Er unterscheidet zwischen dem zwanghaften Suchen nach potenziellen Sexualpartnern, einer zwanghaften Fixierung auf eine unerreichbare Person, exzessivem Masturbieren (teilweise bis zu zehnmal am Tag), zwanghaftem Gebrauch von Erotika, zwanghaftem Unterhalten von mehreren Liebesbeziehungen und schließlich einer zwanghaften Fixierung auf Sexualität innerhalb einer Beziehung. Auch über die klinische Bedeutung dieser Erscheinungsformen der Sexuellen Sucht gibt es kaum empirische Untersuchungen. Eine Ausnahme ist die Studie von Kafka und Hennen (2002), die in einer Stichprobe mit 120 Männern mit Paraphilien und Sexueller Sucht am häufigsten zwanghaftes Masturbieren (73%), gefolgt von Pornographieabhängigkeit (48%) und fortgesetzter Promiskuität (44%) fand.

Während bei Männern zwanghaftes Masturbieren, exzessiver Pornokonsum, häufige sexuelle Verabredungen mit Fremden und ein Aufsuchen von Prostituierten wohl am häufigsten anzutreffen sind, stellt sich sex-

süchtiges Verhalten bei Frauen in den wenigen vorliegenden Untersuchungen anders dar: In einer Untersuchung von Schneider (2000) gaben die Teilnehmerinnen der Studien zur internetgebundenen Sexuellen Sucht an, am häufigsten sexbezogen zu chatten (80%) oder andere sexuelle Handlungen online (30%) vorzunehmen. Nur 10% der Frauen berichteten von exzessivem Pornographiekonsum. In dieser Untersuchung zeigte sich zudem, dass Frauen sehr viel häufiger als Männer berichteten, dass aus den Internetkontakten reale Sexualkontakte offline hervorgehen (80% vs. 33%). Somit scheint bei Frauen eine ausschließlich auf Pornographie bezogene Sexuelle Sucht kaum vorzuliegen, während dies bei Männern die häufigste Form der Sexuellen Sucht sein dürfte.

Naheliegenderweise kommt dem Internet im Zusammenhang mit Sexueller Sucht eine immer größere Bedeutung zu (Young, 2008), da dieses Medium es erlaubt, bequem, günstig und anonym seinen sexuellen Vorlieben nachzugehen (*triple A machine: accessibility, affordability and anonymity*, Cooper, 1998). Inzwischen liegen einige interessante empirische Ergebnisse vor: Je stärker die sexuelle Erregung, die durch das Betrachten von pornographischem Inhalt berichtet wird, desto eher treten sexsüchtige Problematiken auf (Brand, Laier, Pawlikowski, Schachtel, Scholer & Altstötter-Gleich, 2011). Weiter konnte gezeigt werden, dass der Übergang von einem intensiven Internetgebrauch zu einer Internetsucht besonders gut dadurch vorhergesagt werden kann, ob Internetpornokonsum vorliegt oder nicht (Meerkerk, van den Eijnden & Garretsen, 2006).

In der Regel wird die sexsüchtige Problematik anfangs von den Betroffenen bagatellisiert und verleugnet. Erst Krisen führen zu einem Problembewusstsein, das zur Therapie motivieren kann. Sie werden dadurch ausgelöst, dass z. B. sexsüchtiges Verhalten am Arbeitsplatz aufgedeckt wird, Partnerinnen oder Partnern das sexsüchtige Verhalten auffällt und damit der Verlust der Partnerschaft droht oder wichtige Verpflichtungen nicht mehr eingehalten werden können. Ein kurzes, an realen Fällen angelehntes Fallbeispiel mag diese Entwicklung illustrieren:

Ein 25-jähriger Student stellt sich in der verhaltenstherapeutischen Ambulanz vor. Er berichtet, dass er zum wiederholten Male Abschlussprüfungen verschoben habe und inzwischen Angst habe, sein Studium nicht mehr abschließen zu können. Aktuell lebe er alleine in einer Zweizimmerwohnung, verbringe bis zu zehn Stunden am Tag vor dem Computer. Hierbei sei er immer auf der Suche nach spannenden, neuen pornographischen Seiten. Er masturbiere mehrmals am Tag vor dem Computer. Er nehme sich immer wieder vor, seinen Pornokonsum einzuschränken, das gelinge ihm aber kaum. Soziale Kontakte habe er in den letzten Jahren immer mehr verloren. Die Anamnese zeigt, dass er mit dreizehn Jahren angefangen hat, regelmäßig über das Internet pornographisches Material zu konsumieren. Über die letzten zehn Jahre ist eine deutliche Steigerung der Häufigkeit festzustellen. Er berichtet, nur wenige, kurz andauernde Beziehungen zu Frauen gehabt zu haben. Die Sexualität sei für ihn sehr problematisch gewesen, da er unter Erektionsstörungen gelitten habe. Anfangs habe er den Pornokonsum zwar genossen, habe aber auch Schuldgefühle deswegen gehabt. In den letzten drei Jahren sei der Konsum insofern entgleist, als sein gesamtes Denken und Handeln sich nur noch um Pornographie drehe. Über seine aktuelle Situation sei er sehr verzweifelt und denke auch manchmal an Selbstmord. Zur Therapie habe er sich entschieden, da er einen Medienbericht über Sexuelle Sucht gelesen habe und hoffe, dass er durch die Therapie lernen könne, seinen Pornokonsum wieder unter Kontrolle zu bekommen und eine stabile Beziehung aufzubauen.

Psychologische und neurobiologische Aspekte der Sexuellen Sucht

Aufgrund der heterogenen Erscheinungsformen der Sexuellen Sucht ist davon auszugehen, dass auch sehr unterschiedliche psychologische und biologische Faktoren an der Ätiologie der Sexuellen Sucht beteiligt sind. Es gibt Befunde, die eine familiäre Häufung nahelegen. So wurde z. B. von

Schneider und Schneider (1996) berichtet, dass in einer Untersuchung an Patienten, die wegen Sexueller Sucht behandelt wurden, 40% berichteten, dass zumindest ein Elternteil suchtmittelabhängig war, und 36% angaben, dass zumindest ein Elternteil ebenfalls unter einer Sexuellen Sucht litt. Bisher gibt es meines Wissens keine Arbeiten, die es seriös erlauben, den genetischen Anteil abzuschätzen. Auch sexueller Missbrauch scheint bei Menschen mit Sexueller Sucht gehäuft vorzuliegen. In den Studien von Black et al. (1997) und Kafka und Prentky (1992) berichteten ca. 30% der Untersuchten von sexuellen Missbrauchserfahrungen.

Individuelle Lerngeschichte

Im Rahmen verhaltenstherapeutischer Modelle kann eine Sexuelle Sucht als Ergebnis einer individuellen Lerngeschichte konzeptualisiert werden. Neben wichtigen Erfahrungen, die im Laufe des Lebens gemacht werden (z. B. Beziehungserfahrungen, sexuelle Aufklärung, erste sexuelle Kontakte etc.) spielen vor allem sowohl klassische als auch operante Konditionierungsprozesse eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Klassische Konditionierung kann erklären, warum bestimmte interne (z. B. bestimmte Gefühlszustände) oder externe (Anblick des Computers im Falle einer internetbezogenen Sexuellen Sucht) Reize, die wiederholt mit sexuellen Reizen und Handlungen gekoppelt wurden, zu Auslösern einer sexuellen Motivation führen können. Operante oder instrumentelle Konditionierung können erklären, warum Verhaltensweisen vermehrt gezeigt werden, wenn die kurzfristigen Konsequenzen unmittelbar positiv sind (positive Verstärkung) oder ein negativer Zustand reduziert wird (negative Verstärkung), unabhängig davon, ob die Verhaltensweisen langfristig möglicherweise zu massiven negativen Konsequenzen führen. Eine Fokussierung auf diese Konditionierungsprozesse soll nicht heißen, dass diese Prozesse allein die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sexuellen Sucht erklären können. Natürlich ist davon auszugehen, dass z. B. Aspekte wie Bindungsstil, emotionale und soziale Kompetenz, soziales Umfeld, bisherige intime Erfahrungen entscheidend dafür sind, ob jemand vulnerabel für eine Sexuelle

Sucht ist. Aber es erscheint aus den neurobiologischen Erkenntnissen zu stoffgebundenen Süchten sehr sinnvoll, die oben beschriebenen Konditionierungsprozesse besonders zu berücksichtigen, da hier grundlegende biologische Lernprozesse wirksam werden, die nur bedingt einer höheren kortikalen Kontrolle unterliegen.

In den meisten Patientenberichten findet man Hinweise, dass sowohl positive als auch negative Verstärkung zur Erklärung der Sexuellen Sucht herangezogen werden können: Die erlebte sexuelle Erregung, das Hochgefühl und die Aufregung, die mit den sexuellen Handlungen einhergehen, werden, im Rückblick betrachtet, von den Betroffenen zu Beginn der Problematik als sehr positiv erlebt und als willkommene Ablenkung vom Alltag beschrieben. Im Verlauf der weiteren Entwicklung beschreiben viele Betroffene das sexsüchtige Verhalten als Flucht aus unangenehmen Stimmungszuständen (Wetterneck, Burgess, Short, Smith & Cervantes, 2012). Passend dazu fanden Reid, Carpenter, Spackman & Willes (2008) in einer Fragebogenstudie, dass Depression, Vulnerabilität gegenüber Stress und Schwierigkeiten im Benennen von Gefühlen (Alexithymie) das Ausmaß sexsüchtigen Verhaltens vorhersagen. Die lerntheoretische Sichtweise kann gut erklären, warum bestimmte sexuelle Handlungen wiederholt werden, wenn sie kurzfristig zu positiven Gefühlen und zum Abbau von negativen Gefühlen führen. So gesehen kann z. B. Selbstbefriedigung mittels Pornographie durchaus als probates Instrument der Emotionsregulation betrachtet werden (vgl. z. B. Grüsser & Thalemann, 2006). Unklar bleibt bei dieser Betrachtungsweise jedoch, warum nur wenige eine Sucht entwickeln, also erleben, dass sich ihre sexuellen Handlungen mehr und mehr ihrer willentlichen Kontrolle entziehen, obwohl ihnen klar ist, dass sie hierfür einen hohen Preis zu zahlen haben. Diese Erklärungslücke kann möglicherweise durch die Hinzuziehung neurobiologischer Erklärungsansätze geschlossen werden.

Bedeutung von Hormonen

Da Sexualhormone, besonders das Geschlechtshormon Testosteron, und die Neurotransmitter Serotonin und Dopamin die sexuelle Appetenz beeinflussen, lässt

sich vermuten, dass Sexuelle Sucht durch eine Dysfunktion in diesen Systemen verursacht wird. Bisher gibt es jedoch keine Hinweise, dass Sexuelle Sucht generell durch Störungen in diesen Systemen in nennenswertem Umfang ursächlich erklärt werden kann, obwohl es einzelne Erkrankungen geben mag, die direkt mit sexsüchtigem Verhalten assoziiert sind.

Anreize

Einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Sexuellen Sucht können jedoch Modelle der sexuellen Anreizmotivation und moderne neurobiologische Suchtkonzepte liefern. Modelle der Anreizmotivation (Singer & Toates, 1987; Agmo, 1999; Toates, 2009) gehen davon aus, dass der Appetit mit dem Essen kommt. Nach diesen Modellen ist nicht ein biologischer Trieb für das Ausmaß an sexueller Motivation verantwortlich, sondern ein Zusammenspiel zwischen einem biologischen Ist-Zustand (z. B. Hormonstatus) und der Anwesenheit interner oder externer Anreize, wobei diesen Anreizen eine zentrale Rolle zukommt. Diese Anreize, die aufgrund klassischer Konditionierung mit sexuellem Verhalten assoziiert sind, erhöhen die sexuelle Motivation, also den Wunsch nach Sex, mit der Folge, dass vermehrt sexuelle Reize gesucht werden. Lassen die Umstände es zu, können daraus sexuelle Handlungen resultieren. Somit führt also nicht ein biologischer Triebdruck zur sexuellen Aktivität, sondern Anreize, die den Organismus, egal ob Mensch oder höher entwickeltes Tier, zur sexuellen Handlung motivieren.

Anreizsensitivierung

Für substanzgebundene Süchte hat das Konzept der Anreizsensitivierung (*incentive-sensitization theory of addiction*) von Robinson und Berridge (1993) in den letzten Jahren viel Beachtung gefunden. In diesem Modell wird zwischen *Liking* und *Wanting* unterschieden. *Liking* beschreibt das positive Gefühl des Mögens und Gefallens, meist ausgelöst durch primäre und sekundäre positive Verstärker. *Wanting* im Gegensatz hierzu beschreibt das Verlangen nach etwas, was nicht unbedingt von einem positiven Affekt begleitet sein muss. Auf die Entwicklung einer stoffgebundenen Sucht bezogen postuliert das Modell

der Anreizsensitivierung, dass im Anfangsstadium der Suchtentwicklung die positiven Effekte der Droge zu einem *Liking* führen, aber im Laufe der Suchtentwicklung das *Liking* immer mehr durch einen anderen Gefühlszustand, den das *Wanting* ersetzt wird. Hierbei kommt Konditionierungsprozessen eine besondere Rolle zu: Reize, die mit der Einnahme der Droge assoziiert werden, lösen nach entsprechenden Wiederholungen den Zustand des *Craving* (= *Wanting*) aus. Es wird weiter angenommen, dass dieser Prozess durch eine Modifikation der Neurotransmission im Belohnungssystem bewirkt wird, wobei dem mesolimbischen Dopaminsystem mit den zentralen Strukturen des ventralen tegmentalen Areals und des Nucleus accumbens eine zentrale Rolle zukommt. Inzwischen gibt es zahlreiche experimentelle Untersuchungen, die dieses Modell stützen (vgl. Reviews von Robinson & Berridge, 2008; Olsen, 2011).

Wendet man das Anreizsensitivierungsmodell von Robinson und Berridge (1993) auf die Sexuelle Sucht an, lässt sich daraus ableiten, dass durch eine zigfache Wiederholung anfangs neutrale Reize zu starken Hinweisreizen (*Cues*) werden. Zum Beispiel kann der Anblick eines Rechners mit Masturbation mittels Internetpornographie assoziiert sein und damit einen starken Handlungsdrang (*Wanting/Craving*) auslösen.

Die Anwendung des Anreizmotivationsmodells auf die Sexuelle Sucht ist nur dann angemessen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass z. B. pornographisches Bildmaterial das Belohnungssystem aktiviert. Dies konnte inzwischen in einer Reihe von funktionellen Bildgebungsstudien nachgewiesen werden (Rauch et al., 1999; Redoute et al., 2000; Stark et al., 2005; Kagerer et al., 2011). Offensichtlich führen pornographische Darstellungen besonders bei Männern (aber in einem leicht schwächeren Umfang auch bei Frauen) zu einer erhöhten neuronalen Aktivität im Nucleus accumbens, der zentralen Struktur des Belohnungssystems. Inzwischen konnte unsere Arbeitsgruppe auch zeigen, dass vormals neutrale Reize durch klassische Konditionierung zu Aktivitäten im Belohnungssystem führen, wenn diese pornographische Darstellungen ankündigen (Klücken et al., 2009).

Erkenntniswert neurobiologischer Suchtmodelle

Neurobiologische Suchtmodelle könnten somit erklären, warum Sexsüchtige häufig einen Kontrollverlust erleben: Hinweisreize führen unwillkürlich zu einem Drang, der auf die Durchführung der dazu assoziierten Handlung drängt. Ähnlich wie bei stoffgebundenen Süchten kann nur durch willentliche, kognitive Prozesse diesen unwillkürlichen Impulsen widerstanden werden. Warum manche Personen eine Sexuelle Sucht entwickeln und andere nicht, hängt dabei im Wesentlichen davon ab, wie viele Konditionierungszyklen eine Person durchlaufen hat. Die psychologischen Aspekte, z. B. soziale Einsamkeit, Verfügbarkeit alternativer Emotionsregulationstechniken oder habituelle sexuelle Motivation bestimmen in diesem Modell wiederum das Ausmaß, wie häufig auf das sexuelle Verhalten als Emotionsregulationsmaßnahme zurückgegriffen wird. Aus dieser Konzeption der Sexuellen Sucht, die sicherlich nicht für alle Formen dieser Sucht angemessen ist, sondern besonders auf eine Pornographie-sucht bezogen werden kann, ergeben sich Konsequenzen für die Psychotherapie, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird. Bei Fällen, bei denen frühkindliche Konflikte, schwere Persönlichkeitsstörungen oder Traumatisierungen im Zentrum der ätiologischen Überlegungen stehen, wird der Schwerpunkt der Psychotherapie primär auf der Behandlung dieser ursächlichen Faktoren liegen.

Psychotherapie der Sexuellen Sucht

Wird die Entwicklung der Sexuellen Sucht als gescheiterter Versuch interpretiert, mit dysphorischen Gefühlen umzugehen, ist es naheliegend, angemessenere und damit gesündere Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Hierzu stehen in der Verhaltenstherapie die verschiedenen Methoden der kognitiven und der emotionsfokussierten Verhaltenstherapie zur Verfügung. Neben diesen störungsunspezifischen Ansätzen gibt es jedoch einige Aspekte, die bei der Behandlung der Sexuellen Sucht besondere Beachtung verdienen:

■ **Sexuelle Abstinenz:** Anders als bei substanzbezogenen Süchten gehört Sexualität zum menschlichen Leben und ein Therapieziel „Nie wieder Sex“ scheint nur in wenigen Ausnahmefällen praktikabel oder ethisch vertretbar. Deswegen wird die Veränderung von der Sexuellen Sucht hin zu einer Sexualität mit weniger gravierenden Nebenwirkungen für die Betroffenen als Therapieziel verfolgt. Jedoch wird in vielen Therapieprogrammen zu Beginn der Psychotherapie eine Abstinenz von jeglicher sexueller Aktivität über mindestens drei Monate empfohlen (Carnes, 2001; Weiss & Schneider, 2006; Roth, 2007). Ziel dieser Intervention ist es, den Suchtzyklus zu unterbrechen, der von Carnes (2001) als ein Zyklus der intensiven mentalen Beschäftigung mit Sex (*preoccupation*), der ritualisierten Vorbereitung der sexsüchtigen Handlung (*ritualisation*), des eigentlichen sexsüchtigen Verhaltens (*sexual compulsivity*) und der anschließenden Verzweiflung über den erneuten Kontrollverlust (*despair*) beschrieben wird. Aus dem oben beschriebenen Erklärungsmodell lässt sich ebenfalls die Notwendigkeit einer Abstinenzperiode ableiten, da reduzierte sexuelle Aktivität mittelfristig zu einer reduzierten sexuellen Motivation führt. Zentral ist eine Unterbrechung des sexsüchtigen Verhaltens, um weitere Assoziationen zwischen Hinweisreizen und dem Ausführen des maladaptiven Verhaltens zu verhindern.

■ **Stimuluskontrolle:** Wie in dem obigen Modell beschrieben, wird sexsüchtiges Verhalten häufig durch bestimmte Hinweisreize ausgelöst. Je nach Art der Sexuellen Sucht müssen gerade zu Beginn der Psychotherapie bestimmte Situationen und Reize vermieden werden. Für Pornographiesüchtige bedeutet das zum Beispiel, dass Pornosammlungen (Bücher, Magazine, DVDs) weggeworfen werden müssen. Falls bestimmte Orte (Diskotheken, Bars, Bordelle) mit sexsüchtigem Verhalten assoziiert sind, müssen diese Orte konsequent gemieden werden. Bei internetbezogener Sexueller Sucht geben viele Betroffene zu bedenken, ohne Internet nicht ihren alltäglichen Verpflichtungen nachkommen zu können. Hier

sind kreative Lösungen gefragt: Dies kann die Nutzung des Internets ausschließlich in öffentlichen Räumen bedeuten oder die Installation von wirkungsvoller Software, die den Besuch bestimmter Internetseiten konsequent blockiert.

■ **Schriftliche Selbstverpflichtung:** Ähnlich wie bei stoffgebundenen Süchten ist für eine erfolgreiche Behandlung der Sexuellen Sucht eine ausreichende Veränderungsmotivation der Betroffenen zentral, da nur sie sicherstellt, den täglichen Verführungen zu widerstehen. Um diese zu erhöhen, schlagen Weiss und Schneider (2006) vor, Patienten zu ermutigen, eine schriftliche Selbstverpflichtung (Vertrag) einzugehen, in der sie für sich konkrete Ziele formulieren und sich zum Vermeiden von Auslösern und zum Aufbau neuer positiver, belohnender Verhaltensweisen verpflichten.

■ **Aufbau von intimen Beziehungen:** Falls Betroffene in stabilen sexuellen Beziehungen leben, werden die sexsüchtigen Verhaltensweisen in der Regel verheimlicht. Ein Ziel der Behandlung von Sexueller Sucht muss deshalb sein, die Abspaltung der in der Sexuellen Sucht gebundenen Sexualität zu überwinden und eigene sexuelle Wünsche und Bedürfnisse besser in einer Partnerschaft zu integrieren. Häufig leben jedoch die Betroffenen nicht mehr in stabilen Partnerschaften, sodass hier die Betroffenen bei der Aufnahme von neuen Partnerschaften unterstützt werden müssen.

■ **Selbsthilfegruppen:** Inzwischen gibt es in vielen größeren Städten Selbsthilfegruppen der Anonymen Sex- und Liebesüchtigen, die sich an dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker orientieren. Diesen Gruppen wird eine große Rolle in der Rückfallprävention zugeschrieben.

■ **Pharmakotherapie:** Zur pharmakologischen Therapie der Hypersexualität stehen vor allem Selektive-Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) zur Verfügung. Deren negative Wirkung auf die sexuelle Appetenz kann sich bei der Behandlung von Hypersexualität zunutze gemacht werden. Neben dem Ein-

satz von SSRI, die relativ wenig Nebenwirkungen haben, wird eine antiandronerge Medikation (GnRH-Agonisten, Cyproteronacetat) aufgrund der z. T. gravierenden Nebenwirkungen nur bei sehr schweren Sexuellen Süchten erwogen, bei denen eine Fremdgefährdung oder eine Suizidgefahr vorliegt. Inzwischen liegen auch einzelne ermutigende Fallberichte zum Einsatz anderer Pharmaka vor, zum Beispiel Naltrexon, einem Opioidantagonisten (Bostwick & Bucci, 2008). Einen guten Überblick über die pharmakologische Therapie von Sexueller Sucht gibt der Übersichtsartikel von Guay (2009).

An der Verhaltenstherapeutischen Ambulanz der Universität Gießen wird zurzeit ein Forschungsprogramm zur Untersuchung der neurobiologischen Basis der Sexuellen Sucht durchgeführt. Darüber hinaus wird ein Behandlungsprogramm für sexsüchtige Männer mit vier Bausteinen entwickelt:

■ In dem Baustein **Psychoedukation** wird den Betroffenen ein Krankheitsmodell ähnlich dem oben beschriebenen vermittelt. Besonders wichtig hierbei ist es, die Bedeutung der Konditionierungsprozesse zu erläutern. Da die Betroffenen häufig zwischen Bagatellisieren und Dramatisieren hin und her pendeln, ist die Vermittlung rationaler Bewertungsmaßstäbe bezüglich des problematischen Verhaltens wichtig.

■ Im Baustein **Stimuluskontrolle** werden über intensive Selbstbeobachtung und Protokollierung des problematischen Verhaltens die Auslöser des sexsüchtigen Verhaltens identifiziert. Ausgehend von dem vermittelten Störungsmodell werden Strategien entwickelt, potenziellen Anreizen aus dem Weg zu gehen und insbesondere Maßnahmen zu ergreifen, die helfen, einem Handlungsimpuls zu widerstehen. Ferner wird mit den Betroffenen eine zeitlich befristete sexuelle Abstinenz verabredet.

■ Der Baustein **Bewältigung** fokussiert auf die funktionalen Aspekte des sexsüchtigen Verhaltens. Wird zum Beispiel sexsüchtiges Verhalten zur Emotionsregulation eingesetzt, können Behandlungstechniken der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan (1996)

zum Einsatz kommen. Liegen sozialphobische Ursachen für die Entwicklung der Sexuellen Sucht vor, wird mit den entsprechenden Behandlungskonzepten, zum Beispiel von Stagnier, Clark und Ehlers (2006), behandelt.

- Schließlich betrifft der vierte Baustein die **Rückfallprävention**. Wie bei substanzbezogenen Süchten müssen die Betroffenen frühzeitig kritische Situationen eines potenziellen Rückfalls identifizieren, um geeignete Maßnahmen zur Rückfallvermeidung ergreifen zu können.

Fazit und Ausblick

In einer Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kommen Rumpf, Meyer, Kreuzer und John (2011) zu der Einschätzung, dass 1,0% bis 1,5% der Bevölkerung internetsüchtig sind. Bemerkenswerterweise wurde in dieser Untersuchung nicht nach sexbezogenen Internetaktivitäten gefragt, obwohl diese Aktivitäten nach Meerkerk et al. (2006) in besonderem Ausmaß zur Internetsucht führen.

Es ist schwer zu verstehen, warum bisher bezüglich Sexueller Sucht nur sehr wenig Forschungsinteresse besteht. Diese Forschungsabstinenz in diesem Problembereich ist nicht auf Deutschland begrenzt. Ein Grund dafür liegt sicher in der noch nicht beendeten Debatte, wie eine Sexuelle Sucht diagnostisch verortet werden soll. Lenkt man den Blick auf die rasante Verbreitung von Hochleistungsinternetzugängen, die auch dazu führt, dass in immer mehr Kinder- und Jugendzimmern pornographisches Material in beliebigem Ausmaß zur freien Verfügung steht, muss man sich mit den potenziellen Auswirkungen beschäftigen. Dass diese Verbreitung ohne Wirkung bleibt, ist nicht zu erwarten. Vorausschauend sollten bereits jetzt zumindest Überlegungen in Richtung präventiver Maßnahmen angestellt werden, die eine gesunde sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unterstützen können. Für psychische Probleme, wie sie in diesem Beitrag unter dem Begriff „Sexuelle Sucht“ beschrieben wurden, müssen zudem effektive psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen bereitgestellt werden. Die Behandlungsnachfragen in unse-

rer verhaltenstherapeutischen Ambulanz vermitteln den Eindruck, dass insbesondere immer mehr Männer unter „Pornosucht“ leiden (wobei bei dieser Einschätzung allerdings ein Selektionseffekt nicht auszuschließen ist).

Die ein wenig akademisch anmutende Diskussion, ob Sexuelle Sucht eine eigenständige Diagnose sein soll oder eher als Syndrom zu verstehen ist, sollte möglichst bald überwunden werden. Denn vorrangig muss es sein, dass den Betroffenen geeignete Psychotherapien angeboten werden, die ihnen helfen, ihre offensichtlichen Probleme angemessen zu bewältigen und damit das z. T. erhebliche Leid zu reduzieren. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass diese Störung in ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung besser verstanden wird, da sich nur aus einem gut begründeten Erklärungsmodell *spezifische* psychotherapeutische Maßnahmen ableiten lassen. Basierend auf den skizzierten Überlegungen untersuchen wir an der Universität Gießen² aktuell die neuronalen Korrelate der Sexuellen Sucht, wobei das besondere Interesse den Konditionierungsprozessen gilt.

Literatur

- Agmo, A. (1999). Sexual motivation – an inquiry into events determining the occurrence of sexual behavior. *Behavioural brain research*, 105 (1), 129-150.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23 (6), 763-784.
- Barth, R. J. & Kinder, B. N. (1987). The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13 (1), 15-23.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L., Flumerfelt, D. L. & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154 (2), 243-249.
- Bostwick, J. M. & Bucci, J. A. (2008). Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clinic Proceedings*, 83 (2), 226-230.
- Brand, M., Laier, C., Pawlikowski, M., Schachtel, U., Scholer, T. & Altstötter-Gleich, C. (2011). Watching pornographic pictures

on the Internet: Role of sexual arousal ratings and psychological-psychiatric symptoms for using Internet sex sites excessively. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14 (6), 371-377.

- Briken, P. & Basdeki-Josza, R. (2010). Sexuelle Sucht? Wenn sexuelles Verhalten außer Kontrolle gerät. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 313-318.
- Carnes, P. (1983). *The sexual addiction*. Minneapolis: Compcare Publishers.
- Carnes P. (1992). *Wenn Sex zur Sucht wird*. München: Kösel.
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadow: Understanding sexual addiction*. Minneapolis: Hazelden.
- Coleman, E. (1991). Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 4 (2), 37-52.
- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals*, 22 (6), 320-325.
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1 (2), 187-193.
- Dilling, D., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Gold, S. N. & Heffner, C. L. (1998). Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical psychology review*, 18 (3), 367-381.
- Grüsser, S. & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Guay, D. R. (2009). Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clinical Therapeutics*, 31 (1), 1-31.
- Hammelstein, P. (2005). Die deutschsprachige Version der Sexual Sensation Seeking Scale und der Sexual Compulsivity Scale. *Zeitschrift für Sexuallforschung*, 18 (2), 135-147.
- Hook, J. N., Hook, J. P., Davis, D. E., Worthington, E. L. & Penberthy, J. K. (2010). Measuring sexual addiction and compulsivity: a critical review of instruments. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36 (3), 227-260.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Ar-*

² vgl. www.vt-giessen.de/sexsucht

- archives of Sexual Behavior*, 39 (2), 377-400.
- Kafka, M. P. & Hennen, J. (2002). A DSM-IV axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 14 (4), 349-366.
- Kafka, M. P. & Prentky, R. (1992). A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (10), 345-350.
- Kagerer, S., Klucken, T., Wehrum, S., Zimmermann, M., Schienle, A., Walter, B., Vaitl, D. & Stark, R. (2011). Neural activation toward erotic stimuli in homosexual and heterosexual males. *Journal of Sexual Medicine*, 8 (11), 3132-3143.
- Kalichman, S. C. & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65 (3), 586-601.
- Klucken, T., Schweckendiek, J., Merz, C. J., Tabbert, K., Walter, B., Kagerer, S., Vaitl, D. & Stark, R. (2009). Neural activations of the acquisition of conditioned sexual arousal: Effects of contingency awareness and sex. *Journal of Sexual Medicine*, 6 (11), 3071-3085.
- Kuzma, J. M. & Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31 (4), 603-611.
- Levine, M. P. & Troiden, R. R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *Journal of Sex Research*, 25 (3), 347-363.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Meerkerk, G.-J., van den Eijnden, R. J. J. M. & Garretsen, H. F. L. (2006). Predicting Compulsive Internet Use: It's All about Sex! *CyberPsychology & Behavior*, 9 (1), 95-103.
- Olsen, C. M. (2011). Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug addictions. *Neuropharmacology*, 61 (7), 1109-1122.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., Dougherty, D. D., Alpert, N. M., Orr, S. P., Lasko, M. et al. (1999). Neural activation during sexual and competitive arousal in healthy men. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 91 (1), 1-10.
- Raymond, N. C., Coleman, E. & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (5), 370-380.
- Redoute, J., Stoleru, S., Gregoire, M.-C., Costes, N., Cinotti, L., Lavenne, F., Le Bars, D., Forest, M. G. & Pujol, J.-F. (2000). Brain processing of visual sexual stimuli in human males. *Human Brain Mapping*, 11 (3), 162-177.
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Spackman, M. & Willes, D. L. (2008). Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34 (2), 133-149.
- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research. Brain research reviews*, 18 (3), 247-291.
- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363 (1507), 3137-3146.
- Roth, K. (2007). *Sexsucht. Krankheit und Trauma im Verborgenen*. Berlin: Christoph Links Verlag.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Verfügbar unter: www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf [10.04.2013].
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *DSM IV-TR*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schneider, J. P. (2000). A qualitative study of cybersex participants: Gender differences, recovery issues, and implications for therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7 (4), 249-278.
- Schneider, J. P. & Schneider, B. H. (1996). Couple recovery from sexual addiction/coaddiction: Results of a survey of 88 marriages. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 3 (2), 111-126.
- Singer, B. & Toates, F. M. (1987). Sexual motivation. *Journal of Sex Research*, 23 (4), 481-501.
- Stagnier, U., Clark, D. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stark, R., Schienle, A., Girod, C., Walter, B., Kirsch, P., Blecker, C. et al. (2005). Erotic and disgust-inducing pictures – Differences in the hemodynamic responses of the brain. *Biological Psychology*, 70 (1), 19-29.
- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *Journal of Sex Research*, 46 (2-3), 168-193.
- Weiss, R. & Schneider, J. (2006). *Untangling the Web. Sex, porn, and fantasy obsession in the internet age*. New York: Alayson Publications.
- Wetterneck, C. T., Burgess, A. J., Short, M. B., Smith, A. H. & Cervantes, M. E. (2012). The role of sexual compulsivity, impulsivity, and experiential avoidance in Internet pornography use. *The Psychological Record*, 62 (1), 3-18.
- Young, K. S. (2008). Internet sex addiction – risk factors, stages of development, and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52 (1), 21-37.



Prof. Dr. **Rudolf Stark** ist Professor für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Er leitet den Weiterbildungsstudiengang „Psychologische Psychotherapie“ und ist der geschäftsführende Direktor des Bender Institute of Neuroimaging, ein Forschungsinstitut, das die neuronalen Korrelate psychologischer Prozesse mithilfe der funktionellen Bildgebung erforscht.

Prof. Dr. Rudolf Stark

Professur für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften
Otto-Behagel-Str. 10 F
35394 Gießen
rudolf.stark@psychol.uni-giessen.de

Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – Was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht?

Thomas Fydrich & Theresa Unger

Zusammenfassung: Seit der Einführung von Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre an Psychologischen Instituten in den 1990er-Jahren sowie deren Ermächtigung zur Teilnahme an der psychotherapeutischen Versorgung auf Basis der Änderungen des SGB V im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes haben sich die Ambulanzen zu wichtigen Institutionen der Erforschung und psychotherapeutischen Behandlung im Feld der Klinischen Psychologie entwickelt. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über die Aktivitäten in den Bereichen Forschung, Therapie und Lehre in den insgesamt 40 Hochschulambulanzen für Psychotherapie an universitären Psychologischen Instituten in Deutschland.

Beim Verfassen des Psychotherapeuten-gesetzes in den 1990er-Jahren hat der Gesetzgeber durch die Einführung von Ambulanzen für Forschung und Lehre (Hochschulambulanzen für Psychotherapie) an Psychologischen Instituten im Rahmen des § 117 des SGB V deutlich gemacht, dass eine Anbindung der Psychotherapieforschung an die Psychologischen Institute der Universitäten notwendig ist, um einerseits die Lehre im Bereich Klinischer Psychologie und Psychotherapie zu unterstützen und andererseits die Entwicklung und Weiterentwicklung der Psychotherapie durch Forschungsaktivitäten zu sichern oder zumindest zu fördern. In mehr als zehn Jahren Forschungs- und Lehrtätigkeit an den Ambulanzen für Forschung und Lehre sind vielfältige Forschungsprojekte durchgeführt und Angebote für die patientenbezogene Lehre entwickelt und umgesetzt worden. Aufgabe und Herausforderung hierbei war und ist es im Sinne des „Scientist-Practitioner-Modells“, Lehre, Forschung und Praxis miteinander zu verbinden.

Verglichen mit der Bedeutung vor allem für Forschung und Lehre in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie gibt es so-

wohl in der Fachöffentlichkeit als auch in der Bevölkerung nur unklare Vorstellungen über die Rolle dieser Hochschulambulanzen, über deren therapeutisches Angebot und über die Forschungsarbeiten in den Ambulanzen. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über die Aktivitäten der Ambulanzen an den Psychologischen Universitätsinstituten in Deutschland. Dabei gehen wir besonders auf die aktuellen Behandlungs- und Forschungsschwerpunkte der Ambulanzen sowie auf die Einbindung der Hochschulambulanzen in die universitäre Lehre ein.

Wo gibt es Hochschulambulanzen und wer wird dort behandelt?

An 38 der 43 universitären Institute für Psychologie mit mindestens einer Professur für Klinische Psychologie/Psychotherapie in Deutschland sowie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim gibt es Hochschulambulanzen für Psychotherapie. Eine weitere Hochschulambulanz gibt es an der privaten International Psychoanalytic University in Berlin, siehe Tabelle S. 147.

Ergebnisse einer internen Befragung der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) aus dem Jahr 2009, an der 26 Hochschulambulanzen teilnahmen, zeigen, dass in diesen Ambulanzen im Laufe eines Jahres etwa 5.000 Patientinnen und Patienten¹ behandelt werden. Auf dieser Grundlage kann geschätzt werden, dass insgesamt durch die Hochschulambulanzen für Psychotherapie an Psychologischen Instituten jährlich 6.500 bis 7.000 Patienten psychotherapeutisch versorgt werden.

Von neun der Hochschulambulanzen liegen Informationen über die diagnostizierten psychischen Störungen bzw. Problembereiche vor. Die Ergebnisse sind in der Abbildung zusammengefasst. Es ist erkennbar, dass – entsprechend der hohen Prävalenz dieser Störungen in der Bevölkerung – vor allem Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen behandelt werden. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass Personen mit nahezu allen Problemen aus dem Spektrum psychischer Störungen in den Ambulanzen eine psychotherapeutische Behandlung erhalten.

Behandlung und Forschung gehen Hand in Hand

Die psychotherapeutischen Hochschulambulanzen sind nicht primär Versorgungs-

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

Tabelle: Universitäten mit einer Hochschulambulanz für Psychotherapie an Psychologischen Instituten in Deutschland.

Baden-Württemberg	Mecklenburg-Vorpommern
Freiburg	Greifswald
Heidelberg	Niedersachsen
Konstanz	Braunschweig
Mannheim, Universität, Otto-Suhr-Institut (OSI)	Göttingen
Mannheim, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)	Hildesheim
Tübingen	Osnabrück
Bayern	Nordrhein-Westfalen
Bamberg	Bielefeld
Eichstätt	Bochum
München	Bonn
Würzburg	Düsseldorf
Berlin	Köln
Freie Universität (FU) Berlin	Münster
Humboldt-Universität (HU) zu Berlin	Wuppertal
International Psychoanalytic University (IPU) Berlin	Rheinland-Pfalz
Brandenburg	Koblenz-Landau
Potsdam	Mainz
Bremen	Trier
Bremen	Saarland
Hamburg	Saarbrücken
Hamburg	Sachsen-Anhalt
Hessen	Halle
Frankfurt	Sachsen
Gießen	Dresden
Kassel	Leipzig
Marburg	Thüringen
	Jena

- Panikstörung und Agoraphobie (u. a. Bremen, Dresden, Freiburg, Gießen, Greifswald, HU Berlin, Marburg, Münster, OSI Mannheim),
- Soziale Angststörungen (u. a. Dresden, Eichstätt-Ingolstadt, FU Berlin, Hamburg, Tübingen),
- Generalisierte Angststörung (u. a. Dresden, Münster),
- Spezifische Phobien (u. a. Gießen, Hamburg, OSI Mannheim),
- Angststörungen allgemein (u. a. Jena, Konstanz, Köln (in Planung), Saarbrücken, Wuppertal),
- Traumafolgestörungen (u. a. Dresden, Eichstätt-Ingolstadt, Frankfurt, FU Berlin, München, Münster, OSI/ZI Mannheim, Wuppertal),
- Essstörungen (u. a. Dresden, Freiburg, Mainz),
- Substanzbezogene Störungen (u. a. Dresden),
- Zwangsstörungen (u. a. Gießen, HU Berlin, Leipzig, Marburg, Tübingen),
- Somatoforme Störungen und Hypochondrie (u. a. Frankfurt, Koblenz-Landau, Mainz, Marburg, OSI/ZI Mannheim),
- Persönlichkeitsstörungen (u. a. Freiburg, Mainz, OSI Mannheim, Tübingen),
- (chronische) Depressionen (u. a. FU Berlin, Freiburg, Mainz, OSI/ZI Mannheim, Marburg, Tübingen),
- Behandlung von Sorgen (Münster),
- Arbeitsprobleme und Prokrastination (Münster).

Auch die Behandlung **somatopsychischer Störungen** sowie psychischer Beschwerden im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen steht im Mittelpunkt einiger Hochschulambulanzen. Dies schließt vor allem die folgenden Bereiche ein:

- (chronische) Schmerzerkrankungen (u. a. Göttingen, Gießen, Hamburg, Koblenz-Landau, Mainz, Marburg, ZI Mannheim),
- Psychodiabetologie (Mainz),
- Psychoonkologie (Mainz),

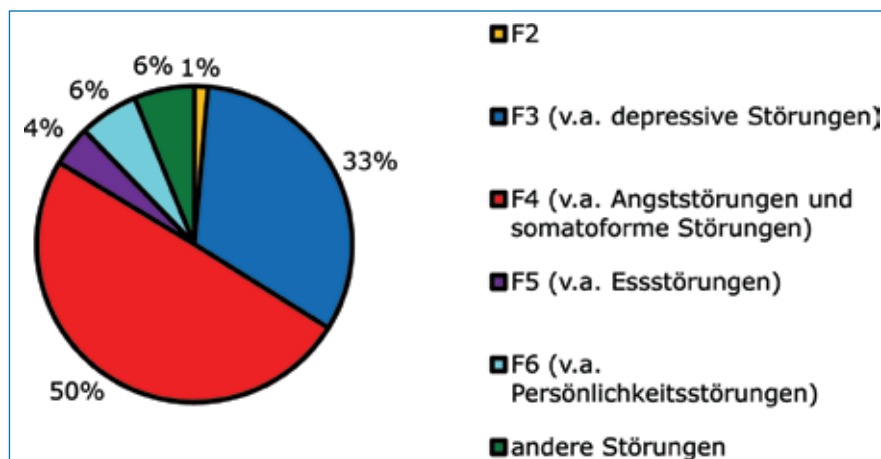


Abbildung: Prozentuale Häufigkeiten der Primärdiagnosen in neun Hochschulambulanzen.

einrichtungen. Stattdessen haben sie durch die gegebene Behandlungskapazität und die inhaltlichen Schwerpunkte eine wichtige Bedeutung für die meist themen-, problem- oder störungsbezogene Forschung. Daraus ergibt sich, dass viele Am-

bulanzen auf die Behandlung bestimmter Störungsbilder spezialisiert sind. So gibt es **Spezialambulanzen** und **Schwerpunkte** für die Behandlung eines breiten Spektrums psychischer Störungen, unter anderem:

- Tinnitus (u. a. Mainz, ZI Mannheim, Göttingen),
- Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen (u. a. Freiburg),
- Probleme bei neurologischen Erkrankungen wie Parkinson- und Dystoniesyndromen, Demenzen, Amnesien und anderen erworbenen Hirnschädigungen (Halle, Jena, Leipzig, Marburg, OSI Mannheim, Würzburg).

Über dies hinaus werden in den Hochschulambulanzen an vielen Orten diagnostische und psychotherapeutische Angebote vor allem für Störungsbereiche angeboten, die in der nichtuniversitären ambulanten Praxis meist unterversorgt sind. Dies sind unter anderem:

- Störungen aus dem autistischen Spektrum (u. a. FU Berlin, ZI Mannheim),
- ADHS im Erwachsenenalter (u. a. Braunschweig, Göttingen, Tübingen, ZI Mannheim),
- Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen (u. a. Hamburg, Marburg, ZI Mannheim, Wuppertal),
- Bipolare Störungen (u. a. Tübingen).

Weiterhin bieten einige Hochschulambulanzen auch Hausbesuche bei krankheitsbedingter Unfähigkeit zum Verlassen der Wohnung (z. B. bei schweren Agoraphobien, Bochum) sowie Konsiliardienste für Krankenhäuser (z. B. Hamburg) an. Nicht zuletzt nehmen die Ambulanzen aufgrund ihrer ausführlichen und strukturierten Diagnostik eine wichtige Position im Rahmen der Zuweisungsdiagnostik ein.

Zudem werden in einigen Hochschulambulanzen auch neue Interventionskonzepte etabliert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Hierzu gehören:

- internetbasierte Intervention zur Förderung von Änderungs- und Therapiemotivation bei Essstörungen (Bochum, Osnabrück),
- internetbasierte Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen (Freiburg),
- internetbasiertes Training zur Reduktion von Alpträumen (Düsseldorf),

- internetbasierte Therapie von Depressionen, sozialer Phobie und Panikstörung in der Routineversorgung (Düsseldorf),
- spezialisierte Paartherapie zur Unterstützung von Paaren nach Offenlegung einer sexuellen Außenbeziehung (Braunschweig),
- Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen (Freiburg),
- Psychotherapie bei Psychosen (u. a. Marburg, Hamburg),
- Behandlungsformate, die eine schnelle Zuweisung (z. B. in einer Woche) als im Routinesetting ermöglichen (Dresden),
- Beratung bei Mobbing-situationen (OSI Mannheim),
- Psychobiologische Therapie (Kombination von Oxytocin und Dialektisch-Behavioraler Therapie) bei Borderline Persönlichkeitsstörung (Freiburg).

Gruppentherapeutische Angebote: Die Hochschulambulanzen bieten zudem an vielen Orten problem- oder störungsorientierte Gruppentherapien an:

- Soziale Angststörung (u. a. FU Berlin),
- Prüfungsangst (u. a. Bielefeld),
- Depressionen (u. a. Bochum, Marburg, FU Berlin),
- (chronische) Schmerzen (u. a. Gießen, Göttingen, Hamburg),
- Essstörungen (u. a. Mainz),
- Borderline Skillstraining (u. a. Mainz, Tübingen, FU Berlin),
- Tinnitus (u. a. Göttingen, Mainz),
- Psychoonkologie (u. a. Mainz),
- Prokrastination (Münster),
- Zwangsstörungen (u. a. HU Berlin, Tübingen).

Darüber hinaus gibt es folgende störungsübergreifende und ressourcen- sowie gesundheitsfördernde Gruppenangebote: „Den Ruhestand genießen“ (FU Berlin), Soziales Kompetenztraining (u. a. Mainz, Heidelberg, Tübingen), Achtsamkeits-, Entspannungs-, Genuss- und Stressbewältigungstrainings (u. a. Mainz, OSI Mannheim), Raucherentwöhnung (u. a. Mannheim) und Gruppenangebote zur Verbes-

serung der Emotionsregulation (u. a. Heidelberg).

Auch im Kinder- und Jugendbereich gibt es Gruppenangebote unter anderem zur Steigerung der sozialen Kompetenz (u. a. Tübingen, Heidelberg) sowie zur Reduktion von Aufmerksamkeits- und Schlafproblemen (u. a. Tübingen, Freiburg).

Therapie- und Grundlagenforschung

Eine interne Befragung der DGPs-Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie zeigte, dass im Kalenderjahr 2009 mehr als 120 psychotherapie-relevante Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften publiziert wurden, an denen die Hochschulambulanzen beteiligt waren. Neben der „naturalistischen Therapieforschung“, das heißt der Untersuchung der Wirksamkeit von Behandlungen unter Routinebedingungen („effectiveness“-Studien) wurden und werden in den Hochschulambulanzen fortlaufend auch randomisiert-kontrollierte Studien („efficacy“-Studien) sowie Studien zur Grundlagenforschung durchgeführt.

Forschungsgebiete umfassen hierbei beispielsweise die Untersuchung neurobiologischer Grundlagen zur Entstehung pathologischer Ängste und deren Behandlung (z. B. Greifswald; Melzig, Weike, Hamm & Thayer, 2009) sowie Lern-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprozesse bei der Behandlung psychischer Störungen (z. B. Saarbrücken; Vriends, Michael, Schindler & Margraf, 2012).

Ein Beispiel für die Entwicklung neuer Therapieansätze und deren Überprüfung ist die Studie von Lincoln et al. (2012). Die Autoren konnten in einem randomisiert-kontrollierten Design zeigen, dass 40 ambulante Patienten mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, die zusätzlich zur pharmakologischen Routinebehandlung in der Marburger Psychotherapieambulanz eine neu konzipierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung erhielten, nach Behandlungsende eine deutliche Symptomreduktion und Erhöhung des Funktionsniveaus erzielten. Die Befunde wurden mit denen von 40 Patien-

ten verglichen, die eine psychiatrisch-ambulante Routineversorgung erhielten. Die positiven Therapieeffekte blieben auch ein Jahr nach Behandlungsende weitgehend stabil.

Ein aktuelles Beispiel aus der grundlagenorientierten Forschung ist die Untersuchung von Riesel, Endrass, Kaufmann und Kathmann (2011). Sie untersuchten elektrophysiologische Korrelate der Verarbeitung von Informationen bei 30 Zwangspatienten und gesunden Probanden sowie darüber hinaus auch bei 30 nicht betroffenen Verwandten ersten Grades von Zwangspatienten. Die Befunde zeigen, dass sowohl bei Zwangspatienten als auch bei deren nicht betroffenen Verwandten ersten Grades ähnliche Besonderheiten der Informationsverarbeitung auftreten. Diese spezifischen Veränderungen der Informationsverarbeitung erscheinen daher nicht als Folge von Zwangserkrankungen, sondern können als eine zugrundeliegende Vulnerabilität für die Störung interpretiert werden.

Durch die enge Vernetzung der Ambulanzen wird auch die Durchführung von Multizenterstudien im Bereich der Psychotherapieforschung erleichtert. So arbeiten beispielsweise die Ambulanzen für Forschung und Lehre der Universitäten Dresden, HU Berlin, Greifswald, Münster, Würzburg, Bremen und Mannheim seit vielen Jahren im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts zur Erforschung unterschiedlicher Mechanismen der Verhaltenstherapie bei Angststörungen zusammen (Gloster et al., 2011). In Kooperation mit psychiatrischen und anderen medizinischen Einrichtungen werden neben Therapieevaluationen auch biologische Grundlagen zur Genetik, Neurophysiologie und zur Kombination von pharmakologischen Behandlungen und Psychotherapie untersucht.

Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren

Die Forschung in den Hochschulambulanzen trägt auch zur Verbesserung und Entwicklung diagnostischer Methoden bei. Die Hochschulambulanz an der Universität Dresden ist beispielsweise an der Entwick-

lung der Kriterien und Messmethoden für das kommende Klassifikationssystem DSM 5 beteiligt. Um Personen mit emotionalen und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten (z. B. bei Persönlichkeitsstörungen oder PTBS) frühzeitig zu identifizieren, werden beispielsweise in Braunschweig störungsspezifische Screening-Instrumente entwickelt und erprobt (z. B. Kröger, Vonnau, Kliem & Kosfelder, 2011).

Therapieprozessforschung und Ausbildungsforschung

Einige Institute haben ihren Schwerpunkt in der Untersuchung von Fragestellungen zur Therapieprozessforschung (u. a. Trier und Osnabrück). Untersucht wird hierbei beispielsweise die Wirkung von Feedback auf die Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen (z. B. Lutz, Böhnke & Köck, 2010) sowie die Vorhersage von Veränderungsmustern in der Psychotherapie (z. B. Lutz et al., 2013).

In der Ausbildungsforschung werden unter anderem in Bochum und Osnabrück Fragen zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten untersucht (z. B. Eversmann, Schöttke & Wiedl, 2009).

Psychologische Begutachtung

In einigen Hochschulambulanzen (u. a. Bonn) liegen die Schwerpunkte in der Forschung zur psychologischen Begutachtung psychischer Störungen und psychosomatischer Erkrankungen sowie in der Entwicklung von Leitlinien zur Begutachtung psychischer Störungen.

Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapien

In (auch) psychodynamisch arbeitenden Hochschulambulanzen (Osnabrück, Kassel, IPU Berlin) wird beispielsweise untersucht, ob sich die Therapieziele zwischen verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Psychotherapien unterscheiden und inwiefern der Therapieerfolg durch die Art der Formulierung von Therapiezielen vorhergesagt werden kann (Osnabrück; Schöttke, Sembill, Eversmann, Waldorf & Lange, 2011). In Kassel liegen die Forschungsschwerpunkte im Bereich der klinischen Emoti-

onsforschung, wobei unter anderem der Frage nachgegangen wird, welche emotionalen Prozesse in Abhängigkeit vom Strukturniveau der Patienten sowohl in der Verhaltenstherapie als auch in der psychodynamischen Therapie langfristig mit einem positiven Therapieergebnis verbunden sind (z. B. Benecke & Krause, 2005; Zimmermann et al., 2012).

Zunehmend auch Behandlung und Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In 20 der 40 Hochschulambulanzen an Psychologischen Instituten werden neben Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche behandelt. Im Kinder- und Jugendbereich stehen unter anderem die Diagnostik, Prävention, Behandlung und Erforschung der folgenden Störungsbereiche im Mittelpunkt:

- Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (u. a. Göttingen, Heidelberg, Potsdam),
- Ängste (u. a. Bochum, Bielefeld, Bremen, Frankfurt, Freiburg, Göttingen),
- Traumata (u. a. Eichstätt-Ingolstadt, Frankfurt, FU Berlin),
- Essstörungen (u. a. Freiburg, Göttingen),
- Depressionen (u. a. Freiburg),
- ADHS (z. B. durch Neurofeedbacktherapie; u. a. Bremen, Braunschweig, Freiburg, Marburg, Tübingen),
- Störungen des Sozialverhaltens (u. a. Bremen, Bielefeld),
- Schlafstörungen (u. a. Tübingen),
- Somatoforme Störungen (u. a. Tübingen),
- (chronische) Schmerzen (z. B. durch Biofeedback, Entspannungsverfahren sowie Schmerz- und Stressbewältigungsprogramme; u. a. Gießen, Göttingen).

Weiterhin wird für psychisch belastete Eltern und Familien neben der Behandlung ihrer Kinder zusätzliche Unterstützung durch Elterntrainings angeboten (z. B. Braunschweig, Tübingen).

Im Grundlagenbereich werden beispielsweise in Potsdam im Rahmen des DFG-Graduiertenkollegs „Intrapersonale Entwicklungsrisiken des Kindes- und Jugendalters in längsschnittlicher Sicht“ unter anderem die Spezifität von Risikofaktoren und der Einfluss des Expositionszeitpunkts bei der Entstehung psychischer Störungen sowie die Stabilität von Entwicklungsproblemen untersucht. In Bochum beschäftigen sich Wissenschaftler mit den Auffälligkeiten in der Informationsverarbeitung bei Kindern mit Angststörungen (z. B. In-Albon, Kossowsky & Schneider, 2010) sowie mit der familialen Transmission von Körperbildstörungen bei Essstörungen.

Qualitätssicherung als zentrales Merkmal

In allen Hochschulambulanzen wird im Sinne der Versorgungsforschung die Wirksamkeit der durchgeführten Therapien durch den Einsatz strukturierter Diagnose- und Therapieevaluationsinstrumente überprüft. So verfasst die Mehrzahl der Hochschulambulanzen jährliche Tätigkeitsberichte, in denen sie unter anderem über die Wirksamkeit ihrer Behandlungen sowie die Patientenzufriedenheit berichten. Mindestens zwei der Ambulanzen (Mainz und Münster) wurden durch externe Qualitätsprüfstellen (KTQ, DIN EN ISO 9011) zertifiziert.

Einbindung der Hochschulambulanzen in die Lehre

Wesentliches Merkmal und eine weitere zentrale Aufgabe der Tätigkeit in den Hochschulambulanzen betrifft die Lehre im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Diese Integration findet vor allem im Rahmen der sogenannten patientenorientierten Lehre statt. So bieten in vielen Ambulanzen therapieerfahrene approbierte Mitarbeiter regelmäßig störungsspezifische und fallorientierte Seminare an, in denen sie praxisnah anhand von Patientenbeispielen den Studierenden die verschiedenen Störungsbilder näherbringen. Studierende begleiten in Fallseminaren die Vor- und Nachbereitung von Therapiesitzungen, assistieren bei Expositionen und beobachten Psychotherapiesitzungen

über Video, wodurch sie Einblicke in die Behandlungsabläufe in realen Psychotherapien erhalten. Zudem gibt es Veranstaltungen mit diagnostischem Schwerpunkt, in denen Studierende zum Beispiel bei Erstgesprächen und diagnostischen Interviews in der Hochschulambulanz hospitieren können. Hierdurch werden verschiedene Methoden und Phasen des diagnostischen Prozesses praxisnah kennengelernt. In Seminaren zur Fallkonzeptualisierung sowie Gutachtenerstellung werden Therapiekonzepte erarbeitet und das Erstellen von Berichten zur Beantragung der Finanzierung von Behandlungen erstmals geübt.

Die Tätigkeit in den Ambulanzen ermöglicht, dass eine Vielzahl von wissenschaftlichen Fragestellungen auch über Abschlussarbeiten (Diplom, B.Sc., M.Sc.) bearbeitet werden. Zudem stehen Praktikumsplätze für Studierende der Psychologie und Plätze im Rahmen der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Praktische Tätigkeit II) zur Verfügung.

Ausblick

Zusammenfassend betrachtet haben sich mit der Einrichtung von Ambulanzen für Forschung und Lehre an Psychologischen Universitätsinstituten sowie deren Ermächtigung zur Teilnahme an der psychotherapeutischen Versorgung wichtige Institutionen etabliert, die zu wesentlichen Fortschritten in Forschung und Lehre im Bereich Klinischer Psychologie und Psychotherapie fortlaufend beitragen und durch ihre Aktivitäten zudem auch einen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen leisten.

Die Tatsache, dass sich ein Großteil der Professuren für Klinische Psychologie und Psychotherapie und somit auch die Hochschulambulanzen vor allem mittels empirischer und experimenteller Methoden den Fragestellungen der klinisch-psychologischen Forschung nähern, hat zwar in der Vergangenheit dazu geführt, dass vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze untersucht wurden. In den letzten Jahren ist jedoch zunehmend eine Öffnung hinsichtlich der Untersuchungsme-

thoden (z. B. Einsatz qualitativer Methoden), der Fragestellungen (z. B. hin zur Therapieprozessforschung) sowie der Untersuchung verschiedener psychotherapeutischer Verfahren und therapeutischer Ansätze (z. B. sog. „dritte Welle“) erkennbar.

Intensiviert und verbessert werden sollte der Transfer der in der Forschung gewonnenen Erkenntnisse in die psychotherapeutische Versorgungspraxis. Kordy (2008, S. 251) weist darauf hin, dass es nur „ein kleiner Bruchteil innovativer [...] Behandlungen, die in klinischen Studien positiv getestet wurden, [...] bis in die klinische Routine“ schafft. Hier sind auch die Hochschulambulanzen noch stärker gefordert. Die zweijährig stattfindenden Workshopkongresse „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie („Wissen – schafft – Praxis“) sowie mittlerweile eine Reihe von regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen – organisiert in Kooperation der Landespsychotherapeutenkammern und der Universitäten – sind diesbezüglich wichtige Beiträge zum wechselseitigen Transfer zwischen Praxis und Wissenschaft.

Literatur

- Eversmann, J., Schöttke, H. & Wiedl, K. H. (2009). Bedeutung der interpersonellen Kompetenz für den Ausbildungs- und Therapieerfolg angehender psychologischer Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (1), 30.
- Benecke, C. & Krause, R. (2005). Initiales mimisch-affektives Verhalten und Behandlungserfolg in der Psychotherapie von Patientinnen mit Panikstörungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51 (4), 346-359.
- Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., Fehm, L., Hamm, A. O., Richter, J., Alpers, G. W., Gerlach, A. L., Ströhle, A., Kircher, T., Deckert, J., Zwanzger, P., Höfler, M. & Arolt, V. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to

- examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 406-420.
- In-Albon, T., Kossowsky, J. & Schneider, S. (2010). Vigilance and avoidance of threat in the eye movements of children with separation anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 225-235.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Kröger, C., Vonau, M., Kliem, S. & Kosfelder, J. (2011). Emotion dysregulation as a core feature of Borderline Personality Disorder: Comparison of the discriminatory ability of two self-rating measures. *Psychopathology*, 44, 253-260.
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., Kesting, M.-L., Lüllmann, E., Westermann, S. & Rief, W. (2012). Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: A randomized clinical practice trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 674-686.
- Lutz, W., Ehrlich, T., Rubel, J., Hallwachs, N., Röttger, M. A., Jorasz, C., Vocks, S., Schulte, D. & Tschitsaz-Stucki, A. (2013). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychotherapy Research*, 23, 114-24.
- Lutz, W., Böhnke, J. R. & Köck, K. (2010). Lending an ear to feedback systems: Evaluation of recovery and non-response in psychotherapy in a German outpatient setting. *Community Mental Health Journal*, 47, 311-317.
- Melzig, C. A., Weike, A. I., Hamm, A. O. & Thayer, J. F. (2009). Individual differences in fear-potentiated startle as a function of resting heart rate variability: Implications for Panic Disorder. *International Journal of Psychophysiology*, 71, 109-117.
- Riesel, A., Endrass, T., Kaufmann, C. & Kathmann, N. (2011). Overactive error-related brain activity as a candidate endophenotype for obsessive-compulsive disorder: Evidence from unaffected first-degree relatives. *The American Journal of Psychiatry*, 168, 317-324.
- Schöttke, H., Sembill, A., Eversmann, J., Waldorf, M. & Lange, J. (2011). Therapieziele in der ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie – Notwendig oder irrelevant? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 40, 257-266.
- Vriends, N., Michael, T., Schindler, B. & Margraf, J. (2012). Associative learning in flying phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 838-846.
- Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S. & Bennecke, C. (2012). Assessing the Level of Structural Integration using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Implications for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 94, 522-532.



Dr. **Thomas Fydrich** ist Professor für Psychotherapie und Somatopsychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin, Sprecher der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Sprecher des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung“ der Psychotherapeutenkammer Berlin und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP).



Dr. **Theresa Unger**, Dipl.-Psych., arbeitet als wissenschaftliche Referentin beim Verbund universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie (unith) sowie der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und befindet sich in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Ihre wissenschaftlichen Interessenschwerpunkte liegen im Bereich der Versorgungsforschung.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl.-Psych. Theresa Unger

ZPHU – Zentrum für Psychotherapie am
Institut für Psychologie der Humboldt-
Universität zu Berlin
Klosterstraße 64
10179 Berlin
theresa.unger@hu-berlin.de

Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

Zu B. Ubben: „Der Bericht an den Gutachter als sinnvolles Qualitätssicherungsinstrument“, Psychotherapeutenjournal 1/2013

Vorwort des Redaktionsbeirats

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

eher selten erfahren wir, welche Beiträge des PTJ besonders aufmerksam gelesen werden und wie sie von unseren Leserinnen und Lesern aufgenommen werden. Beim Beitrag von Bernd Ubben in PTJ 1/2013 war dies anders. Viele Leserbriefe haben die Redaktion des PTJ erreicht, einige mit deutlicher Kritik und großer persönliche Betroffenheit über Inhalt und Stil des Beitrages, der – wie verschiedentlich angemerkt wurde – eine Würdigung der Ressourcen und Leistungen der Kolleginnen und Kollegen vermissen lasse.

Inhaltlich geht es vielen Kritikerinnen und Kritikern des Artikels vor allem um zwei Aspekte: die darin thematisierten „Schreibschwierigkeiten“ und die grundlegende Frage der Angemessenheit des Gutachterverfahrens. Bezüglich der vom Autor so

bezeichneten „Prokrastinationstendenzen“ und vermeintlichen Kompetenzmängel wird betont, dass diese durch eine adäquate Vergütung des Berichteschreibers leicht zu beheben wären – ein Aspekt, den der Autor gänzlich übergehe.

Bezüglich der berufspolitisch brisanten Thematik des Gutachterverfahrens selbst wird kritisiert, dass dessen Revision und sinnvolle Alternativen nicht reflektiert werden.

Nicht zuletzt traf die Kritik uns, den Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals. Wir möchten an dieser Stelle unsere Unabhängigkeit von den persönlichen Meinungen der Autorinnen und Autoren betonen. Das PTJ sieht sich der thematischen und perspektivischen Vielfalt verpflichtet und möchte Raum für die Diskussion berufsrelevanter Themen bieten.

Neben den Zuschriften, die primär Ärger über den o. g. Artikel äußerten, haben wir auch konstruktive Kommentare und Artikelangebote erhalten, die sich differenziert mit dem Gutachterverfahren und möglichen Verbesserungen oder Alternativen auseinandersetzen – wir werden diese wichtige Diskussion in den folgenden Ausgaben des PTJ aufgreifen!

Angesichts der vielen Zuschriften und aus dem Wunsch heraus, Ihre Beiträge so breit wie möglich zu dokumentieren, haben wir uns entschieden, den Abdruck auf eine Auswahl zu begrenzen und einzelne Zuschriften stellenweise zu kürzen – die wesentlichen Anmerkungen und Einwände bleiben dennoch ersichtlich.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Redaktionsbeirat

Ein paar Details übersehen ...

(...)

In der Theorie ist das sicherlich eine tolle Sache. Rein praktisch gesehen scheint Herr Ubben mir allerdings ein paar Details

übersehen oder nicht berücksichtigt zu haben.

Dazu gehört zum einen die Anzahl der probatorischen Sitzungen. Uns stehen

fünf zur Verfügung. Das ist richtig. Ich weiß aber von vielen Kollegen (inkl. mir selbst), dass ich nicht bei jedem Patienten auch alle fünf nutze, weil die Bezahlung dafür definitiv zu schlecht ist. Und

gerade die ersten Sitzungen können bekanntermaßen sehr anstrengend sein, weil es um die Aufnahme einer Fülle von Informationen und den Beziehungsaufbau geht. (Darüber hinaus läuft es nicht bei allen Patienten so glatt und strukturiert, trotz guter Planung, wie von Herrn Ubben vorgeschlagen.)

Ähnliches gilt für die Vergütung des Berichteschreibens. Wie Herr Ubben das in weniger als 40 Minuten (denn mehr werden, umgerechnet in Minuten, nicht vergütet), inklusive Anträge ausfüllen, ausdrucken, frankieren etc. schafft, ist mir ein Rätsel. Ich kenne keine/n Kollegin/Kollegen, die/der das hinkriegt.

Wenn es also um Qualitätssicherung und „geeignete motivationale Bedingungen“ geht – wie wäre es dann, und bitte nicht als letztes oder gar unerwähntes Argument, mit einer adäquaten finanziellen Honorierung? (Und das nicht nur für die oben benannten Leistungen, sondern letztlich auch für die genehmigungspflichtigen Leistungen!)

Rita Haring

„Oft auftretende Mängel“ – bei 97% Annahmequote?!

(...)

Ich finde zunächst fällt auf, dass hier jemand unentwegt von den „oft“ auftretenden Mängeln der Psychotherapeuten beim Berichten, der Behandlungsplanung, der zeitökonomischen Praxisführung und damit letztlich auch in der Behandlung spricht („eine solche explizite Planungsarbeit ist notwendige und selbstverständliche Bedingung für ein verantwortungsvolles, professionelles Arbeiten“). Das muss man sich mal überlegen, bei nachgewiesenermaßen hohen Effektivitäten (siehe TK-Studie) und bei bekannterweise 97% Annahmequote der Berichte! (...)

Anstatt, dass ein Artikel sinnvolle Veränderungen im GAV aufzeigt, wird von Herrn Ubben allen Ernstes auf die Vorschläge von Herrn Uhlemann verwiesen (Sie erinnern sich an 15 Std. KZT gutachterbefreit), da ja mit dem vorliegenden Artikel keineswegs „der laufenden Diskussion widersprochen werden soll, die eine Anpassung des Gutachterverfahrens nahelegt (siehe Uhlemann, 2012)“. (...) Dabei hätte ich eine Sammlung von Pro-Argumenten oder sinnvollen Alternativvorschlägen schon an sich begrüßt; weil man sich hätte inhaltlich dazu äußern können!

(...) Man darf ja auch nicht vergessen, dass die am Prozess über die Veränderungen

des GAV beteiligten Personen auch diese Artikel lesen: „Wie Herr Dipl.-Psych. Ubben im Psychotherapeutenjournal (!) schreibt, scheinen die niedergelassenen Psychotherapeuten tatsächlich nicht im Saft zu stehen. In ihrer Qualitätssicherung inhaltsarm und nicht individuell am Patienten orientiert, scheint sogar die Probatorik nicht genutzt zu werden. Damit endlich die Feindseligkeiten gegenüber den Gutachtern aufhören, brauchen wir jetzt eine noch stärkere Regulierung in der Psychotherapie!“ (Köhler, Uhlemann und Co., 2014 – beachte!: ein von mir ausgedachtes Zitat!). (...)

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Enno E. Maaß, Wittmund

Zumutung für langjährig tätige Psychotherapeuten

(...)

Mit Unmut habe ich den Artikel im PTJ 1/2013 von Herrn Ubben zur Kenntnis genommen, aber auch Ihre Einführung des Artikels. Die ablehnende Haltung zum GAV darauf zu reduzieren, dass man sich entweder noch in der Ausbildung befindet oder „Schreibschwierigkeiten“ hat, diffamiert die Motive, das GAV bzw. die Qualitätssicherung der Psychotherapie zu reformieren.

Im Artikel wird an alten Abläufen festgehalten, diese werden ausgefeilt und zementiert. Die Ausführungen mögen für Psychotherapeuten in der Ausbildung vielleicht Anregungen bieten, sind als Belehrung für

langjährig therapeutisch Tätige allerdings eine Zumutung. Neue Erkenntnisse kann ich daraus nicht entnehmen. Allerdings taucht die Frage auf, wie bei diesem bis ins Detail festgelegtem technokratischem Ablauf eine therapeutische Beziehung entstehen soll, die immer eine Beziehung von Menschen, also individuell und lebendig, ist. Welchen Einfluss die therapeutische Beziehung auf den Gesundungsprozess hat, ist ja hinreichend bekannt.

Ich stimme der Aussage zu, dass ein Effekt des GAV ist, dass der Therapeut sich Gedanken machen kann über die Therapieplanung. Unzulässig ist die Schlussfolgerung, dass für eine nutzbringende therapeutische Behandlung eine GA-Er-

stellung erforderlich sei, siehe TK-Studie, siehe die Behandlungserfolge bereits auch in Kurzzeittherapien, die ja bei erfahrenen Therapeuten (nach 35 befürworteten GA) schon jetzt ohne GA bewilligt werden. (...)

Meine Interessen als beitragszahlendes Mitglied der Psychotherapeutenkammer sehe ich in der aktuellen Ausgabe des Psychotherapeutenjournals mit dem Beitrag von Herrn Ubben in keiner Weise vertreten.

Diskutiert werden sollte vielmehr die Entwicklung einer angemessenen modernen Qualitätskontrolle für die Psychotherapie.

Ingrid Mankopf

Unnötige Polarisierung

(...)

Zunächst einmal finde ich es schwierig, die Ausführungen losgelöst von den Tätigkeiten des Verfassers zu beurteilen. Als Gutachter und Leiter eines VT-Instituts hat er vermutlich zumindest teilweise andere Interessen als ein niedergelassener Kollege.

Nun zu den Inhalten: Es geht wohl um die Verknüpfung zwischen Therapieplanung und Gutachterverfahren. Und genau dies ist aus meiner Ansicht die konzeptionelle Schwäche des Artikels. Es wird dabei suggeriert, dass nur durch ein Gutachterverfahren eine inhaltlich hochwertige Therapieplanung gewährleistet ist: Nur durch Zwang wird Qualität gesichert.

Inhaltlich kann ich auch als Supervisor und Dozent für Verhaltenstherapie gut mit den Strukturierungsvorschlägen des Autors mitgehen. Auch die Tipps, wann man was verlassen kann, sind insgesamt nachvollziehbar.

Was jedoch schwierig ist, wenn ein Kollege, der zudem in der Ausbildung tätig ist, Behauptungen aufstellt wie etwa *„Nicht selten richten Vertragstherapeuten ihre Gedanken vorwiegend auf den verpflichtenden Charakter des Berichts und befürchten negative Sanktionen durch den Gutachter“* oder *„Daraus folgt rasch eine sich feindselig-unterordnende bzw. passiv-aggressive Haltung („Dienst nach Vorschrift“), aus der dann inhaltsarme und kaum individualisierte Berichtstexte resultieren“*. – Woher weiß der Verfasser, worauf die Kollegen ihre Gedanken richten? Wie kann er dann eine an die Persönlichkeitsdiagnostik anmutende Schlussfolgerung treffen, in der er bei Kollegen z. B. eine passiv-aggressive Haltung diagnostiziert? Weitere Worte oder Sätze, wie z. B. *„Reaktanz“*, *„der Blick verstellt“*, *„Selten beziehen Psychotherapeuten das Verfassen der Berichte gezielt in ihre Therapieplanung mit ein“* machen es vermutlich einem selbstkritischen Kollegen schwer, die Ansicht des Autors anzunehmen. Auch

erhebt sich immer wieder die Frage: Woher hat der Autor diese Daten? Hat er mit sehr vielen Therapeuten gesprochen? (...) Ich erspare uns allen eine detaillierte Analyse seines Beitrages, der aus meiner Sicht eher geeignet ist, unnötig zu polarisieren. Es hätte auch eine kollegiale Anregung werden können, wie das Erstellen eines Berichts an den Gutachter erleichtert werden kann. Stattdessen werden Kolleginnen und Kollegen aus meiner Sicht unsachlich kritisiert.

Schließlich erscheint mir die Koppelung von Therapieplanung und Gutachterverfahren als nicht gottgegeben. Wer leitlinienorientiert verhaltenstherapeutisch *lege artis* arbeitet, kann dies auch ohne Gutachterverfahren. Alternative gutachterfreie Modelle werden in den Selektivverträgen erprobt und wissenschaftlich überprüft.

Dr. Alessandro Cavicchioli

Indiskutable Bezahlung beeinflusst die Motivation

(...)

Als seit nunmehr zehn Jahren niedergelassener Psychotherapeut schlägt es mir die Sprache bei der Lektüre des Artikels von Herrn Ubben. Der Autor erdreistet sich, die Unzufriedenheit und Belastungen durch das Gutachterverfahren im Wesentlichen auf Strukturprobleme in der Datenerhebung und im Zeitmanagement sowie fehlende positive Einstellung zum Gutachterverfahren zu reduzieren.

Inhaltlich macht er Vorschläge, die grundsätzlich fachlich im Rahmen sind und für seine Ausbildungskandidaten vermutlich von Interesse. Schon vor über zehn Jahren wurde mir für das zügige Erstellen des Erstantrags ein sehr ähnliches Vorgehen in meinem Ausbildungsinstitut vermittelt. Dabei geht er offensichtlich von einem intelligenten, sehr auskunftsfähigen und interaktionell nur wenig gestörten Patienten mit nur einer Hauptsymptomatik aus, für den

sich ein sehr strukturiertes und im weiteren Verlauf Manual orientiertes Vorgehen tatsächlich anbietet. Auf diskussionswürdige Details möchte ich an dieser Stelle nicht eingehen, obwohl es verschiedene Widersprüche und Ungenauigkeiten (u. a. die unklare Sozialphobie im Beispielfall) in seiner Darstellung gibt. Insgesamt spiegelt sein idealtypisches Vorgehen sicher den aktuellen Stand in verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten wieder, die auf ein strukturiertes Vorgehen Wert legen. Wenn es das Ziel des Artikels wäre, den Ausbildungsstand zu verbessern, wäre es für mich akzeptabel. Das könnte auch alles in sein Buch oder einem Lehrbuch der Verhaltenstherapie hineinpassen. Da das Gutachterverfahren in der Kritik steht und der Autor zudem auch Gutachter ist, handelt es sich wohl offensichtlich jedoch auch um eine Rechtfertigung des Status quo von jemandem, der wirtschaftlich davon abhängig ist. Dies wird an keiner Stelle kritisch reflektiert. (...)

Er gibt an keiner Stelle wissenschaftliche Belege für diese pauschalisierenden Behauptungen (...). An keiner Stelle werden die Ressourcen und Leistungen der KollegInnen gewürdigt. Es entsteht ein undifferenziertes Bild inkompetenter, unstrukturierter und passiv-aggressiver Psychotherapeuten, welches dem Berufsstand Schaden zufügt. (...)

Herr Ubben geht an einer Stelle auf die Unterbezahlung der diagnostischen Sitzungen ein (S. 29). Wie kann Herr Ubben somit ausblenden, dass es weniger die schlecht bezahlten probatorischen Sitzungen, sondern vor allem die indiskutable Bezahlung für die Erstellung des „Gutachtens“ an den Gutachter ist, die die Motivation der TherapeutInnen im Wesentlichen beeinflusst? Da z. B. in Berlin die nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen inzwischen voraussichtlich nur noch mit 1 Cent pro Punkt bezahlt werden, deckt die Bezahlung nicht einmal mehr das Bedrucken

der Formulare und Ausdrucken und Versenden des Berichtes ab. In anderen KVen ist die Bezahlung auch bei vollem Punktwert ebenfalls absolut nicht angemessen. Eine Vergütung von ca. 250 Euro pro Bericht wäre sicher zu fordern (GOP). So müssen die 20, 25 oder 45 Sitzungen, für die durch den Bericht eine Kostenzusage

erhalten werden kann, noch die unbezahlte Zeit für den Bericht mit vergüten, was eine deutliche Reduktion des Stundenlohns bedeutet. Hier zeigt sich ein absolutes Desinteresse von Herrn Ubben an den berechtigten Interessen der PsychotherapeutInnen. Nicht nur aus meiner Sicht müssen entweder die Anforderungen an

den Bericht reduziert oder die Bezahlung angepasst werden. Herr Ubben schraubt die Anforderungen stattdessen an einigen Stellen noch höher, auf eine angemessene Bezahlung fehlt jedoch jeder Hinweis. (...)

*Dipl.-Psych. Uwe Schneider,
Berlin*

Kontroverse Standpunkte sind okay – sollen aber klar deklariert werden!

(...)

Im Rahmen eines Ausbildungsinstitutes kann man solch einen Text (aber auch nur vielleicht) noch durchgehen lassen, die angehenden Kollegen sind ja dabei, sich zu professionalisieren, und könnten zumindest von den Gedanken zur inhaltlichen Seite der Gestaltung der Probato-

rik und Therapieplanung vielleicht profitieren. Für den Berufsstand – und das Psychotherapeutenjournal wendet sich vor allem an ausgebildete Psychotherapeuten mit Berufserfahrung – sind die vertretenen und nirgends belegten Ansichten über die Qualifikation der Kritiker des Gutachterverfahrens eine Zumutung. (...)

Ich habe nichts gegen kontroverse Standpunkte, diese sollen auch im Psychotherapeutenjournal vertreten werden (können). Dann aber klar als berufspolitische Stellungnahme oder entsprechender Diskussionsbeitrag deklariert. (...)

*Dipl.-Psych. Eckhard Winter,
Goslar*

Replik des Autors

Hilfestellungen für die Therapieplanung und deren Verschriftlichung werden von vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gerne angenommen – vor allem, wenn diese Aufgaben sie in ihrem Berufsalltag bisher sehr belastet haben. Die meisten der aufgeführten Leserbriefe beziehen sich allerdings nur peripher auf den eigentlichen Inhalt des Artikels. Vielmehr wenden sie sich heftig gegen die dort von mir aufgeführten Prämissen.

So empfehle ich, die Gegebenheit des GAV zu akzeptieren, um sich im beruflichen Alltag sekundären Stress (vor allem Ärger) zu ersparen. Außerdem lege ich nahe, die nötigen Bemühungen um eine alternative Form der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung von Psychotherapien auf der berufspolitischen Ebene auszutragen und das Alltagsgeschäft davon freizuhalten.

Und schließlich wird von mir die Struktur des Berichtes an den Gutachter als geeignete Vorlage für einen sinnvollen Planungsalgorithmus bezeichnet. Akzeptieren meint bekanntlich ja nicht Billigen und Gutheißen, sondern das pure Annehmen einer Tatsache und damit häufig die Befrei-

ung von dysfunktionalem Bewertungsstress. Das Thema Gutachterverfahren wird allerdings von einem Teil der Kollegenschaft automatisch mit einer energisch zurückweisenden Meinung beantwortet, sodass mein Vorschlag, die verpflichtende Aufgabe des Berichteverfassens zu nutzen, von dieser Seite nicht toleriert wird.

Diese möglicherweise zuallererst berufspolitisch ausgerichteten Kolleginnen und Kollegen kritisieren, dass die Empfehlungen zum Abbau von motivationalen Barrieren gegen das GAV und zur Anreicherung von methodischen Kompetenzen nicht im PTJ hätten erscheinen dürfen.

Indem ich Vorschläge zur Optimierung des Antragschreibens zusammengestellt habe, die mir aus meiner langjährigen Tätigkeit als Supervisor, Ausbilder und Gutachter zweckmäßig erscheinen, wurden tatsächlich die Bedürfnisse mancher Kolleginnen und Kollegen, die dem GAV kritisch gegenüber stehen, nicht erfüllt. Deren zum Teil heftigen Kritiken verlangen, dass bezüglich des GAV grundsätzlich die Abschaffung oder Modifikation zu thematisieren sei und bewerten die Empfehlungen des Artikels als unerlaubte Werbung für dieses ihrer

Ansicht nach längst disqualifizierte „Zwangsinstrument“.

Nun fallen in der Fachöffentlichkeit allerdings die Meinungen zum Pro und Kontra des GAV keineswegs so einhellig aus, wie die o. g. Leserbriefe dies konstatieren. Hier sei bspw. auf die entsprechende Diskussion in der letzten Ausgabe der Zeitschrift Verhaltenstherapie (2013; 23:45-50) hinzuweisen.

Um auf breiter Ebene einen gelassenen Umgang mit diesem Thema zu fördern, sollte die aktuelle Kontroverse zwischen der Fachschaft der Psychotherapeuten auf der einen und den Kostenträgern auf der anderen Seite konstruktiv geführt werden. Es geht – wie im gesamten Gesundheitssystem – darum, zwischen unterschiedlichen durch Interessen geleiteten Standpunkten abzuwägen und Entscheidungen zu treffen, bei denen Kosten und Nutzen am besten abgewogen wurden. Es geht hier um die Frage: Wie können die Krankenkassen ihrer gesetzlich vorgegebenen Aufgabe nachkommen, gegenüber der Gemeinschaft der Versicherten eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der von ihnen bezahlten Leistungen vorzunehmen, ohne

gleichzeitig die Psychotherapeutschaft bei deren autonomer Ausübung der Fachkunde schwerwiegend zu behindern und die Patientenversorgung unnötig einzuschränken? Bei der Richtlinien-Psychotherapie verwenden die Krankenkassen zu diesem Zwecke als sogenannte vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung das Gutachterverfahren. Als gutachterliche Experten werden dazu fachlich qualifizierte Berufskolleginnen und -kollegen eingesetzt, die anhand von deren Berichten die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der beantragten Psychotherapie beurteilen. Die Entscheidungen der Krankenkassen, ob diese die Kosten für eine beantragte Psychotherapie übernehmen, stützen sich

somit auf Expertenempfehlungen. Naturgemäß erfüllt dieses Vorgehen nur eingeschränkt die in der Forschung üblichen wissenschaftlichen Gütekriterien, und die unzureichende Bezahlung des Arbeitsaufwandes zum Erstellen der Berichte führt bei den Vertragsbehandlerinnen und -behandlern nachvollziehbar zu einer großen Unzufriedenheit.

Die Suche nach besseren Alternativen zum Gutachterverfahren findet seit Längerem in der Fachöffentlichkeit der Psychotherapeutschaft wie auch in den Gremien der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA) statt. Bisher wurde aller-

dings kein Ergebnis erzielt, das ein Ablösen des GAV hinreichend begründen könnte und zu einem Konsens der Interessensgruppen geführt hätte.

Der Artikel hat als Stimulus das Reizthema GAV berührt, das war mir beim Verfassen sehr bewusst. Eines möchte ich aus Respekt gegenüber den hier veröffentlichten kontroversen Meinungen hervorheben: Ich halte die Suche nach Verbesserungen der Psychotherapie-Richtlinien und speziell des GAV für sinnvoll. Damit diese Diskussion lebendig weiter geführt werden kann, sollte in Fachzeitschriften und Tagungen dafür großzügig Raum geboten werden.

Bernd Ubben, Dresden

Recht: Aktuell

Die sorgerechtliche Einwilligung von Eltern in die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bernd Rasehorn

Zusammenfassung: Jeder Eingriff in die psychische und körperliche Verfasstheit eines Menschen kann eine Körperverletzung darstellen, weshalb hierfür die Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Für die Einwilligung in den Behandlungsvertrag mit einer Behandlerin oder einem Behandler¹ ist bei minderjährigen nicht ausreichend selbst einrichtsfähigen Patienten die Zustimmung der sorgeberechtigten Eltern erforderlich. Zu den grundsätzlichen Sorgfaltspflichten eines psychotherapeutischen Behandlers gehört daher die Vergewisserung, ob für die jeweiligen Maßnahmen einer psychotherapeutischen Behandlung von den jeweiligen Sorgerechtsinhabern eine Einwilligung vorliegt. Der Beitrag stellt die sorgerechtlichen Bezüge der psychotherapeutischen Behandlung Minderjähriger aus juristischer Perspektive dar – fachlich psychotherapeutische Fragen, wie etwa Konflikte und Dynamiken, die bei der Psychotherapie von Kindern mit getrennt lebenden Eltern entstehen können, werden hier nicht erörtert.

Grundsätze des Personensorgerechts

Die Einwilligung in eine psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen fällt nach ganz herrschender familienrechtlicher Meinung in den Bereich der Ausübung der gemeinsamen Sorge von Eltern, weil damit Regelungen von erheblicher Bedeutung für das Kind betroffen sind und nicht lediglich eine Entscheidung in einer Angelegenheit des täglichen Lebens, wie sie häufig vorkommen und die keine schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben (vgl. § 1687 Abs. 1 BGB).

Für die Vergewisserung, ob die Einwilligung von den zutreffenden Sorgerechtsinhabern erklärt wird, ist nach dem Status der Eltern und der vorliegenden Sorgerechtslage zu differenzieren. Die einschlägigen Normen hierzu finden sich § 1626 bis § 1698 b BGB, insbesondere §§ 1626 a und b, 1627, 1628, 1629, 1666, 1671, 1672, 1687 BGB.

Gemeinsames Sorgerecht verheirateter/geschiedener Eltern

Für verheiratete und geschiedene Elternteile gilt grundsätzlich, dass für gemeinsame Kinder auch ein gemeinsames Sorgerecht besteht, sodass die Einwilligung beider Eltern vorliegen muss. Macht ein verheirateter bzw. getrennt lebender oder geschiedener Elternteil geltend, das alleinige Sorgerecht zu besitzen, sollte die Vorlage eines Gerichtsbeschlusses über die Übertragung des alleinigen Sorgerechts verlangt werden. Anstelle eines gerichtlichen Sorgerechtsbeschlusses kann auch eine Vollmacht des anderen Elternteils ausreichen.

Auch für Elternteile mit ausländischer Staatsangehörigkeit gilt in der Regel deutsches Sorgerecht. Sollte ein ausländischer Elternteil geltend machen, dass für ihn ein abweichendes, auf Heimatrecht beruhendes alleiniges Sorgerecht gilt, sollte vorsorglich geklärt werden, ob unabhängig davon die Zustimmung des anderen Elternteils oder eine verlässliche Bestätigung

des ausländischen Sorgerechts eingeholt werden kann.

Sorgerechtstatus bei nicht verheirateten Eltern

Für nichteheliche Eltern gilt nach bisheriger Rechtslage noch das alleinige Sorgerecht der Mutter, sodass nur deren Einwilligung erforderlich ist.

Auf Grund gemeinsamer Sorgeerklärung (vor dem Jugendamt oder Notar) von nicht verheirateten Eltern kann ein gemeinsames Sorgerecht vorliegen.

Mit der sich verändernden Rechtslage zugunsten einer Erleichterung für nichteheliche Väter, ein gemeinsames Sorgerecht mit der Mutter gerichtlich feststellen zu lassen, sollte auch abgefragt werden, ob über ein gemeinsames Sorgerecht ein gerichtliches Sorgerechtsverfahren schwebt oder ein Gerichtsbeschluss ergangen ist.

Vorsorglich ist darauf hinzuweisen, dass für nichteheliche Kinder, für die möglicherweise ein alleiniges Sorgerecht der Mutter gilt, durch (nachträgliche) Heirat der Eltern auch ein gemeinsames Sorgerecht der Eltern für deren Kinder begründet wird.

Liegt eine gemeinsame Sorgeerklärung oder ein Gerichtsbeschluss über ein gemeinsames Sorgerecht der nicht verheirateten Eltern vor, so gilt dieselbe Rechtslage

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

wie für verheiratete oder geschiedene Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht.

Über die zutreffende Sorgerechtslage sollte sich der psychotherapeutische Behandler bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht verheirateter Eltern vergewissern.

Verfügungen von Eltern über das Sorgerecht

Über das Sorgerecht von Kindern können Eltern nur sehr beschränkt eigenständige Verfügungen treffen. Verheiratete bzw. geschiedene Eltern können über das gemeinsame Sorgerecht für ihre Kinder nicht allein verfügen. Sie können weder durch eine privatschriftliche Vereinbarung noch durch eine notarielle Urkunde oder Testament Sorgerechtsregelungen treffen. Sorgerechtsregelungen können nur durch Sorgerechtsbeschlüsse der Familiengerichte erfolgen.

Nur zur Begründung eines gemeinsamen Sorgerechts nichtehelicher Eltern lässt das Sorgerecht eine gemeinsame Sorgeerklärung zu. Bereits eine Abänderung der damit getroffenen sorgerechtlichen Regelung bedarf aber schon wieder einer familiengerichtlichen Entscheidung.

Allerdings können sorgeberechtigte Eltern durch Vollmacht eines Elternteils für den anderen Elternteil sorgerechtsrelevante Angelegenheiten regeln, etwa einen Elternteil bevollmächtigen, die Gesundheitsfürsorge und damit auch die Einwilligung in psychotherapeutische Behandlungen allein zu regeln. Die Vollmacht kann als gerichtlich erstelltes oder notariell beurkundetes bzw. beglaubigtes oder als privatschriftliches Dokument vorliegen.

Mögliche Besonderheiten der Sorgerechtslage

Die Unwirksamkeit einer Alleinsorgeberechtigung einer nichtehelichen Mutter oder eines Elternteils aus einem Gerichtsbeschluss oder einer Vollmacht kann durch aktuelleren Gerichtsbeschluss oder Vollmachtwiderruf eingetreten sein. Zur Absicherung ist es empfehlenswert, sich bei dem alleinsorgeberechtigten Elternteil zu

Prüfung der Einwilligung von Eltern minderjähriger Patienten in psychotherapeutische Behandlung nach Sorgerechtsstatus

Einwilligung beider Eltern erforderlich, wenn:

- Eltern verheiratet
- Eltern geschieden
- Eltern nicht verheiratet, aber mit gemeinsamer Sorgeerklärung

Einwilligung nur des alleinsorgeberechtigten Elternteils erforderlich bei:

- nicht verheirateter Mutter ohne gemeinsamer Sorgeerklärung für Vater
- allein erziehendem Elternteil mit gerichtlichem Sorgerechtsbeschluss oder Vollmacht bezogen auf
 - alleiniges Sorgerecht oder
 - alleinige Gesundheitsfürsorge oder
 - alleiniger Entscheidungsbefugnis für psychotherapeutische Behandlung

vergewissern, dass keine anderweitige zeitnähere Sorgerechtsregelung besteht.

Auch Teilbereiche der Personensorge können durch Gerichtsbeschluss oder Vollmacht einem Elternteil allein zustehen, beispielhaft zu nennen sind hierbei das Aufenthaltsbestimmungsrecht, das Vermögenssorgerecht, das Gesundheitsfürsorge-recht. Es kommt vor, dass Elternteile meinen und behaupten, sie hätten das alleinige Sorgerecht, wenn ihnen durch Gerichtsbeschluss das Aufenthaltsbestimmungsrecht übertragen worden ist. Dann gilt eine alleinige Sorgerechtsbefugnis aber nur für die Bestimmung des Aufenthaltsortes, nicht für die Gesundheitsfürsorge. Es gilt daher immer, sich über die Gestalt des behaupteten alleinigen Sorgerechts zu vergewissern.

Sorgerechtsinhaber können auch dritte Personen sein, etwa Großelternteile, Pflegeeltern oder Jugendämter, wenn die leiblichen Eltern aufgrund Sorgerechtsentziehung, Ruhen des Sorgerechts oder Versterben nicht mehr als Sorgerechtsinhaber in Betracht kommen. Für die dritten Personen gelten die vorbezeichneten Ausführungen zum Sorgerechtsstatus entsprechend.

Psychotherapeutische Behandler sollten die Abklärung der Sorgerechtslage ausreichend dokumentieren und sich etwaige gemeinsame Sorgeklärungen, sorgerechtliche Gerichtsbeschlüsse oder Vollmachten schriftlich vorlegen lassen und für die Dokumentation kopieren. Die Einwilligung der Sorgerechtsinhaber in die psy-

chotherapeutische Behandlung sollte sich der psychotherapeutische Behandler regelmäßig persönlich und schriftlich von den betroffenen Sorgerechtsinhabern einholen und damit dokumentieren. Die Übersicht im Kasten oben gibt hierzu eine Hilfestellung.

Sorgerechtliche Erfordernisse für Maßnahmen in psychotherapeutischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen

Für psychotherapeutische Behandler regelt § 12 Musterberufsordnung (MBO) den Umgang mit minderjährigen Patienten und die Einwilligung, Aufklärungspflicht und Schweigepflicht für die Behandlung. Für die Praxis wird auf Folgendes hingewiesen:

Anbahnung und Aufnahme einer Behandlung von minderjährigen Patienten

Für ein Erstgespräch zur Information über eine psychotherapeutische Behandlung, bei dem lediglich über das Setting und die Kostenübernahme informiert wird und noch keine psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden, dürfte noch kein Erfordernis für eine Einwilligung der Sorgerechtsinhaber von minderjährigen Patienten erforderlich sein.

Aber bereits für probatorische Sitzungen, in denen etwa Anamnese, Diagnostik und Indikationsstellung erfolgen, ggf. unter Ein-

beziehung sensibler Informationen aus der Eltern-Kind-Beziehung, wird man die Einwilligung der Sorgerechtsinhaber für erforderlich halten.²

Die Einwilligung der Sorgerechtsinhaber ist in jedem Fall erforderlich für eine reguläre Behandlungsaufnahme für ein bewilligtes bzw. vereinbartes Behandlungskontingent von Behandlungsstunden. Auch für eine anschließende Fortführung der Behandlung gilt das Erfordernis einer erneuten Einwilligung der Sorgerechtsinhaber.

Für den Fall, dass die erforderliche Einwilligung eines Elternteils zur Behandlungsaufnahme oder zur Fortbehandlung nicht vorliegt bzw. abgelehnt wird, besteht keine ausreichende Einwilligung in die psychotherapeutische Behandlung. Derjenige Elternteil, der die Aufnahme oder Fortführung der Behandlung wünscht, ist darauf zu verweisen, hierzu ggf. eine familiengerichtliche Regelung herbeizuführen, etwa durch einen gerichtlichen Beschluss zur Alleinsorgeberechtigung oder zur Übertragung des Gesundheitsfürsorgerechts oder zur Übertragung der alleinigen Entscheidungsbefugnis über eine psychotherapeutische Behandlung. Für den Fall, dass die Aufnahme bzw. Fortführung der Behandlung erforderlich ist, kann der die Einwilligung begehrende Elternteil durch einen Antrag auf einstweilige Anordnung bei dem für den Wohnsitz des Kindes zuständigen Familiengericht in der Regel sehr kurzfristig eine Eilentscheidung herbeiführen.

Beendigung der Behandlung bei fehlender Einwilligung

Die Behandlung eines minderjährigen Patienten wird dementsprechend beendet, wenn die Sorgerechtsinhaber und der psychotherapeutische Behandler sich einig sind über das Beenden der psychotherapeutischen Behandlung (in der Regel bei Ausbehandlung des bewilligten oder vereinbarten Behandlungskontingentes). Es kann aber auch zu einer Beendigung der Behandlung kommen, wenn ein Elternteil seine Einwilligung zurückzieht bzw. für eine Fortbehandlung nicht erteilt und der andere Elternteil keinen Gerichtsbeschluss für die Weiterbehandlung bzw. Fortfüh-

rungsbehandlung beibringt, sei es, weil ein Gerichtsbeschluss nicht beantragt oder vom Gericht abgelehnt wurde.

Jedenfalls ist der psychotherapeutische Behandler gehalten, bei Widerruf der Einwilligung eines Sorgerechtsinhabers die psychotherapeutische Behandlung zu unterbrechen, bis die Einwilligung des widerrufenden Elternteils wieder vorliegt oder der einwilligende Elternteil die alleinige sorgerechtliche Einwilligungsbefugnis erlangt hat.

Entbindung von der Schweigepflicht durch Sorgeberechtigte sowie Auskunftsbzw. Akteneinsichtsansprüche

Ist während oder nach der psychotherapeutischen Behandlung eines minderjährigen Patienten eine Auskunft oder Information des psychotherapeutischen Behandlers an Dritte (weiterführenden Behandler, Familiengericht, Jugendamt etc.) angefragt, welche der Behandler nur aufgrund Entbindung von seiner Schweigepflicht mitteilen könnte, so ist auch hierfür von den beteiligten Sorgerechtsinhabern jeweils eine schriftliche Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht erforderlich.

Wird von einem Elternteil bei einem gemeinsamen Sorgerecht von dem psychotherapeutischen Behandler eine Auskunft aus dem Behandlungsverhältnis begehrt, so dürfte der psychotherapeutische Behandler, sofern kein therapeutischer Vorbehalt besteht, zur Auskunftserteilung auch nur einem Elternteil gegenüber berechtigt sein, auch wenn hierzu keine Einwilligung des anderen Elternteils vorliegt. Dies wird das Setting der Elterngespräche mit sich bringen, wenn nur ein Elternteil teilnimmt. Mit der Einwilligung beider Elternteile in die psychotherapeutische Behandlung wird man auch eine Einwilligung in Auskünfte aus dem Behandlungsverhältnis an den einen oder anderen Elternteil annehmen können. Die Auskunftserteilung sollte stets „unter sorgfältiger Berücksichtigung der Einstellungen aller Beteiligten“ (vgl. § 12 Abs.1 MBO) erfolgen.

Fraglich ist, wie mit Akteneinsichtsbegehren eines Sorgerechtsinhabers in die Patientenakte des minderjährigen Patienten

umzugehen ist. Zunächst ist hier auf therapeutische Vorbehalte zu verweisen, die gegenüber einer Akteneinsicht bestehen könnten im Hinblick auf Akteninhalte, die schützenswerte Daten des minderjährigen Patienten und auch des anderen Elternteils betreffen. Ein Akteneinsichtsrecht kann nur mit Einwilligung aller Sorgerechtsinhaber und ggf. des einsichts- und einwilligungsfähigen Patienten gewährt werden unter dem Vorbehalt, dass der psychotherapeutische Behandler verpflichtet sein dürfte, schützenswerte Daten des Patienten und des anderen Elternteils ggf. zu schwärzen, bevor die Akteneinsicht gewährt wird. (vgl. § 12 Abs.6 MBO)

Für den Fall, dass der psychotherapeutische Behandler von den Sorgerechtsinhabern von der Schweigepflicht entbunden wird oder die Sorgerechtsinhaber gemeinsam Akteneinsicht in die Patientenakte verlangen, sollte zuvor eine Aufklärung dahingehend erfolgen, dass die Entbindungserklärung bzw. die Einwilligung auch die Preisgabe schützenswerter Daten des Patienten und des jeweils anderen Elternteils mit umfassen kann. Auch diese Aufklärung sollte vorsorglich schriftlich dokumentiert werden.

Behandlung heranwachsender jugendlicher Patienten

Heranwachsende jugendliche Patienten können mit Vollendung des 15. Lebensjahres gemäß § 36 SGB I einen eigenen Antrag auf Sozialleistungen stellen und diese entgegennehmen. Dies beinhaltet auch die Beantragung und Bewilligung psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen in der GKV. Der Leistungsträger soll den/die gesetzlichen Vertreter hierüber unterrichten.

Dies impliziert, dass für die Behandlung derartiger Antragsteller eine Behandlung

² So jedenfalls nach Auffassung des Autors die übereinstimmende Auffassung der Kammerjuristen auf der Klausurtagung der Landespsychotherapeutenkammern vom 22. Juni 2012. Hierzu soll eine vertiefende Diskussion erfolgen auf der Folgeklausurtagung am 28. und 29. Juni 2013.

auch ohne Einwilligung der Sorgerechtsinhaber aufgenommen und durchgeführt werden kann. Hierzu wird man abklären müssen, ob eine Einwilligungsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit des minderjährigen Patienten in die Aufnahme, Durchführung und eventuelle Fortführung einer psychotherapeutischen Behandlung besteht (vgl. auch hierzu § 12 und 7 MBO). Sollte dies nicht der Fall sein, dürfte die Einwilligung

der Sorgerechtsinhaber, wie vorstehend dargestellt, für die psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen erforderlich sein. Besteht hingegen eine Einwilligungs- und Einsichtsfähigkeit des minderjährigen Patienten, wird man wiederum die Art und Weise der Information und Beteiligung der Sorgerechtsinhaber von der Einwilligung des minderjährigen Patienten abhängig machen und jeweils dokumentieren.



Bernd Rasehorn, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Erbrecht und Familienrecht, ist Justiziar der Psychotherapeutenkammer Bremen.

RA Bernd Rasehorn

Engel und Partner
Lüneburger Straße 1
28205 Bremen
rasehorn@dasgesetz.de

Aktuelles aus der Forschung

Aktuelle Studien zur Systemischen Therapie

Matthias Ochs

Im Folgenden werden vier aktuelle, für den psychotherapeutischen Versorgungskontext relevante Studien zur Systemischen Therapie vorgestellt. Zunächst werden zwei Studien zur ökonomischen Evaluation Systemischer Therapie dargestellt: zum einen eine Studie aus den Vereinigten Staaten, in der

Kosten-Wirksamkeits-Vergleiche gerechnet wurden zwischen der Behandlung von Substanzabhängigkeiten mit und ohne Einbezug von Familienangehörigen; zum anderen eine Studie zur Behandlung schwerer juveniler Störungen des Sozialverhaltens, in der Multisystemische Therapie verglichen wird mit in

solchen Fällen *as usual* angewandten Jugendhilfemaßnahmen. Anschließend wird eine Praxisstudie zur Ergebnisqualität ambulanter Systemischer Therapie bei Anorexie vorgestellt und abschließend explorative Ergebnisse einer RCT-Studie zur Wirksamkeit von Systemaufstellungen.

Das Einbeziehen von Familienangehörigen in Psychotherapie kann Wirksamkeit erhöhen und Kosten senken

Morgan, T. B., Crane, D. R., Moore, A. M. & Eggett, D. L. (2013). *The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. Journal of Family Therapy, 35, 2-23.*

Die Forschungsgruppe um D. Russel Crane, Professor für Paar- und Familientherapie an der „School of Family Life“ (Brigham Young University, USA), beschäftigt sich schon seit vielen Jahren mit Fragen der Kosteneffektivität von Psychotherapie. Eine Grundannahme des Forschungsprogramms dieser Gruppe ist, dass aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem die empirische Ermittlung kostengünstiger und zugleich wirksamer psychotherapeutischer Angebote zur Lösung von Problemen beitragen kann. Bezüglich einer ganzen Reihe psychischer Störungen ermittelte die Gruppe um Russel Crane, dass familientherapeutische Angebote im Vergleich zu einzeltherapeutischen Angeboten kostengünstig und effektiv sind (z. B. Crane, 2008; Crane & Payne, 2011; Christenson, Crane, Bell, Beer & Hillin, 2013).

Die an dieser Stelle beschriebene Studie untersuchte die Kosten der psychothera-

peutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten¹ mit Substanzabhängigkeitsstörungen (n= 15.997). Hierbei wurde auf Daten einer großen US-amerikanischen Krankenversicherung (Cigna) im Zeitraum 2001-2004 zurückgegriffen. Eine wesentliche Frage war jene nach dem Unterschied des finanziellen Aufwands von Cigna für die psychotherapeutische Behandlung von Substanzabhängigkeitsstörungen im einzelpsychotherapeutischen Setting, im familientherapeutischen Setting und im gemischten Setting (sowohl einzel- als auch familientherapeutisch). Die Analyse der Daten ergab, dass sich die Kosten für eine einzelne Psychotherapiesitzung in den unterschiedlichen Settings nicht bedeutsam unterscheiden.² Da aber das familientherapeutische Setting mit signifikant bedeutsam weniger Sitzungen auskommt, stellte es sich als das kostengünstigste dar: Cigna bezahlte für eine EoC (Episode of Care – definiert als eine Versorgungseinheit, bei der der Abstand zwischen Sitzungen nicht mehr als 89 Tage beträgt; innerhalb dieser 89 Tage werden sämtliche Sitzungen als Teil der Versorgungseinheit definiert, der 90ste Tag würde den Beginn einer neuen EoC definieren) für das familientherapeutische Setting rund 125 US \$, für das indivi-

dualtherapeutische Setting rund 170 US \$ und für das gemischte Setting mit Abstand am meisten, nämlich rund 320 US \$. Zudem wurde ermittelt, wie es sich mit den Kosten bei komorbiden Patienten verhält; auch hier schnitt das familientherapeutische Setting statistisch signifikant am kostengünstigsten ab. Es wurde zudem gemessen, ob sich die Rezidivraten in den verschiedenen Settings unterscheiden. Hierbei wurde ermittelt, ob mehr als eine EoC pro Patient benötigt wurden. Hier ergab sich, dass das familientherapeutische Setting die niedrigste Rezidivrate aufwies

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt. Selbstverständlich sind, soweit nicht explizit anders angegeben, immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

2 Hier stellt sich natürlich die Frage, ob alle drei Settings gleich wirksam sind – denn nur dann macht es Sinn, ökonomische Aspekte zu priorisieren: Was nützt ein zwar kostengünstigeres, aber weniger wirksames Psychotherapie-Setting? Crane (pers. Mitteilung) beantwortet diese Frage wie folgt: „We did not have any measures that will allow one to attribute clinical significance in the usual way. Instead we used recidivism as the main outcome measure. In other words, did the same patient return to care again with the same provider type?“

und das einzelspsychotherapeutische Setting die höchste.

Kommentar: Die Begrenzungen der Studie liegen u. a. darin, dass eher „grob-schlüchtig“ gemessen wurde; so ist etwa unklar, welche Form von Familientherapie im familientherapeutischen Setting durchgeführt wurde und welchen Standards sie genügte – dasselbe gilt für die anderen Settingvarianten. Auch erscheint das Maß EoC recht grob: So können Patienten mehrere EoC mit wenigen Sitzungen durchlaufen haben oder eine

EoC mit vielen Sitzungen – die Patienten mit mehreren EoC würden sich aber etwa deutlich ungünstiger auf die Rezidivrate auswirken als die Patienten mit den vielen Sitzungen in einer EoC. Zudem handelt es sich hier um eine retrospektive Studie anhand von Versicherungsdaten, d. h., wir wissen nichts über Drop-out-Raten und Selektivität der Stichproben sowie über deren Vergleichbarkeit. Dennoch sind die Ergebnisse dieser Studie und auch andere Studien aus der Forschungsgruppe um D. Russel Crane ein deutlicher Hinweis darauf, dass der

Einbezug von Familienangehörigen in die Behandlung Psychotherapie effektiver und billiger machen kann. Zu dieser günstigen ökonomischen Beurteilung des familientherapeutischen Setting trägt bei, dass dieses mit einer geringeren Anzahl an Sitzungen auskommt und eine geringere Rezidivrate aufweist. Gerade bezüglich der Rückfallprophylaxe scheint sich der Einbezug von Familienangehörigen in die Behandlung sehr günstig auszuwirken, denn diesbezüglich war das gemischte Setting sogar dem einzeltherapeutischen Setting überlegen.

Multisystemische Therapie bei schweren Störungen des Sozialverhaltens: eine kostengünstigere Alternative zu stationären Jugendhilfemaßnahmen?

Rehberg, W., Fürstenau, U. & Rhiner, B. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. Ökonomische Evaluation der Implementierung im deutschsprachigen Raum. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39 (1), 41-45.

Multisystemische Therapie (MST) ist ein in den USA entwickeltes, evidenzbasiertes und dort, aber auch in einigen europäischen Ländern, z. B. in Dänemark oder den Niederlanden, praktiziertes Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit starken Verhaltensauffälligkeiten, wie etwa schwere Störungen des Sozialverhaltens, schwere Delinquenz oder schwerer juveniler Substanzmissbrauch. Die Zielgruppe von MST sind also häufig Jugendliche, die mit vorhandenen Therapie- und Jugendhilfemaßnahmen nur schlecht zu erreichen sind und deshalb für Gemeinden und Kommunen vor Ort oft eine große Herausforderung darstellen.

MST steuert die Alltagsprobleme und -herausforderungen im familiären Zusammenleben an; sie fokussiert darauf, zielgerichtet konkrete Veränderungen in diesem Zusammenleben zu schaffen. Dies geschieht zusammen mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten des Jugendlichen und all jenen relevanten sozialen Bezugspersonen und Systemen, die sie umgeben: der weiteren Familie, der Schule, Freunden,

Peers, Nachbarn, dem Fußballtrainer und all jenen, die die Familie in ihrem Entwicklungsprozess unterstützen können.³ Die MST folgt einem strukturierten Behandlungsmodell und umfasst eine schriftliche Therapieanleitung, in der die Behandlungsprinzipien formuliert und der diagnostische Prozess strukturiert sind (z. B. Henggeler, Sheidow & Lee, 2007). MST wird in einem aufsuchenden Setting durchgeführt und die Therapeuten können verschiedene Formen der Supervision in Anspruch nehmen; sie durchlaufen zudem einen Qualitätssicherungsprozess mit Einführungs- und Auffrischungstrainings sowie Beratung durch Experten. MST ist eine intensive Therapieform mit bis zu 15 Stunden Intervention pro Woche. Sie stellt als psychotherapeutische Methode eine Art Hybrid aus Systemischer und Verhaltenstherapie dar, wurde aber bei der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP, nach § 11 PsychThG) ihr zugerechnet.

In der vorliegenden Studie wurde MST für den deutschsprachigen Raum adaptiert und erstmals bei 70 Jugendlichen im Schweizer Kanton Thurgau im Zeitraum Oktober 2007 bis Dezember 2009 angewendet (zur Finanzierung und institutionellen Anknüpfung der MST in Thurgau vgl. Rhiner, Graf, Dammann & Fürstenau, 2011). Es wurde die Frage untersucht, ob von der Anwendung der MST Einsparungs-

effekte gegenüber anderen Maßnahmen zu erwarten sind. Um neben den Prozess- und Ergebnisaspekten der therapeutischen Intervention auch ökonomische Effekte der MST beurteilen zu können, wurden jene Fachpersonen, die die Jugendlichen in die MST zugewiesen hatten, danach befragt, welcher Behandlungsweg ihrer Meinung nach ohne MST wahrscheinlich gewesen wäre. Die Kostenfolgen dieser Behandlungswege wurden ermittelt und den tatsächlichen Kosten der MST gegenübergestellt. Das Ergebnis zeigt ein deutliches Einsparungspotenzial durch diese ambulante Therapieform: Die Fallkosten für die Durchführung der MST lagen um 40% bis 64% unter den Kosten für außerfamiliäre Platzierungen, die nach Einschätzung der Zuweisenden ohne MST erforderlich gewesen wären. Die Autoren folgern, dass es sich bei MST nicht nur um ein effektives, sondern auch um ein relativ kostengünstiges Verfahren zur Behandlung von Jugendlichen mit schweren Störungen des Sozialverhaltens handelt.

Kommentar: Als methodische Einschränkung der hier dargestellten Untersuchung ist, wie die Autoren selbst formulieren, u. a. festzuhalten, dass das Einsparpotenzial durch die Anwendung des Verfahrens

³ Die Beschreibung von MST ist teils übernommen von der Internetseite: www.mst-deutschland.net

der MST durch Expertenmeinungen bestimmt wurde: Die zuweisenden Fachpersonen wurden um eine Einschätzung gebeten, welche alternativen Behandlungsoptionen wahrscheinlich gewesen wären. Dadurch fließen subjektive Fachmeinungen in die Bestimmung des finanziellen

Nutzens der MST ein. Optimal für die objektive Abschätzung der ökonomischen Effekte der MST wäre ein experimentelles Design, in dem die Jugendlichen nach einem Zufallsverfahren entweder der Behandlungs- oder einer Kontrollgruppe zugewiesen werden. So ermutigend und po-

sitiv die Ergebnisse dieser Studie auch sind, so wäre streng genommen ein solches experimentelles RCT-Design notwendig, um die ökonomische Überlegenheit der MST gegenüber fremdunterbringenden Jugendhilfemaßnahmen zweifelsfrei zu belegen.

Systemische Behandlung der Anorexia nervosa im ambulanten Setting: empirische Hinweise zum Nutzen der Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung

Grünwald, H., Stauffacher, K., Kiss, A., Ostafin-Hermann, C. & Liechti, J. (2013). *Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie bei Anorexie. Eine Praxisstudie zur Wirksamkeit der systemisch orientierten Therapie im ambulanten Setting. Familiendynamik, 38 (1), 52-61.*

Die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie durch den WBP basiert, wie auch bekanntlich jene anderer psychotherapeutischer Verfahren, größtenteils auf (ausländischen) RCT-Studien. Diese wissenschaftliche Begründetheit sollte deshalb für alle durch den WBP anerkannten Verfahren um Studien ergänzt werden, die die Wirksamkeit von Psychotherapie im real existierenden, deutschsprachigen Versorgungskontext erkunden (Nübling, 2012). Ein bekanntes Beispiel hierfür ist die sogenannte TK-Studie (Wittmann & Steffanowski, 2011).

Die hier vorgestellte Studie untersuchte die systemische Behandlung am Beispiel von Anorexia nervosa im ambulanten Setting in der Schweiz. Es wird mit einem Prä-Post-Design sowie einer qualitativen Ergänzungsstudie die Wirksamkeit der ambulanten Systemischen Psychotherapie untersucht. Am Zentrum für Systemische Therapie und Beratung (ZSB) Bern wurden 35 Therapieverläufe dokumentiert. Bei den Patienten handelte es sich um eine gemischte Gruppe im Alter zwischen zwölf und 32 Jahren mit einem oder beiden Elternteilen. Die Behandlungen umfassten Sitzungen im Einzel- wie auch im Mehrpersonensetting. Über die gesamte Behandlungsdauer von etwa zwei Jahren wurden gute Effekte erzielt. Die Veränderung der mittleren Symptombelastung (Global Severity Index GSI des SCL-90-R)

stellte sich folgendermaßen dar: 55,9% der Patienten konnten bezüglich der Symptomatik als geheilt und 11,8% als verbessert beurteilt werden. Die subjektive Wahrnehmung der Patienten und ihrer Eltern bestätigte in der ergänzenden qualitativen Erhebung, wie wichtig die Einbeziehung der Angehörigen sowie die Definition der Patienten als Experten ihres Erlebens – beides wesentliche Elemente eines systemischen Therapievorgehens – sind.

Die quantitativen Ergebnisse der Studie wurden durch einen qualitativen Teil ergänzt, in dem Interviews durchgeführt und ausgewertet wurden.⁴ Hierfür wurden fünf Familien ausgewählt, deren Therapieverläufe den stärksten Symptommrückgang aufwiesen. Getrennt befragt wurden jeweils Patient und Eltern oder Elternteil, um die verschiedenen Perspektiven zu berücksichtigen. Die Wahl dieser selektiven Stichprobe mit erfolgreichen Verläufen entstand aus dem Gedanken, dass dadurch am ehesten der mögliche Wirkbereich des Modells ausgeleuchtet werden könnte, auch wenn damit nur eine eingeschränkte Verallgemeinerbarkeit in Kauf genommen wird. Gleichzeitig bestand bei diesen Betroffenen eine hohe Bereitschaft, Auskunft über ihre Therapieerlebnisse und Erfahrungen zu geben. Hier konnten Erkenntnisse gewonnen werden zu dem, was die Patienten und ihre Angehörigen als besonders wirksam und hilfreich in der Behandlung erlebten, nämlich: eine gute, tragfähige therapeutische Beziehung als Grundlage eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, die Definition der Patienten als Experten ihres Erlebens sowie die Einbeziehung des Systems, um Therapiebeziehung und Motivation zu stärken und zu vertiefen.

Kommentar: Praxisstudien durchzuführen stellt aus verschiedenen Gründen eine große Herausforderung dar. Solche Gründe können etwa sein: Herstellung von Motivation bei Psychotherapeuten zur Teilnahme, Akquise finanzieller Förderung oder Einhaltung höchstmöglicher wissenschaftlicher sowie ethischer Standards bei der Durchführung. Der Goldstandard zur Ermittlung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung ist bekanntermaßen sowohl unter Labor- als auch unter Versorgungsbedingungen das RCT-Design. Dieser Standard wurde hier in der Studie nicht erfüllt, es handelt sich „lediglich“ um eine Prä-Post-Messung ohne Kontrollgruppe. Deshalb sollten die guten Wirksamkeitsergebnisse, welche die ambulante Systemische Therapie in dieser Studie erbrachte, unter eben jenem Vorbehalt interpretiert werden. Außerdem muss in dieser Studie als kritisch angesehen werden, dass Selektivitäts- und Repräsentativitätsaspekte nicht völlig geklärt werden können – ein typisches Problem von sogenannten Kohortenstudien. Auch ist sicherlich kritisch anzumerken, dass in die qualitative Befragung – wenn auch aus nachvollziehbaren Erwägungen – nur erfolgreiche Patienten einbezogen wurden. Wir wissen somit nicht, ob die weniger erfolgreichen Patienten in dieser Kohorte anderes geäußert hätten – diese Fragen liegen auf der Hand und sollten – wie von den Autoren auch getan – zumindest angesprochen werden.

⁴ Zu Mixed-Methods-Studien in Psychotherapie siehe Ochs (2009), zu speziell solchen im Kontext Systemischer Forschung siehe Ochs (2012).

Explorative Hinweise zur Wirksamkeit von Familien- und Systemaufstellungen aus einer RCT-Studie

Weinhold, J., Hunger, C., Bornhäuser, A. & Schweitzer, J. (2013). *Wirksamkeit von Systemaufstellungen: Explorative Ergebnisse der Heidelberger RCT-Studie. Familiendynamik, 38 (1), 42-51.*

Familien- und Systemaufstellungen sind eine Form der psychosozialen Intervention, die in der systemischen Praxis und in Kontexten von Psychotherapie, aber auch von Organisationsberatung oder Pädagogik angewendet werden. Allerdings wurden sie in der Vergangenheit relativ wenig empirisch erforscht. Dabei verschärfte sich die Notwendigkeit zur wissenschaftlichen Fundierung der Methode u. a. durch Berichte in den Medien zum Familienaufstellen des Priesters Bert Hellinger, in denen von auch vereinzelt negativen Wirkungen berichtet wurde. Inzwischen gibt es, auch einhergehend mit der Diversifizierung von Aufstellungen, empirische Arbeiten (für eine Übersicht siehe Reinhard, 2012). Diese Arbeiten befinden sich allerdings auf Level 3 und 4 des Klassifikationssystems der evidenzbasierten Medizin/Psychotherapie (Fydrich & Schneider, 2007). Innerhalb der vorliegenden Studie wurde die Wirksamkeit von Systemaufstellungen bezüglich der psychischen Befindlichkeit in einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) erfasst (Level 2 der EbM-Klassifikation). Eine nichtklinische Stichprobe von 208 erwachsenen Teilnehmern aus der Allgemeinbevölkerung wurde randomisiert einer Experimentalgruppe oder einer Wartelistenkontrollgruppe mit späterer Intervention zugewiesen. Beide Gruppen bestanden aus jeweils 64 aktiven Teilnehmern, die ein sogenanntes „Anliegen“ im Rahmen eines Aufstellungsseminars (wie es auch „im Feld“ in der Regel durchgeführt wird) in einer Aufstellung thematisierten, sowie 40 teilnehmenden Beobachtern ohne eigene Aufstellung. Die Wirksamkeit wurde zunächst zwei Wochen und dann wiederum vier Monate nach dem Aufstellungsseminar mit etablierten Messinstrumenten aus der Psychotherapieforschung eingeschätzt: Die psychische Befindlichkeit wurde mit der deutschsprachigen Adaption des „Outcome Questionnaire“ (OQ-

45) gemessen. Die psychische Belastung wurde mit dem „Fragebogen zur Erhebung von Psychotherapieverläufen“ (FEP) gemessen. Verwendet wurde zudem die Kurzform des „Inkongruenzfragebogens“ (K-INK).

In den ANOVAs zeigten sich sowohl für die Gesamtscores als auch in allen Subskalen der drei Fragebogen OQ-45, FEP und K-INK signifikante Zeit-x-Gruppen-Unterschiede. Während es zur Baseline erwartungsgemäß keine Unterschiede gibt, zeigten sich zwei Wochen nach den Systemaufstellungen mittlere Effekte im Subgruppenvergleich für die Gesamtscores der drei Fragebogen. Die Effekte waren konsistent und wurden durch kleine bis mittlere Effekte in allen elf Subskalen der drei Fragebogen bestätigt. Auch vier Monate nach der Intervention konnten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen nachgewiesen werden, wobei die Gesamtscores kleine (OQ-45 und K-INK) bis mittlere (FEP) Effekte aufwiesen. Unterstützt wurden die Ergebnisse zum Zeitpunkt vier Monate nach der Intervention durch Unterschiede in neun von elf Subskalen (Ausnahmen sind die Subskalen „Wohlbefinden“ im FEP und „Annäherungsziele“ im K-INK). Die Ergebnisse deuten also darauf hin, dass aktive Teilnehmer von Systemaufstellungsseminaren nach zwei Wochen eine verbesserte psychische Befindlichkeit, eine reduzierte psychische Belastung sowie eine verminderte Inkongruenz im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe aufweisen. Diese Unterschiede erweisen sich vier Monate nach der Intervention als stabil.

Kommentar: Eine Stärke der Studie besteht darin, dass es sich um die erste RCT-Studie überhaupt handelt, mit der die Wirksamkeit von Familien- und Systemaufstellungen untersucht wurde. Das naturalistische Design der Intervention, die sich an Aufstellungsseminaren orientierten, wie sie üblicherweise „im Feld“ durchgeführt werden, bedingten dabei eine hohe externe Validität. Zudem erfolgte in dieser Studie entgegen der häufigen Personalunion

von Aufstellungsleiter und Forscher in den Studien, die Reinhard (2012) zusammengetragen hat, eine klare Trennung von Forschungsteam und Aufstellungsleitung.

Dennoch sollten die Ergebnisse auch vor dem Hintergrund verschiedener Begrenzungen gesehen werden, was auch die Autoren selbst wie folgt darstellen: Ein grundsätzlicher Nachteil ist das Wartelistendesign anstatt einer mit der Intervention vergleichbaren Behandlung. Auch wenn solch ein Design besonders bei der Erforschung neuer Therapiemethoden praktikabel ist, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die Resultate verfahrensspezifisch auf Systemaufstellungen zurückzuführen sind. Weiterführende Studien könnten eine äquivalente Intervention für die Kontrollgruppe anstreben, z. B. eine Multifamilientherapie oder eine Systemische Gruppentherapie. Limitiert wird die Interpretation der Ergebnisse zudem durch die Stichprobe der Studie. Die aus der Allgemeinbevölkerung rekrutierten Studienteilnehmer, die aufgrund eigener Interessensbekundungen teilnahmen, waren hauptsächlich weiblich, berufstätig und hatten Abitur. Weiterhin hatten knapp über 80% der Studienteilnehmer Vorerfahrungen mit der Aufstellungsarbeit. Im Sinne eines Sampling-Bias sind die Ergebnisse somit nur eingeschränkt generalisierbar. Schließlich bleibt zu berücksichtigen, dass es sich bei der Studie um eine nichtklinische Stichprobe handelte. Wenngleich die Ergebnisse auf eine Verbesserung allgemeiner Merkmale psychischer Gesundheit hinweisen, so kann nicht auf die Wirksamkeit von Systemaufstellungen bei bestimmten psychischen Störungen geschlossen werden. Folgestudien an klinischen Stichproben sind jedoch denkbar. Weiterhin könnte geprüft werden, ob Systemaufstellungen eine wirksame Ergänzung umfangreicherer Formen ambulanter oder stationärer Psychotherapie darstellen können.

Literatur

Christenson, J. D., Crane, R. D., Bell, K. M., Beer, A. R. & Hillin, H. H. (2013). Family

- Intervention and health care costs for Kansas Medicaid patients with schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy* (doi: 10.1111/jmft.12021)
- Crane, D. R. (2008). The cost effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of Family Therapy*, 30, 399-410.
- Crane, D. R. & Payne, S. H. (2011). Individual versus family therapy in managed care: comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 273-289.
- Fydrich T. & Schneider W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J. & Lee, T. (2007). Multisystemic treatment of serious clinical problems in youths and their families. In D. W. Springer & A. R. Roberts (Eds.), *Handbook of forensic mental health for victims and offenders: Assessment, treatment, and research* (pp. 315-346). New York: Springer Publishing Company.
- Nübling, R. (2012). Aktuelles aus der Forschung: Psychotherapeutische Versorgungsforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 11 (3), 235-240.
- Ochs, M. (2009). Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (2), 120-126.
- Ochs, M. (2012). Systemisch forschen per Methodenvielfalt – konzeptuelle Überlegungen und Anwendungsbeispiele. In M. Ochs & J. Schweitzer (Hrsg.), *Handbuch Forschung für Systemiker* (S. 395-422) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reinhard, A. (2012). *Systematische Übersichtsarbeit über die Wirksamkeit von Systemaufstellungen*. Unveröffentlichte Qualifikationsarbeit zur Erlangung des Grades „Master of Science“, Institut für Psychologie, Universität Heidelberg.
- Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G. & Fürstenauf, U. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – Implementierung im deutschsprachigen Raum und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 33-39.
- Wittmann, W. W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojektes. *Psychotherapie Aktuell*, 3 (3), 6-12.



Dr. sc. hum. **Matthias Ochs**, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, ist Wissenschaftlicher Referent der Psychotherapeutenkammer Hessen.

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

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
MOchs@ptk-hessen.de

Buchrezensionen

Sohni, H. (2011). Geschwisterdynamik (Analyse der Psyche und Psychotherapie, Bd. 4). Gießen: Psychosozial Verlag. 140 Seiten. 16,90 €.

Dorothee Adam-Lauterbach

Hans Sohn, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychoanalyse, Psychoanalytiker und Familientherapeut, hat einen Beitrag zur Konzeptualisierung der Geschwisterdynamik verfasst, in dem er psychoanalytische, entwicklungspsychologische, familiendynamische und systemtheoretische Aspekte der Geschwisterbeziehung mit seinem psychotherapeutischen Erfahrungshintergrund verknüpft und veranschaulicht.

Sohni konzeptualisiert die Dynamik der Geschwisterbeziehung im Rahmen des Diskurses der interrelationalen Psychoanalyse. Mit dem Begriff der „koevolutiven Geschwisterdynamik“ hebt er mithilfe empirischer entwicklungspsychologischer Befunde das entwicklungsfördernde Potenzial von Geschwistern hervor. Darüber hinaus werden Geschwisterbeziehungen vor dem Hintergrund familiendynamischer und familiensoziologischer Überlegungen beschrieben. Erfreulich ist dabei, dass der Autor auch Geschwisterbeziehungen in Patchwork- und Pflegefamilien betrachtet und auf die Situation von Einzelkindern eingeht. So erschließt sich dem Leser eine weite, über das herkömmliche Verständnis von Geschwistererfahrungen hinausgehende Perspektive. In seine Überlegungen bezieht Sohn interpersonale und systemische Theorien ein und versteht Entwicklung als interpersonales Beziehungsprozess, in dem geschwisterliche Repräsentanzen als Ergänzung zu den Repräsentanzen der Elternobjekte eine wichtige Rolle spielen. In der Analyse der Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter fokussiert Sohn auf den oftmals vorherrschenden Wunsch nach Nä-

he und Bezogenheit und betont die im mittleren Lebensalter oft notwendige Neustrukturierung der Geschwisterbeziehung. Die Krisenanfälligkeit dieser Phase durch neue Strukturierungen und Verteilung der Aufgaben im geschwisterlichen Subsystem werden eindringlich benannt, mit dem Ziel, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dafür zu sensibilisieren. Sohn betont, dass es in der Psychotherapie nicht nur darum gehe, die Geschwisterdynamik hinsichtlich der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse aufzuspüren und zu bearbeiten, sondern die Geschwister auch als Ressource nutzbar zu machen.

Im zweiten Teil des Buches veranschaulichen Fallbeispiele den psychotherapeutischen Nutzen, die Geschwisterperspektive sowohl in den verschiedenen Settings der analytischen Einzeltherapie von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, in der Gruppen- und Familientherapie als auch in Supervision und Ausbildung einzubeziehen. Dabei geht es im Buch ebenso um die Genese psychopathologischer Geschwistererfahrungen wie Geschwisterverlust, Gewalt und Missbrauch, die Sohn in Abhängigkeit von der Pathologie der Eltern als Verschränkung der Eltern- mit der Geschwisterebene verstehbar macht.

Sohni postuliert, dass sich das Gewordensein eines Patienten erst im Kontext seiner geschwisterlichen Komplementärdynamik erschließe. Ziel sei es, eine Horizontalisierung des psychotherapeutischen Prozesses zu erreichen.

Der Anspruch, seiner Konzeptualisierung gerecht werden zu können, führt aber

auch zu einer Schwäche des Buches. Denn die Vermischung von empirischen Befunden der Entwicklungspsychologie und Familiensoziologie mit systemtheoretischen und psychoanalytischen Konzepten ist – abgesehen von der Problematik, angesichts des Pluralismus innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung von der Psychoanalyse zu sprechen – zwar bereichernd, aber für eine Konzeptualisierung der Geschwisterdynamik m. E. zu breit angelegt. Gleichwohl unterstreicht Sohn damit umso mehr die Komplexität der Thematik, die sich dem Leser vor allem durch die prägnanten Fallbeispiele vermittelt. Der Einbezug der gruppen- und familientherapeutischen Perspektive ermöglicht es, die Geschwisterdynamik aus vielerlei Blickwinkeln sensibel nachvollziehen zu können – aber dies geht auch ein wenig auf Kosten einer differenzierteren Betrachtung etwa des Behandlungsprozesses in der analytischen Einzeltherapie.

Letztendlich ist es Sohn aber gelungen, ein tiefes Verständnis der Geschwisterdynamik zu ermöglichen und zu zeigen, wie dies psychotherapeutisch nutzbar gemacht werden kann. Bemerkenswert ist zudem der Blick auf die Ressourcen, die Geschwisterbeziehungen im Lebensverlauf und im psychotherapeutischen Prozess innehaben können. Damit vermittelt sich dem Leser eine klinische Perspektive, die nicht nur eine Vertiefung, sondern auch eine Erweiterung psychotherapeutischen Handelns bedeutet.

*Dr. Dorothee Adam-Lauterbach,
Berlin*

Becker, H. (Hrsg.) (2013). Zugang zu Menschen. Angewandte Philosophie in zehn Berufsfeldern. Freiburg: Verlag Karl Alber. 256 Seiten. 20,00 €.

Gerd Landshut

Noch vor Kurzem galt Philosophie vielen als Synonym für durchgeistigte Lebensferne und alltagsuntaugliche Abgehobenheit; nichts, wofür sich breiteres Interesse wecken ließ. Umso erstaunlicher sind die Anzeichen, die einen Wandel ankündigen: An den Kiosken sieht man Philosophiezeitschriften, philosophische Salons laden gegen Gebühr zum gemeinsamen Genießen und Denken ein und Philosophen wie Peter Sloterdijk, Julian Nida-Rümelin oder Richard David Precht gelten als medientauglich – letzterer sogar mit dem Titel Fernsehphilosoph, was offen lässt, ob das nun positiv gemeint ist oder nicht. Fest steht, es gibt ein wachsendes Interesse an Philosophie. Philosophie ist chic.

Wenn der Motor dieser Entwicklung ein wachsendes Bedürfnis ist, sich in unübersichtlicher Welt zu begreifen und zu positionieren, dann verdient die „Neue Phänomenologie“ Beachtung. Es handelt sich um ein philosophisches System, das Hermann Schmitz seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, damals als Professor für Philosophie an der Universität Kiel, entwickelt hat. Sein Ansatz, wenig bescheiden, will Weichenstellungen des antiken Griechenlands korrigieren, die seither das abendländische Denken – also unser Denken – bestimmen. Diesem Denken zufolge verfügt jeder von uns über eine private Innenwelt, genannt Seele oder auch Psyche. Die Welt da draußen nehmen wir nur über die Spuren wahr, die sie vermittelt der Sinneseindrücke in unserer Innenwelt hinterlässt. Es ist Platons Höhlengleichnis, das zum Fundament abendländischer Anthropologie wurde. Der daraus folgenden Dichotomisierung von Welt und Erleben setzt Schmitz seinen Leibbegriff entgegen. Er ist laut Schmitz Grundlage unseres Seins in der Welt. Das unwill-

kürlich am eigenen Leib Erfahrene ist Grundstoff allen Erlebens und Basis aller Erkenntnis. Nebenbei rehabilitiert Schmitz damit das Subjekt, indem er es aus dem Schattendasein des bloß Subjektiven herausholt und eigengültig neben das Objektive stellt. – Wo über den Verlust des Subjekts in unserer Welt geklagt wird, muss dies aufhorchen lassen.

Kennzeichnend für Schmitz' Herangehensweise ist sein Bemühen, in der Begrifflichkeit seines Systems bei aller Abstraktion die Verbindung zur unwillkürlichen Lebenserfahrung zu erhalten. Philosophie, seine Philosophie soll zu verbessertem Verständnis des Lebens taugen, soll lebenspraktische Relevanz haben. Das rief diejenigen auf den Plan, die von Berufs wegen mit dem Leben zu tun haben, Psychotherapeuten, Ärzte, Pädagogen, Physiotherapeuten und andere mehr. Ein seit Jahren wachsender Kreis hat sich die Neue Phänomenologie vorgeknöpft und sie auf Möglichkeiten besserer Verständnisbildung ihres beruflichen Tuns untersucht.

Einen umfassenden Überblick über den Stand und die Ergebnisse dieses Bemühens gab das XX. Symposium der Gesellschaft für Neue Phänomenologie, das im April letzten Jahres unter dem Motto „Menschen behandeln“ in den Räumen der Universität Rostock stattfand. „Zugang zu Menschen“ ist der Titel des jetzt erschienenen Buches, das die Vorträge, die bei diesem Symposium zu hören waren, enthält. „Angewandte Philosophie in zehn Berufsfeldern“ ist der Untertitel des Bandes. Die Beiträge folgen dem Lauf des Lebens: Am Anfang geht es um hebammenkundliches Wissen bei der Geburtsbegleitung, dann um die Betreuung von kleinen Kindern, es folgen ein Aufsatz mit pädago-

gischem Schwerpunkt und einer zu den besonderen Problemen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes leiden. Die weiteren Beiträge sind den Themen Psychotherapie, Unternehmensberatung, Politik (ein Gastbeitrag von Egon Bahr), Psychosomatik und psychiatrische Behandlung schwerster Störungen gewidmet. Den Abschluss bildet ein Aufsatz zu den dramatischen Veränderungen des Erlebens, die das Sterben mit sich bringt.

Eingebaut in jeden der Beiträge ist ein mal größerer, mal kleinerer Ausschnitt der Begrifflichkeit der Neuen Phänomenologie, gerade so, wie es für die gewählte Perspektive in dem jeweiligen Fachgebiet nötig ist. Das erlaubt einen schrittweisen Zugang zur umfangreichen Schmitzschen Begriffswelt, immer im Zaum gehalten durch die im jeweiligen Beitrag angesprochenen praktischen Fragen.

Neben diesen Beiträgen enthält der Band „Eine kleine Einführung in die Neue Phänomenologie“, die ihre wichtigsten Begriffe im Zusammenhang erläutert. Und schließlich kommt auch Hermann Schmitz zu Wort, mit einem Beitrag zum Thema Charisma. Das allerdings ist keine leichte Kost mehr, sondern eher etwas für Fortgeschrittene.

Jedem, der neugierig ist, der – was Fragen des Lebens betrifft – angeregt sein möchte, neu zu überlegen, wie es wirklich ist, sei dieses Buch empfohlen. Besonders natürlich jenen, die in einem der oben genannten Berufsfelder tätig sind.

*Dipl.-Psych. Gerd Landshut,
Hamburg*

22. Deutscher Psychotherapeutentag – Politik für psychisch kranke Menschen

Am 20. April 2013 fand in Berlin der 22. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) statt. Der DPT diskutierte die Forderungen an die Gesundheitspolitik für die nächste Legislaturperiode, informierte über die ersten Ergebnisse der bundesweiten Befragung angestellter und beamteter Psychotherapeuten und über die Ergebnisse der repräsentativen Studie „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) zur Häufigkeit psychischer Störungen.

Im Wahljahr befasste sich der DPT intensiv mit den gesundheitspolitischen Weichenstellungen, die nach Ansicht der deutschen Psychotherapeutenkammer in der nächsten Legislaturperiode notwendig sind.

Reform der Psychotherapeuten-ausbildung

Delegierte und Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) waren sich einig, dass in der nächsten Legislaturperiode die Reform der Psychotherapeuten-ausbildung ganz oben auf der politischen Tagesordnung stehen muss. Aufgrund der unterschiedlichen Zugangsniveaus zur Psychotherapeutenausbildung (Master für Psychologische Psychotherapeuten, Ba-



Versammlungsleitung 22. DPT v.l. Gerd Hoehner, Wolfgang Schreck, Gabriela Küll

chelor für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) bestehe die Gefahr einer Dequalifizierung mit Konsequenzen für psychisch kranke Menschen und für die Profession. Die fehlende Vergütung der Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus sei nicht hinnehmbar.

BPTK-Vorstand und Länderrat schlugen dem DPT vor, es der BPTK zu ermöglichen, sich an der Diskussion über die Direktaus-

bildung als mögliche Alternative zur Reform der postgradualen Ausbildung zu beteiligen. Die BPTK kann sich erst an dieser Debatte beteiligen, wenn der DPT ihr einen Prüfauftrag dazu gibt. Der DPT stimmte dem Antrag mit großer Mehrheit zu.

Dem DPT lag dazu auch der Entwurf des Berufsbildes von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor. Dieser Entwurf wurde in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Mitgliedern des BPTK-Vorstands und des Länderrats entwickelt. Aufgrund der intensiven Debatte der gesundheitspolitischen Forderungen konnte eine Aussprache zu diesem Berufsbild auf dem 22. DPT nicht mehr stattfinden. Der Vorstand der BPTK geht davon aus, dass die Diskussion erneut Thema auf dem 23. DPT im Herbst 2013 sein wird und bis dahin eine vorbereitende Debatte in den Bundes- und Landesgremien stattfinden wird. Die besondere Relevanz der Diskussion ergibt sich daraus, dass ausgehend vom Berufsbild der Psychotherapeuten näher präzisiert werden kann, über welche Kompetenzen Psychotherapeuten zum Abschluss ihrer Ausbil-

Bundesweite Befragung der angestellten und beamteten Psychotherapeuten erfolgreich beendet

Vom 18. Februar bis zum 25. März 2013 hatten BPTK und Landespsychotherapeutenkammern die angestellten und beamteten Psychotherapeuten bundesweit zur Beantwortung eines Fragebogens über ihre berufliche Situation aufgerufen. Viele haben die Möglichkeit genutzt, und trotz eines teilweise sehr umfangreichen und komplexen Fragebogens wurde eine sehr gute Rücklaufquote von über 30 Prozent erreicht. Erste Ergebnisse der Befragung konnten bereits den Delegierten des 22. DPT präsentiert werden. Aktuell werden alle erhobenen Daten qualitätsgesichert und so aufbereitet, dass sie der BPTK und den Landespsychotherapeutenkammern in jeweils spezifischen Berichten zur Verfügung gestellt werden können. Ziel ist es, die politische Interessenvertretung der BPTK und der Landespsychotherapeutenkammern für angestellte und beamtete Psychotherapeuten zu unterstützen und zu stärken.

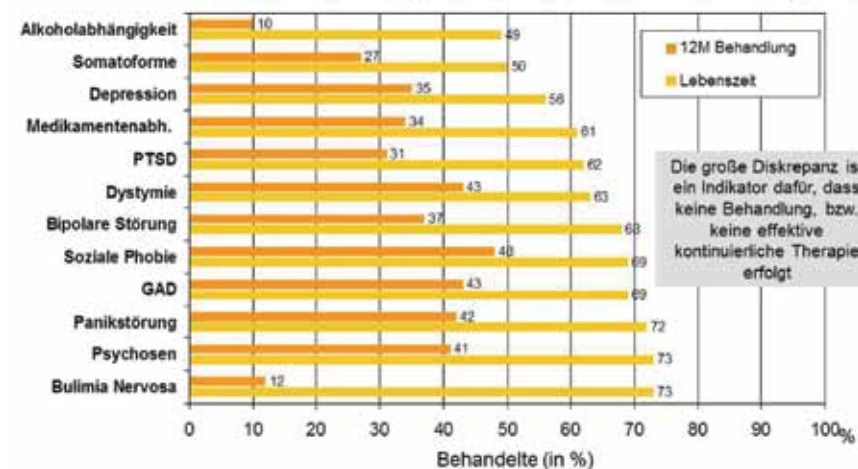
derung bzw. Weiterbildung verfügen sollten. Ausgehend von diesen Kompetenzen kann die Profession zielorientiert diskutieren, inwieweit diese angestrebten Kompetenzprofile durch eine postgraduale Ausbildung oder im Rahmen einer Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung realisiert werden können.

Prospektive und sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Psychisch kranke Menschen sollten – aus Sicht der Psychotherapeuten – Zugang zur Versorgung haben, unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort, sozialer Schicht und Herkunft. Die Bedarfsplanung – betonte Prof. Dr. Rainer Richter im Bericht des Vorstandes – sei auch mit der Reform vom Dezember 2012 eine retrospektive Strukturplanung geblieben, weil es keinen gesetzlichen Auftrag zur Innovation gab. Das Gesundheitssystem brauche jedoch eine prospektive, sektorenübergreifende Planung anhand sachgerechter Kriterien, insbesondere für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Bei regionalen Planungen sollten daher epidemiologische Daten und Versorgungsziele berücksichtigt werden. Eine Bedarfsplanung, die trotz monatelanger Wartezeiten auf ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten unterstelle, dass es in Deutschland rund 6.000 Psychotherapeuten zu viel gäbe, sei dringend überarbeitungsbedürftig.

Diese Forderung wurde untermauert durch den Bericht von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (TU Dresden) zu den Ergebnissen der DEGS. Danach leiden innerhalb von zwölf Monaten 26,9% der Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren an einer psychischen Störung, wobei davon fast zwei Drittel mehr als eine Störung haben. Für all diese psychisch kranken Menschen ist von einem spezifischen Interventionsbedarf auszugehen, der von indizierter Prävention bis zu psychotherapeutischer oder pharmakologischer Behandlung reicht. Nur jeder fünfte Erwachsene hatte jedoch mindestens einmal Kontakt zu Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten oder stationären Einrichtungen. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen ist abhängig vom Geschlecht, bei Frauen liegt die Prävalenz höher. Generell hat die sozioökonomische Schicht einen deutlichen Einfluss auf die

Welche 12-Monats-Diagnosen werden am häufigsten behandelt? Nach früherem (lifetime) und 12 Monats- Behandlungsstatus



Quelle: Vortrag von Prof. Wittchen auf dem 22. Deutschen Psychotherapeutentag in Berlin „Ergebnisse des deutschen epidemiologischen Gesundheitssurveys (DEGS): Was ist relevant für Psychotherapeuten?“

Diagnoseprävalenz bei Männern ebenso wie bei Frauen und bei den häufigsten psychischen Störungen wie z.B. Angst, Depressionen, Sucht und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Es gibt allerdings keine Morbiditätsunterschiede zwischen Ost und West sowie Stadt und Land.

Zusammengefasst stehe fest – so Prof. Wittchen –, dass psychische Erkrankungen für die Patienten eine deutlich geringere Lebensqualität bedeuten ebenso wie einen deutlichen Anstieg in den Tagen der Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibungen). Im Vergleich zu 1998 sei der Zugang zur Versorgung besser geworden. Insgesamt sei die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland jedoch sehr unbefriedigend. Für eine leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen müssten die Behandlungskapazitäten deutlich ausgebaut werden.

Stärkung der ambulanten Versorgung

Der DPT sah auch die Notwendigkeit, psychotherapeutische Akutsprechstunden auszubauen, in denen Patienten mit einem Psychotherapeuten direkt und unmittelbar ihre Anliegen besprechen können. Psychotherapeuten könnten in Akutsprechstunden beraten, ob schon ein Präventionsangebot hilft oder eine Psychotherapie notwendig ist.

Gruppenpsychotherapie sei eine notwendige patientenorientierte Differenzierung

des Behandlungsangebots. Sie mache bisher nur circa ein Prozent am gesamten Versorgungsgeschehen aus, denn Gruppenpsychotherapie sei bürokratisch aufwendig und werde organisatorisch nicht unterstützt. Gruppenpsychotherapie müsse ein für Psychotherapeuten attraktiveres Angebot werden. Dafür müssten die Psychotherapie-Richtlinie weiterentwickelt und Psychotherapeuten beim Aufbau von Versorgungsnetzen unterstützt werden.

Notwendig sind aus Sicht des DPT auch flexible Behandlungskontingente und keine pauschalen Kürzungen. Für Patienten mit einer psychotischen Erkrankung, bipolaren Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen seien eine Entbürokratisierung und eine patientenorientierte Ausdifferenzierung der einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Angebote dringend notwendig.

Eine solche versorgungsorientierte Weiterentwicklung der Psychotherapie bedürfe einer klaren politischen Vorgabe. Ohne Auftrag – fürchtete der DPT – werde die gemeinsame Selbstverwaltung wie in der Vergangenheit bei der Problemanalyse und dann auch bei den Lösungsansätzen scheitern.

Psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf

Bis heute ist es dem deutschen Gesundheitssystem nicht gelungen, für Patienten

mit komplexem Behandlungsbedarf eine flächendeckende, leitlinienorientierte und transparente Versorgung aufzubauen. Deshalb schlug der Präsident der BPTK, Prof. Dr. Rainer Richter, dem DPT als einen möglichen Lösungsansatz vor, einen neuen § 116c SGB V „Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf“ zu fordern. Auf Basis dieses gesetzlichen Auftrags solle der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definieren, für welche Patientengruppen dieses neue integrierte Versorgungsangebot aufgebaut werde. Der G-BA solle Standards formulieren zur Leitlinienorientierung, zum Behandlungsumfang, zu den sächlichen und personellen Anforderungen und zur vertraglichen Absicherung der notwendigen Kooperationen sowie Qualitätsmessung und -darlegung. Anbieter, die die Mindeststandards des G-BA erfüllen, sollten zur Versorgung zugelassen werden. Eine Bedarfsplanung solle es nicht geben, sondern es solle wie derzeit auch beim § 116b SGB V „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ gelten: „Wer kann, der darf“.

Mit diesem Vorschlag ziehe man, so Richter, die Konsequenzen daraus, dass psychisch kranke Menschen für Krankenkassen im Wettbewerb ökonomisch keine attraktiven Versicherten seien. Die Kassen seien zwar bereit, Selektivverträge abzuschließen. Allerdings sei deutlich erkennbar, dass dies meist unter dem Aspekt des Kosten- und Leistungsmanagements geschehe. Leitlinienorientierte Versorgung werde in der Regel versprochen, sie werde innerhalb der Selektivverträge aber nicht realisiert. Wenn es um Psychotherapie gehe, würden die Patienten auf die Regelversorgung verwiesen, obwohl klar sei, dass sie hier schon aufgrund der langen Warte-

zeiten und der Engführungen der Psychotherapie-Richtlinie die notwendige Versorgung nicht erhalten könnten. Die Entwicklung einer flächendeckenden, leitlinienorientierten Versorgung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf könne daher nicht dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen überlassen werden.

Dieser Analyse folgten viele Delegierte, die aus unterschiedlichen Bundesländern von entsprechend unzureichenden Selektivverträgen berichteten. Die Kompetenzen des ambulanten und stationären Bereichs müssten gebündelt werden. Derzeit werde die Versorgung dieser Patienten entweder aus dem stationären Bereich heraus geplant und umgesetzt oder fokussiere auf den ambulanten Bereich. Es sei aber klar, dass sich bei diesen Patienten Phasen stationärer und ambulanter Versorgung miteinander abwechselten. Für diese Patienten gehe es um Behandlungskontinuität und eine angemessene Abstimmung zwischen den Berufsgruppen und Sektoren.

Angemessene Rahmenbedingungen

In eigener Sache forderte der DPT angemessene Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Tätigkeiten. Dazu sei es notwendig:

- die Befugniseinschränkungen in § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V aufzuheben und es Psychotherapeuten zu ermöglichen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, ins Krankenhaus einzuweisen sowie Rehabilitationsbehandlungen und Heilmittel zu verordnen,
- gesetzliche Vorgaben in § 101 Absatz 1 SGB V für flexiblere Rahmenbedingun-

G-BA prüft Systemische Therapie

Der G-BA prüft die Anerkennung der Systemischen Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Erwachsenen. Dieser Beschluss des G-BA am 18. April 2013 erfolgte vier Jahre nachdem der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Systemische Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen anerkannt hat. Die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen wird dabei nicht Gegenstand des Bewertungsverfahrens sein.

gen, für Jobsharing und zur Anstellung von Psychotherapeuten zu machen,

- eine Regelung zur psychotherapeutischen Leitung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (§ 95 Absatz 1 SGB V) und Krankenhäusern (§ 107 Absatz 1 SGB V) bzw. Krankenhausabteilungen (§ 118 Absatz 2 SGB V) zu treffen,
- den Einbezug der Psychotherapeuten in den absoluten Schutz nach § 160a Absatz 1 Strafprozessordnung vor Ermittlungsmaßnahmen (wie Telekommunikationsüberwachung) sicherzustellen,
- die Beteiligung der BPTK an den Beratungen des G-BA auszubauen und die Aufnahme der Arbeitsgemeinschaften der Heilberufekammern auf Bundesebene in die Trägerorganisation zu prüfen.

Zu adäquaten Rahmenbedingungen gehöre – betonte der DPT – auch eine angemessene Vergütung von Psychotherapeuten, wo immer sie arbeiten – in eigener Praxis, als Angestellte in einer Praxis, in MVZ, in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken oder anderen Institutionen.

Befragung der angestellten Psychotherapeuten

Mit großem Interesse folgten die Delegierten des 22. DPT den Erläuterungen von Hans-Dieter Nolting, Geschäftsführer des IGES Instituts, das im Auftrag der BPTK eine Befragung der angestellten und beamte-

Erste Flexibilisierungen bei Gruppenpsychotherapie

Der G-BA hat zwei einschränkende Voraussetzungen für die Erbringung von Gruppenpsychotherapie aufgehoben. So kann die Verhaltenstherapie künftig auch als alleinige Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden. Bislang schrieb die Psychotherapie-Richtlinie vor, dass in der Verhaltenstherapie eine Gruppenpsychotherapie stets mit einer Einzelpsychotherapie kombiniert werden muss.

Darüber hinaus hat der G-BA für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beschlossen, die Mindestteilnehmerzahl von sechs auf drei Teilnehmer zu verringern.

ten Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern durchgeführt hat. Dank der breiten Unterstützung durch die Landespsychotherapeutenkammern konnte mit einer Rücklaufquote von über 30 % erstmals differenziert erhoben werden, wo und wie Psychotherapeuten in Anstellung arbeiten.

Ein Tätigkeitsschwerpunkt von angestellten Psychotherapeuten liegt mit 39,5 % im Krankenhaus, gefolgt von der Jugendhilfe (SGB VIII-Bereich inklusive der Erziehungsberatungsstellen) mit 15,6 %, der Rehabilitation mit 15,4 % und den weiteren Beratungsstellen, wie z. B. Suchtberatungsstellen mit 8,3 %. Immerhin 21,1 % der Befragten kreuzten sonstige Einrichtungen an. Hierzu zählen u. a. die Anstellung in MVZ oder Psychotherapiepraxen, Hochschulen, Strafvollzugsanstalten, schulpsychologischem Dienst oder auch sozialpädagogischen Zentren bzw. Frühförderstellen.

Fast 60 % der Psychotherapeuten führen in ihrer beruflichen Tätigkeit, also in ihrem aktuell gültigen Arbeitsvertrag bzw. Dienstverhältnis, nicht ihre Berufsbezeichnung Psychotherapeut. Nur 26,8 % werden als Psychologische Psychotherapeuten (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) benannt. 13,7 % führen weder diesen Titel noch werden sie mit ihrem Grundberuf bezeichnet, sondern haben andere Berufsbezeichnungen.

Damit steht vermutlich in engem Zusammenhang, dass die Approbation bei fast 75 % der Psychotherapeuten in einem Anstellungsverhältnis keinen Einfluss auf die Höhe ihrer Vergütung hat. Für nur knapp 25 % der Psychotherapeuten schlägt sich die Tatsache der Approbation als PP oder KJP positiv auf die Vergütungshöhe nieder.

Dr. Dietrich Munz sicherte den Delegierten für den Vorstand der BPTK zu, dass

weitere differenzierte Analysen der Angestelltenbefragung folgen werden, die man z. B. im Kontext der Beratungen zur Strukturqualität in Krankenhäusern in der politischen Diskussion nutzen werde. Aus den Reihen des DPT wurde die Initiative der BPTK für diese Befragung begrüßt.

Hilfe für Opfer sexueller Gewalt umsetzen

Der DPT hielt fest, dass seit dem Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ im November 2011 wenige der damals diskutierten konkreten Verbesserungen wirklich umgesetzt wurden. Der 22. DPT forderte deshalb all jene auf, die bei der Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches in der Pflicht stehen, ihre Zusagen und Selbstverpflichtungen endlich umzusetzen und dazu beizutragen, dass möglichst wenig neues Leid entstehe.

Diotima-Ehrenpreis 2013 für Dr. Hans Hopf und Prof. Dr. Fritz Matzejat

Am 19. April 2013 erhielten Dr. Hans Hopf und Prof. Dr. Fritz Matzejat in Berlin den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft. Psychotherapie ist bei den meisten psychischen Erkrankungen das wirksamste Mittel zur Behandlung. Dies gilt für Kinder und Jugendliche in ganz besonderer Weise. Die BPTK ehrte mit Dr. Hopf und Prof. Matzejat zwei Psychotherapeuten, die mit ihrem wissenschaftlichen und therapeutischen Wirken auf herausragende Weise dazu beigetragen haben,

dass in Deutschland heute ein differenziertes und wissenschaftlich fundiertes psychotherapeutisches Versorgungsangebot zur Verfügung steht.

BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter würdigte Dr. Hopf in seiner Laudatio als einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der sich als Praktiker in der Versorgung, als Wissenschaftler mit Beiträgen zur analytischen Kinder- und Jugendpsychotherapie, als Gutachter mit seinem Engagement zur Sicherung der Qualität von Psychotherapie und als Lehrer in der Ausbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses auf besondere Weise um die Psychotherapeutenchaft verdient gemacht habe.

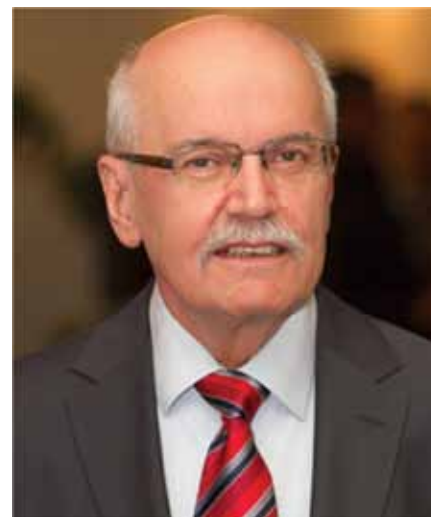
In seiner Dankesrede ging Dr. Hans Hopf auf das Thema der Zunahme externalisierender Störungen insbesondere bei Jungen ein. Wesentliche Ursache sei aus seiner Sicht eine familiäre und institutionelle Erziehung, die geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, z. B. beim Bewegungsdrang, nicht angemessen berücksichtige. Auch hätten Änderungen im gesellschaftlich erwünschten Erziehungsstil der Eltern dazu geführt, dass

Kinder immer weniger Halt und Sicherheit erfahren. Psychisch präsente Väter könnten entscheidend dazu beitragen, dass sich Symptome wie Unruhe und Unaufmerksamkeit bei Jungen zurückbilden. Mütterliche und väterliche Haltung seien dabei an kein Geschlecht gebunden. Entscheidend für die Entwicklung der Kinder sei die Qualität der innerfamiliären Beziehungen.

Prof. Dr. Fritz Matzejat wurde von Prof. Richter in der Laudatio als Psychotherapeut



Dr. Hans Hopf



Prof. Dr. Fritz Matzejat

charakterisiert, der sich mit seinen Arbeiten zu den Wirkungen der Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf vielfältige und besondere Weise um die Psychotherapeutenchaft verdient gemacht habe. Dabei habe er immer deutlich gemacht, dass es bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher um die Diagnostik, Beratung und Behandlung der ganzen Familie gehe. Vor allem in Bezug auf die Verbesserung der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern habe er Pionierarbeit geleistet.

Prof. Mattejat erläuterte in seiner Dankesrede zentrale aktuelle Herausforderungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Dazu gehörten Eltern mit extrem hohen Erwartungen an sich selbst und ihre Kinder. In Hinblick darauf müssten Psychotherapeuten ihre Behandlungsaufträge kritisch überprüfen. Daneben gebe es Eltern, die durch libertäre erzieherische Maßstäbe zutiefst verunsichert seien. Bei ihnen müssten Psychotherapeuten die elterliche Verantwortungsfähigkeit einfordern und stärken. Eine weitere Herausforderung sei



Trio Night & Day

die große Zahl der psychisch kranken Eltern, die zu der für die Behandlung von Kindern notwendigen Unterstützung nicht in der Lage seien. Prof. Mattejat forderte, dass in der Erwachsenen- und Kinderpsychotherapie, Gesundheitsversorgung und

Jugendhilfe intensiver zusammenarbeiten könnten.

Die vollständigen Vorträge der Preisträger finden Sie auf unserer Homepage unter www.bptk.de.

Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung – Störungen des Sozialverhaltens

Mit dem Thema „Störungen des Sozialverhaltens“ widmete sich die BPTK-Veranstaltungsreihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“ am 5. März 2013 erstmals der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. BPTK-Vorstandsmitglied Peter Lehnendorfer wies darauf hin, dass Störungen des Sozialverhaltens nicht nur unmittelbar großes Leid verursachen, sondern auch die schulische und berufliche Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen und damit Lebensperspektiven dauerhaft zerstören. Mit rund sechs bis 16% der Jungen und zwei bis 9% der Mädchen gehörten Störungen des Sozialverhaltens zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Behandlung oft zu spät

Prof. Dr. Nina Heinrichs (TU Braunschweig) berichtete, dass es für die Prävention und Therapie international je nach Altersgruppe und für unterschiedliche Versorgungssettings verschiedene evidenzbasierte

Empfehlungen gebe. Zentraler Ansatz sei Psychotherapie mit dem Kind, z. B. zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten oder des Ärger-Managements, und die Arbeit mit den Bezugspersonen, um beispielsweise wieder eine positive Beziehung zum Kind aufzubauen. Bei mildereren Ausprägungen der Störungen des Sozialverhaltens könnten mit Elterntrainings gute Effekte erzielt werden. Insbesondere bei schwer ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens sei auch die multisystemische Therapie indiziert. Sie sei jedoch sehr personal- und kostenintensiv. Kosten-Nutzen-Analysen belegten für diese Therapie deutlich niedrigere gesamtgesellschaftliche Fallkosten als alternative Maßnahmen wie z. B. eine externe Unterbringung. Problematisch sei, dass international empfohlene evidenzbasierte Maßnahmen in Deutschland kaum mit den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zusammenpassten, aber bis zum Jugendalter unbehandelte Erkrankungen kaum mehr effektiv behandelt werden könnten.

Eltern-Kind-Behandlung in der Klinik

Peter Graaf, Psychotherapeut in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Eltern-Kind-Klinik des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf gGmbH, beschrieb die stationäre Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens. Vorteile seien die Entlastung von Alltagsproblemen, die Unterbrechung familiärer Teufelskreise sowie die Möglichkeit, im Gruppensetting mit interdisziplinären Teams zu arbeiten. Diese Vorteile könnten Nachteile wie mögliche Trennungsreaktionen oder Stigmatisierung überwiegen. Zentrale Elemente seines stationären Behandlungsprogramms für Kinder seien die Einübung neuer Verhaltensmuster durch beständige Aufsicht und Coaching, die Unterbrechung von Verstärkungskreisläufen, das Ermöglichen von Chancen auf Bedürfnisbefriedigung und Wertschätzung, Bindung und Autonomie, die Ressourcenaktivierung durch Kreativtherapien sowie gezielte Gruppenaktivität.



Prof. Dr. Nina Heinrichs



Peter Graaf



Dr. Anja Görtz-Dorten

ten und Rituale. Zur Elternarbeit in seinem Krankenhaus gehöre die Reflexion selbst-erlebter Erziehungspraktiken, problematische Einstellungen zu Gewalt und Dominanz oder zum eigenen Umgang mit Wut und Konflikten.

Evidenzbasierte Behandlung im ambulanten Setting

Dr. Anja Görtz-Dorten, Leiterin der Schwerpunktambulanz für Störungen des Sozial-

verhaltens an der Uniklinik Köln, skizzierte die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Behandlung. Nach gründlicher Differenzialdiagnostik stünden verschiedene evidenzbasierte Behandlungsprogramme zur Verfügung, die meistens in Gruppen durchgeführt werden. Eltern würden in der Regel ergänzend einbezogen. Zentrale Ziele seien, Konfliktsituationen genauer wahrzunehmen, eigene Gedanken und Gefühle zu identifizieren, die Intentionen und Erwar-

tungen anderer Kinder genauer zu erkennen, eigene Handlungen besser zu planen sowie die Konsequenzen eigenen Handelns besser abzuschätzen. In der Praxis ergebe sich aber oft das Problem, genügend Teilnehmer für eine Therapiegruppe zu finden und über einen längeren Zeitraum zu halten. Görtz-Dorten kritisierte, dass viele Kinder mit aggressivem Verhalten keine adäquate, evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlung erhielten.

10 Jahre Bundespsychotherapeutenkammer

Die BpTK wurde im Mai 2003 gegründet. Ihr zehnjähriges Bestehen feierten am 18. April 2013 die Delegierten des 22. Deutschen Psychotherapeutentages, die Präsidenten und Vizepräsidenten der Landespsychotherapeutenkammern sowie zahlreiche Gäste unter der Kuppel des Reichstags in Berlin. Eine besondere Freude und Ehre war es der BpTK, den Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr sowie Mitglieder des Deutschen Bundestages aus allen Fraktionen, Vertreter der Krankenkassen, des Gemeinsamen Bundesausschusses und weiterer Organisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung begrüßen zu können.

Geschäftsstelle

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



v.l.: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Prof. Dr. Rainer Richter, BpTK



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die vom Gemeinsamen Bundeausschuss (G-BA) verabschiedete neue Bedarfsplanung wird auch in Baden-Württemberg neue Psychotherapeutenplätze schaffen, dies voraussichtlich aber nur in ländlichen, bislang schwach versorgten Gebieten. Diese Plätze werden auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ausgeschrieben. In Städten wie Freiburg oder Tübingen aber wird auch nach der neuen und nach wie vor nicht am tatsächlichen Bedarf orientierten Planung eine rechnerische Überversorgung bestehen, was dazu führen kann, dass dort Plätze nicht mehr ausgeschrieben werden müssen. § 103 (3a) SGB V sieht diese Möglichkeit vor, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztesitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Wie die einzelnen Zulassungsausschüsse diese Möglichkeit umsetzen werden, bleibt abzuwarten. Insbesondere darf man gespannt sein, wie aus Versorgungsgründen notwendige Plätze auch in einem nominell überversorgten Gebiet definiert werden. Aus Sicht der Landespsychotherapeutenkammer kann bei den bestehenden langen Wartezeiten bis zum Beginn einer Psychotherapie nicht von Überversorgung ausgegangen werden, weshalb wir fordern, dass frei werdende Psychotherapeutenplätze auch wieder ausgeschrieben und an Nachfolger übergeben werden können.

Sozialministerin Katrin Altpeter wurde deshalb erneut bezüglich der Umsetzung der Bedarfsplanung in Baden-Württemberg angeschrieben. Auf die besonderen Belange der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere auf die langen Wartezeiten auch in angeblich überversorgten Gebieten, wurde dabei ausdrücklich hingewiesen. Ein Schreiben in dieser Sache ging auch an den Vorstand der KV Baden-Württemberg.

Neuerdings treten die Krankenkassen verstärkt mit Vorschlägen zur Reduktion der Kosten für Psychotherapie unter dem Deckmantel der angeblichen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung an die Öffentlichkeit. So auch jüngst die TK mit ihrem Papier „Thesen der TK zur ambulanten Psychotherapie“, in welchem gefordert wird, die Kurzzeittherapie auf 15 Stunden zu reduzieren. Wer dann über eine notwendige Therapieverlängerung befindet, bleibt dabei offen. Dieser Vorschlag verkennt, dass bereits jetzt ca. 60% aller Psychotherapien mit 25 Stunden beendet werden und die durchschnittliche Dauer von Psychotherapien etwas mehr als 40 Stunden beträgt. Auch die als Begründung herangezogene Behauptung, Psychotherapeuten würden zu wenig arbeiten, ist durch die Faktenlage nicht belegbar. Wiederholt wird Behandlungszeit mit Arbeitszeit verwechselt. Die Verteilung der

unterschiedlichen Arbeitszeiten innerhalb der Fachgruppe unterscheidet sich bei Psychotherapeuten nicht wesentlich von der Verteilungskurve anderer Arztgruppen.

Aus der letzten Vertreterversammlung wurde der Vorstand beauftragt, einen Arbeitskreis Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung zu initiieren. Inzwischen wurden hierfür Experten benannt und ein Katalog von Anregungen und Aufgaben erstellt, die bearbeitet werden sollen. Zunächst sind hierzu regionale Veranstaltungen ab Herbst angedacht.

Hinweisen möchten wir Sie auch auf den Fachtag zum Thema „Kultursensible Psychotherapie: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund“ am 23. November 2013 sowie auf die Kammerwahl, die vom 17. Oktober bis zum 18. November 2013 stattfindet.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Sommerzeit mit erholsamen Urlaubstagen.

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg am 16. März 2013

Einleitend trug Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz noch Ergänzungen zu dem den Delegierten schriftlich vorliegenden Bericht des Vorstandes vor. Es folgte eine ausführliche Diskussion der dargestellten Sachverhalte.

Daran anschließend wurde die Nachwahl eines Delegierten und persönlichen Stellvertreters für die Bundesdelegiertenversammlung durchgeführt. Diese wurde durch den Mitgliederzuwachs der Kammer erforderlich, da bei inzwischen über



Debatte im Kammerplenum



v. l. n. r.: Dr. Matthias Fünfgeld, Sitzungsleitung, Dr. Dietrich Munz, Präsident, Martin Klett, Vizepräsident, Dr. Roland Straub, Mitglied des Vorstandes

4.800 Mitgliedern der LPK BW nunmehr 14 Sitze im Deutschen Psychotherapeutentag zustehen. Aufgrund des Wahlergebnisses bei der letzten Kammerwahl stand das Vorschlagsrecht für diese neuen Sitze der „Freien Liste“ zu. Gewählt wurden Prof. Dr. Josef Bailer und als Stellvertreterin Dipl.-Psych. Katharina Mayer.

Die Vertreterversammlung beschloss dann, den zwischenzeitlich nach Rücktritt frei gewordenen Sitz im Ausschuss Berufsausbildung für den Rest dieser Wahlperiode nicht wieder zu besetzen.

Nachdem die Leiterin des Amtes für Chancengleichheit der Stadt Heidelberg problematisiert hatte, dass im Leitbild der Kammer durchgängig die weibliche Form benutzt wurde und dies nahelegen würde, dass es nur weibliche Psychotherapeutinnen gebe, wurde dieses Thema in der VV erneut diskutiert. Beschlossen wurde nun, im Leitbild durchgehend die weibliche und männliche Form zu verwenden.

Ebenfalls erneut auf der Tagesordnung stand die Zukunft der Psychotherapieausbildung. Der Vorstand berichtete den aktuellen Stand der Diskussion, insbesondere die Übereinkunft des Länderrates, zunächst ein Berufsbild des Psychotherapeuten zu entwerfen und daraus dann die Anforderungen bezüglich der Qualifikation der Psychotherapeuten herzuleiten.

Des Weiteren wurde von Dr. Wolfgang Bürger eine von ihm für den Ausschuss Ambulante Versorgung gefertigte Stellungnah-

me zur Praxiswertberechnung vorgestellt. Darin wurden die verschiedenen Berechnungsmodelle gegeneinander abgewogen. Die Delegierten waren sich in der Diskussion weitgehend einig, dass ein fairer Interessensausgleich zwischen Käufer und Verkäufer stattfinden sollte. Der Vorstand wurde beauftragt, das Thema weiter zu bearbeiten. Letzter Tagesordnungspunkt war die Vertretung der PiA in der LPK-VV. Die Wahlordnung der Kammer sieht vor, dass die PiA-Vertreterinnen und -Vertreter über eine eigene Wahlliste (eigener Wahlkörper) im Zuge der Kammerwahl in die VV gewählt werden. Freiwillige Kammermitglieder können PiA aber derzeit erst mit Aufnahme der Praktischen Ausbildung werden, was dann den Verbleib der gewählten Vertreter bis zum Ende der Amtszeit der VV in Frage stellt, da der Status der freiwilligen Mitgliedschaft mit der Approbation endet und die gewählten PiA dann

nicht mehr Mitglied der VV sein können. Sollte im Falle der Approbation eines PiA-Vertreters kein gewählter Nachrücker zur Verfügung stehen, dann wäre der Sitz der PiA-Vertretung in der VV verwaist bzw. nur noch mit einer Person besetzt.

Wenn der eigene Wahlkörper der PiA, der ja eine Repräsentanz mit zwei Sitzen in der VV sicherstellt, nicht abgeschafft werden soll, bleibt nach Rücksprache mit dem Sozialministerium nur die Möglichkeit, den PiA-Vertretern nach ihrer Approbation einen Gaststatus einzuräumen, mit Rede-, aber ohne Stimmrecht. Die LPK setzt sich bei der Novellierung des Heilberufekammergesetzes aber dafür ein, dass PiA von Beginn ihrer Ausbildung an freiwillig Mitglied in der LPK werden können, was den Zeitraum ihres möglichen Verbleibs als PiA-Vertreterinnen und -Vertreter der VV verlängert.

Der Qualitätssicherungsausschuss brachte eine Resolution ein, in der die LPK BW die Verbesserung der Vergütung von qualitätssichernden Maßnahmen bei niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten fordert. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg wird außerdem aufgefordert, die im HVM getroffene Regelung zur Quotierung von nicht genehmigungspflichtigen Leistungen zurückzunehmen. Denn durch diese Quotierung wird die bereits unzureichende Vergütung von qualitätssichernden Leistungen noch weiter abgesenkt. Die Resolution ist auf der LPK-Homepage unter Aktuelles vom 27. März 2013 downloadbar.



Vorstandsmitglieder Birgitt Lackus-Reitter und Kristiane Göpel

Kammerwahl Oktober/November 2013

Hinsichtlich der im Oktober/November 2013 anstehenden Wahl zur Vierten Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wurden bereits die Vorbereitungen in die Wege geleitet. Die Wahlen werden nach der Wahlordnung (siehe www.lpk-bw.de unter Kammer/Satzungen u. a. oder *Psychotherapeutenjournal*, Heft 2, 2008, S. 153, Einhefter S. 8) als Briefwahl durchgeführt. Wahlberechtigt und wählbar ist jedes Mitglied, das im Wählerverzeichnis eingetragen ist und das nicht auf sein aktives und passives Wahlrecht verzichtet hat oder dessen Wahlrecht und Wählbarkeit nicht nach den Bestimmungen des Heilberufekammergesetzes (HBKG) verloren gegangen sind (§ 14 HBKG, §§ 8, 9 der Wahlordnung). Als Wahlleiter wurden RA Dr. jur. Joachim B. Steck, Tübingen, und als dessen Stellvertreter RA Jan M. Heinecke, Karlsruhe, benannt.

Die **Wahl** wird vom **17. Oktober 2013 bis 18. November 2013** stattfinden. Gewählt wird getrennt nach den Wahlgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der freiwilligen Mitglieder der Psy-

chotherapeuten in der praktischen Ausbildung (PiA).

Voraussetzung, um als Vertreter gewählt werden zu können, ist die Erstellung eines Wahlvorschlags, der von mindestens zehn Kammermitgliedern durch die Abgabe einer entsprechenden schriftlichen Erklärung unterstützt sein muss. Zusätzlich müssen jeweils Erklärungen der Kandidaten vorliegen, dass sie zu einer Kandidatur bereit sind (§ 12 Wahlordnung). Die **Wahlvorschläge** sind schriftlich (nicht per E-Mail!) in der Zeit vom **2. bis zum 17. September 2013 einzureichen**. Danach müssen die Wahlvorschläge vom Wahlleiter auf Übereinstimmung mit dem Wählerverzeichnis geprüft werden; er entscheidet dann über die Zulassung zur Wahl (§ 13 Abs. 2 Wahlordnung) innerhalb einer Woche. Das Wählerverzeichnis wird in der Kammergeschäftsstelle mindestens zehn Tage lang zur Einsicht ausliegen und kann bis zum letzten Tag vor Ablauf der Wahlfrist vom Wahlausschuss ggf. berichtigt oder ergänzt werden. Der Versand der Stimmzettel wird fristgemäß erfolgen. Jeder Wähler hat nur eine Stimme, die durch Ankreuzen eines/r Kandidaten/

in auf einem Stimmzettel vergeben wird (§ 16 Wahlordnung). Der **Stimmbrief**, der den Stimmzettel enthält, wird Ihnen zugesandt und muss **spätestens am 18. November 2013 (Ende der Wahl)** in der Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg eingegangen oder mit einem Poststempel gleichen Datums bei der Post aufgegeben worden sein.

Insgesamt sind 42 Sitze der Vertreterversammlung durch Wahlen zu besetzen, Psychotherapeuten in der praktischen Ausbildung (PiA) stehen davon zwei Vertreter fest zu. Der 43. Sitz steht einem Vertreter der Psychologischen Institute an den Universitäten des Landes zu, der vom Wissenschaftsministerium benannt wird.

Nach Abschluss der Wahl wird der Präsident das Ergebnis der Wahl innerhalb von zwei Wochen durch ein besonderes Rundschreiben und auf der Homepage bekannt geben. Sie erhalten demnächst noch ein besonderes Wahlrundschreiben („*Informationen zur Wahl der Vierten Vertreterversammlung*“), das auch auf die Homepage der Kammer gestellt wird.

Gespräch mit MdL Jochen Hausmann, Stv. Vorsitzender der FDP-Landtagsfraktion

Im Gespräch mit MdL Hausmann konnte die Situation bezüglich der Bedarfsplanung im Bereich psychotherapeutische Versorgung gut dargestellt werden. Jochen Hausmann sagte uns seine Unterstützung bei verschiedenen Themen wie z. B. Bedarfsplanung, Landeskrankenhausgesetz und Novellierung Heilberufekammergesetz zu. Im Anschluss an das Gespräch richtete die FDP-Fraktion eine Anfrage an die Landesregierung, u. a.

mit der Frage, ob sie plane, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz in die relevanten Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes aufzunehmen, um gleichberechtigte Beteiligungsmöglichkeiten sowie Übernahmen von Leitungsfunktionen herzustellen.

In ihrer Antwort wies Sozialministerin Katrin Altpeter darauf hin, dass in der Novelle

des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) 2007 entsprechende Vorschläge keine politische Mehrheit fanden. Die Landesregierung sei sich der Behandlungskompetenz und Leistung bewusst, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen, und werde daher im Rahmen der nächsten LKHG-Novelle die Einbeziehung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in das LKHG vorsehen.

Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

In der letzten Vertreterversammlung wurde der Vorstand beauftragt, einen Arbeitskreis Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung zu initiieren. Unter Federführung von Vorstandmitglied Dr. Roland Straub wurde daraufhin ein Kreis von acht Experten angefragt

und benannt, dieser traf sich erstmals am 5. März 2013 in der Kammergeschäftsstelle. Im sehr engagierten Austausch wurde zunächst der Problemstand zu den unterschiedlichen Erfahrungsfeldern aktueller Möglichkeiten psychotherapeutischer Arbeit mit geistig

Behinderten in Institutionen und in der Niederlassung zusammengetragen, um dann zu überlegen, welche Initiativen diesen unbefriedigenden Zustand verbessern könnten. Ein Katalog von Anregungen und Aufgaben, die es nun zu bearbeiten gilt, wurde erstellt.

Regionale Veranstaltungen sind nun für Herbst angedacht. Es soll vor allem die Zielgruppe der Niedergelassenen eingeladen und angesprochen werden. Die Veranstaltungen sollen Impulsvorträge und Informationsaustausch zu möglichen Finanzierungsproblemen der Therapie, die oft ohne

Einbeziehung des Bezugssystems nicht möglich ist, umfassen und die Möglichkeit zu weiteren Fragen an die Experten bieten.

Parallel dazu wurde in Zusammenarbeit mit der Katholischen Hochschule Freiburg eine Befragung zur psychotherapeutischen

Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg durchgeführt. Anlass war eine Masterarbeit einer Studentin zu diesem Thema, die sich dazu an die Kammer gewandt hatte. Über die Auswertung werden wir berichten.

Kammeröffentliche Fortbildung: Psychotherapie im interkulturellen Kontext

Am 26. Juni 2013, 14.00 bis 16.30 Uhr findet in Konstanz im Zentrum für Psychiatrie Reichenau die Kammerfortbildung „Psychotherapie im interkulturellen Kontext: eine Herausforderung für die klinische Praxis“ statt. Wie schon in den letzten Jahren bietet die Kammer auch in diesem Jahr Fortbildungen an, die sich besonders an die psychotherapeutisch tätigen angestellten Kollegen und Kolleginnen in Kliniken und stationären/tagesklinischen Einrichtungen richten. Für die diesjährige Veranstaltung konnte Dr. Michael Odenwald, Leiter Psychotherapieambulanz für For-

sung und Lehre der Universität Konstanz und leitender Psychologe der Forschungsstation für Schizophrenie, als Referent gewonnen werden. Er behandelt seit Jahren traumatisierte Flüchtlinge, leitete ein mehrjähriges EU-Projekt zur Integration von Migranten ins Suchthilfesystem und führt aktuell gemeinsam mit der Universität Nairobi ein Forschungsprojekt in ostafrikanischen Flüchtlingslagern durch, um kulturell angepasste und gemeindenahere Strategien zur Behandlung von Schizophrenie und komorbider Sucht zu entwickeln und zu evaluieren.

Im Anschluss an den Vortrag wird Gelegenheit sein, sich zu angestelltenrelevanten Kammerthemen durch Mitglieder des Vorstandes und des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen zu informieren und auszutauschen.

Wir würden uns freuen, wenn diese Veranstaltung Ihr Interesse findet und Sie sich den Termin vormerken. Bitte beachten: Anmeldungen bitte nur über die Kammer. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Fachtag Kultursensible Psychotherapie: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

In Baden-Württemberg leben rund 410.000 Familien mit Migrationshintergrund, die ein minderjähriges Kind unter 18 Jahren und mindestens einen Elternteil mit ausländischer Herkunft haben (Familienreport Baden-Württemberg 2/2012). Zu dieser Gruppe gehören etwa 37% aller Kinder unter 18 Jahren. In den Städten hat sogar etwa die Hälfte der Familien mindestens einen Elternteil mit ausländischen Wurzeln. Diese Kinder sind geprägt von familiären, kulturellen und religiösen Lebensvorstellungen, die uns manchmal fremd vorkommen. Oft wachsen sie multi-

lingual auf. Sie bringen ihre Besonderheiten in das Zusammenleben in Kindergärten und Schule ein. Was bedeutet das Aufwachsen in interkulturellen Welten? Wie wirken sich die unterschiedlichen Erfahrungen und Prägungen sowie die Brüche in der Biographie auf die psychische Entwicklung von Kindern aus? Wie kann Integration gelingen und der Reichtum an individueller Besonderheit zu einer Chance werden?

Die am 23. November 2013 stattfindende Fachtagung soll einen Einblick in unter-

schiedliche Aspekte einer kultursensiblen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund geben und Anregungen vermitteln, wie die Behandlung dieser Kinder trotz der Sprachbarrieren und des zunächst fremd wirkenden kulturellen Hintergrundes gelingen kann. Referenten sind: Prof. Dr. Renate Schepker (Ravensburg), Prof. Dr. Jan Kizilhan (Freiburg), Jürgen Heinz (Stuttgart) und Claudia Burkhardt-Mußmann (Frankfurt). Flyer zur Veranstaltung mit Anmeldeformular auf www.lpk-bw.de, weitere Infos s. u.

Bericht aus der gemeinsamen Menschenrechtskommission mit der Ärztekammer

In den regelmäßigen Treffen im Rahmen der gemeinsamen Menschenrechtskommission mit der Landesärztekammer, in der neben der LÄK-Menschenrechtsbeauftragten Vertreter der Menschenrechtszentren, andere Institutionen (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger etc.) sowie Behörden im Land Mitglieder sind, wurden folgende wichtige Themen fokussiert:

- Verhinderung der Chronifizierung von Traumafolgestörungen durch frühzeitige Therapie, auch bei Menschen ohne feste Aufenthaltserlaubnis,
- Vorbeugung weiterer Belastungsstörungen infolge des Arbeitsverbots bei Flüchtlingen durch frühzeitige Arbeitsaufnahme, auch von Menschen ohne Aufenthaltstitel, und
- Milderung der Probleme der in Deutschland alt gewordenen, aber schlecht integrierten türkischen ehemaligen Gastarbeiter z. B. im Pflegebereich.

Ziele der Aktivitäten der Kommission, in der Vorstandsmitglied Birgitt Lackus-Reitter die LPK BW vertritt, sind die Übernahme von Dolmetscherkosten für psychothera-



peutische Behandlungen sowie die Etablierung eines anonymen Krankenscheins zur Versorgung nicht regulär krankenversicherter Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.

Weitere aktuelle Probleme sind absehbar, wie die Kontingentflüchtlinge aus Syrien sowie die europäischen Roma in Baden-Württemberg, die möglicherweise

auch psychotherapeutische Hilfen benötigen.

Um diese Themen in der Öffentlichkeit besser darstellen zu können, ist derzeit ein zweiter Versorgungsbericht „Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen“ seitens der LÄK BW und der LPK BW in Vorbereitung.

Kommentare von LPK-Vizepräsident Martin Klett zu zwei Artikeln im Deutschen Ärzteblatt

Martin Klett, Vizepräsident der LPK Baden-Württemberg, hat sich jüngst kritisch mit zwei Beiträgen im Deutschen Ärzteblatt zur psychotherapeutischen Versorgung auseinandergesetzt.

1. Zum Beitrag „Psycho-Boom: Alle entdecken die Seele“ von Prof. Helmut Remschmidt, Kinder- und Jugendlichenpsychiater (Deutsches Ärzteblatt und Ärzteblatt.de vom 29. März 2013):

Der national und international renommierte ehemalige Marburger Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. Helmut Remschmidt, hat sich jüngst in einem bemerkenswert unqualifizierten Kommentar zum „Psycho-Boom“ und zur psychotherapeutischen Versorgung im Deutschen Ärzteblatt geäußert. Remschmidt hatte sich darin wenig fachkundig zur Qualität der Psychotherapie und der Qualifikation von Psychotherapeuten geäußert. Er stellt wissenschaftlich anerkannte, sozialrechtlich zugelassene und weitere, nicht wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren undifferenziert in eine Reihe, um sich dann über diesen „Psycho-Boom“ auszulassen, bei dem angeblich jeder, der sich dazu berufen fühlt, Psychotherapie anbieten und



Martin Klett, LPK-Vizepräsident

durchführen kann, der Titel „Psychotherapeut“ sei ja nicht geschützt! Seine Äußerungen, dass eine qualifizierende Psychotherapeutenausbildung nur eine ärztliche sein kann, sind ein Affront gegenüber den mit dem Psychotherapeutengesetz 1999 in das System der kassenärztlichen Versorgung integrierten PP und KJP.

2. Zum Bericht „Kassen wollen Wartezeiten beim Psychotherapeuten verkürzen“ (Ärzteblatt.de vom 2. April 2013):

Nach diesem Bericht wollen die Kassen die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz dadurch verkürzen, dass das Genehmigungsverfahren vereinfacht und vor allem

die Dauer von Psychotherapien deutlich verkürzt wird (Kurzzeittherapie: nur noch 15 statt 25 Stunden). Außerdem soll es künftig mehr Gruppenpsychotherapien geben. Beide Änderungen sollen mit finanziellen Anreizen gefördert werden. Während die Förderung der Gruppenpsychotherapie sehr zu begrüßen ist, wirft jene nach Reduktion der Kurzzeittherapie jedoch eine Reihe von Fragen auf. U. a. ist nicht nachvollziehbar, auf welcher wissenschaftlichen Grundlage die Kassen eine Verkürzung auf 15 Stunden vorschlagen oder wie das Verfahren zu einer Entbürokratisierung führen soll. Die Forderung nach Abgabe halber Sitze wird mit der Behauptung begründet, es gebe viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die nur in Teilzeit arbeiten würden. Dies entspricht nicht den Fakten: Durchschnittlich verbringen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ca. 23 Stunden/Woche mit der Behandlung von GKV-Versicherten. Zusätzlich aller weiteren administrativen Arbeitsleistungen ergibt sich hieraus eine Wochenarbeitszeit von ca. 36 Arbeitsstunden für GKV-Versicherte.

Ausführlichere Infos zu den beiden Stellungnahmen finden Sie auf der LPK-Homepage.

Termine

Psychotherapie im interkulturellen Kontext: eine Herausforderung für die klinische Praxis: 26.06.2013, Konstanz/ZfP Reichenau, 14.00–16.30 Uhr, kostenfrei, 3 Fortbildungspunkte.

Fachtag Kultursensible Psychotherapie: Kinder und Jugendliche mit Migrations-

hintergrund (s. o.), 23.11.2013, 13.00–17.00 Uhr, Stuttgart, Geno-Haus, Heilbronner Straße 41. Kosten: 60,- €, Frühbucher 50,- €, 4 Fortbildungspunkte.

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

10 Jahre PTK Bayern – 600 Kammermitglieder, Politiker und Ehrengäste feierten das Jubiläum

600 Kammermitglieder, Amts- und Mandatsträger aus Politik und Gesundheitswesen, Präsidenten anderer Kammern, Verbandsvorsitzende und weitere Ehrengäste wurden auf der Festveranstaltung am 26. April 2013 durch mehrere Grußworte und Festvorträge an wichtige und Erinnerungswerte Stationen der letzten zehn Jahre Kammerarbeit mitgenommen. Nach den Vorträgen konnten sie dann im lockeren Beisammensein in kleinen Runden die Meilensteine der PTK Bayern noch einmal Revue passieren lassen – begleitet von den Swing- und Jazzklängen der „Ellingtonians“.

Nach der Begrüßung durch Kammerpräsident Nikolaus Melcop hob der bayerische Wissenschaftsminister **Dr. Wolfgang Heubisch**, der die Glückwünsche des Ministerpräsidenten und der Bayerischen Staatsregierung überbrachte, in seinem Grußwort u. a. die Zunahme an psychischen Erkrankungen hervor, die eine Herausforderung für unser Gesundheitswesen und unsere Gesellschaft darstellten.

Ministerialdirektor **Michael Höhenberger**, der in Vertretung des bayerischen Gesundheitsministers Dr. Marcel Huber das Grußwort sprach, erinnerte an die Bedeutung des Psychotherapeutengesetzes: „Das Psychotherapeutengesetz ist eine Erfolgsgeschichte. Das war jedoch nur möglich, weil Sie alle sich mit sehr viel Engagement, Ernsthaftigkeit und Idealismus den neuen Anforderungen gestellt haben.“



Der Vorstand der PTK Bayern mit Ehrengästen (v. l.): Dr. Wolfgang Krombholz (Vorsitzender des Vorstands der KVB), Anke Pielsticker, Dr. Max Kaplan (Präsident der Bayerischen Landesärztekammer), Nikolaus Melcop, Dr. Wolfgang Heubisch (Staatsminister), Benedikt Waldherr, Bruno Waldvogel, Peter Lehdorfer, Heiner Vogel, Prof. Rainer Richter (Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer), Dr. Fritz Kempfer (Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern), Birgit Gorgas und Ministerialdirektor Michael Höhenberger (bay. Gesundheitsministerium). (Foto: Siegfried Sperl)

Prof. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, erinnerte in seinem Grußwort an die Entstehungsgeschichte des Psychotherapeutengesetzes und den wesentlichen Beitrag des damaligen Bundesgesundheitsministers und heutigen bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer. Er hob das besondere Engagement der PTK Bayern sowohl auf Bundesebene als auch auf europäischer Ebene hervor.

Dr. Fritz Kempfer, Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern, bezeichnete

die PTK Bayern in seinem Grußwort als Musterbeispiel einer freiberuflichen Berufsvertretung.

Kammerpräsident **Nikolaus Melcop** betonte in seinem Vortrag „10 Jahre PTK Bayern“, dass sich die Kammer seit Beginn intensiv insbesondere mit der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung befasst und auf politische Weichenstellungen Einfluss genommen habe, so beispielsweise bei der Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Einführung der 20%-Quote.



Volles Haus im Carl-Orff-Saal am Münchener Gasteig. Der Festvortrag von Prof. Dirk Revenstorf stieß bei den Gästen auf großes Interesse. (Foto: Siegfried Sperl)

Des Weiteren werde es in Bayern nach jahrelanger intensiver Lobbyarbeit im Zuge der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie 273 neue Sitze für Psychotherapeut/innen geben. Mit der Berufsordnung als Grundlage

der Berufsaufsicht und des Patientenschutzes und mit der Fortbildungsrichtlinie zur Dokumentation der Qualität der Fortbildung konnten wesentliche Ankerpunkte gesetzt werden. Mit Blick auf die anstehen-

den Landtags- und Bundestagswahlen forderte er die notwendige Reform der Ausbildung und weitere wichtige Verbesserungen der Versorgungsstruktur im ambulanten und stationären Bereich und der Rahmenbedingungen der Tätigkeit sowie eine deutlich höhere Vergütung für Psychotherapeut/innen.

Den Festvortrag hielt **Prof. Dirk Revenstorf**, Universität Tübingen, mit dem Titel „Liebe, Narzissmus und Psychotherapie in der Postmoderne“. Die postmoderne Beziehungskultur sei charakterisiert durch unbegrenzte persönliche Freiheit, eine von Peinlichkeit und Prüderie befreite Sexualität, ungezwungenes Körperbewusstsein und unbefangenes Streben nach Glück. Prof. Revenstorf erläuterte anhand von Beispielen aus der Praxis, wie die Probleme, die sich aus den dargestellten Entwicklungen ergeben, insbesondere in der Paartherapie aufgegriffen werden können. Die Grußworte und den Festvortrag finden Sie in unserer Homepagesmeldung vom 6. Mai 2013.

Großes Interesse am 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentag

„Narzissmus – zwischen Psychopathologie und gesamtgesellschaftlichem Phänomen“: Das Thema des 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentages am 27. April 2013 stieß auf sehr großes Interesse unserer Mitglieder und in den Medien. Aufgrund der unerwartet großen Zahl von Anmeldungen war die Auslastung des Saals im Münchner Gasteig mit ca. 600 bayerischen Psychotherapeut/innen schon Anfang Februar erreicht.

Zur Pressekonferenz, die zwei Tage vor der Veranstaltung im Münchener PresseClub organisiert wurde, waren rund 15 Journalist/innen gekommen. Dort informierte **Kammerpräsident Nikolaus Melcop** über die narzisstische Persönlichkeitsstörung als Krankheitsbild sowie psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten und erläuterte, wie narzisstische Eigenschaften in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten gesehen werden können.

Dr. Wolfgang Schmidbauer ging aus Sicht des erfahrenen Psychoanalytikers auf das Phänomen des Narzissmus in der heuti-



Kammerpräsident Nikolaus Melcop führte in das Thema des 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentages ein. (Foto: Siegfried Sperl)

gen Zeit ein und berichtete von seinen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Praxis. Infolge der Pressekonferenz wurde

in zahlreichen Medien über den Landespsychotherapeutentag und die Thematik berichtet.

Der Landespsychotherapeutentag wurde durch **Vizepräsident Bruno Waldvogel** eröffnet. Anschließend stellte **Nikolaus Melcop** vor dem Hintergrund der abendländischen Denktradition zu „Narzissmus“ den Einfluss dieses Begriffs auf das Verständnis psychischer Störungen dar. Er erinnerte dabei auch an die Weiterentwicklung des psychoanalytischen Narzissmuskonzeptes in den gesellschaftskritischen Analysen der Frankfurter Schule. Daran anschließend skizzierte er aktuelle Tendenzen in Bezug auf Narzissmus im gesellschaftlichen Rahmen und in der psychologischen Forschung. Abschließend erläuterte Melcop die Bedeutung der Diagnose „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ als Ausgangspunkt spezifischer psychotherapeutischer Konzepte.

Dr. Wolfgang Schmidbauer informierte im ersten Fachvortrag über die Facetten und Entwicklungen des Narzissmus-Kon-

zeptes. Das Bedürfnis nach Anerkennung, Geltung und Aufmerksamkeit um fast jeden Preis greife in der Konsumgesellschaft um sich. Auch im Arbeitsleben finden sich Zeichen einer gestörten, zumindest erschweren „Kränkungsverarbeitung“, wie die Diskussionen über Mobbing und Burn-out zeigten. Die Psychologie fasse diese Probleme unter den schillernden Begriff des Narzissmus. Psychotherapeut/innen bräuchten, so Schmidbauer, Informationen über die gesellschaftlichen Aspekte des Problems, vor allem aber auch eine Haltung, welche in der therapeutischen Arbeit sichere Orte schaffe und eine Verarbeitung von Kränkungen durch Kreativität und Humor erleichtere.

Auf den Stellenwert des Narzissmus-Konzeptes in der Gesellschaft ging **Prof. Dr. Armin Nassehi**, Inhaber des Lehrstuhls I für Soziologie an der LMU München, ein. Er betonte, dass die authentische Rede der neue „gute Grund“ sei. Insbesondere das Prinzip der bürgerlichen Gesellschaft, „Wollt, was Ihr sollt“, könne als narzisstisches Konzept gewertet werden. Die authentische Rede sei eine narzisstische Selbstzurechnung, der soziale Kontrolle fehle.

„Die narzisstische Persönlichkeitsstörung: Genese, Diagnostik und Therapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht“ war der Titel des Fachvortrags von **Dr. Michael Marwitz**, Leitender Psychologe in der Schön Klinik Roseneck. Patient/innen, die unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung leiden, gelten als schwer zu behandeln. Drei Ansatzpunkte seien in der Psychotherapie wesentlich: das Erarbeiten eines realistischen Selbstkonzeptes, der Erwerb funktionaler Emotionsregulationsstrategien und die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit.

Dr. Martin Altmeyer, Klinischer Psychologe mit eigener Praxis in Frankfurt am Main, stellte die narzisstische Persönlichkeitsstörung als soziale Konstruktion vor. Sozial konstruiert sei nicht nur die narzisstische Persönlichkeitsstörung, sondern der Narzissmus selbst. Denn unsere scheinbare Eigenliebe oder Selbstbezogenheit hätte im Unbewussten die Umwelt im Blick. Die globalisierte Medien- und Kommunikationsgesellschaft stelle eine Fülle identitätsstiftender Spiegel- und Resonanzräume zur Verfügung, in denen sich jeder und jede der Welt als unverwechselbar, beson-

ders und einzigartig präsentieren könne – und auf ein soziales Echo warte.

Dr. Bärbel Wardetzki beleuchtete in ihrem Vortrag den weiblichen und männlichen Narzissmus. Ausgehend von ihrer psychotherapeutischen Erfahrung mit Frauen, die unter Bulimie leiden, habe sie sich dem weiblichen Narzissmus als Thema zugewandt. Narzisstische Frauen versuchten, ihre Selbstzweifel und Selbstunsicherheit hinter einer selbstbewussten Fassade zu verbergen. Durch Attraktivität, Schlanksein, Leistung, Perfektionismus und Besonders-Sein sollen ihre Minderwertigkeitsgefühle ausgeglichen werden. Bezogen auf die zwei Ausprägungen der narzisstischen Persönlichkeiten könne die weibliche Form dem depressiven Pol und die männliche dem grandiosen zugeordnet werden. Die jeweils andere Seite gehöre jedoch auch dazu, werde aber nicht nach außen gezeigt: Unter der grandiosen Fassade liege eine Depression und hinter der Depression sei die Grandiosität verborgen.

Tosender Applaus für Theater-Interaktiv

Eine künstlerische Zusammenfassung des 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentages erlebten die Teilnehmer/innen zum Ausklang der Veranstaltung mit den Schauspielern Jörg Ritscher, Marcus Morlinghaus und Bente Lay von „**Theater-Interaktiv**“, die das Thema „Narzissmus“ auf der Bühne in einer ganz eigenen Art widerspiegeln: „Als Schauspieler haben wir mit Narzissmus nichts zu tun!“ Mit viel Witz und Humor gestalteten sie in Form von Zitaten, Bildern und Gesten des Tages und aus dem psychotherapeutischen Alltag zugespitzte Szenen, die das Publikum immer wieder zu begeistertem Szenenapplaus und herzhaftem Lachen brachten.

Die Präsentationen der Fachvorträge der Referent/innen finden Sie in unserer Homepagemeldung vom 30. April 2013.



Die Referent/innen und Vorstandsmitglieder auf dem 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentag (v.l.): Prof. Armin Nassehi, Birgit Gorgas, Bruno Waldvogel, Dr. Michael Marwitz, Dr. Wolfgang Schmidbauer, Peter Lehdorfer, Nikolaus Melcop, Dr. Bärbel Wardetzki, Benedikt Waldherr, Anke Pielsticker und Dr. Martin Altmeyer. (Foto: Siegfried Sperl)

Bundestags- und Landtagswahlen: PTK Bayern wendet sich mit gesundheitspolitischen Forderungen an die Parteien

Am 15. September 2013 findet in Bayern die Landtagswahl statt, eine Woche später die Bundestagswahl. Bereits Ende April hat sich die Kammer schriftlich an diverse maßgebliche Politiker/innen der im Bayerischen Landtag und Bundestag vertretenen Parteien mit der Bitte gewandt, wesentliche und vordringliche psychotherapeutische Belange in deren politische Programme bzw. Koalitionsvereinbarungen aufzunehmen. Insbesondere wurde dabei die Dringlichkeit der **Reform der Ausbildung** betont. Weiterhin heißt es im Schreiben von Kammerpräsident Nikolaus Melcop an Ministerpräsident Horst Seehofer, den bayerischen Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber, die neue Vorsitzende der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag, Christa Steuens, und andere wichtige Politiker/innen der CSU, SPD, von Bündnis 90/Die Grünen, der Freien Wähler und der Partei Die Linke: „Setzen Sie sich bitte dafür ein, dass bei den anstehenden Wahlen und den anschließenden Beratungen für ein Regie-

rungsprogramm sowohl in Bayern als auch im Bund die Versorgung psychisch kranker Menschen Berücksichtigung findet.“ Dem Schreiben wurde u. a. der Leitantrag des 22. Deutschen Psychotherapeutentages „Versorgung bei psychischen Erkrankungen verbessern – Forderungen an die Politik im Wahljahr 2013“ und die Jubiläumsbroschüre der PTK Bayern beigelegt.

Am 30. April 2013 waren Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel, Alexander Hillers und Nina Sarubin vom bayerischen Wissenschaftsminister Dr. Wolfgang Heubisch und der neuen gesundheitspolitischen Sprecherin der FDP-Fraktion im Bayerischen Landtag, Julika Sandt, zum Gespräch ins Wissenschaftsministerium eingeladen. Die Kammervorteiler übermittelten den beiden FDP-Politiker/innen ebenfalls die gesundheitspolitischen Forderungen der PTK Bayern. Melcop wies darauf hin, dass die deutlich mehr Bachelor-Studierenden, die nach ihrem Studienabschluss keinen

Master-Studienplatz erhalten werden, keine konkrete Berufsperspektive haben. In Bezug auf die Ausbildungsreform wurde Staatsminister Dr. Heubisch darum gebeten, den Prozess und die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsseite auch vonseiten der Wissenschaftsministerien aktiv konstruktiv zu gestalten.

Am 8. Mai 2013 nahm Bruno Waldvogel an einem Gespräch des Präsidiums des Verbandes der Freien Berufe in Bayern mit dem Generalsekretär der CSU, Alexander Dobrindt (MdB), und dem stellvertretenden Vorsitzenden der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Johannes Singhammer (MdB), teil. Bei dieser Gelegenheit konnte Waldvogel das dringende Anliegen der Psychotherapeutenchaft vermitteln, die notwendige Novellierung des Psychotherapeutengesetzes nun für die nächste Legislaturperiode durch die Aufnahme im Koalitionsvertrag der die nächste Bundesregierung bildenden Parteien sicherzustellen.

Kurznachrichten

Gespräch mit Vorstand der KVB

Am 19. Februar 2013 trafen sich Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel, Alexander Hillers und Nina Sarubin mit den KVB-Vorständen Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz, Dr. Ilka Enger und KVB-Geschäftsführer Stephan Spring. Hinsichtlich der Umsetzung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie stellte die KVB fest, dass es bei der Beurteilung der Abgabe einer Praxis in einem sogenannten „überversorgten“ Gebiet um die tatsächliche Versorgungslage und die Versorgungsrelevanz dieser Praxis gehe. Um die Versorgung psychisch kranker Menschen weiterzuentwickeln, bat der KVB-Vorstand darum, gemeinsam mittelfristig darauf hinzuwirken, dass die Prävention stärker durch Psychotherapeut/innen und Ärzt/innen selbst gestaltet werde. Beim Thema „Verbesserung der Vergütung ambulanter Psychotherapie“ forderte Melcop, für die kommende Verhandlungsrunde auch auf Landesebene ernsthafte Anstrengungen zu unterneh-

men. Der Vorstand der KVB erläuterte darüber hinaus das geplante Förderkonzept von Ausbildungsteilnehmer/innen analog der Förderung der fachärztlichen Weiterbildung.

Knapp 100 Teilnehmer/innen bei „Psychotherapie bei Schizophrenie“

Im Fokus der Veranstaltung, die am 1. März 2013 in München stattfand, stand die innovative Einbeziehung neuer Methoden und individueller Konzepte in die Psychotherapie bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Teilnehmer/innen wurden in mehreren Fachvorträgen ausgewählter Expert/innen auch über die Rolle der leitlinienorientierten psychotherapeutischen Behandlung der Schizophrenie informiert. Dabei ist heute anerkannt, dass auch die Kernsymptome schizophrener Erkrankter Menschen wie Wahn, Beziehungsideen oder Halluzinationen unmittelbar therapeutisch angebar sind.

Veranstaltung „Kinder krebskranker Eltern“ gut besucht

Rund 50 Personen nahmen an der Kooperationsveranstaltung (PTK Bayern, Verein lebensmut, Klinikum Großhadern) „Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil“ am 6. März 2013 in München teil. In der Diskussion wurde schnell deutlich, wie spezifisch der Hilfebedarf in Familien mit krebskranken Eltern sein kann, dass das reichhaltige Angebot in München indes an seine Grenzen stößt und diese Angebote in den ländlichen Regionen oft kaum vorhanden sind.

8. Treffen der PiA-Vertreter/innen: Lisa Brendel als Sprecherin wiedergewählt

Das 8. Treffen fand am 7. März 2013 statt. Nikolaus Melcop und Bruno Waldvogel informierten die PiA-Vertreter/innen über aktuelle Entwicklungen der Berufspolitik. Im Rahmen des Treffens wurde die ständi-

ge Vertreterin der PiA in der Kammer-DV neu gewählt. Wiedergewählt wurde Lisa Brendel, ihre drei Stellvertreterinnen sind Marie Schneider, Marie Raab und Ariane Heeper.

12. Suchtforum mit über 400 Teilnehmer/innen

Das 12. Suchtforum mit dem Titel „Neue Drogen hat das Land“, das am 10. April 2013 in München stattfand, ging in den Fachvorträgen der Frage nach der Verbreitung neuer Drogen nach und erörterte die grundlegenden Konsummotive in einer „Beschleunigungsgesellschaft“. Im Rahmen der Pressekonferenz zum Suchtforum wies Vorstandsmitglied Heiner Vogel in seinem Statement auf die hohe Relevanz der Präventionsarbeit im Drogenbereich hin. Prävention müsse sowohl bei den bereits bekannten als auch den neuen Drogen eine Schlüsselrolle einnehmen.

Bericht über 22. DV in der nächsten Ausgabe des PTJ

Die 22. Sitzung der Delegiertenversammlung (16. Mai 2013) kollidiert mit dem Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe. Wir werden in der Ausgabe 3/2013 darüber berichten. Auf der Tagesordnung stehen neben dem Bericht des Vorstands u. a.: Zukunft der Aus- und Weiterbildung, Jahresabschluss 2012, Berichte aus den Ausschüssen und von den satzungsgemäßen Vertreter/innen der Psychotherapeut/innen in Ausbildung, der Ausbildungsinstitute und der Hochschulen sowie 10 Jahre PTK Bayern – Rückblick und Ausblick.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert wurden bzw. an denen sie teilgenommen hat: 4. Sitzung der AG „Bürokratieabbau“ (StMUG) am **20.02.2013**; Landesgesundheitsrat am **25.02.2013**; DGPs-Symposium „Psychotherapie-Direktstudium an Universitäten – wie kann das gehen?“ am **06.03.2013**; Jahrestreffen „Gesundheit“ (StMUG) am **06.03.2013**; Round-Table-Gespräch zur Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens (BPtK) am **19.03.2013**; Würdigung der Verdienste von Prof. Dr.

Theodor Mantel, Präsident der Bayerischen Landestierärztekammer am **22.03.2013**; 6. Sitzung Runder Tisch Patientenrechte (StMUG) am **04.04.2013**; „Vom Regen in die Traufe: Entwicklungsperspektiven der Unterbringung und psychiatrischen Versorgung in Bayern“ (Bündnis 90/Die Grünen) am **08.04.2013**; Bayerisches Krebsforum und Staatsempfang „Aktiv gegen Krebs“ (StMUG) am **10.04.2013**; Bayerische Versorgungskammer (BVK) im Dialog: „Heute die Weichen für morgen stellen – aber wie? Perspektiven der Zukunftsforschung“ am **10.04.2013**; Rundgespräch der Psychotherapeutenversorgungswerke am **12./13.04.2013**; Festveranstaltung 10 Jahre BPtK am **18.04.2013**; Verleihung des Diotima-Ehrenpreises (BPtK) am **19.04.2013**; BPtK-Symposium „Wer definiert die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit?“ am **22.04.2013**; 20. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **22.04.2013**.

Bevorstehende Veranstaltungen

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschl. Istanbul-Protokoll: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Termin: 05. bis 07.07.2013 in München.

Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung: Vortrag mit den Schwerpunkten u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen“. Termin: 19.07.2013, 10.00 bis 14.15 Uhr in München.

12. Suchtforum mit dem Titel „Neue Drogen hat das Land“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. Termin: 24.07.2013, 13.30 bis 17.30 Uhr in Nürnberg.

Psychoonkologie für Psychotherapeut/innen (Kooperation mit der KVB): 1. Termin: 24.07.2013 in Augsburg. 2. Termin: 23.10.2013 in Nürnberg.

Fortbildung zur psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen (zweite Wiederholung): Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern mit REFUGIO. Termin: 27.07.2013, 9.00 bis 17.30 Uhr in München.

Psychotherapie mit alten/älteren Menschen: Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. 1. Termin: 21.09.2013 in München. 2. Termin: 07.12.2013 in Augsburg.

Psychotherapeutische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen: Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. 1. Termin: 25.09.2013 in Nürnberg. 2. Termin: 11.12.2013 in Regensburg.

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

Philosophie und Psychotherapie: Sind Emotionen Kognitionen? Termin: 09.11.2013, 9.00 bis 15.45 Uhr in München.

Das neue Patientenrechtegesetz und die Berufsordnung der PTK Bayern: Termin: 23.11.2013, 10.00 bis 14.15 Uhr in München.

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

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Sozialindikative Planung als neues Instrument der psychotherapeutischen Bedarfsplanung in Berlin

Michael Krenz, Präsident; Brigitte Kemper-Bürger, Geschäftsführerin

Die Rolle des 90a Gremiums

Das neu geschaffene Landesgremium nach SGB V § 90a hat in Berlin am 8. März 2013 zum ersten Mal getagt. Die Landespsychotherapeutenkammer Berlin ist neben der Ärztekammer Berlin, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft, der KV Berlin und dem Land Berlin stimmberechtigtes Mitglied. Dieses Gremium kann Empfehlungen zum Bedarfsplan und zur sektorübergreifenden Versorgung in Berlin aussprechen. Damit entsteht ein wichtiger möglicher Korrekturfaktor für die regionale psychotherapeutische Bedarfsplanung.

Sozialindikative Planung

Im Zuge der Debatte um die „richtigen“ Bedarfszahlen und den „echten“ regionalen Bedarf ist die vorliegende Form der Bedarfsplanung auch vonseiten der Psychotherapeutenkammern als zu starr und nicht an den objektiven Verhältnissen orientiert kritisiert worden. Im Rahmen des Landesgremiums soll nun anhand von konkreten Versorgungsdaten über die Verteilung der Arztsitze unter Einbeziehung der Kriterien Morbidität und Sozialstruktur beraten werden. Im ersten Schritt haben dazu der Berliner Sozialsenator Mario Czaja, Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt und Dr. Susanne Bettge einen Modellansatz vorge-

legt. Am Beispiel der Verteilung der Psychotherapeutischen Praxen im Land Berlin wird ein Zusammenhang zwischen den messbaren Morbiditätsdaten und der Sozialstruktur hergestellt. („Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung – Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte“ in G+S Heft 3/2013).

Das Modell

Um die Sozialstruktur abzubilden, werden 64 Einzelindikatoren aus den Bereichen Haushaltsstruktur, Bildung, Erwerbsleben, Einkommen u. a. zu einem Sozialindex zusammengefasst. Auf der anderen Seite wird auf Grundlage der Abrechnungsdaten der KV Berlin aus dem Jahr 2007 ein Morbiditätsindex gebildet. Auf Grundlage der abgerechneten Scheine lässt sich im nächsten Schritt der Auslastungsgrad pro Praxis ermitteln.

Die Ergebnisse

Die o.g. Autoren haben in einer ersten Auswertung festgestellt, dass sich die morbiditätsbedingte und soziale Belastung der Bevölkerung ungleich über das Stadtgebiet verteilt. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Versorgung in den sozial günstigen Stadtbezirken besonders dicht ist. Dieses Resultat bezeichnen die Autoren als Fehlallokation und leiten daraus ab, dass ca. sieben

von zehn Praxen umziehen müssten, um eine gleichmäßige Verteilung von Praxen zu erreichen. Für Psychotherapeutische Praxen lässt sich allerdings auch nach den Auswertungen der Autoren nachweisen, dass Mitversorgereffekte für andere Bezirke und das Umland besonders hoch sind. Da bisher keine Daten über Patientenpräferenzen vorliegen, steht eine endgültige Beurteilung dieser Befunde noch aus. Für Kinder und Jugendliche ist sicherlich eine wohnortnahe Versorgung notwendig.

Politische Diskussion

Die vorliegenden Zahlen sollen nun aktualisiert und die dahinter liegenden Rechenmodelle beurteilt werden. Dann wird es im Rahmen der Beratungen des 90a-Gremiums um eine politische Bewertung der Ergebnisse gehen. Die Psychotherapeutenkammer Berlin spricht sich durchaus für eine gleichmäßigere Verteilung der Sitze in Berlin aus, allerdings müssen angemessene Anreizsysteme für die Verlagerung von Praxen geschaffen werden. Insbesondere die Teilung von Praxen, die Bildung von Zweitpraxen oder die Anstellung von Psychotherapeuten können Lösungen schaffen. Allerdings darf nicht verkannt werden, dass angesichts der Wartezeiten neben dem Verteilungsproblem ein ganz massives Unterversorgungsproblem besteht.

So fallen Entscheidungen: patientenorientiert, psychotherapeutisch, politisch – Diskussion um die Komplexität von Entscheidungen auf dem 9. Landespsycho- therapeutentag der Berliner Psychotherapeutenkammer

Dr. Beate Locher, Presse- und Öffentlichkeitsreferentin

Der diesjährige Landespsychotherapeu- tentag, zu dem 260 Mitglieder gekommen

waren, widmete sich dem komplexen, aber oft unterschätzten Thema „Entschei-

dungen“. Das Thema wurde aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet.

Gesundheitsminister **Mario Czaja, MDA** sprach über Entscheidungen im Zuge der aktuellen Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. Auffallend ist, dass neben der bislang sektoral klar getrennten ambulanten und stationären Versorgung immer mehr integrierte Versorgungsangebote und steuerfinanzierte Modelle entwickelt werden. Das Land Berlin setze große Hoffnungen in das neu gegründete Landesgremium nach § 90a SGB V, welches dem Landesausschuss Empfehlungen zur regionalen Bedarfsplanung aussprechen kann. „Wichtig bleibt“, so Czaja, „dass für die Bedarfsplanung Sozialstrukturdaten berücksichtigt werden“.



Mario Czaja, MDA

Wie werden Entscheidungen in der professionellen Beziehung zwischen Therapeut und Patient gefällt? **Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl**, Geschäftsführender Direktor des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt, führte in seinem interessanten, wenngleich medizinerorientierten Vortrag aus, dass Arzt-Patient-Entscheidungen nach dem „Shared decision making“ einen Meilenstein in der „sprechenden Medizin“ darstellen. Wenn allerdings gesundheitsökonomische Motive dominieren, gerate der proklamierte Wertewandel ins Hintertreffen.



Plenum

„Keine Jammerszenarien – dann wird nicht über Sie, sondern mit Ihnen abgestimmt!“

Franz Knieps, ehemals Abteilungsleiter des BMG zur Zeit der Großen Koalition, sprach aus dem politischen „Nähkästchen“. Bezüglich der Einflussnahme auf politische Entscheidungen gab er den Kammermitgliedern die Empfehlung, ein abgestimmtes Lobbykonzept zu entwickeln, mediale Aufmerksamkeit zu erzielen und Verbündete zur Durchsetzung ihrer Vorhaben zu suchen. Sie sollten sich z. B. auch mit Politikern aus den Bezirken, mit Arbeitgebern, Sozialverbänden, Selbsthilfegruppen oder Patientenvertretern in Verbindung setzen.



Franz Knieps

„Bei einer Reihe von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses muss mittlerweile die BPTK gehört werden.“



Prof. Dr. Rainer Richter

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, machte anhand vieler Beispiele (wie beim Ringen um die Mindestquote) deutlich, wie paradox zum Teil Entscheidungswege in der Gesundheitspolitik vorstattgehen können. Richter rät, Ausdauer und Zähigkeit zu beweisen und mit anderen Landeskammern möglichst geschlossen und „mit einer Stimme“ aufzutreten.



Aus dem Plenum: Gabriela Leyh, VdK Berlin-Brandenburg

„Du bist Psychoanalytiker – Du warst doch so gut im Studium!“

Zuletzt stand die Frage im Raum: „Warum entschließen sich immer weniger Männer für den Beruf des Psychotherapeuten?“ Laut Mitgliederstatistik der Psychotherapeutenkammer Berlin sind unter den jungen Kolleginnen und Kollegen (30 bis 40 Jahre) nur noch 15 % Männer zu finden. Vergleichsweise dazu sind es unter den 50- bis 70-Jährigen noch 33 % Männer. **Frau Prof. em. Dr. Eva Jaeggi**, ehemals TU Berlin, diskutierte ihre Überlegungen unter den Gesichtspunkten Berufswahl, Bedeutung dieses Verhältnisses für den therapeutischen Prozess und Bedeutung des „weiblichen“ Image für die Gesellschaft. In ihren fein differenzierten Ausführungen versuchte sie, hinsichtlich der geschlechterspezifischen Zusammensetzung der Psychotherapeutenchaft zu entdramatisieren: „Unsere Anstrengungen müssen darauf ausgerichtet sein, gute und hilfreiche ‚Therapeutenpersönlichkeiten‘ zu finden. Ob das Männer oder Frauen sind: Das erscheint vom therapeutischen Prozess her betrachtet weniger wichtig“.



Prof. Dr. Eva Jaeggi

Die Vorträge sind nachzulesen unter „Aktuelles“ auf unserer Kammerwebsite: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

„Bei Ost-Patienten geht es immer mehr um das ‚Wir‘ als um das ‚Ich‘“

Annette Simon über die Unterschiede in der Psychotherapie-Entwicklung zwischen Ost und West

Christiane Erner-Schwab, Redaktion

Auch dies war in gewisser Weise immer noch ein Ost-West-Dialog, der sich – um es vorwegzunehmen – sehr anregend und intensiv gestaltete:

Frau Annette Simon, Psychoanalytikerin in freier Praxis, Lehranalytikerin der Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie Berlin, im Gespräch mit Christiane Erner-Schwab, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

E.-S.: Liebe Frau Simon, nachdem das in 23 Jahren auf sehr unterschiedliche Weise geschehen ist, betrachten Sie in Ihren klugen und anschaulichen Ausführungen den deutschen Vereinigungsprozess aus psychoanalytischer Perspektive. Welche Vorteile hat das?

A. S.: Das kann ich so genau gar nicht beantworten. Ich war es wahrscheinlich durch die kreativ-künstlerische Atmosphäre in meinem Elternhaus einfach gewohnt, differenziert gesellschaftliche Vorgänge wahrzunehmen. Mich hat dann schon früh die psychoanalytische Ergründung unbewusster Prozesse – individuell und gesellschaftlich – fasziniert. In der DDR, wo die Psychoanalyse weitgehend verpönt war, war die Beschäftigung mit ihr wie der „Gang zu einer heimlichen Geliebten“, der den staatlichen Institutionen, die immer dicht an den Menschen dran waren, verborgen bleiben sollte.

Irgendwann bildeten sich dann aber kleine Zirkel, die sich mit psychoanalytischer Literatur, aber natürlich auch mit den einzelnen Mitgliedern und der jeweiligen Gruppendynamik auseinandersetzten.

E.-S.: Sie zitieren u. a. Paul Parin, der vom Zwang zur automatischen Anpassung spricht, der erst beseitigt werden muss, damit das „Ich“ sich neu organisieren kann. Ist das zwischenzeitlich gelungen?

A. S.: Das ist immer ein sehr individueller Prozess. Auch wenn man sich partiell die oben beschriebenen Nischen schuf, konn-

Annette Simon wurde 1952 in Leipzig geboren und wuchs in Halle und Kleinmachnow bei Berlin auf. Von 1970 bis 1975 studierte sie Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin und arbeitete bis 1991 als Psychotherapeutin im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg. Als Mitglied eines illegalen politischen Zirkels und einer unabhängigen Frauengruppe wurde sie von der Staatssicherheit observiert. Mit ihrem Ehemann Jan Faktor publizierte Simon in der inoffiziellen Zeitschrift *ariadne-fabrik* (4/1987) einen wichtigen szenekritischen Diskussionsbeitrag. 1989 engagierte sich Simon in der Bürgerbewegung „Neues Forum“. Seit 1992 arbeitet sie als selbstständige Psychotherapeutin. Simon hielt Vorträge zu psychosozialen Aspekten der deutschen Vereinigung und publizierte u. a. in *Pfusch an der Frau* (1993) sowie die vielbeachtete Essay-Sammlung *Versuch, mir und anderen die ostdeutsche Moral zu erklären* (1995) und *Fremd im eigenen Land?* (mit Jan Faktor, 2000). Sie lebt und arbeitet als Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin in Berlin und ist Mitglied der PTK Berlin.

te man ohne ein gewisses Maß an Anpassung in der DDR nicht leben. Eine grundlegende Infragestellung dieses Lebens wurde erst möglich, nachdem die äußere Bedrohung durch den Staat bzw. die allgegenwärtige Stasi verschwunden war.

E.-S.: U. a. in den Diskussionen der Westberliner Linken nach dem Mauerfall wurde deutlich, dass es sowohl innerhalb als auch außerhalb durchaus eine zumindest teilweise Identifikation mit dem System gab. Bei vielen Ex-DDR-Bürgern ist das auch heute noch der Fall, nach dem Motto „Es war ja nicht alles schlecht, was ich Jahre lang (mit-)gemacht habe.“

Sowohl jetzt als auch in Ihren Vorträgen klingt aber an, dass Sie der DDR sozusagen nie „eine Träne nachgeweint“ haben. Wie ist das möglich?

A. S.: Das heikle Thema der DDR-Identität ist mir natürlich vertraut – auch aus der eigenen Familie. Mir selbst war aber spätestens nach dem Einmarsch der Sowjetunion in die CSSR klar, dass ich dieses System zutiefst ablehnte und sich meine Identität eher über den Widerstand und die Auflehnung definierte. Gleichzeitig ist aber auch im Widerstand der Gegenpart sehr wichtig und wenn er wegfällt, gibt es eine Art Leere. Diese Leere mit neuem Engagement und auch Einbringen in Strukturen zu füllen, war für mich ein Lernprozess.

E.-S.: Sie haben, Frau Simon, für die Entwicklung der beiden Teile Deutschlands das eindruckliche Bild der früh getrennten Zwillinge gewählt, die nach gemeinsamer Herkunft (Faschismus) sehr unterschiedliche Entwicklungen durchlaufen. Nach der Wiederbegegnung freuen sie sich zunächst über die Maßen, stellen aber bald unüberbrückbare Unterschiede fest; gegenseitige Entwertungen und Projektionen bestimmen den Umgang miteinander. Wie geht es den Zwillingen heute?

A. S.: Bleiben wir an dieser Stelle bei den Psychotherapeuten. Obwohl wir in Berlin eine günstige Ausgangssituation hatten, weil es häufige Kontakte und Möglichkeiten der Zusammenarbeit gab, besteht bis heute – vor allem institutionell und in größeren Gruppen, z. B. bei Tagungen – die Gefahr der wechselseitigen Ablehnung. Wir müssen stets im Blick behalten, dass wir aus unterschiedlichen Kulturen kommen, und versuchen, das produktiv zu nutzen. Es wird immer wieder deutlich, dass kontinuierlicher und ehrlicher Austausch nötig ist, um eine Verbindung und auch eine Verbundenheit herzustellen. Dies fand z. B. auf den West-Ost Tagungen der DPV über Jahre statt.

Vielleicht wären hier in unserem Gespräch auch mehr gegenseitige Vorbehalte zum Tragen gekommen, wenn wir uns nicht auch Persönliches „erzählt“ hätten.

(Anmerkung der Interviewerin: Während dieses Gesprächs gab es immer wieder Passagen, in denen jeweilige Erlebnisse und persönliche Einschätzungen ausgetauscht wurden.)

E.-S.: Soviel zur Seite der Therapeuten. Wie sieht es in Bezug auf die Patienten aus?

A. S.: Da gibt es tatsächlich immer noch Unterschiede, besonders bei älteren Patienten: Bei den Ost-Patienten geht es immer mehr um das „Wir“ als um das „Ich“. Es fällt ihnen schwerer, nur von eigenen Bedürfnissen und Wünschen zu sprechen als West-Patienten.

Ansonsten fiel mir auf, dass die Schichtzugehörigkeit bei Ostlern viel seltener ein Thema der Scham oder der Auseinandersetzung ist, während es für Westler sehr deutlich eine Rolle spielt, ob ihre Eltern Arbeiter waren oder nicht.

Auffallend ist in diesem Zusammenhang noch, dass sich die Ostpatienten eher einen Osttherapeuten suchen, weil sie meinen, dort besser verstanden zu werden. Westler wählen hier in Berlin auch Osttherapeuten, oft, weil es biographische Gründe gibt, die sich erst in der Therapie erschließen. Manchmal sind bei dieser Wahl auch eine zunächst unbewusste Abwertung im Spiel und das Bedürfnis, sich im Therapieprozess nicht einem Stärkeren auszuliefern.

E.-S.: In einem Ihrer letzten Vorträge fordern Sie, dass man sich als Analytiker/in für (Berufs-)Politik zumindest interessieren sollte. Können sie das den Mitgliedern der Psychotherapeutenkammer erläutern?

A. S.: Hier schlägt bei mir wohl auch eine gewisse „Ostprägung“ durch: Das Engagement für's Kollektiv, das Wir-Gefühl legt es nahe, sich um politische Entscheidungen und gesellschaftliche Entwicklungen zu kümmern.

Ganz konkret geht es immer wieder um die Frage der Versorgungssituation für psy-

chisch schwer kranke Menschen, die immer prekärer wird. An anderer Stelle braucht es dringend Veränderungen in der Situation von PiA, die in ihrer praktischen Tätigkeit schlichtweg ausgebeutet werden. Und es geht um die Frage, ob wir unsere Kandidaten an den psychoanalytischen Instituten für die Arbeitslosigkeit ausbilden oder wie sie nach ihrer teuren und hochqualifizierten Ausbildung auch sinnvoll arbeiten können.

Ich selbst war gleich nach ihrer Gründung für zwei Jahre Delegierte in der Psychotherapeutenkammer und hoffe nun, z. B. auf der Ebene des Instituts an Verbesserungen mitwirken zu können.

E.-S.: Stichwort Ausbildung: Im oben erwähnten Vortrag sprechen Sie in Anlehnung an einen Satz von Hannah Arendt von einer Therapeutenausbildung, die so gestaltet sein sollte, dass man „sich selbst und dem Patienten verzeihen kann.“

Wie ist das gemeint?

A. S.: Hannah Arendt beschäftigt sich in ihrem Nachdenken auch mit der Freiheit menschlichen Handelns und meinte, dass diese Freiheit auch in der Fähigkeit liege, Dinge zu verzeihen und zu versprechen. Dieses Verzeihen meint auch einen Abbau von Entwertungen gegenüber Patienten, aber auch von Therapeuten untereinander. Es fängt manchmal bei den Diagnosen für die Patienten an, die auch abwertend benutzt werden, wo Patienten z.B. als schwierig, therapieresistent o. ä. eingestuft werden.

Aufseiten der Therapeuten geht es um Abbau von Zwängen zu Perfektion und Grandiosität. Ich meine, neben der sorgfältigen Reflektion von eigenen Fehlern und Schwächen braucht es eine Ausbildungskultur, in der genau diese Fehler vorkommen dürfen.

E.-S.: Liebe Frau Simon, ich danke Ihnen für dieses ausgesprochen interessante Gespräch.

Veröffentlichungen u. a.:



A. Simon: *Bleiben will ich, wo ich nie gewesen bin.* Gießen, 2009 (U. a. Bezug auf P. Parin: *Der Widerspruch im Subjekt*; Frankfurt/M.; 1983)



A. Simon/Jan Faktor: *Fremd im eigenen Land.* Gießen, 2000

Redaktion

Dorothee Hillenbrand (V.i.S.d.P.), Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Dr. Beate Locher, Brigitte Reysen-Kostudis, Harald Scherdin-Wendlandt, Christoph Stößlein und Dr. Manfred Thielen.

Geschäftsstelle

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

Herzlichen Glückwunsch zum 65. Geburtstag, lieber Karl Heinz!

In diesem Jahr ist Karl Heinz Schrömgens, der die Bremer Psychotherapeutenkammer seit ihrer Gründung als Präsident leitet, 65 Jahre alt geworden. Ein Grund zu feiern, aber auch zurückzublicken.

Karl Heinz gehört zu den berufspolitischen Urgesteinen unserer Zunft. Den Jüngsten von fünf Brüdern hat Politik und politisches Handeln schon früh angezogen. Erst spät fand er allerdings zum Psychologiestudium in Bremen. Das Klima des zu diesem Zeitpunkt noch jungen Studiengangs Psychologie mit Projektstudium, Psychoanalyse und Kritischer Psychologie hat viel Kreativität freigesetzt. In dieser Zeit ist eine weite Vernetzung entstanden, und Karl Heinz war es damals und ist es bis heute, der diese Netzwerke aufrechterhält und stärkt.

Nicht zuletzt deshalb war es nur folgerichtig, dass sich Karl Heinz am Gründungsausschuss der Bremer Kammer beteiligte und diesem dann vorstand. Sein Überblick über die vielen relevanten Themen und sein Spürsinn für wichtige zukünftige Themen sind dabei sprichwörtlich. Ob Praxiswertermittlung oder Approbationsvorbehalt, Karl Heinz setzt Themen auf die Tagesordnung mit der Gewissheit, dass diese für die Weiterentwicklung der Profession bald höchst relevant werden.

Dabei agiert er als ein überzeugter Föderalist, unterstützt die Stärke der Landeskammern, aber weiß auch um die Notwendigkeit, bestimmte Themen zentral anzugehen. Die Bremer Psychotherapeutenkammer hat unter seiner Präsidentschaft einen anerkannten

Platz in der Gesundheitsversorgung und -politik bekommen. Und so möchten wir diese Gelegenheit nutzen, seine Arbeit für die Bremer Psychotherapeutenkammer nochmals zu würdigen, uns zu bedanken und Karl Heinz alles Gute für die Zukunft zu wünschen.

Hans Schindler



Karl Heinz Schrömgens, Präsident der PKHB

Gelingende Kooperationen in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher PKHB-Forum „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ zog positive Bilanz

30 Kammermitglieder, die in unterschiedlichen Bereichen mit Kindern und Jugendlichen bzw. deren Eltern, Lehrern oder Erziehern arbeiten, folgten der Einladung der PKHB zu einem Forum „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“. Das Forum verfolgte das Ziel, die Versorgungssituation und die verschiedenen Schnittstellen psychotherapeutischer Arbeit in diesem Feld neu zu analysieren und zu bewerten. Eingeladen waren deshalb auch Vertreter der Kinderärzte, der Kinder- und Jugendpsychiater und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle (KIPSY). Außerdem nahmen Kolleginnen aus dem sozialpädiatrischen Zentrum im Klinikum Mitte, aus dem schulpädagogischen Dienst und dem Erziehungsbereich teil.

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens eröffnete das Forum und übergab das

Wort an Dr. Sylvia Helbig-Lang, die zunächst die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung vorstellte (siehe nebenstehenden Bericht).

Die anwesenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen Dr. Juliane Klostermann und Dr. Christiane Hoyer-Schmidt stellten die Arbeit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis dar und hoben die Schnittstellen zur Tätigkeit niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hervor. Zur Zusammenarbeit komme es häufig, wenn es um differentialdiagnostische Fragestellungen, z. B. bei der Abklärung von Psychosen, ADHS und Autismus gehe, bei der Überprüfung der Indikation für begleitende Pharmakotherapie sowie bei notwendig erscheinenden Klinikeinweisungen. Aber auch für Leistungs- und Testdiagnostik würden ihre Praxen ange-

fragt. Allerdings seien die Praxen unterschiedlich aufgestellt: Von den 15 Kinder- und Jugendpsychiatern im Land Bremen würden vier Praxen nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung arbeiten, die übrigen würden jeweils zur Hälfte überwiegend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch arbeiten. Sie stellten zudem heraus, dass die Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als einfach und kollegial erlebt würde. Dr. Cornelia Walter informierte über die Tätigkeit der KIPSY und der beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen in den Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord. Jährlich würden dort ca. 1.000 bis 1.200 Patienten vorgestellt. Der Schwerpunkt liege allerdings nicht auf Behandlung, sondern auf der Diagnostik. Die Vermittlung in ambulante Psychotherapie habe sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Auch

Dr. Stefan Trapp, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte bestätigte aus Sicht der Pädiater, dass die Wartezeiten für Psychotherapie kürzer geworden seien. Ein Problem sehe er aber darin, dass es oft nicht gelinge, Kindern aus bildungsferneren Schichten und aus Migrantenfamilien in Psychotherapie zu vermitteln. Er betonte, dass es nicht an deren fehlender Motivation liege. Menschen aus diesen Schichten seien viel offener für die seelischen Aspekte von Beschwerden geworden. Roswitha Rotzoll, als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Walle tätig, einem traditionellen Arbeiterstadtteil, berichtete daraufhin, wie sie sich auf ihre Patientenkielentel einstelle. So arbeite sie, obwohl analytisch ausgebildet, hauptsächlich tiefenpsychologisch fundiert. Sie gab außerdem an, dass in Bremen ein stationäres psychiatrisches Angebot für junge Erwachsene fehle. Erfreut wurde zur Kenntnis genommen, dass ein solches Projekt sich inzwischen in der Planungsphase befindet.

In der weiteren Diskussion wurden unterschiedliche Aspekte der Versorgungssituation vertieft. Hilke Schröder wies darauf hin, dass es mehr Anfragen in KJP-Praxen mit Beratungsbedarf gebe. Hintergrund sei aus ihrer Sicht der personelle Abbau bei Schulpsychologen und in den Erziehungsberatungsstellen in den letzten Jahren. Birgit Muhl, selbst Schulpsychologin, bestätigte diese Entwicklung. In den letzten zehn Jahren wurden die Stellen für Schulpsychologen von 20 auf zwölf Stellen verringert, obwohl eine deutliche Zunahme von psychischen Auffälligkeiten im schulischen Bereich zu beobachten sei.

Im Hinblick auf Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz berichtete Ruth Savioli, Vorsitzende der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass diese insbesondere im Netzwerk der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei zwei bis vier Wochen lägen, sodass das Angebot als ausreichend

angesehen würde. Allerdings berichteten die verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen aus Bremen und vor allem aus Bremerhaven von deutlich längeren Wartezeiten. Auch die KJP-Ausbildungsambulanzen und die Hochschulambulanz haben sehr lange Wartezeiten. Obwohl sich in Bremerhaven mit Einführung der KJP-Quote die Zahl der KJP-Behandler von 0,5 auf neun Psychotherapeuten erhöht hat, berichteten die anwesenden Kolleginnen und Kollegen, dass sie der Nachfrage nicht gerecht werden können: „Wir picken die Bedürftigsten heraus.“

Insgesamt erlebten die Teilnehmer den Austausch und die Diskussion im Rahmen des KJP-Forums, das in dieser Form zum ersten Mal stattfand, als gewinnbringend und hilfreich. Es wurde der Wunsch geäußert, dass die Kammer alle zwei Jahre zu einer solchen Veranstaltung einladen möge. Für den Kammer-Arbeitskreis „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ meldeten sich anschließend neun Kolleginnen und Kollegen.

Befragung der PKHB zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Neuzulassungen, KJP-Quote, Ganztagschulen) führte die PKHB im Februar 2013 eine schriftliche Befragung unter ihren Mitgliedern durch. Die Befragung sollte dabei einen Überblick über die wahrgenommene Versorgungssituation sowie mögliche Probleme in der Kooperation mit Schulen und anderen Institutionen aus Sicht der Behandler liefern.

Es wurden insgesamt 122 Kammermitglieder angeschrieben, die entweder eine Approbation oder eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben bzw. in Institutionen mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Von diesen schickten 41 Personen den Fragebogen ausgefüllt zurück (71 % weiblich; mittleres Alter: 56 Jahre).

Die Mehrzahl der Teilnehmer (90 %) verfügte über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. über eine Doppelapprobation und arbeitete niedergelassen in eigener Praxis. Nur

drei Personen waren in Institutionen tätig (Beratungsstellen, Frühförderung). Von den Personen, die eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hatten, gaben 75 % an, eine Abrechnungsgenehmigung für tiefenpsychologisch fundierte Therapie zu haben, davon hatten 73 % eine zusätzliche Abrechnungsgenehmigung für analytische Therapie bei Kindern und Jugendlichen und eine Person eine zusätzliche Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie. Die restlichen 25 % der Befragten arbeiten verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Ein erster Schwerpunkt der Befragung zielte auf eine Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche im Land Bremen. Einen wichtigen Indikator für den Versorgungsgrad stellt die Wartezeit auf Psychotherapie dar. Hier wurden die Angaben derjenigen Kollegen analysiert, die in eigener Praxis mit der Kasse abrechneten. Therapeuten mit einer Approbation im Bereich Kinder und Jugendliche gaben an, durchschnittlich nach maximal fünf Wochen ein Erst-

gespräch anbieten zu können. Etwa genauso viel Zeit verging zwischen Erstgespräch und Therapiebeginn. Insgesamt sind die Wartezeiten damit erfreulich kurz. Gleichwohl gibt es hier einen deutlichen Unterschied zwischen den vertretenen Verfahren: Während tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Kollegen im Schnitt nach vier Wochen einen Termin für ein Erstgespräch vergeben konnten, lag diese Zeit bei verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen bei 13 Wochen. Gleichzeitig wurden ca. Dreiviertel aller Erstkontakte auch in die Therapie übernommen, sodass sich hier ein hoher Versorgungsgrad ergibt.

Alle Befragten wurden darüber hinaus gebeten, eine globale Einschätzung der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Bremen vorzunehmen. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse: Nur 32 % schätzten die stationäre Versorgung und 35 % die ambulante Versorgung als gut oder sehr gut ein. Dabei wurden Defizite bei verhaltenstherapeutischen Angeboten, Gruppentherapieangeboten und niedrigschwelligen Angeboten für Kinder

und Jugendliche von mehreren Teilnehmern bemängelt.

Der zweite Schwerpunkt der Untersuchung beschäftigte sich mit Kooperationen zwischen Therapeuten und anderen Institutionen, insbesondere Schulen. Vor allem in den Kooperationen mit letzteren wurde zum Teil Konfliktpotenzial deutlich: Nur 13 % der Befragten gaben an, nie Termine in Schulzeiten vergeben zu müssen. Gleichzeitig fanden je 12 %, dass die Schulen Psychotherapietermine während der Unterrichtszeiten behinderten; der überwiegende Teil der Therapeuten schätzte dies jedoch als vom Einzelfall abhängig bzw. indifferent ein. Die verlängerten Schulzeiten zeigten sich auch in den bevorzugten Terminvergabezeiten: 70 % gaben an, Termine in den späten Nachmittagsstunden (16 bis 18 Uhr) leicht vergeben zu können; andere Zeiten wurden nur von jeweils ca. 40 % der Befragten als gut belegbar eingeschätzt. Sechs Personen gaben an, auch samstags Termine zu vereinbaren.

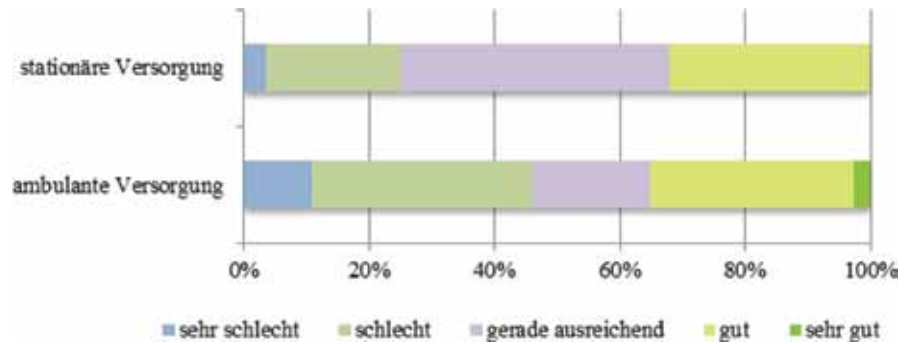


Abbildung: Einschätzungen der Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche im Land Bremen (gezeigt ist die Häufigkeit einzelner Nennungen)

Über Dreiviertel der Befragten gab an, auch mit einer Vielzahl anderer Institutionen außer der Schule zu kooperieren. Besonders häufig wurden dabei Kliniken, das Jugendamt oder die Jugendhilfe, niedergelassene Kinderärzte und Kinderpsychiater genannt. Schwierigkeiten in diesen Kooperationen erlebten 40 % der Befragten, wobei häufig Termenschwierigkeiten oder der hohe Aufwand als problematisch genannt wurde.

Aus den Ergebnissen der Befragung kann gefolgert werden, dass die Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche im Land Bremen insgesamt als gut bewertet werden kann. Bei einzelnen Angeboten (z.B. Verhaltenstherapie) muss mit längeren Wartezeiten gerechnet werden. Eine besondere Problematik stellt die Terminvergabe während Unterrichtszeiten dar, die aufgrund der Etablierung von Ganztagschulen zunehmend häufiger werden dürfte.

Gesundheitssenator und Kammervorstand tauschten sich aus

Dr. Hermann Schulte-Sasse wird Gemeinsames Landesgremium ins Leben rufen

Gesundheitssenator Dr. Hermann Schulte-Sasse hat am 24. April Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und die beiden Beisitzerinnen des Vorstandes, Dr. Sylvia Helbig-Lang und Helga Loest, zu einem ausführlichen Gespräch in seinem Dienstgebäude empfangen. Der Kammervorstand nutzte dabei die Gelegenheit, den Senator über die wenige Tage vorher auf dem 24. Deutschen Psychotherapeutentag gefassten Beschlüsse zu informieren.

Karl Heinz Schrömgens erläuterte in diesem Zusammenhang, wie wichtig die geforderte Aufhebung der Befugnis Einschränkung für Psychotherapeuten ist. Es sei nicht im Interesse der Patienten, dass Psychotherapeuten diese nicht krank schreiben oder in eine Klinik einweisen können. Auch die Forderungen des Psychotherapeutentages, die Akutversorgung zu verbessern und für psychisch kranke Menschen mit einem komplexen Behand-

lungsbedarf einen neuen Paragraphen 116c ins Sozialgesetzbuch V zu schreiben, nahm der Senator mit Interesse auf.

Der Vorstand verdeutlichte ferner seine Kritik an der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie. Durch die Neufestsetzung der Verhältniszahlen käme es trotz langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu einer nominellen „Überversorgung“ von 187 Prozent in Bremen und 135 Prozent in Bremerhaven. Dies sei alles andere als eine versorgungsorientierte Politik.

Einen breiten Raum in dem Gespräch nahm das Thema Ausbildungsreform ein. Dr. Schulte-Sasse informierte sich ausführlich über die sogenannte Direktausbildung, die die Politik gegenüber der jetzigen postgradualen Ausbildung favorisiert. Vonseiten des Vorstandes wurde auf das Problem der Studienabschlüsse verwiesen. Es sei für die Qualität der Ausbildung problematisch, wenn in einigen Bundesländern im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie auch Bewerber mit einem Bachelor- und nicht mit einem Master-Abschluss zur

Ausbildung zugelassen würden. Eine zentrale Steuerung wäre in diesem Fall besser als eine föderale.

Lebhaft diskutiert wurde außerdem die Frage, ob der Studiengang Psychologie an der Bremer Universität langfristig gesichert sei. Das befristete Besetzen von Hochschullehrerstellen im Studiengang Psychologie sorge für Unruhe. Dr. Sylvia Helbig-Lang wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein Auslaufen des Studiengangs auch Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung haben würde, da auch die psychotherapeutische Hochschulambulanz eine hohe Zahl an Patienten in den Bereichen Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie versorgen würde. Da im norddeutschen Raum nur sehr wenige Universitäten noch einen Studiengang Psychologie anbieten, könnte es hier auf lange Sicht zu Nachwuchsproblemen kommen.

Die Vorstandsmitglieder gingen zudem auf die rechtliche Situation von Psychothera-

peuten in Kliniken ein. Sie verwiesen auf eine 2011 von der Kammer veröffentlichte Stellungnahme zu diesem Thema, an der der renommierte Medizinrechtler Professor Dr. Robert Franke maßgeblich mitgearbeitet hat. Helga Loest verwies darauf, dass es in diesem Bereich einen großen Klärungsbedarf wegen der in den Kliniken oft noch anzutreffenden Unschärfe gebe, wer im Bereich der Psychotherapie tätig sein darf.

Dr. Hermann Schulte-Sasse informierte zum Abschluss des Gesprächs darüber, dass er ein Gemeinsames Landesgremium ins Leben rufen möchte. Das Anfang 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz sieht die Möglichkeit der Gründung eines Gemeinsamen Landesgremiums vor, in dem Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkas-

sen, der Landeskrankenhausesellschaft, der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern sowie weiterer Akteure Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung und zur Aufstellung und Anpassung des Bedarfsplanes abgeben können. Die Vorstandsmitglieder zeigten sich erfreut über die Absichtserklärung des Gesundheitssenators und kündigten an, in diesem Gremium aktiv mitzuarbeiten, um die immer wichtiger wer-



Einen intensiven Gedankenaustausch hatten Dr. Sylvia Helbig-Lang, Helga Loest, Gesundheitssenator Dr. Hermann Schulte-Sasse und Karl Heinz Schrömgens (von links).

denden psychischen Aspekte der Gesundheit in die Debatte einbringen zu können.

28. Kammerversammlung am 7. Mai

Hauptthema dieser Kammerversammlung war das Gutachterverfahren. Sabine Schäfer, Mitglied im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) referierte zum Thema: „Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Zukunft des Gutachterverfahrens – Wegfall, Modifizierung, Weiterentwicklung?“ In dem fast einstündigen Vortrag (Folien siehe Homepage der PKHB) informierte sie sowohl über die historische Entwicklung der Regelungen, die Zusammensetzung der verschiedenen Gremien, die unterschiedlichen Sichtweisen auf die Frage der Qualitätskontrolle als auch über die verschiedenen sehr unterschiedlichen Ideen, wie die Qualitätskontrolle weiterentwickelt werden könnte.

In der Diskussion wurde schnell deutlich, dass die subjektive Belastung durch das momentan geltende Gutachterverfahren



Sabine Schäfer zu Gast in Bremen

verfahrensspezifisch unterschiedlich erlebt wird. Deutlich wurde auch, dass ein Antragsverfahren wichtig und eine Qualitätssicherung nicht zu umgehen sind. Einer Verschlinkung des Gutachterverfahrens und eine dem Aufwand angemessene Vergütung schienen Forderungen zu sein, hinter denen viele Kolleginnen und Kollegen stehen. Einig waren sich die Anwesenden, dass dies nur der Anfang gewesen sein kann.

Weiterhin wurden eine Resolution, die sich mit dem Thesen-Papier der TK zur Psychotherapie kritisch auseinandersetzt, beschlossen und ein Kammerausschuss zur Überarbeitung der Berufsordnung gebildet. Dem Ausschuss gehören an Inge Hahn, Dagmar Schäperclaus, Amelie Thobaben, Margarete Zepf und Karl Heinz Schrömgens.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Dr. Sylvia Helbig-Lang, Helga Loest, Hans Schindler und Karl Heinz Schrömgens.

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer Bremen
Hollerallee 22
28209 Bremen
Fon: 0421-27 72 000
Fax: 0421-27 72 002

Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00–14.00 Uhr
Mi 13.00–17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30–13.30 Uhr



Pressegespräch: Hamburg – Hauptstadt der psychisch Kranken?

Am 17. April 2013 fand in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg ein Pressegespräch zum Thema „Hamburg – Heimliche Hauptstadt der psychisch Kranken?“ statt.

Zugegeben, der Titel dieses Gespräches war provokant formuliert. Er entbehrt jedoch nicht jeder Grundlage: Hamburg ist nach Angaben der aktuellen Krankenkassenreporte Spitzenreiter bei den AU-Tagen aufgrund von psychischen Erkrankungen und liegt damit 34 % über dem Bundesdurchschnitt. Jede fünfte Krankschreibung in Hamburg hat eine P-Diagnose zum Anlass, Depressionen stehen an erster Stelle.

Die Gesundheitsversorgung für die betroffenen Menschen hat jedoch mit dem Anstieg des Behandlungsbedarfs nicht Schritt gehalten, die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch für Psychotherapie beträgt in Hamburg 12,5 Wochen, die Wartezeit auf den Beginn einer Behandlung 20,5 Wochen.

Auch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene neue Be-

darfsplanungsrichtlinie, die Anfang des Jahres in Kraft getreten ist, verbessert die Situation für psychisch Kranke in Hamburg nicht. Im Gegenteil: Auf Basis dieser Berechnung ist die Hansestadt zu 170 % übertversorgt. 326 Kassensitze könnten abgebaut werden.

Eine Chance zur regionalen Bedarfsadjustierung ist die vom Hamburger Senat eingesetzte *Landeskonzferenz Versorgung* nach § 90a SGB V, die sich am Tag nach dem Pressegespräch konstituiert hat. Unter der Leitung der Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks diskutieren hier Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsbehörde, Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft, der Psychotherapeutenkammer, der Ärztekammer sowie von Patientennorganisationen über die Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung in Hamburg.

Vor der Konstitution der Landeskonzferenz die aktuelle Versorgungssituation psychisch Kranker in Hamburg aufzuzeigen, den Handlungsbedarf deutlich zu machen,

Lösungsvorschläge zu präsentieren und diesen auch Gehör zu verschaffen – dies war Anlass und Ziel der Einladung zum Pressegespräch, der viele Vertreterinnen und Vertreter der Medien gefolgt sind. Das Hamburger Abendblatt, NDR 90,3, Alster-radio, die TAZ, der DPI sowie weitere Journalistinnen und Journalisten nahmen die Gelegenheit wahr, sich zu informieren und kritisch nachzufragen.

„Wir werden unsere Vorschläge, die kurzfristig umsetzbar und ohne großen Aufwand auch finanzierbar sind, jetzt der Landeskonzferenz vorlegen. Wir sind zuversichtlich, dass wir unter der Moderation der Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks zu einer für die Hamburger Versorgungsprobleme tragfähigen Lösung kommen können“, so formulierte Prof. Rainer Richter, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg, seine Vorstellungen zur aktiven Mitarbeit der Kammer in der Landeskonzferenz.

Die schriftliche Presse-Information kann auf der Homepage der Kammer unter www.ptk-hamburg.de nachgelesen werden.

Tätigkeitsbericht der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg 2011/2012

Die Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer hat die Aufgabe, die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie andere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf der Grundlage des geltenden Rechts und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft hinsichtlich der ethischen und fachrechtlichen Gesichtspunkte bei Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten und eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Dies geschieht vor allem zum Schutz der in die klinischen Prüfungen einbezogenen Patientinnen und Patienten.

In dem Zeitraum 2011/2012 wurden der Kommission insgesamt 30 Anträge zur Begutachtung vorgelegt. Hierunter waren 16 Forschungsvorhaben des UKE, elf Forschungsvorhaben der Uni-Hamburg (FB Psychologie), je ein Forschungsvorhaben einer Hamburger Klinik und einer Psycho-Sozialen Beratungsstelle. Bei einem Antragsteller handelte es sich um einen Studierenden der Universität Hamburg.

Ein großer Teil der Forschungsvorhaben befasste sich mit Fragen rund um das The-

ma „Schizophrenie“; ein zweiter Schwerpunkt lag im Bereich der Geschlechtsidentität, Transsexualität und sexueller Funktionsstörungen. Mit Fragen aus dem Bereich „Kinder und Jugendliche“ befassten sich zwei Anträge.

Nur drei der insgesamt 30 Forschungsvorhaben waren Studien mit nennenswerter Fremdmittelförderung. Insofern sind alle übrigen Forschungsvorhaben entsprechend der Gebührenordnung der Kammer kostenfrei durch die Ethikkommission bearbeitet worden.

Im Laufe des Berichtszeitraums haben die deutliche Zunahme der Zahl der gestellten Anträge und der teilweise erhebliche Umfang der Antragsunterlagen zu einer Mehrbelastung der Ethikkommission geführt. Als Reaktion darauf wurde ab 2013 das Bearbeitungsverfahren verändert. An die Stelle der Bearbeitung der Anträge im Wege einer primär elektronischen Kommunikation sind

nunmehr vier feste Termine für Sitzungen der Ethikkommission pro Jahr eingeplant und Fristen für die Antragsstellung eingeführt worden. Die Daten sind auf der Homepage der Kammer veröffentlicht.

Für das laufende Jahr steht seitens der Ethikkommission die Entwicklung eigener und den Forschungsvorhaben angepasster

Antragsvordrucke sowie einer Antrags-Checkliste auf der Agenda.

Für 2014 regen die Mitglieder der Ethikkommission eine Änderung der Ethiksatzung mit dem Ziel der Erhöhung der Zahl der Mitglieder der Ethikkommission an, um die Arbeitsbelastung der einzelnen Kommissionsmitglieder im Rahmen zu halten.

Hinweis zur neuen Weiterbildungs- sowie zur geänderten Fortbildungsordnung

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass die neue Weiterbildungsordnung sowie die geänderte Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg als Einhefter diesem Heft beigefügt sind. Beide Ordnungen treten mit ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

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

Personelle Veränderungen in der Geschäftsstelle (Hamburg – Rio)

Frau Christina Zech, unsere Mitarbeiterin der ersten Stunde, hat zum März dieses Jahres die Geschäftsstelle verlassen, um in ihre Heimat Brasilien zurückzukehren. Frau Zech hat die Entwicklung der Kammer-Geschäftsstelle seit der Zeit des Errichtungsausschusses im Provisorium (auch Bauwagen genannt) bis zur jetzigen Adresse in der Hallerstraße begleitet und geprägt. Vielen von Ihnen ist Frau Zech sicher gut bekannt. Wir verlieren mit ihr eine engagierte, vielseitig talentierte und kompetente Mitarbeiterin. Wir danken ihr an dieser Stelle für die vielen Jahre guter Zusammenarbeit und wünschen ihr aus dem unbeständigen Norden eine sonnige Zukunft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen gab es schon bei den Honorarverhandlungen im letzten Jahr keinen Grund zum Jubeln: Das Plus von einem Prozent

in fünf Jahren bedeutet einen realen Einkommensverlust. Für Ausgleich soll die extrabudgetäre Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen sorgen: Endlich raus aus dem Clinch mit den nicht-psychotherapeutisch tätigen Fachärzten; endlich sollen die Krankenkassen die Leistungszunahme bei psychischen Erkrankungen tragen. Aber auch bei die-



Alfred Krieger

ser „neuen Vergütungswelt“ kommen die Sektorkorken nicht so recht ins Rutschen. Die von der KBV als „Meilenstein“ gefeierte Entwicklung könnte sich wie schon die Bedarfsplanung als echte Mogelpackung für die Psychotherapeuten erweisen. Denn nach dem Motto: „Wer bezahlt, spielt die Musik“ ist verstärkt mit Melodien zu rechnen, die der TK-Ouvertüre im April folgen: kürzere Behandlungszeiten, höherer Durchlauf, Einschränkung der freien Psychotherapeutenwahl. Neben der Ineffizienz des Gutachterverfahrens beklagt der vdek dessen Intransparenz und meint damit, die Empfehlungen des Gutachters seien für die Krankenkasse nicht nachvollziehbar. Kein Wort zum Datenschutz oder zum gerade für die psychotherapeutische

Behandlung zentralen Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Psychotherapeut. Die hessischen Kammerdelegierten haben sich bereits gegen die Einschränkung der freien Psychotherapeutenwahl ausgesprochen. Möglicherweise ist die Kammer infolge der extrabudgetären Vergütung noch stärker als bisher gefordert. Denn die Verteilungskämpfe finden dann eben nicht mehr in der KV, sondern anderenorts unter dem Stichwort „Mengenbegrenzung“ und „Patientensteuerung“ statt.

Es grüßt Sie herzlich

*Alfred Krieger
Kammerpräsident*

Panta rhei – Psychotherapeutenausbildung



Dr. Heike Winter

Die heute bekannten Probleme in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren bereits bei der Verabschiedung des Gesetzes absehbar: Der unklare Status der Ausbildungsteilnehmer während der Ausbildung, die Finanzierung während der praktischen Tätigkeiten, deutliche Unterschiede zur ärztlichen Weiterbildung. Zuletzt kam noch die Bachelor/Master-Problematik hinzu. Bereits 2007 hoffte das BMG im Forschungsgutachten auf Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Ausbildung, die diese Probleme lösen würden.

Seither haben sich die Probleme weiter verschärft und der Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten läuft Gefahr, unwiederbringlich abqualifiziert zu werden, wenn immer mehr Bachelor-Absolventen zur Ausbildung zugelassen werden. Die Ausbildungsteilnehmer demonstrieren zu Recht für eine Vergütung ihrer Arbeitsleistung und in den ersten Klagen vor Arbeitsgerichten wird dieser Anspruch bestätigt. Das BMG breitet der Profession „den roten Teppich“ aus, so fasste es ein Delegierter nach dem Vortrag von Ministerialdirigent im BMG, Dr. Volker Grigutsch, auf dem 21. DPT zusammen. Grigutsch warb für eine Angleichung an die Medizinerbildung: einem Universitätsstudium, das mit einem Staatsexamen abschließt und zur Approbation führt, mit einer anschließenden Weiterbildung zur Erlangung der Fachkunde (Facharztniveau). Der Justitiar der Psychotherapeutenkammer Hessen, Johann Rautschka-Rücker, führt in seinem Thesenpapier zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung (2013)

aus, dass damit die beiden drängendsten Probleme – nämlich die Bachelor/Master-Problematik und die Vergütung der Praktischen Tätigkeit – radikal und nachhaltig gelöst werden könnten. Außerdem würde die Zukunft des Berufes auf akademischem Niveau gesichert, die Vergütung im Angestelltenbereich (insbesondere auch für KJP) verbessert und es bestehe eine höhere Chance, den deutschen Standard der Psychotherapie europarechtlich zu sichern.

Der 22. DPT hat sich jetzt mehrheitlich dafür ausgesprochen, sich mit diesem BMG-Vorschlag ernsthaft zu beschäftigen. Ein sehr guter erster Schritt in die richtige Richtung. Noch nie hat sich für unseren Berufsstand eine solche Chance als einem der Medizin gleichberechtigten akademischen Heilberuf geboten – wir sollten sie nicht zaghaft verstreichen lassen.

*Dr. Heike Winter
(Vizepräsidentin der LPPKJP Hessen)*

7. Hessischer Psychotherapeutentag: „Burnout – out? Zur Psychotherapie einer „Zeitkrankheit““

Am 12./13. April fand unter dem Motto „Burnout – out? Zur Psychotherapie einer „Zeitkrankheit“ in den schönen historischen Gebäuden des Campus Westends der Goethe-Universität Frankfurt mit rund 350 TeilnehmerInnen der 7. Hessische Psychotherapeutentag (HPT), veranstaltet von der Psychotherapeutenkammer Hessen, statt.

Alfred Krieger, Kammerpräsident, betonte in seinen Begrüßungs- und Einführungsworten, rekurrierend auf u. a. den Pariser Soziologen Alain Ehrenberg und den Jenaer Politikwissenschaftler Hartmut Rosa, den gesellschaftlichen Kontext für die Entstehung des Burnoutkonzepts und -diskurses sowie für die individuelle Entwicklung von Leidensprozessen, die als Burnout konnotiert werden. **Stefan Grüttner**, Hessischer Sozialminister, wies in seinem Grußwort auf die drastisch angestiegenen Zahlen an Frühberentungen sowie Krankenfehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen hin und sprach notwendige politische Initiativen an, um im Kontext der Arbeitswelt das Problem der vermehrten psychischen Erkrankungsdiagnosen anzugehen. **Prof. Dr. Werner Müller-Esterl**, Präsident der Goethe-Universität Frankfurt, hob in seinen Grußworten die Bedeutsamkeit des Faches Psychologie im Disziplinenkanon der Universität hervor. Zudem würdigte er die Bedeutung der Psychotherapeuten für die Gesundheit der hessischen Bevölkerung. **Andreas Horst**, Referatsleiter des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, erklärte in seinem vorgebrachten Grußwort, dass die Gesellschaft die Psychotherapeuten dringend brauche, um Menschen zu unterstützen, verlorene sinnhafte persönliche Orientierung und Lebensphilosophie wiederzuerlangen. Er wünschte sich eine verstärkte Zusammenarbeit seitens des Ministeriums mit dem Berufsstand.

Philosophische Burnout-Prophylaxe: Die Freundschaft mit sich selbst pflegen

Den Festvortrag mit dem Titel „Ausbrennen und wieder zu Kräften kommen –

Selbstverlust und Selbstfreundschaft“ hielt der Berliner Philosoph **Prof. Dr. Wilhelm Schmid**. Er skizzierte zunächst einige anthropologische Grundkonstanten, um zu argumentieren, dass der Sinnverlust des modernen Menschen Nährboden für mit Burnout assoziierter Erschöpfung und Kräfteschwund ist. Deshalb gelte es im Zusammenhang von Burnout, auf Sinnressourcen zurückzugreifen. Hierbei fokussierte er vor allem auf Beziehungen: „Ein sinnerfülltes Leben ist ein Leben in Beziehung“. Wobei er diesbezüglich vielfältige Beziehungen in den Blick nahm: Beziehungen zu anderen Menschen, zur Natur, zu dem Schönen, zur Kunst, zu spirituell-religiösen Aspekten – und vor allem die Beziehung zu sich selbst, die Selbstfreundschaft. Ein weiterer wichtiger Zugang zu Sinn und Sinnstiftung seien zudem die Sinne und Sinnlichkeit.

„Psychische Erkrankungen sind häufig, Psychotherapeuten sind es nicht“



Der Festvortragende Prof. Dr. Wilhelm Schmid bezeichnet die Melancholie als eine anthropologische Grundkonstante auf dem 7. HPT



Dr. Thomas Spies, stellvertretender Fraktionsvorsitzender der SPD im Hessischen Landtag, im Gespräch mit Dr. Barbara Voß, Leiterin der Landesvertretung der TK in Hessen, auf dem 7. HPT



Präsident Alfred Krieger (rechts) im Gespräch mit Sozialminister Stefan Grüttner (Mitte) auf dem 7. HPT

Dr. Heike Winter eröffnete das Hauptvortragsprogramm am Samstag, indem sie u. a. die paradoxe Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland griffig beschrieb: „Psychische Erkrankungen sind häufig, Psychotherapeuten sind es nicht.“ Damit leitete sie auch zu dem von ihr anmoderierten Vortrag von **Prof. Dr. Frank Jacobi** (Psychologische Hochschule Berlin) über, der diagnostische Probleme von „Burnout“ – das ja bekanntermaßen keine etablierte Diagnose darstellt – erörterte und Prävalenzdaten zu selbstberichteten „Burnout“ aus einer aktuellen Bevölkerungsstudie vorstellte. Demnach gibt es schichtungsspezifische Zusammenhänge: Burnout taucht eher in „höheren“ sozialen Schichtungen auf, Depressionen in „niedrigeren“. Zudem sprach er damit assoziierte allgemeine Probleme der Prävalenzmessung psychischer Störungen an, wie etwa, dass „caseness“ nicht automatisch Behandlungsbedarf impliziert oder dass nicht jeder Behandlungsbedarf automatisch eine F-Diagnose fachlich rechtfertigt. Eine „angeschlagene psychische Gesundheit“ sei jedenfalls eine anthropologische Konstante und nicht zu verwechseln mit behandlungsbedürftigten F-diagnostizierten psychischen Erkrankungen.

Soziale Stressoren und soziale Ressourcen – Burnout aus organisationspsychologischer Sicht

Prof. Dr. Christian Dormann von der Ruhr-Universität Bochum, anmoderiert von Vorstandsmitglied **Karl-Wilhelm Höffler**, stellte empirische Befunde zum The-

ma „Psychische Belastungen in der Arbeitswelt & Burnout“ vor. Der Mammutanteil dieser Befunde sei mit dem Maslach Burnout Inventory (MAS) erhoben worden, das bekanntlich drei Dimensionen als Leitsymptome des Burnout-Phänomens erfasst, nämlich (emotionale) Erschöpfung, Depersonalisation bzw. Zynismus sowie reduzierte persönliche Erfüllung. Vor allem der Aspekt Depersonalisation/Zynismus sei für den Kontext der Dienstleistungsarbeit von Interesse, so Dormann. Denn dieser Aspekt erlange Relevanz im Zusammenhang mit Emotionsarbeit, der „Belastung des 21. Jahrhunderts“. Unter Emotionsarbeit verstand er hierbei bezahlte Arbeit, bei der eine Regulation der eigenen Gefühle erforderlich ist, um nach außen in Mimik, Stimme und Gestik ein bestimmtes Gefühl zum Ausdruck zu bringen, unabhängig davon, ob dies mit den inneren Empfindungen übereinstimmt oder nicht. Dementsprechend tragen die sozialen Stressoren im Verhältnis zu den sozialen Ressourcen empirisch betrachtet wesentlich zur sozialen Entwicklung von Burnout bei.

Von Hamsterrädern, Überholspuren und leeren Akkus – psycho- und metaphoranalytische Überlegungen

Im dritten, von Vorstandsmitglied **Susanne Walz-Pawlita** moderierten Hauptvortrag von **Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl** (Sigmund Freud Institut, Frankfurt am Main) wurde die „Karriere“ des Burnout-Konzeptes rekonstruiert und mit den Veränderungen in der spätmodernen Arbeitswelt abgeglichen. An deren Horizont tauche, so Haubl, das neoliberale Ideal einer „interessierten Selbstgefährdung“ auf, dessen lebenspraktische Realisierung in vielen Fällen in Erschöpfungszuständen ende. Dabei falle auf, dass eine Burnout-Diagnose im Unter-

schied zu einer Depressions-Diagnose oft als Statusmerkmal sozial erwünschter Leistungsbereitschaft gehandelt wird: „Ausbrennen kann nur, wer zuvor entbrannt gewesen ist!“. In den Metaphern, die im Burnout-Diskurs verwendet werden (wie etwa „Hamsterrad“, „Überholspur“, „leerer Akku/Tank“) kommen Wunsch- und Angstvorstellungen zum Ausdruck, die die Frage nach einer salutogenen Lebensführung – auch im größeren gesellschaftlich-ökologischen Zusammenhang einer (Umwelt-) Ressourcen schonenden Lebensweise – aufwerfen.

Am Nachmittag fanden fünf zweistündige Foren statt:

Prof. Dr. Ulrich Müller, Mitglied des Vorstands und Lehrender an der Hochschule Hannover, sowie **Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff** von der Evangelischen Hochschule Freiburg/Breisgau explorierten in dem von **Ariadne Sartorius** moderierten Forum entwicklungspsychologische Bedingungen und frühe Präventionsmöglichkeiten von Burnout.

Prof. Dr. Dr. Andreas Hillert, Chefarzt für Psychosomatik der „Schön Klinik Rosenneck“ in Prien am Chiemsee, referierte in dem von **Dr. Heike Winter** moderierten Forum zur Frage, ob ein rationaler Umgang mit dem vermeintlich selbstevidenten wie epochalen Burnout-Phänomen möglich ist, und dazu, welche behavioralen Behandlungsstrategien existieren.

Dr. Sonja Kinigadner, Psychotherapeutin aus Wien, und **Prof. Dr. Heike Stammer**, Dekanin für Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg, stellten gesprächspsychotherapeutische und systemische Konzepte und Behandlungsstrategien zu Burnout vor. Moderiert wurde das Forum von **Else Döring**.

In einem weiteren Forum (moderiert von **Dr. Matthias Ochs**) ging es um Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Umgang mit dem Phänomen Burnout in Coaching und Psychotherapie. Fachliche Impulse kamen hierbei zum einen von **Dr. Nadine Schuster**, Psychologische Psychotherapeutin und Business-Coach im Rhein-Main-Gebiet, und von dem systemischen Psychotherapeuten und Coach **Jürgens Hargens** aus Meyn bei Flensburg.

Möglichkeiten der Burnout-Prophylaxe für Heil- und Gesundheitsberufe stellten in einem Forum (Moderation: **Dr. Renate Frank**) **Dr. Julika Zwack**, Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg, und **Prof. Dr. Thomas Heidenreich**, Fakultät Soziale Arbeit Gesundheit und Pflege der Hochschule Esslingen, vor.

Abgerundet wurde der Psychotherapeutentag durch eine kurzweilige und erlebnisorientierte Abschlussveranstaltung mit dem Titel „Psychohygiene und Burnout-Prävention durch Training von Kreativität mit Methoden aus dem Clown- und Improvisationstheater“, in der die Psychologinnen, Tänzerinnen und Krankenhaus-Clowninnen **Frauke Nees** (Karlsruhe) und **Petra Daiber** (Berlin) die TeilnehmerInnen einladen, „ihren inneren Kritiker zum Lachen zu bringen“. Dementsprechend gelöst und entspannt verließen die TeilnehmerInnen den gut besuchten 7. Hessischen Psychotherapeutentag.

Grußworte, Berichte, Präsentationen und Vortragsmanuskripte zum 7. HPT sind auf der Webseite www.ptk-hessen.de abzurufen.

*Dr. Matthias Ochs
(wissenschaftlicher Referent)*

PiA-Veranstaltung auf dem 7. Hessischen Psychotherapeutentag

Als Vorveranstaltung des Hessischen Psychotherapeutentages fand ein von den Landessprechern gestalteter PiA-Nachmittag statt. Es gab Informationen zu den Themen Ausbildungsreform, Praxiswertermittlung und Arbeitsgerichtsurteile zur Vergütung der praktischen Tätigkeit. Anschließend wurden

in Arbeitsgruppen verschiedene Themen der Ausbildung unter die Lupe genommen.

In der AG Supervision und Selbsterfahrung bestand Einigkeit darüber, dass eine intensive Einzelselbsterfahrung für unseren Beruf unerlässlich, und dass davon mehr nö-

tig ist. Von Supervisoren wird gefordert, dass sie die aktuelle Theorie beherrschen, regelmäßig evaluiert werden und einen klaren Qualitätsstandard erfüllen.

In der AG praktische Tätigkeit zeigte sich der größte Veränderungsdruck in Richtung



Inga Ladwig

einer fairen Bezahlung und mehr persönlicher Anleitung, da sich viele Kandidaten zu Beginn ihrer Tätigkeit hoffnungslos überfordert fühlen. Die Teilnehmer wünschten sich zudem mehr Flexibilität und Abwechslung innerhalb der Tätigkeit.



Patricia v. Martin

In der AG theoretische und praktische Ausbildung wurden Unterschiede zwischen Instituten deutlich. So schwanken Qualität der theoretischen Seminare, Kooperationsbereitschaft und Mitgestaltungsmöglichkeit an Ausbildungsinhalten. Entsprechend unterschiedlich war die Meinung in der Gruppe.



Sven Baumbach

Deutlich wurde, dass die Ausbildung in einigen Punkten zufriedenstellend abläuft, in anderen Reformbedarf besteht.

*Inga Ladwig, Patricia v. Martin,
Sven Baumbach
(Hessische PiA-Sprecher)*

Angestelltenforum auf dem 7. Hessischen Psychotherapeutentag

Erstmals bei einem Hessischen Psychotherapeutentag hatte der Ausschuss Psychotherapie in Institutionen (PTI – Angestelltenausschuss) zu einem „Round Table“ vor der Hauptveranstaltung eingeladen. Unter dem Arbeitstitel „Psychotherapeutische Identität und Arbeitsbedingungen“ gaben Ausschussmitglieder zu Beginn kurze Statements zu ihrer beruflichen Sozialisation und insbesondere zur Situation in ihren Arbeitsbereichen „Beratungsstelle und Heim“, „Psychiatrie“ und „Rehabilitation“ ab.

In Arbeitsgruppen zu diesen drei Bereichen kamen die Kolleginnen und Kollegen miteinander ins Gespräch und diskutierten

angeregt und konstruktiv aktuelle Fragestellungen. Dabei ging es im Wesentlichen um folgende Themen:

- die Vergütung der PP und KJP im Vergleich zu Ärztinnen/Ärzten und im Vergleich zu nicht approbierten Kolleginnen und Kollegen mit gleichem Grundberuf, wie z.B. Dipl.-PsychologIn oder Dipl.-PädagogIn/SozialpädagogIn,
- die Vergütung und fachliche Betreuung der PiA in den entsprechenden Einrichtungen,
- der Stellenwert der Psychotherapie im Vergleich zu ärztlichen, pädagogischen und von Sozialdiensten erbrachten

Leistungen und die Ausgestaltung der Dokumentationspflicht.

Für die Kolleginnen und Kollegen aus der Psychiatrie war es ein besonderes Anliegen, über Möglichkeiten einer Vernetzung innerhalb der Vitos-Klinikgruppe zu diskutieren, um sich in berufspolitischen Anliegen mehr austauschen zu können. Einhellig begrüßten die Anwesenden die Möglichkeit des „Round Table“ und befürworteten einen vertieften Dialog zwischen der Kammer und den angestellten Kolleginnen und Kollegen.

Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ der LPPKJP Hessen

Vorveranstaltung für Neuapprobierte auf dem 7. Hessischen Psychotherapeutentag

Zum ersten Mal wurde eine Vorveranstaltung für Neuapprobierte angeboten. Der Einladung folgten circa 90 Kolleginnen und Kollegen, die teilweise bereits approbiert sind, sich größtenteils jedoch noch in der Ausbildung befanden und sich bezüglich der Möglichkeiten der Berufsausübung nach der Approbation informieren wollten.

Unter der Moderation von Vorstandsmitglied **Ariadne Sartorius** referierte zunächst

Dr. Matthias Ochs, wissenschaftlicher Referent der LPPKJP Hessen, zu dem umfangreichen Datenmaterial aus der 2010 erhobenen Neuapprobiertenbefragung. Hier zeigte sich, dass ein großer Teil der neuapprobierten Kolleginnen und Kollegen eine Niederlassung anstrebt, es aber auch attraktive Betätigungsfelder in der Anstellung gibt. **Michael Niemann**, Vorsitzender des Zulassungsausschusses, beleuchtete verschiedene Möglichkeiten der künftigen Be-

rufstätigkeit im Anstellungsverhältnis, in der Privatpraxis und als Vertragspsychotherapeut. Wie sind die Verdienstmöglichkeiten, welche Rechte und Pflichten bestehen? Auf großes Interesse stießen die Ausführungen zum Zulassungsverfahren zur Erlangung eines Vertragspsychotherapeutenstatus.

*Ariadne Sartorius
(Vorstand LPPKJP Hessen)*

5. Delegiertenversammlung der Wahlperiode III

Am 27. April fand in Wiesbaden die Frühjahrs-Delegiertenversammlung der Kam-

mer statt. Nach der Aussprache zu den Berichten des Vorstands, der Ausschüsse,

der AGs und der Geschäftsstelle wurde der Jahresabschluss 2012 einstimmig geneh-

mit. Anschließend wurden Änderungen der Fortbildungsordnung sowie der Weiterbildungsordnung beschlossen. Die Fortbildungsordnung finden Sie im Einhefter in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals. Zudem fanden Nachwahlen zu Ausschüssen statt. In den Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“ wurden gewählt: Frau **Dr. Adelheid Staufenberg**,

Frau **Sabine Wald** und Frau **Christa Leindecker**, in den Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ Frau **Katharine Fitte**. Abschließend wurden zwei Resolutionen verabschiedet. Die Resolution „Psychotherapeutenkammer Hessen fordert Vergütung von PP und KJP auf Facharzniveau“, befasst sich mit der Vergütungssituation; die Resolution „Freie Psychotherapeuten-

wahl darf nicht in Frage gestellt werden“ wendet sich gegen den Vorschlag der Techniker Krankenkasse, Patienten mittels einer Vermittlungsstelle „bedarfsgerecht in die Therapie zu steuern“. Beide Resolutionen sind auf der Webseite der Kammer abzurufen: www.ptk-hessen.de.

RR/MO

Das Hessische Kammer-Mitglied Prof. Dr. Fritz Matzejat erhält Diotima-Preis

Am 19. April 2013 erhielt Prof. Dr. Fritz Matzejat (gemeinsam mit Dr. Hans Hopf) in Berlin den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenkammer (BPTK) ehrte damit einen Psychotherapeuten, der mit seinem wissenschaftlichen und therapeutischen Wirken auf herausragende Weise zur Entwicklung der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beigetragen hat. Herr Prof. Dr. Matzejat, der seit vielen Jahren Mitglied des Ausschusses „Wissenschaft und Forschung“ ist, hat sich mit seinen Arbeiten zu den Wirkungen der Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie zur Qualität von Diagnostik und Behandlung um die Psychotherapie verdient gemacht. Schwerpunkte seiner Arbeit sind Verhaltens-

therapie, Familiendiagnostik und -therapie, Angststörungen, Therapieausbildung, Psychotherapieforschung, Evaluationsforschung, Qualitätssicherung und Lebensqualitätsforschung. Sein Publikationsoutput umfasst rund 250 Zeitschriftenartikel, Testpublikationen und Bücher, dazu Standardwerke der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Besondere Verdienste hat er sich mit seinen Pio-

nierarbeiten zur Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern erworben.



Prof. Dr. Fritz Matzejat bei der Diotima-Preisverleihung im Kreis des Hessischen Vorstands und Delegierter

Veranstaltungen

„Geht die Psychotherapie ins Netz? Projekte – Erfahrungen – Realisierbarkeit“

Fachtagung der LPPKJP Hessen

am Samstag, 9. November 2013 in FFM

Vorträge

PD Dr. Thomas Berger
(Einführung in das Thema)

Dr. Björn Maier
(Deprexis)

Barbara Evangelou
(Erfahrungen mit Online-Beratung)

Prof. Dr. Ulrich Müller
(Haftungs- und Berufsrecht, QS)

Jürgen Hardt
(kulturwissenschaftliche Aspekte)

Podiumsdiskussion

„Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern im Rahmen von Weisungen der Bewährungs- oder Führungsaufsicht“

Gemeinsame Tagung der LPPKJP Hessen und der Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e.V. (FBH) sowie des Hessisches Ministeriums der Justiz, für Integration und Europa

am Freitag, 23. August 2013
(12.30–18.00h)

in

hoffmanns höfe

Heinrich-Hoffmann-Straße 3
60528 Frankfurt am Main

Redaktion:

Yvonne Winter, Dr. Matthias Ochs

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611 53168 0
Fax 0611 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Kammerversammlung tagte am 6. April 2013 in Hannover

Am 6. April lud der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) zur Kammerversammlung in Hannover.

Die zentralen Themen der Sitzung waren einerseits die Entwicklung der PKN und Informationen über die Aktivitäten des Vorstandes seit der letzten Sitzung, andererseits die Nachlese zur am Vortag durchgeführten Tagung zum Berufsbild und zur Zukunft der Ausbildung. Die Inhalte der Vorträge und die Diskussionen der Arbeitsgruppen wurden referiert, in denen die Chancen, Risiken sowie die Einflussmöglichkeiten der Kammern auf die zukünftige Entwicklung und Entscheidungsfindung betrachtet wurden.

Mitgliederstatistik

Die PKN hat aktuell 3.916 Mitglieder, darunter 631 Ausbildungsteilnehmer und 1.565 Freiberufler mit KV-Zulassung. Der Frauenanteil ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gewachsen und beträgt derzeit 71 %.

49,2 % der Mitglieder zahlen den vollen Kammerbeitrag, nur 1,5 % der Mitglieder sind beitragsbefreit. Insgesamt widerlegen die statistischen Zahlen klar das nach wie vor bestehende Vorurteil, Psychotherapeuten würden zu wenig arbeiten.

Aufgrund der gestiegenen Mitgliedszahlen verzeichnet der Finanzhaushalt der PKN eine positive Bilanz, sodass eine mittelfristige Beitragsstabilität als realistisch eingeschätzt werden kann.

Kurs der PKN

Der Vorstand nutzte die Kammerversammlung, um den Kurs der PKN für die kommenden Monate und Jahre vorzustellen.

Zukünftig soll unmittelbarer und deutlicher auf politische Veränderungen und öffentliche Diskussionen reagiert werden, z. B. bei Verhandlungen um die Bedarfsplanungsrichtlinie oder die Direktausbildung. Insbesondere in diesen Themenbereichen sind z. T. unmittelbare berufspolitische Reaktionen

der PKN nötig, um die Einflussmöglichkeiten unserer Berufsgruppe zu erhalten und ausweiten zu können. Erhöhtes Engagement soll zudem den angestellten Kollegen zunutze kommen – hier bleibt eine inhaltliche und tarifrechtliche Verbesserung der Arbeitsverhältnisse dringend erforderlich.

Auch soll die Kooperation mit anderen wichtigen Institutionen des Gesundheitswesens verbessert und ausgeweitet werden (Ärztammer, gesundheitspolitische Vertreter, Krankenkassen, BPTK etc.).

Zusammenarbeit mit der KVN

Durch die seit 2013 eingeführte extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen konnten in der Diskussion mit der KVN einige „Dauerbrenner“ wieder neu zur Diskussion gestellt werden. So zeigen sich die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung z. B. insgesamt offener bzgl. der Möglichkeiten einer überarbeiteten Bedarfsplanung. In den ländlichen Regionen Niedersachsens sollen zum Sommer 2013 laut KVN circa 80 neue Kassensitze geschaffen werden, in der Folge werde dann auch die 20 % KJP-Quote nachbe-



Vorstand der PKN: (v. l. n. r.) G. Corman-Bergau, J. Hermann, Dr. J. Könnig, B. Reiffen-Züger, J. Lagerspets

rechnet. Eine Stilllegung von Sitzen in den sogenannten „überversorgten“ Gebieten lehnt die KVN grundsätzlich ab.

Trotz der damit verbundenen Verfälschung der Bedarfsplanung soll die Ärztequote zunächst weitergeführt werden, d. h., die Kassensitze ärztlicher Psychotherapeuten fließen weiterhin in die Bedarfsberechnung ein. Die Diskussionen, ob die freien Sitze ärztlicher Kollegen auch von Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten übernommen werden können, dauern an.

Die extrabudgetäre Vergütung von Psychotherapeuten ist derzeit begrenzt bis Ende 2014.

Direktausbildung – „Der Zug ist abgefahren“?

Die politischen Grundlagen rund um die Möglichkeit einer Direktausbildung für Psychotherapeuten waren vonseiten der PKN bereits am Vortag der Kammerversammlung in einer eigenen Veranstaltung („Berufsbild Psychotherapie – Agenda 2033“) erarbeitet worden. In der Kammerver-

sammlung wurde diese Tagung für alle anwesenden Delegierten zusammengefasst und kontrovers diskutiert.

In den kommenden Monaten soll daher eine vertiefte fachliche Auseinandersetzung mit der Thematik erfolgen, um berufspolitisch Einfluss auf die noch vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten nehmen zu können. Auf diese Weise soll im besten Fall das Wagnis, ein „running system“ zu verändern, zu einer „Jahrhundertchance“ umgewandelt werden – nämlich die Psychotherapie noch stärker in bestehende gesundheitspolitische Strukturen zu verankern.

Perspektiven der Weiterbildung

Zusätzliche Aufgaben kommen auf die Kammer beim Ausbau der Weiterbildung zu. Aktuell werden nach Auslaufen der Übergangbestimmungen für „Klinische Neuropsychologie“ die organisatorischen Grundlagen für die Weiterbildung in diesem Bereich geschaffen.

Nach Aufnahme der Systemischen Therapie und der Gesprächspsychotherapie in

die Musterweiterbildungsordnung der BPTK diskutierte der Vorstand mit den Mitgliedern der Kammerversammlung über eine Erweiterung der Weiterbildungsordnung der PKN um diese Verfahren. Eine kurzfristige Änderung der Satzung angesichts der anstehenden Ausbildungsneuelle keinen Konsens. Die Kammerversammlung sprach sich stattdessen dafür aus, sich langfristig mit der Aufnahme aller wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren zu beschäftigen.

Modelle der Praxiswertberechnung

Der Ausschuss Nachwuchsförderung setzte sich in der Kammerversammlung für einen fairen Interessenausgleich zwischen Jung und Alt im Hinblick auf die Praxiswertberechnung ein und stellte die drei gängigsten Berechnungsmodelle (Umsatzwert-, Ertragswert- und Differenzwertmethode) vor. Diese sind als hilfreicher Rahmen gedacht, der eine Grundlage für eine Verhandlung und Abwägung des Einzelfalls bieten soll. Sie können jedoch nicht schematisch angewandt werden.



Kammerversammlung 2013

Beauftragter für Alterspsychotherapie gesucht

Die PKN sah sich in den vergangenen Monaten vermehrt mit Anfragen zu speziellen psychotherapeutischen Angeboten für Senioren konfrontiert. Um diese Anfragen zukünftig gezielter beantworten zu können und dem demografischen Wandel Rechnung zu tragen, sucht der Vorstand nun nach einem Beauftragten für Alterspsychotherapie.

Die nächsten Sitzungen der Kammerversammlung finden am 2. November 2013 sowie am 26. April 2014 statt.

Dipl.-Psych. Lea Peplau, PP

Agenda 2033 – Berufsbild des Psychotherapeuten – Bericht Dr. Kristina Schütz



Prof. Werner Greve

Am Freitag den 5. April 2013, einen Tag vor der Kammerversammlung, trafen sich die niedersächsischen Delegierten, um sich mit weitreichenden Fragen zu beschäftigen. Über die Hälfte

der Delegierten war der Einladung nach Hannover gefolgt. Es sollte an diesem Tag darum gehen, sich intensiv mit der Ausbildungsneuellierung zu beschäftigen. Dazu sollte der Blick nicht nur auf die aktuell brennenden Anliegen gelenkt werden (wie pro & contra Direktausbildung, Zugangsregelung zur Weiterbildung, Vergütung der praktischen Tätigkeit), sondern es sollte vielmehr um das Berufsbild des Psychotherapeuten und dessen zukünftige Positionierung im medizinischen Versorgungssystem gehen. Daher hatte der Vorstand

auch die Perspektive auf den 20-Jahres Zeitraum gelenkt: „Agenda 2033“. Um einen fundierten Überblick zu erhalten, gab es am Vormittag vier Fachvorträge. Am Nachmittag erfolgte die Arbeit in Kleingruppen. Vortragende waren (in Reihenfolge der Vorträge) Herr Prof. Dr. W. Greve, Herr Prof. em. Dr. J. Kriz, Herr Prof. Dr. W. Schulz und Herr Prof. Dr. A. Müller.

Herr Prof. Greve stellte in seinem Vortrag aus möglichst neutraler Perspektive den Entwurf eines grundständigen, konsekutiv aufgebauten, berufsorientierten Studiums vor. Hierbei machte er deutlich, dass aus seiner Sicht eine grundlegende Novellierung mit mehr Spezialisierung notwendig wäre. Das Direktstudium seiner Vision wäre kein Pendant zum heutigen Psychologiestudium, sondern ein Studium der Psychotherapie (mind. fünf Jahre), an dem am Ende ein Abschluss mit Approbation stünde, die berechtigte z. B. zu überweisen, zu verordnen etc. Anschließend würde eine vertiefte Ausbildung erfolgen (aber

keine Verfahrenorientierung). Dieser Weg würde dann einziger Zugang zum Beruf werden. Der Vortrag wurde intensiv diskutiert. Insbesondere die Frage, was aus einer „nicht klinischen Psychologie“ werden würde, beschäftigte die Zuhörer. Herrn Prof. Greve gelang es, seine Ideen neutral und als Hypothesen vorzustellen und damit das Weiterdenken anzuregen.

Im nächsten Vortrag stellte Herr Prof. Kriz vor, was aus seiner Sicht beim Thema zu bedenken sei. Sein Ansatz: Man könne nicht rein ideell planen, es gäbe gewachsene Strukturen, die zu beachten seien. Aber auch er stellte die Direktausbildung als unaufhaltsam dar. Daher seien die wichtigsten Fragen, welche Zugänge zum Studium berechtigen würden, welche Grundlagen hineingehörten und welche Cluster-Verfahren gelehrt werden müssten. Herr Prof. Kriz machte anhand von Daten deutlich, dass international die Praktiker die Verfahren nicht (mehr) strikt getrennt anwenden würden, sondern

überwiegend integrativ arbeiten würden. Dies müsse auch in der Ausbildung beachtet werden. Herr Prof. Kriz formulierte an die Kammerversammlung gewandt folgenden „Auftrag“: Die Direktausbildung würde kommen, die Kammer solle die Anforderungen hochhalten, insbesondere die Breite in der Lehre schaffen, in der die Cluster-Verfahren vorkommen sollten, die wissenschaftlich erwiesenermaßen wirksam sind.



Prof. Jürgen Kriz

Im dritten Vortrag stellte Herr Prof. Schulz den aktuellen Stand der Diskussion kompakt vor. Er betonte, dass es klare Gründe für Änderungsbedarf gäbe, und dass eine Direktausbildung Chancen und Risiken gleichermaßen böte. Zu Beginn fasste Herr Prof. Schulz die derzeit am meist diskutierten Modelle knapp zusammen (DGPs, IPU Berlin, Uni Kassel, DPTV). Dann stellte er das DGPs Modell im Detail vor und beschäftigte sich mit den Fragen der realen Umsetzbarkeit. Insbesondere die patientenorientierte Lehre sei eine Herausforderung.

Herr Prof. Schulz stellte am Ende seines Vortrages viele offene Fragen und Kritikpunkte (z.B. zur Selbsterfahrung) vor. Außerdem machte er deutlich, dass mit diesem Entwurf zwar einige Punkte gelöst würden (Zugang, Abschluss), dass aber andere z.T. neue Probleme entstehen könnten (z.B. wie es zu verhindern ist, dass nach der Approbation schon psychotherapeutisch gearbeitet wird; wie wird geregelt, dass die praktische Ausbildung auch dann bezahlt wird, wenn sie Teil einer Weiterbildung ist?). Im Plenum fand die kritische Auseinandersetzung große Zustimmung. Es wurde allen deutlich, dass viele Details zu klären sind und dass sich eine Menge an „Playern“ zu diesem Thema bereits äußert und noch äußern wird.



Prof. Wolfgang Schulz

Im letzten Vortrag ging es Herrn Prof. Müller insbesondere um die künftige Rolle der KJP. Diese war in den ersten drei Vorträgen nur wenig besprochen worden. Herr Prof. Müller stellte heraus, dass die Psychotherapie historisch und aktuell drei Quell-

wissenschaften habe: die Psychologie, die Medizin und die Pädagogik. Die heutigen KJPs stammten zu 80% aus pädagogischen Studiengängen. Er betonte, dass die Psychotherapie ein akademischer Heilberuf sei. Daher sei es entscheidend, wie das Erfahrungswissen in ein Studium integriert werden könne.



Prof. Ulrich Müller

Die wissenschaftliche Forschung und die praktische Heilkunde sollten aufeinander bezogen werden. Herr Prof. Müller plädierte dafür, das spezifische Vorwissen aus der Pädagogik nicht bei der Reform auszulassen. Er stellte dar, dass die Wirksamkeit der Behandlungen durch KJP und PP vergleichbar hoch sei. Auch bei den Approbationsprüfungen hätten die KJP aufgeschlossen und schlossen aktuell gleichwertig ab. Insgesamt machte Herr Prof. Müller deutlich, dass bei möglichen Novellierungen speziell die Rolle der KJP zu beachten sei, damit dieser anspruchsvolle und wichtige Bereich der Psychotherapie nicht herabgestuft würde.

Dr. Kristina Schütz

Agenda 2033 – Berufsbild des Psychotherapeuten – Bericht Dr. Timo Reißner



Kleingruppenarbeit

Wie gestaltet sich unser Beruf in 20 Jahren? Mit dieser Frage beschäftigten sich Mitglieder der niedersächsischen

Kammerversammlung am 5. April 2013 in Hannover. Entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Berufes Psychotherapeut können wir durch die Reform der Psychotherapieausbildung nehmen, die im Rahmen der Diskussion um die

Direktausbildung ein hoch aktuelles Thema darstellt. Dazu wurden einschlägige Vorträge gehalten und reichlich diskutiert.

Im Anschluss fanden Diskussionen in zwei Gruppen statt, welche überraschend unterschiedlich verliefen. Die erste Gruppe beschäftigte sich mit den Feinheiten bei der Umsetzung der Direktausbildung. Dabei wurde erarbeitet, wie die Chancen zu nutzen sind und nicht nur Risiken vermieden werden können. Die richtige Balance zu finden, ist sicher nicht ganz einfach.

In der zweiten Gruppe ging es zunächst um weniger konkrete Themen. Beim anfänglichen Sammeln der Impulse der Teilnehmer zeigte sich schnell der Wunsch, die eigene „Heimat“ (also z.B. die Studi-

en- oder Therapierichtung) in der Umstrukturierung der Ausbildung nicht zu verlieren. Sicherlich Ängste, die viele von uns kennen. Aber was bedeutet eigentlich Heimat für unsere künftigen Kolleginnen und Kollegen in 20 Jahren? Bereits heute zeigt sich, dass viele (sicherlich nicht nur jüngere Kollegen) sich in erster Linie als Psychotherapeuten verstehen, und nicht als Pädagogen oder Psychologen, Analytiker oder VT'ler. Einen Konsens fanden wir in unserer Selbstreflexion, die in unserer Tätigkeit sicher unabdingbar ist und die wir auch künftig fördern müssen, wenn wir eine qualitativ hochwertige Arbeit aufrechterhalten wollen. Und ein hoher Qualitätsstandard ist sicherlich unser wichtigstes Anliegen bei der Reform der Psychotherapieausbildung. Wie kann das künftig erreicht werden? Durch eine Erziehung zum kritischen Denken in der Methodenlehre,

die Einbeziehung der verschiedenen Therapierichtungen sowie die Aufrechterhaltung der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung. Entsprechend wollen wir bei der Reform gestalten und fordern, nicht nur reagieren und hinterherlaufen.

Im gemeinsamen Plenum konnten wir dies konkretisieren. Als Stichworte sind in diesem Zusammenhang zu nennen: Kompetenzerweiterung zu erreichen, Psychotherapeuten in der Prävention vermehrt zu beteiligen sowie umfassende Experten für den Bereich Mental Health zu werden.

Von den Beteiligten wurde die Veranstaltung sehr positiv bewertet, nicht nur, um Wissen zu erweitern, sondern auch, um uns auszutauschen und offen zu diskutieren, sowie nicht zuletzt, um die Selbstreflexion zu fördern – genau, wie wir es uns

von unseren Kolleginnen und Kollegen in 20 Jahren wünschen.

Dr. Timo Reißner

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr 09.00–11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30–15.00 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung gemäß § 26 Abs. 1 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe

1. Änderung der Meldeordnung

Artikel 1

Die Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 25.08.2001, zuletzt geändert am 13.10.2012, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 06.04.2013 wie folgt geändert:

In § 6 Abs. 2 wird die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 5“ durch die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 3“ ersetzt.

Artikel 2

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 8. April 2013
Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

2. Änderung der Beitragsordnung

Artikel 1

Die Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 05.12.2001, zuletzt geändert am 21.04.2012, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 06.04.2013 wie folgt geändert:

1. Hinter § 6 Abs. 1 Satz 1 werden folgende Sätze 2 und 3 eingefügt.

„Der Antrag muss spätestens bis zum 31.03. des Beitragsjahres eingereicht werden. Tritt der Härtefall nach dem Stichtag des Satzes 2 ein, ist der Antrag spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Ereignisses zu stellen, das Grund für den Antrag gibt.“

2. Der bisherige § 6 Satz 2 wird zu § 6 Satz 4 und wird wie folgt geändert:

„Die Voraussetzungen für die Stundung, die Ermäßigung oder den Erlass sind nachzuweisen.“

Artikel 2

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 8. April 2013
Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen – Interview PD Dr. Meinolf Noeker

NRW-Krankenhausplanung 2015

Die rot-grüne Landesregierung plant, in diesem Sommer einen neuen Krankenhausplan aufzustellen. Anders als in somatischen Krankenhäusern geht es aus Sicht der Landesregierung in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen nicht um einen Abbau, sondern um einen Ausbau von Betten und eine stärkere multiprofessionelle und leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Nach dem Entwurf der Krankenhausplanung vom Dezember ist eine Steigerung der Kapazitäten von rund zehn Prozent geplant. Die Psychosomatik soll außerdem zukünftig zu einem integralen Bestandteil der Psychiatrie werden. Die neue Krankenhausplanung ist der rechtliche Rahmen für Verhandlungen auf regionaler Ebene und soll bis 2015 umgesetzt werden.

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat anlässlich der Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Landtages am 7. März eine ausführliche schriftliche Stellungnahme abgegeben. Bisher gehört die Kammer nicht zu den Organisationen, die an der Krankenhausplanung zu beteiligen sind. Angesichts der anstehenden Strukturreformen in der stationären Versorgung psychisch Kranker hält die Kammer eine Beteiligung an der Krankenhausplanung aber für überfällig und notwendig.

Ambulant vor stationär

Die PTK NRW begrüßte die „ganzheitlich integrative“ Krankenhausplanung der Landesregierung und insbesondere das Ziel, die Versorgung psychisch Kranker über die stationären und tagesklinischen Kapazitäten hinaus bedarfsgerecht sowie sektoren-, hilfesystem- und institutionenüber-

greifend zu gestalten und zu vernetzen. Sie unterstützt den Ansatz, die Vorgaben und Qualitätskriterien der Krankenhausplanung an evidenzbasierten Leitlinien zu orientieren.

Aus Sicht der Kammer ist die steigende Inanspruchnahme von stationären Behandlungsplätzen darauf zurückzuführen, dass im ambulanten Bereich von einem Systemversagen gesprochen werden muss. Kompetente Ansprechpartner seien für psychisch Kranke nicht schnell und flexibel genug erreichbar. Im ambulanten Sektor bestehe eine gravierende Unter- und Fehlversorgung.

Die PTK NRW stellte dar, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in NRW im Jahr 2011 über 1.000 Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) arbeiten. Die Psychotherapeuten spielen damit in der stationären Versorgung trotz erheblicher systembedingter Hürden inzwischen eine fast gleichbedeutende Rolle wie die dort tätigen 1.300 psychiatrischen und psychosomatischen Ärzte.

Psychotherapeuten unverzichtbar

Aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz seien PP und KJP in der Krankenhausversorgung unverzichtbar. Wer psychisch Kranke patienten-, bedarfs- und leitliniengerecht versorgen wolle, komme an diesen beiden Berufsgruppen nicht vorbei. Für die Entwicklung von Psychiatrie und Psychosomatik müssten sie deshalb besser in die Krankenhausstrukturen integriert werden. Die Konzentration auf traditionell fachärztlich ausgerichtete Behandlungen in Kliniken sei überholt. Die Weiterbildungszahlen in den ärztlichen „Psych-Fächern“ reichten für eine zukunftsfähige stationäre Versor-

gung nicht aus. Nur in Kooperation mit den Professionen, die die Versorgung und auch Forschung maßgeblich prägen und verantwortlich gestalten, könne dies gelingen.

9. Jahreskongress Psychotherapie

19./20. Oktober 2013

Am 19./20. Oktober findet in diesem Jahr der 9. Jahreskongress Psychotherapie in Bochum statt. Das diesjährige Schwerpunktthema ist:

Belastung, Stress und psychische Erkrankung: Welche Rolle spielt „Burnout“?

Die einleitenden Plenumsvorträge halten:

Dr. rer. nat. Gregor Domes
(Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):
„Was ist Stress und wann wird aus Belastung Stress?“

Dr. Christoph Kröger
(TU Braunschweig):
„Diagnostik und arbeitsplatzbezogene Psychotherapie bei Arbeitnehmern mit psychischen Störungen“

Prof. Dr. Arnold Lohaus
(Universität Bielefeld):
„Prävention und Intervention bei stressbedingten psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter“

Prof Dr. Jürgen Margraf
(Ruhr-Universität Bochum):
„Belastung, Stress und psychische Störung: Welche Rolle spielt ‚Burnout‘ und was kann der Einzelne tun?“

Die Anmeldung ist ab 28. Juni 2013 möglich. Nähere Informationen zu den Workshops unter:

www.unifortbildung-psychotherapie.de

Schon jetzt untersuchen und behandeln PP und KJP in der stationären Versorgung Patienten eigenverantwortlich und selbstständig. Nach § 31 Abs. 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes von NRW können sie deshalb auch Abteilungen nicht weisungsgebunden leiten, die Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist. Es ist nach Auffassung der PTK NRW deshalb höchste Zeit, dass im Rahmen der Krankenhausplanung NRW analog zur ärztlichen Weiterbildung auch Strukturvorgaben zur Sicherung der Aus- und Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgesehen werden.

Das neue Entgeltsystem PEPP

Diese Veränderungen bedürfen auch eines Dialoges zwischen den Berufsgruppen. Bei der Diskussion um das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wurden bereits unterschiedliche politische Perspektiven insbesondere zwischen den psychiatrischen Krankenhausträgern und den Psychotherapeuten erkennbar.

Ziel des neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik ist es, zukünftig Patienten mit einem ähnlichen Behandlungsaufwand gleich zu vergüten. Da Leistungen bzw. Prozeduren aktuell im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zu wenig differenziert beschrieben sind, spielen sie bislang kaum eine Rolle für die Eingruppierung in eine bestimmte PEPP. Die Behandlungs- und Therapiekonzepte für Patienten mit denselben Diagnosen unterscheiden sich dabei erheblich zwischen einzelnen Krankenhäusern. So gibt es einige Krankenhäuser, die beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leitliniengerecht mit einem personal- und kostenintensiven Psychotherapieprogramm behandeln, und andere Krankenhäuser, die dieses Angebot ihren Patienten nicht machen. Nach dem jetzigen Entgeltkatalog würden beide Krankenhäuser die gleichen Behandlungspauschalen erhalten.

Die BPTK hatte deshalb auch die Einführung per Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium begrüßt. Eine

ausführliche Auseinandersetzung mit dem neuen Entgeltsystem findet sich auch in dem BPTK-Spezial – PEPP, das im März erschienen ist und unter www.bptk.de/publikationen heruntergeladen werden kann.

Konstruktiver Dialog notwendig

Um auch in Nordrhein-Westfalen eine konstruktive Auseinandersetzung um die zukünftige Versorgung psychisch kranker Menschen zu beginnen, hat die Psychotherapeutenkammer NRW PD Dr. Meinolf Noeker um seine Sicht der Dinge gebeten. Dr. Noeker ist Psychologischer Psychotherapeut und Krankenhausdezernent des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

Herr Dr. Noeker, welche Probleme sehen Sie in der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Vor welchen Aufgaben steht die Krankenhausplanung in NRW?

Psychiatrische Kliniken sind mit einem immensen Aufnahmepressure konfrontiert, der vielerorts kaum abgedeckt werden kann. Patienten werden abgewiesen oder kürzer behandelt als fachlich indiziert. Die Gründe liegen sowohl in einer realen Zunahme der diagnostizierten psychischen Störungen als Folge immer komplexer werdender Anforderungen an die individuelle Selbstregulationsfähigkeit und gleichzeitig brüchig werdender familiärer, psychosozialer, beruflicher und gesellschaftlicher Einbindung und Stützung. Andererseits tragen erfreulicherweise die jahrzehntelangen Bemühungen um die Entstigmatisierung psychischer Erkrankung nun Früchte. Psychische Not, die früher verdeckt und unversorgt war, sucht jetzt nach professioneller Behandlung. Diese Veränderungen führen dazu, dass psychisch kranke Menschen in ein Krankenhaus aufgenommen werden, dort immer kürzer behandelt werden und häufig erneut wieder aufgenommen werden müssen, weil sie ambulant keine Anschlusstherapie finden („Drehtürpsychiatrie“). Zudem kommt es zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung in den Kliniken und Wartelisten für die Patienten.

Vor diesem Hintergrund muss ein neuer Krankenhausplan bei der Festlegung neuer Zahlen für stationäre Betten und teilstatio-

näre Plätze eine kluge Balance zwischen zwei sich ergänzenden Anforderungen leisten:

Auf der einen Seite muss die Krankenhausplanung die Not aufgreifen und die klinischen Kapazitäten an die weiterhin steigende Nachfrage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen anpassen.

Auf der anderen Seite würde es auf lange Sicht eine Fehlsteuerung begrenzter Ressourcen bedeuten, wenn der akute Aufnahmepressure einfach unreflektiert nur in einen Aufbau zusätzlicher Bettenkapazitäten kanalisiert würde. Stationäre und teilstationäre Behandlung muss fachlich, ökonomisch und humanitär auf die Patienten begrenzt bleiben, für die eine begründete Indikation den höchsten Patientennutzen für diesen Behandlungsmodus erwarten lässt. Umgekehrt: Stationäre Behandlung darf nicht als Notstopfen für fehlende ambulante Behandlungsangebote dienen. Psychiatrische Krankenhausplanung steht damit vor der paradoxen Aufgabe, gleichzeitig entsprechend der Nachfrage auszubauen und restriktiv zu sein, um Spielräume für eine nachhaltige und patientenorientierte Umgestaltung der Versorgungslandschaft zu halten.



PD Dr. Meinolf Noeker, Krankenhausdezernent des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 1. Oktober 2008 gebe ich bekannt:

Herr Wolfgang Schmitz, Wahlkreis Detmold, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 13.05.2013 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Klaudius Küppers, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“.

*Gez. Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter*

Im Sommer 2013 wird voraussichtlich der neue Krankenhausrahmenplan NRW verabschiedet. Für die Bereiche der Erwachsenen und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Ausbau der Bettenkapazitäten vorgesehen. Wie schätzen Sie diese Aufstockung der Behandlungskapazitäten ein?

Der neue Krankenhausplan NRW balanciert die eben geschilderte Polarität aus meiner Sicht in sehr ausgewogener Weise. Er sieht einen moderaten Zuwachs stationärer und teilstationärer Kapazitäten vor und federt damit den Aufnahmepressure leicht ab. Es wäre aber ein gravierendes Missverständnis, die Erwartung zu hegen, dass ein Krankenhausplan alle quantitativen und qualitativen Versorgungslücken schließen könnte. Die geringen Kapazitätswachse werden realistisch den Aufnahmepressure nicht signifikant auflösen können. Das wäre in langfristiger Perspektive auch nicht sinnvoll, denn wir benötigen weiterhin den Druck, um die psychiatrische Versorgungslandschaft strukturell weiter zu entwickeln und zu transformieren. Eine simple numerische Anpassung der stationären und teilstationären Kapazitäten könnte die weiter bestehenden partiellen Unter-, Über-, und Fehlversorgungen konservieren. Der neue Krankenhausplan entlässt damit die Akteure aus Politik, Kran-

kenkassen, Krankenhausträgern, Kammern und Fachgesellschaften sowie Kommunen und Verbänden keinesfalls aus ihrer Verantwortung, weiterhin für die Zukunft intelligente und vernetzte Behandlungsangebote zu entwickeln.

Wie sieht Ihre Vision einer innovativen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit hohem Behandlungsaufwand und/oder chronischen psychischen Erkrankungen aus? Wäre es nicht im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität notwendig, finanzielle Ressourcen anstatt in den Aufbau von Bettenkapazitäten in den Aufbau tragfähiger ambulanter, wohnortnaher Strukturen fließen zu lassen?

Seit Beginn der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie im Nachgang zur Psychiatrie-Enquete gilt als Gradmesser für eine bedarfsgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, inwieweit es gelingt, gerade langfristig erkrankte Patienten, die eine komplexe Versorgung benötigen, ambulant so zu unterstützen, dass bei erneuten Krisen eine Krankenhausaufnahme vermieden werden kann. Viele dieser Patienten benötigen mehrdimensionale Hilfen, also medizinisch-somatische, psychopharmakologische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrisch-psychosoziale Interventionen. Sie benötigen insbesondere eine Betreuungskontinuität und eine koordinierte professionelle Unterstützung. Im Regelfall haben weder die einzelnen niedergelassenen Disziplinen (Hausärzte, psychiatrische oder psychosomatische Fachärzte, ärztliche wie psychologische Psychotherapeuten) noch die Dienste des gemeindepsychiatrischen Verbundes (ambulant betreutes Wohnen, Tagesstätten etc.), alle relevanten Kompetenzen und Ressourcen bei sich an Bord, um alleine aus eigener Kraft Patienten mit schweren Verläufen hinreichend zu stabilisieren. In Abhängigkeit vom individuellen Bedarfsprofil des Patienten werden daher unterschiedliche Kooperationen erforderlich und zielführend sein: Dies kann eine Achse aus Psychotherapeuten und Haus- oder Facharzt bei einer depressiven Episode sein oder die Achse zwischen Klinik (inklusive Psychiatrischer Institutsambulanz) mit den Wohn- und Tagesstrukturangeboten

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 1. Oktober 2008 gebe ich bekannt:

Frau Barbara Reians, Wahlkreis Düsseldorf, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 08.05.2013 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Andreas Hager, Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“.

*Gez. Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter*

des gemeindepsychiatrischen Verbundes bei einem Patienten mit chronischer Schizophrenie und deutlichen Teilhabebeeinträchtigungen.

Vor allem für Patientengruppen mit schweren, chronisch-rezidivierenden Krankheitsbildern sehe ich für die Zukunft eine zunehmende Verantwortung der psychiatrischen Kliniken. Diese Verantwortung geht weit über die stationäre und teilstationäre Krisenintervention oder eine medikamentöse Neueinstellung hinaus. Vielmehr können und müssen die Krankenhäuser ihre vielschichtigen Ressourcen für diese Patienten auch in der ambulanten Weiterbehandlung einbringen. Ausgehend von der Keimzelle der Psychiatrischen Institutsambulanzen können Krankenhäuser multiprofessionelle Teams bereitstellen, die psychopharmakologische, psychotherapeutische, sozialarbeiterische und pflegerische Kompetenzen flexibel für Patienten zusammenstellen und in der jeweiligen „Dosis“ bedarfsgerecht kombinieren können. Bei den so genannten „Drehtürpatienten“ kann eine personelle Kontinuität mit den therapeutischen Kräften gewahrt werden, die den Patienten schon im Krisenzustand stationär oder teilstationär behandelt haben und eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung aufgebaut haben.

Eine solche personenzentrierte Arbeitsweise wird in den Kliniken des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe kontinuierlich weiter ausgebaut. In der LWL-Universitätsklinik Bochum ist unter der Leitung von Herrn Prof. G. Juckel das sogenannte Track-Konzept realisiert worden, das für spezifische Diagnosegruppen eine Behandlung in personeller Kontinuität realisiert. Das Konzept ist sektorübergreifend angelegt. Das bietet den immensen Vorteil, dass der gleiche Bezugstherapeut den Patienten über das stationäre, teilstationäre und ambulante Setting begleiten kann. Der in der Psychotherapieforschung richtigerweise viel zitierte Faktor „Güte und Kontinuität der therapeutischen Beziehung“ kann so in der Behandlungsorganisation wirksam gemacht werden.

Ein nächster wichtiger Entwicklungsschritt stationär-ambulanter vernetzter Arbeit des Krankenhauses wird darin bestehen, die Leistungen nicht nur in den Räumen der eigenen Institutsambulanz, sondern auch im häuslichen Umfeld erbringen zu können (home treatment). Zusätzlich können beispielsweise störungsspezifische Gruppenangebote mit psychotherapeutischem und/oder psychoedukativem Schwerpunkt in den Krankenhäusern angeboten werden, die gemeinsam von stationären, teilstationären und ambulanten Patienten besucht werden. Die Übergänge von der Klinik in das häusliche Umfeld können so bruchlos und abgestimmt auf den individuell fluktuierenden Unterstützungsbedarf justiert werden.

Im neuen Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist in der bisher vorliegenden Fassung leider die Chance vertan worden, einen Anreiz für solche sektorübergreifenden Versorgungsmodelle mit durchlässiger Betreuungskontinuität zu setzen. Es bleibt zu hoffen, dass dies durch Weiterentwicklungen des PEPP-Kataloges oder auch durch innovative Modellprojekte noch realisiert wird.

Ein Planungsgrundsatz für die Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in NRW lautet: „Die Psychosomatik soll zukünftig als integraler Bestandteil der Psychiatrie geplant werden.“ Wie stellen Sie sich

auf dieser Planungsgrundlage die zukünftige Versorgung psychischer Erkrankungen in den Krankenhäusern vor? Was ändert sich für die Patientinnen und Patienten?

In der Vergangenheit hat sich die Gliederung der Krankenhausplanung weitgehend an den ärztlichen Fachdisziplinen und deren Weiterbildungsordnungen ausgerichtet. In NRW gab es entsprechend getrennte Planungen für psychiatrische bzw. für psychosomatische Betten und Plätze. (Psychologische) Psychotherapie kam entsprechend gar nicht vor. Nun werden die Psychiatrie und die Psychosomatik gemeinsam geplant. Ich halte das für sehr sinnvoll, denn beide Disziplinen behandeln überlappende Diagnosegruppen. Essstörungen sind z. B. eine Domäne der Psychosomatischen Medizin, Schizophrenien und bipolare Störungen sind eine Domäne der Psychiatrie, Depressionen werden in beiden Fachgebieten behandelt. Damit vollzieht sich implizit ein Übergang von facharztbezogenen hin zu stärker patientenbezogenen Planungsgrundlagen. Die Nosologie und Epidemiologie, also Art und Häufigkeit psychischer Störungen, und damit der Behandlungsbedarf der Bevölkerung rücken stärker in den Vordergrund. Um diesen Bedarf zu decken, können dann in einer Versorgungsregion verschiedene Krankenhäuser mit ihren spezifischen Disziplinen und Kooperationspartnern ihre Leistungsangebote in die regionale Versorgungsplanung einbringen.

Dieser begrüßenswerte Schritt zu einer stärkeren psychiatrisch-psychosomatischen Integration in der Krankenhausplanung wird aber leider im aktuellen PEPP-Entgeltsystem konterkariert. Hier werden neue Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten bei der Kalkulation der zukünftigen Entgelte geschaffen. Das neue PEPP-Entgeltsystem finanziert die Depressionsbehandlung in der psychosomatischen Klinik besser und länger als in der psychiatrischen Klinik. Diese Fehlkonstruktion in der PEPP-Systematik ist besonders unverständlich, weil zwar eine hohe Schnittmenge im diagnostischen Spektrum besteht, hinsichtlich Schweregrad und Verlaufsprognose jedoch in den psychiatrischen Kliniken das klinisch und prognostisch deutlich schwierigere Klientel versorgt wird.

Zusätzlich leisten die psychiatrischen Kliniken 24 Stunden und sieben Tage die Woche Pflichtversorgung für PsychKG-Patienten aus der Region. Hier entstehen psychiatrischen Krankenhausträgern hohe Vorhaltekosten und ein hoher Koordinationsaufwand beispielsweise hinsichtlich eines abgestimmten Entlassmanagements mit den Trägern des gemeindepsychiatrischen Verbundes (z. B. betreutes Wohnen, sozialpsychiatrische Dienste). Wir bekennen uns zu diesen Leistungen, weil sie Eckpfeiler unseres sozialpsychiatrischen Selbstverständnisses sind. Dennoch wird dieser Aufwand bisher an keiner Stelle des PEPP-Entgeltsystems finanziert.

An dieser Stelle darf ich es auch einfach lerntheoretisch formulieren: Auch Krankenhausplanung und Entgeltsystem müssen den Gesetzen des operanten Kontingenzmanagements folgen. Die Aufnahme und Behandlung des suizidalen depressiven Patienten am Wochenende mit desolater familiärer und beruflicher Situation in der psychiatrischen Klinik muss differenziell mindestens so aufwandsgerecht honoriert werden wie die elektive Aufnahme eines Patienten mit depressiver Episode und stabilen Ressourcen und Netzwerken in der psychosomatischen Klinik. Ohne adäquate Anreize in der Entgeltsystematik, bei denen das Geld dem fachlich Wünschenswerten folgt, werden wir in der psychiatrischen Krankenhausversorgung eine doppelt fatale Entwicklung ernten. Wir werden eine Kombination haben, bestehend einerseits aus einer Unterversorgung von psychiatrischen Patienten mit schwerer Verlaufsprognose, bei denen eine klare Indikation zur Klinikbehandlung vorliegt, und andererseits einer stationären Überversorgung von psychosomatischen Patienten, die fachlich adäquater und wirtschaftliche Ressourcen schonender von ambulanter Psychotherapie profitieren würden.

Dennoch setzt in den psychiatrischen Kliniken schon etwa nach drei Wochen, in den psychosomatischen Kliniken dagegen erst nach ca. sieben Wochen, eine schlechtere Honorierung ein (sog. verweildauerabhängige Degression der Entgelte). In Verbindung mit der gemeinsamen Planung im neuen Krankenhausplan entsteht so die Gefahr, dass stark betriebswirtschaft-

lich ausgerichtete Krankenhaussträger jetzt die gut dotierte Psychosomatik für sich entdecken und Betten beantragen werden, und dies im Sinne eines Nullsummenspiels dann zu Lasten der psychiatrischen Grundversorgung ausgeht.

Frage: Welchen Stellenwert haben aus Ihrer Sicht evidenzbasierte Leitlinien in der Gestaltung der Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Welchen Stellenwert sollten sie haben?

Evidenzbasierte Leitlinien stellen in der Versorgung psychisch kranker Menschen einen unschätzbar wertvollen Fortschritt dar.

Leider hängt ihnen immer noch das Missverständnis einer standardisierten Kochbuchtherapie an. Leitlinienorientierung wird immer balanciert mit einer gleichgewichtigen, individualisierten Klärung von Behandlungsauftrag und Therapiezielen, die gemeinsam von Patient und Behandler erarbeitet werden („*shared decision making*“).

Bei allen zu Recht diskutierten Schwachstellen bei der Entwicklung von Leitlinien sind sie ein Quantensprung gleichermaßen für die klinische Qualitätssicherung und Fachsupervision, für die Stimulation von Erkenntnisfortschritten aus der Dialektik zwischen klinischer Forschung und therapeutischer Praxis, für die Strukturierung niveauevoller und einheitlicher Aus- und Weiterbildung, für die weitere Entwicklung einer allgemeinen, schulenübergreifenden Psychiatrie und Psychotherapie, und nicht zuletzt für das verbrieftete Recht des Patienten, als Laie eine Therapie nach aktuell bestverfügbarem Wissenstand zu erhalten und nicht nach den persönlichen, möglicherweise verzerrten Glaubenssystemen des Therapeuten.

Im Krankenhaus ist leitliniengestützte Behandlungsplanung vielleicht noch zwingender als im niedergelassenen Bereich, um für den Patienten ein abgestimmtes Procedere zwischen verschiedenen Ärzten und Therapeuten zu gewährleisten. Im PsychiatrieVerband des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe realisieren wir dieses durch Behandlungspfade zum Beispiel bei Schizophrenie, Depression und Suchterkrankungen.

Auch für den Krankenhausplan sind langfristig die Vorgabe von Qualitätskriterien und damit auch die Orientierung an Leitlinien hilfreich. Der Krankenhausplan soll ja nicht nur quantitativ die Bettenkapazitäten festlegen, sondern im gleichen Zug auch qualitativ die Weiterentwicklung der stationären Versorgung befördern. Daher ist es grundsätzlich richtig, den Kliniken einen Anreiz zu setzen, Leitlinien und andere Qualitätsindikatoren zu implementieren. Dennoch muss man realistisch eingestehen, dass die Ausrichtung an Qualitätsindikatoren im Krankenhausplan in NRW erst den Startpunkt einer langfristigen Entwicklung setzen kann. Ein Krankenhausplan fokussiert auf Strukturqualität; Leitlinien fokussieren dagegen auf die Prozessqualität der individuellen Behandlungssinteraktion. Valide Indikatoren für Ergebnisqualität zu definieren, ist gerade im Bereich der Psychiatrie extrem schwierig und fehleranfällig. Innerhalb identischer Diagnosen der ICD-Kategorien finden sich Subgruppen von Patienten mit sehr günstiger versus sehr ungünstiger Verlaufsprognose. Die Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, die in hohem Maße ihre Verantwortung für schwerkranke Personen mit rezidivierenden oder sogar therapieresistenten Verläufen wahrnehmen, können so trotz fachlich hoch qualifizierter Therapie im Ergebnis statistisch negativere Erfolgsindikatoren aufweisen als „Rosinen pickende“ Kliniken mit fachlichen Defiziten. Der Einbezug von Qualitätsindikatoren steht daher in der Krankenhausplanung noch in den Anfängen, der jetzt dazu in NRW gesetzte Impuls stärkt aber diese richtige Richtung.

Sie selbst sind Psychologischer Psychotherapeut. Wie beurteilen Sie, dass im Entwurf der Krankenhausrahmenplanung NRW unsere Berufsgruppe nicht erwähnt wird, obwohl sie zu einem erheblichen Teil die stationäre psychotherapeutische Versorgung in den Krankenhäusern gewährleistet? Immerhin finden wir in den Krankenhäusern NRW neben den rund 1.300 Fachärzten auch rund 1.000 approbierte Psychologische Psychotherapeuten.

Erklärtes Ziel im PsychiatrieVerband des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe ist die

Stärkung der Psychotherapie in der Krankenhausversorgung. Diese Position vertrete ich als Psychologischer Psychotherapeut nicht aus berufspolitischem Lobbyismus, sondern aus rein patientenorientierter Überzeugung. Pragmatische und konzeptionelle Gründe kommen für eine Stärkung von Psychologie und Psychotherapie zusammen.

Pragmatisch erleben wir aktuell einen gerade in der Psychiatrie bemerkenswerten Ärztemangel. Gleichzeitig gestaltet sich die angestrebte Niederlassung in eigener Praxis bei vielen unserer neu approbierten jungen psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen sehr schwierig, weil die gesetzliche Krankenversicherung die Zulassung zu stark begrenzt. Dies eröffnet ein „historisch günstiges“ Zeitfenster, die Psychotherapie stärker in die klinisch-stationäre Versorgung zu integrieren und ihr dort neues und angemesseneres Gewicht zu verleihen.

Ich habe vor einigen Monaten gemeinsam mit den ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Leitungen der Kliniken einen Workshop ausgerichtet, der die Perspektiven für eine stärkere Integration von Psychologie und Psychotherapie beleuchtet hat. Diese Perspektiven umfassen gleichermaßen auf der fachlichen Ebene die interdisziplinären Behandlungskonzepte sowohl auf „psychotherapielastigen“ Stationen (z. B. mit Patienten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind) als auch auf „klassisch-psychiatrischen“ Stationen zur Behandlung von Psychosen. Fachliche Fragen haben wir komplementär ergänzt mit Fragen erweiterter Leitungsfunktionen, Aufstiegschancen und verbesserter Tarifstrukturen für Psychologen bzw. Psychologische Psychotherapeuten.

Ich bin persönlich überzeugt, dass die Verbesserung der beruflichen Perspektiven eine vielfache Win-win-Situation darstellt, nämlich im Sinne einer tatsächlich gelebten biopsychosozialen Störungs- und Behandlungskonzeption für die Patienten, für die „kulturelle“ Weiterentwicklung der Kliniken, für die Patienten, die psychotherapeutische Leistungen immer selbstverständlicher in Kliniken anfragen und erwarten, und nicht zuletzt auch für die weitere Profilierung unseres Faches und eine Perspektivenentwicklung für unsere jungen Kolleginnen und Kollegen.

Neu auf der Homepage der PTK NRW: Qualitätszirkel und Neuropsychologie

Die Psychotherapeutenkammer NRW bietet für ihre Mitglieder einen neuen Service auf ihrer Homepage: Wer einen Qualitätszirkel sucht oder seinen Qualitätszirkel anderen bekanntmachen möchte, kann dies jetzt auf den Internetseiten der Kammer (Rubrik: Fortbildung) tun. Die Anzeige eines Qualitätszirkels ist kostenlos und für ein Jahr online.

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat darüber hinaus für Patienten und Psychotherapeuten auf ihrer Homepage neue Seiten

zur neuropsychologischen Therapie eingerichtet. Dort kann man Psychotherapeuten finden, die die Weiterbildungsbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ bei der PTK NRW erworben haben (Rubrik: Mitglieder).

Psychotherapeuten, die Neuropsychologische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen ihrer vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit anbieten, können dies in die NRW-Psychotherapeutensuche der Kammer eintragen lassen (Rubrik: Patienten).

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/52 28 47-0
Fax 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche

Beratung durch einen Juristen

Mo: 12.00–13.00 Uhr

Mi: 14.00–15.00 Uhr

Do: 14.00–15.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 53

Mitgliederberatung

durch den Vorstand

Mo: 12.00–13.00 Uhr

13.00–14.00 Uhr

Di: 13.00–14.00 Uhr

18.30–19.00 Uhr

Mi: 13.00–14.00 Uhr

Fr: 11.00–12.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 27

Anfragen

Fortbildungsakkreditierung

Mo-Do: 13.00–15.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 30

Anfragen

Fortbildungskonto

Mo-Do: 13.00–15.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 31

Anfragen

Mitgliederverwaltung

Mo-Do: 14.00–15.00 Uhr

Anfangsbuchstaben des Nachnamens:

A bis K

Telefon 0211/52 28 47 14

L bis Z

Telefon 0211/52 28 47 17

Beratung zur Sachverständigentätigkeit

Di-Do: 14.30–15.30 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 32

Beate Caspar erhält Bundesverdienstmedaille von Ministerpräsident Reiner Haseloff

Die in Weißenfels niedergelassene Psychotherapeutin Beate Caspar wurde mit der Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Ministerpräsident Reiner Haseloff überreichte die Auszeichnung in der Staatskanzlei in Magdeburg. Damit sind Caspars besonderes Engagement für den Jugendhilfeverein ihrer Heimatstadt sowie für das Initiieren des Psychotherapeutengesetzes in Sachsen-Anhalt im Arbeitskreis niedergelassener Psychotherapeuten geehrt worden. Auch für die OPK hat Beate Caspar außergewöhnliches geleistet. Ihre Arbeit machte die Gründung der OPK erst möglich. Sie war die Präsidentin des Errichtungsausschusses der OPK und ist heute Mitglied der Kammerversammlung. Für das PTJ sprach Beate Caspar über ihre Auszeichnung.

Sie haben die Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland unter anderem für Ihre aktive Arbeit im Jugendhilfeverein Ihrer Heimatstadt Weißenfels erhalten. Was haben Sie dort in den letzten Jahren bewegen können?

Beate Caspar: Den Kinder- und Jugendhilfeverein begleite ich ungefähr seit zehn Jahren. Diese Verbindung ist aus einer Anfrage zur Supervisionsbegleitung für die Mitarbeiter entstanden, die dort begonnen haben, die sozialpädagogische Familienhilfe zu etablieren. Und da ich viele der Kinder und Jugendlichen, die von den Familienhelferinnen betreut werden, von der psychotherapeutischen Behandlung aus unserer Praxis kenne, war meine Sichtweise darauf nochmals eine andere. Hinzu kamen die schwierigen sozialökonomischen Umstände des Vereins. In dieser nicht ganz einfachen Gründungszeit habe ich den Verein unterstützt und die Supervisionen regelmäßig ermöglicht, ohne Geld

dafür zu nehmen. Dann kamen ebenso Themen wie Satzungsrecht des Vereins sowie dessen finanzielle Absicherung, die Netzwerkarbeit zur Sprache und bedurften der Unterstützung. Die Sozialpädagoginnen haben sich in der Zeit zu gerichtlich bestellten Betreuern qualifiziert, was ja auch mein Tätigkeitsfeld tangierte. So ist die Vereinsarbeit immer ein Geben und Nehmen gewesen.

Die Liste Ihres Engagements ist lang und Sie sollen gerade bei der Vorbereitung und Verabschiedung des sachsen-anhaltischen Psychotherapeutengesetzes wertvolle Hilfe geleistet haben.

Da muss ich gleich erklärend einhaken: Sachsen-Anhalt war mit dem Kooperationsmodell in der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz so eine Art Modellregion. Hier wurde ausprobiert, wie die Bedingungen, die im Psychotherapeutengesetz festgeschrieben wurden, in der Praxis liefen. Und für dieses Kooperationsverfahren habe ich zusammen mit den Vertretern der Krankenkasse, der KV und der Ärzteschaft die Verantwortung übernommen und das im Wesentlichen auch auf die Beine gebracht. Dabei sind viele Kontakte zu Landes- und Bundesministerien entstanden. Die gesamte Führungsspitze des Arbeitskreises, aber auch die Arbeitsgruppe „Psychologische Fachverbände“ hat sich sehr intensiv darum bemüht, dass das Psychotherapeutengesetz dann in Gesetzesform gegossen wurde und Praxisanwendung fand. So stimmt die Bezeichnung sachsen-anhaltisches Psychotherapeutengesetz nicht ganz, sondern ist korrekt gesprochen das Kooperationsverfahren.

Wie haben Sie reagiert als Sie davon erfuhren, dass die Bundesverdienstmedaille in diesem Jahr an Sie geht?



Beate Caspar erhielt die Bundesverdienstmedaille aus den Händen von Ministerpräsident Reiner Haseloff (rechts im Bild) in der Staatskanzlei in Magdeburg.

Erst einmal habe ich gar nicht reagiert. Ich dachte, dass ein Brief der Staatskanzlei an die OPK mal wieder irrtümlicherweise bei mir gelandet ist. So habe ich ihn beiseitegelegt und erst am nächsten Tag geöffnet. Gut, dass „Beate Caspar – persönlich“ draufstand, sonst hätte ich ihn per Nachsendeauftrag sofort an die OPK nach Leipzig geschickt. Nachdem ich ihn gelesen hatte, war ich sprachlos und musste mich erst einmal setzen. Dann hat es noch ein bisschen gedauert, bis ich begriff, dass es wirklich um mich ging. Es war eine ganz, ganz große Überraschung.

Was sind Ihre nächsten Arbeitsziele? Haben Sie Projekte, für die Sie sich engagieren möchten? Was möchten Sie noch erreichen?

In der berufspolitischen Arbeit würde ich mir wünschen, den Arbeitskreis, der mir sehr am Herzen liegt, in seiner Arbeit zu

verjüngen. Dass es uns gelingen möge, die jungen Kollegen in die berufspolitische Arbeit einzubeziehen, ihnen den Spaß und die Neugier daran zu vermitteln. Das ist ein

ganz wichtiges Anliegen für mich. 20 Jahre hat meine Familie zurückgestanden. Meine Enkelkinder sind nun in einem Alter, wo die Oma doch öfter gebraucht wird, und

deshalb geht es für mich in die Richtung, den Staffeln an die Jüngeren weiterzugeben.

Neuer OPK-Geschäftsführer ist seit 1. März im Amt



Dr. Jens Metge

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer hat einen neuen Geschäftsführer. Künftig leitet Dr. Jens Metge die Geschäftsstelle der in Leipzig ansässigen Kammer, in der rund 3.200 Psychotherapeuten in fünf Bundesländern organisiert sind.

Mit Dr. Jens Metge übernimmt ein seit Jahren in der Medizinbranche erfahrener Manager die operative Führung der Kammer. Der 36-jährige Diplom-Ökonom hat sich zu Beginn seiner Tätigkeit in Leipzig große Ziele gesetzt: „Als Berufs- und Interessenvertretung wollen wir die hohe Qualität der psychotherapeutischen Leistungen in unserem Geltungsbereich noch sichtbarer machen.“

Für die Mitglieder der OPK möchte Metge den Spielraum des therapeutischen Prozesses angemessen gestalten. „Hierbei stellt sich uns die Aufgabe, einen verlässlichen Rahmen für die Psychotherapeuten in der Patientenbehandlung zu schaffen. Eine hochwertige, wohnortnahe Versorgung ist entscheidend.“

Zum 1. Juli dieses Jahres tritt dazu die Reform der Bedarfsplanung in Kraft. In ihr wird die zukünftige regionale Verteilung

von Psychotherapeuten in ganz Deutschland neu geordnet. Bereits jetzt ist abzusehen, dass die Reform nicht im Ansatz den Bedarf an Psychotherapeuten abdecken kann. Mit anderen Worten: „Wir brauchen eine vernünftige Bedarfsplanung, die ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot für die Patientinnen und Patienten gewährleistet.“

Metge wurde in Bremen geboren und studierte dort Wirtschaftswissenschaften. Nach der Promotion arbeitete er in verschiedenen Funktionen im Gesundheitsbereich, so zum Beispiel in der Rhön-Klinikum AG im unterfränkischen Bad Neustadt sowie zuletzt als Geschäftsführer eines Bildungsdienstleisters in Sachsen. Er übernimmt das Amt von seinem Vorgänger Carsten Jacknau, der Anfang April als Geschäftsführer zu einem gemeinnützigen Verein für Sozialeinrichtungen in den Harz wechselte.

Psychotherapeuten im Notfall-Einsatz – Großes Interesse an OPK-Fortbildung zur Notfallpsychotherapie in Erfurt



Moderatorin der Veranstaltung, Susanne Deimling, gibt eine Einführung zum Thema.

Die Psychotherapeutin nutzt ihre Mittagspause, um einzukaufen. Ihr Handy klingelt, die Polizei fordert sie auf, schnell zu einer Schule zu kommen. Dort ist auf Lehrer und Schüler geschossen worden, mehr weiß man noch nicht. Was dann kommt, sind wahrscheinlich die am meisten bewegenden

und belastenden Tage ihres ganzen Berufslebens.

Aniko Baum, niedergelassene Psychotherapeutin in Erfurt, schilderte als erste Referentin bei der OPK-Fortbildung am 10. April 2013 in Erfurt sehr eindrucksvoll und persönlich, vor welche Aufgaben sie und die vielen anderen Psychotherapeuten unmittelbar nach dem Amoklauf im Erfurter Gutenberg-Gymnasium im April 2002 unvermittelt gestellt wurden, wie sehr Psychotherapeuten in dieser Situation gefordert waren und mit welchen Belastungen sie fertig werden mussten.

Kinder oder Erwachsene, die unter den psychischen Folgen von schweren Unfällen, Naturkatastrophen oder Gewalttaten leiden, stellen Behandler vor besondere

Aufgaben. Viele Mitglieder der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer haben sich im Bereich der Psychotraumatheorie fortgebildet. Auf der entsprechenden Liste der OPK sind zurzeit 127 Kolleginnen und Kollegen aufgeführt.

Im Normalfall kommen Patienten nach einem traumatisierenden Ereignis zur Behandlung in die Praxis. Darauf sind Therapeuten gut vorbereitet. Situationen wie die nach dem Amoklauf in Erfurt können es aber auch erfordern, dass Psychotherapeuten am Ort des Ereignisses tätig werden oder in den Tagen nach dem Unglück Gruppen von Betroffenen aufsuchen müssen. Für solche Einsätze gibt es bisher keine festen Regeln. Die Vorbereitung darauf gehört nicht zur allgemeinen psychotherapeutischen Ausbildung.

Hier sind die Heilberufe-Kammern in der Pflicht. Gesetzliche Regelungen auf Länderebene, beispielsweise das Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetz (ThürBKG) von 2008, fordern von der Psychotherapeutenkammer, ihre Mitglieder für Hilfeleistungen im Katastrophenfall fortzubilden. Genaue Vorschriften für Notfall-Psychotherapie existieren allerdings nicht. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat zwar „Qualitätsstandards und Leitlinien“ für die psychosoziale Notfallversorgung herausgegeben, diese enthalten jedoch nur sehr allgemeine Hinweise. Daher müssen in den Bundesländern erst Strukturen geschaffen werden, die im Notfall qualifizierte und schnelle psychotherapeutische Hilfe ermöglichen.

Susanne Deimling, niedergelassene Psychotherapeutin, Koordinatorin für Notfallpsychotherapie im Land Brandenburg und langjährig erfahren in der Einsatznachsorge bei der Feuerwehr, führte in die Thematik ein und moderierte die Diskussion.

Anschließend stellte Birgit Wienck, Psychotherapeutin beim Polizeipsychologischen Dienst in Erfurt, die gesetzlichen Regelungen vor und beschrieb die organisatorischen Ablaufpläne, die von Landes- und kommunalen Behörden für Großschadensereignisse entwickelt wurden.

Karl Mollenhauer, niedergelassener Psychotherapeut in Teltow, zuvor leitender Psycho-

loge bei der Berliner Polizei, berichtete praktisch und anschaulich über die Arbeitsweise der Polizei und die notwendige Einbindung von Psychologen und Psychotherapeuten in die organisatorischen Strukturen. Er machte deutlich, dass in den zunächst fast immer chaotischen Verhältnissen nach einem Großschadensfall klare Ablaufpläne und Unterstellungsverhältnisse notwendig sind, um die vielfältigen Hilfsdienste und Anforderungen zu koordinieren.

Dr. Rüdiger Bürgel, niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Erfurt und ebenfalls langjährig erfahren in der Arbeit der Feuerwehr und in der Notfallpsychotherapie, 2002 intensiv beteiligt am Einsatz am Gutenberg-Gymnasium, schloss die Reihe der Vorträge mit konkreten Vorschlägen für die strukturelle Einbindung der Notfall-Psychotherapeuten neben der Notfall-Medizin und der Notfall-Seelsorge ab. Diese Vorschläge müssten nun in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden, beispielsweise mit dem Thüringer Innenministerium, geprüft und praktisch realisiert werden. Sinnvoll wäre zum Beispiel die Benennung von qualifizierten Kammermitgliedern als Koordinatoren für Notfallpsychotherapie für ein Bundesland. Sie sollten nach Anforderung durch die Einsatzleitung im Fall eines Großschadensereignisses die psychotherapeutische Versorgung koordinieren.

Die mehr als 70 Teilnehmer der Fortbildung, die aus allen OPK-Ländern gekom-



Rund 80 Teilnehmer folgten der OPK-Einladung zum Fortbildungsthema Notfallpsychotherapie.

men waren, diskutierten anschließend, ob und wie sich solche Vorschläge für die Notfallpsychotherapie praktisch realisieren ließen. Im Namen des Vorstands der OPK rief Dr. Gregor Peikert interessierte Kolleginnen und Kollegen auf, an der Entwicklung von Strukturen für die Notfallpsychotherapie mitzuarbeiten. Günstig wäre es, wenn trotz der unterschiedlichen organisatorischen Voraussetzungen in den OPK-Ländern vergleichbare Regelungen getroffen werden könnten und eine länderübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht würde.

Zehn Kollegen erklärten am 10. April ihre Bereitschaft, an dieser Thematik weiter mitzuarbeiten. Weitere Interessierte sind herzlich willkommen. Sie können sich durch eine entsprechende Nachricht an die Geschäftsstelle der OPK unter info@opk-info.de an einer Mitarbeit interessiert melden.

*Dr. Gregor Peikert
Vorstandsmitglied der OPK*

Therapeutische Beziehungen im Fokus des 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentages – Kongress lockt mit prominenten ReferentInnen aus dem In- und Ausland

Das Programm des 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentages (2. OPT) am 21. und 22. März 2014 nimmt Gestalt an. Nach aktuellem Stand haben sich rund 30 ReferentInnen mit einem breiten Angebot verschiedener Betrachtungsweisen zum Thema „Psychotherapeutische Beziehungen“ gemeldet und freuen sich, zum 2. OPT ihre Erfahrungen und wissenschaftlichen Ergebnisse mit den TeilnehmerInnen des Kongresses zu teilen und in die Praxis zu transportieren. Das Spektrum der Vorträge, Seminare und Workshops ist breit und umfasst eine Vielzahl von

unterschiedlichen Themen aus Praxis und Forschung. Neben wissenschaftlichen Vorträgen bieten wir Ihnen diesmal auch verstärkt Workshops aus der Praxis an.

Einer der Höhepunkte werden die Plenumsvorträge der renommierten US-amerikanischen Psychotherapieforscher Norcross und Castonguay sein. Professor Louis Castonguay von der Penn State University wird zum Thema „Forschung für die Praxis – Wie hilfreich ist Psychotherapieforschung?“ (Arbeitstitel) referieren. Profes-

sor John Norcross von der University of Scranton spricht über „Die therapeutische Beziehung: Was wirkt bei wem? Beiträge der Forschung für die Praxis“.

Beide forschen seit Langem zu Fragen der therapeutischen Beziehung und werden zum OPT ihre Ergebnisse präsentieren. Die TeilnehmerInnen des 2. OPT können sich auf eine praxisnahe, umfangreiche und unterhaltsame Übersicht über den Forschungsstand freuen und Anregungen für ihre eigene Tätigkeit mitnehmen.



OSTDEUTSCHER
PSYCHOTHERAPEUTENTAG

Wie schon zum 1. OPT ist die *Hygieia* von Gustav Klimt das optische Erkennungsbild für den 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag.

Im Anschluss daran steht Professor Norcross allen interessierten TeilnehmerInnen in einem ausführlichen Workshop zum gleichen Thema zur Verfügung und hofft auf Ihre Diskussionsfreudigkeit. Die Plenarvorträge beider Amerikaner und der Vertiefungsworkshop von Professor Norcross werden per Kopfhörer für Sie simultan übersetzt.

Neu ist, dass der 2. OPT nicht nur die Fachöffentlichkeit erreichen, sondern darüber hinaus auch in die breite Öffentlichkeit hineinwirken will. Dazu wird der Kongress am Samstagnachmittag für alle Interessierten geöffnet, die so die Möglichkeit erhalten, den Vortrag „Ich hab’s doch nicht im Kopf! Mythen und Fakten zu Schmerz und Rückenschmerzen“ von Dr. Paul Nilges zu hören. Der Mainzer Dozent und Ausbilder ist für seine ebenso informativen wie unterhaltsamen Vorträge bekannt. Er wird dasselbe Thema während des OPT auch noch einmal für FachkollegInnen präsentieren.

In der Ankündigung des Themas schreibt Dr. Nilges: „Trotz immer besserer medizinischer Diagnostik sind die Ursachen der häufigsten Schmerzformen in der Bevölkerung weiterhin unklar. Bei Rückenschmerzen gelten 80 % als unspezifisch, für Kopfschmerzen sind es über 90 %. Diagnosen, die gestellt werden, klingen bedeutend,

erklären die Beschwerden aber nicht. Für Rückenschmerz wird z. B. regelmäßig „der Verschleiß“ (Degeneration) angeschuldigt oder andere Veränderungen der Wirbelsäule. Inzwischen wissen wir, dass diese Befunde bei Menschen ohne Schmerzen in gleicher Häufigkeit auftreten. Ähnliches gilt für psychologische Erklärungen: Es handelt es sich selten um seelische Erkrankungen, oft sind es gerade erwünschte Eigenschaften wie beispielsweise Durchhaltestrategien, die zur Entwicklung von Schmerzen beitragen. Bei chronischen Schmerzen handelt sich mit wenigen Ausnahmen nicht um Symptome zugrunde liegender Erkrankungen, sondern meist Funktionsstörungen, bei denen körperliche Faktoren (Muskeln, Sehnen, Gelenke), psychologische und soziale Einflüsse (z. B. Überforderung, Bewegungsmangel, Ar-

beitsplatzunzufriedenheit) gleichermaßen von Bedeutung sind. Werden diese verschiedenen Komponenten in der Behandlung berücksichtigt, sind die Behandlungsmöglichkeiten und -ergebnisse für chronische Schmerzen sehr gut. Bereits im Alltag und bei Beginn von Schmerzen kann man selbst Vieles richtig machen und eine Chronifizierung verhindern.“

In den folgenden Wochen wird das Programm des OPT komplettiert. Ab September 2013 können Sie es unter www.opt2014.de einsehen. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Online-Anmeldung möglich, auch bereits für die einzelnen Workshops und Trainings. Für Fragen steht Ihnen die Geschäftsstelle der bereits heute gerne zur Verfügung.

Kerstin Dittrich und Antje Orgass

Zahlen und Fakten zum 2. OPT 2014 in Leipzig

Termin:	21. und 22. März 2014
Ort:	Leipzig
Beginn:	Freitag, 21. März 2014, 10 Uhr in der Oper Leipzig
Plenarvorträge:	<p>Freitag, 21. März 2014, Oper Leipzig:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 11.30 bis 12.20 Uhr, Professor John Norcross, Ph.D.: „Die therapeutische Beziehung: Was wirkt bei wem? Beiträge der Forschung für die Praxis“ ■ 12.20 bis 13.35 Uhr, Professor Louis Castonguay, Ph.D.: „Forschung für die Praxis – Wie hilfreich ist Psychotherapieforschung?“ <p>Samstag, 22. März 2014, Oper Leipzig:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 9.00 bis 9.50 Uhr, Professor Dr. Rainer Sachse: „Therapeutische Besonderheiten in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen“ ■ 9.50 bis 10.45 Uhr, Professor Dr. phil. Bernhard Strauß gemeinsam mit Professor Dr. Jürgen Hoyer: „Psychodynamische und kognitiv behaviorale Therapie der sozialen Phobie – Ergebnisse eines Forschungsverbundes zur Psychotherapie“; Ergebnisse der SOPHONet-Vergleichsstudie unter besonderer Berücksichtigung von Bindungs- und Beziehungsfaktoren
Tagungsprogramm:	wird in der Universität Leipzig stattfinden
Abendveranstaltung:	am 21. März 2014 im Gondwanaland, Zoo Leipzig für ca. 200 Personen, Anmeldungen ab September 2013 online über www.opt2014.de

Lehrer- und Horterzieher-Weiterbildung zu ADHS – OPK startet Modellprojekt in Chemnitz

Der neue Arztbericht der Barmer GEK alarmiert: „Unsere Kinder werden immer zapfeliger.“ Der Bericht spricht sogar von einer heranwachsenden „Generation ADHS“. Weiter steht darin schwarz auf weiß, dass die Zahl der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungs-Diagnosen in Sachsen von 2006 bis 2011 um 15,4 Prozent, bundesweit sogar um 42 Prozent, gestiegen ist. Außerdem bekamen ADHS-Kinder erheblich mehr Medikamente verschrieben.

Diese Entwicklung beobachtend, entwickelte der Qualitätszirkel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus dem Erzgebirge gemeinsam mit der OPK ein Projekt, das im September dieses Jahres an den Start geht und Modellcharakter hat.

Hintergrund ist, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Chemnitz und Umgebung in den letzten Jahren ebenfalls beobachteten, dass die Diagnoseraten für ADHS sprunghaft anstiegen.

Gerade von Seiten der hiesigen Schulen werde zunehmend Druck auf die Eltern ausgeübt, bei Schulproblemen Kinder auf ADHS untersuchen zu lassen. Außerdem häuften sich bei Fällen von diagnostiziertem ADHS Schulverweise und die Rat- und Hilflosigkeit von Lehrern im Umgang mit diesen Kindern im Schulalltag. An diesem Punkt setzt das Projekt der OPK an. In einer Lehrer- und Horterzieher-Fortbildung werden Aspekte des Themas wie „ADHS und Abgrenzung zu anderen Störungsbildern“, „Sozialpädagogische Begleitung als Hilfe zur Alltagsbewältigung“ oder Fallseminare wie „Ich hab’ doch nicht für jedes Kind Zeit ...“ angeboten. Dem vorausgehen werden drei Vorträge renommierter Chefärzte einer Kinderklinik sowie einer Kinder- und Jugendpsychiatrie der Region sowie einer der Geschäftsführer des Zentrums für Psychotherapie in Chemnitz.

Das Projekt zielt auf Nachhaltigkeit und Vernetzung verschiedenster Ebenen des Alltagslebens im Umgang mit Kindern und

Jugendlichen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde. Entstehen und bleiben sollen Kontakte zwischen Lehrern, Horterziehern und vor allem Psychotherapeuten, die über diese Veranstaltung hinausgehen. Für Fragen per E-Mail und Telefon möchten Psychotherapeuten für Lehrer und Horterzieher erreichbar und ansprechbar bleiben und so auch Hilfestellungen für das Alltagsleben geben.

Die Veranstaltung findet am 25. September 2013 in der Zeit von 14.00 bis 17.30 Uhr in der Schlossgrundschule in Chemnitz statt, von deren Schulleiterin, Steffi Peschke, und des gesamten Lehrerteams bisher eine große und herzliche Unterstützung für das Anliegen des OPK-Projektes entgegenkam.

Dieses Projekt ist auf alle weiteren Bundesländer der OPK übertragbar und könnte der Startschuss für eine Reihe weiterer Veranstaltungen zum Thema ADHS bei Kindern und Jugendlichen sein.

Zweites Treffen leitender Psychotherapeuten der OPK am 9. Oktober 2013 in Leipzig

Nachdem das erste Treffen leitender Psychotherapeuten im September 2012 in Leipzig eine große Resonanz gefunden hatte, war vereinbart worden, in diesem Jahr wieder zusammenzukommen. Das zweite Treffen wird am

Mittwoch, 9. Oktober 2013 von 12.30 Uhr bis ca. 16.30 Uhr im Seaside Park Hotel in Leipzig stattfinden.

Aus den verschiedenen Problemfeldern, die im vergangenen Jahr diskutiert wurden, hatten sich berufs- und arbeitsrechtliche Fragen der Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Kliniken als zentrales Thema herausgestellt. Diese betreffen u.a. die Stellenbeschreibungen für (leitende) PP/

KJP, die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, fachliche und disziplinarische Über-/Unterstellungsverhältnisse oder Anordnungs-/Weisungsbefugnisse.

Wie bereits im vergangenen Jahr wird Rechtsanwalt Hartmut Gerlach fachlich in die Thematik einführen. Danach sollen Fragen der Teilnehmer diskutiert und in Form eines Workshops Lösungsmöglichkeiten für typische Probleme entworfen werden.

Herzlich eingeladen sind alle PP/KJP, die in leitenden Positionen tätig sind (unabhängig von der formellen Bezeichnung ihrer beruflichen Position). Wenn Sie an der Veranstaltung teilnehmen möchten bzw. wenn Sie in den E-Mail-Verteiler für leitenden

de Psychologische Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgenommen werden möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an info@opk-info.de.

*J. Golombek und G. Peikert
Ausschuss für die Angelegenheiten der
angestellten Psychotherapeutinnen/
Psychotherapeuten*

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
Mail: info@opk-info.de

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

Vertreterversammlung am 13. April 2013



A. Kappauf bedankt sich bei Fr. C. Gerhardt, KISS Mainz, für die Zusammenarbeit im Schlichtungsausschuss, im Hintergrund Fr. E. Hollweck

Am 13.04.2013 fand die 3. Vertreterversammlung der 3. Legislaturperiode statt. Neben dem Vorstandsbericht und der Aussprache über die Arbeitsschwerpunkte der letzten Monate standen die Neuwahl des Schlichtungsausschusses, Änderungsanträge zur Hauptsatzung und die Reform der Psychotherapeutenausbildung (siehe hierzu nachfolgenden Bericht) auf der Tagesordnung. Da im Rundbrief 01/2013 ausführlich über die Kammerversammlung berichtet wurde, beschränken wir uns hier auf wenige Punkte.

Ein ausführlicher kritischer Rückblick galt einem Schreiben der KV Rheinland-Pfalz an die Vertragspsychotherapeuten, in dem diese aufgefordert wurden, den nach einem Behandlungsplatz suchenden GKV-Mitgliedern den Zugang zur Kostenerstattung zu erschweren, ohne selbst ein reelles Behandlungsangebot zu schaffen. Dies sorgte für einige Empörung im Vorstand und in der Mitgliedschaft und wurde

gegenüber der KV als unverantwortliche, die Interessen von behandlungsbedürftigen Menschen ebenso wie die von leistungsbeurteilenden KollegInnen brüskierende Manipulation zurückgewiesen. Die Kammer bekennt sich eindeutig zur Kostenerstattung als sinnvolle und notwendige Ergänzung des Behandlungsangebotes, solange die Defizite in den

ambulanten Versorgungsstrukturen bestehen. Die Kammer wird weiter im Dialog mit der KV und den Kassen nach Wegen suchen, die Versorgungsprobleme sowohl quantitativ als auch auf qualitativ hohem Niveau zu lösen.

Schlichtungsausschuss neu gewählt

Turnusgemäß standen die Neuwahlen des Schlichtungsausschusses an. Der Schlichtungsausschuss soll Streitigkeiten zwischen einer/m Patientin und einer/m der Kammer angehörenden Psychotherapeutin darüber, ob ein Haftungsschaden als Folge eines Behandlungsfehlers vorliegt, beilegen. Der Schlichtungsausschuss bei der Landespsychotherapeutenkammer ist eine durch das Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz vorgeschriebene Einrichtung. Näheres ist in einer Satzung geregelt, die bei der Kammer angefordert oder auf der Website eingesehen werden kann.

Einstimmig wurden neben dem Vorsitzenden Hr. RA Jörg Mergenthaler die Beisitzerinnen Fr. Annette Imman-Steinhauer und Fr. Dr. Karoline Weiland-Heil sowie die Patientenvertreterinnen Fr. Monika Zindorf (u. a. Leiterin und Gründerin der Mainzer Selbsthilfegruppe für Angehörige von psychisch Kranken) und Fr. Sabine Strüder von der Verbraucherzentrale RLP in ihre Ämter gewählt.

Auch wenn der Schlichtungsausschuss in der Vergangenheit praktisch nicht beansprucht wurde, ist im Zuge der Novellierung des Patientenrechtegesetzes mit einer höheren Sensibilisierung von Patienten und infolge davon auch steigender Nachfrage nach Schlichtungsverfahren zu rechnen.

Anträge auf Änderung der Hauptsatzung

Der Antrag des Vorstandes auf Änderung der Hauptsatzung mit dem Ziel, eine Haushalts- und Kassenordnung entwickeln zu können, wurde einstimmig angenommen. Inhalte dieser Ordnung sollen in den nächsten Vertreterversammlungen entwickelt und festgelegt werden.

Der aus der Mitgliedschaft kommende Antrag auf Bildung von Fraktionen in der Vertreterversammlung verstand sich als Initiative für mehr Demokratie und wurde begründet mit der Absicht, eine repräsentativere Abbildung der Stimmenverhältnisse in der Vertreterversammlung, in den Ausschüssen und sonstigen Gremien der Kammer zu erreichen. In der Diskussion zeigte sich, dass es Sinn macht, alle Implikationen einer solchen Änderung genau zu prüfen. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe initiiert, die bis zur nächsten Versammlung

eine entsprechende Ausarbeitung vornehmen wird.

Neuordnung der Geschäftsführung

In quasi eigener Sache wurde noch auf Änderungen in der Geschäftsstelle verwiesen,

die durch den kurzfristigen und überraschenden Weggang der Geschäftsführerin, Fr. Dr. Rössler, notwendig wurden. Hr. RA Hartmut Gerlach, der bislang schon kommissarisch als Geschäftsführer tätig war, wird diese Aufgabe weiter erfüllen bis dann im Sommer Fr. Petra Regelin endlich – und

nach eigener Ankündigung gerne auf Dauer die Geschäftsführung hauptamtlich übernehmen wird. Die Kammerversammlung hatte bereits Gelegenheit, Fr. Regelin kennen zu lernen und sicher wird sie sich bei nächster Gelegenheit hier auch allen unseren Mitgliedern bekannt machen.

Aufbruch zu einer neuen Therapieausbildung

Auf einer Tagung der Landespsychotherapeutenkammer am 15. März 2013 informierten und diskutierten Fachleute und Kammermitglieder über die verschiedenen Modelle einer zukünftigen Psycho-

therapieausbildung. Aus den unterschiedlichsten Vorstellungen erwuchs eine Resolution, die auf der Sitzung der Vertreterversammlung am 13. April 2013 einstimmig von den Vertretern der Landespsy-

chotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz verabschiedet wurde. Damit kann der Diskussionsprozess auch im Bundesland Rheinland-Pfalz fruchtbar fortgeführt werden.

Resolution: Die Vertreterversammlung der LPK RLP fordert umgehend eine Reform der Psychotherapeutenausbildung

In den zurückliegenden 15 Jahren seit der Verabschiedung des PsychThG haben sich die Berufe des PP und KJP fest in den Strukturen einer qualitativ hochwertigen Versorgung psychisch kranker Menschen etabliert. Mit dem raschen wissenschaftlichen Fortschritt auch im Gesundheitsbereich sowie unter Berücksichtigung des beschleunigten gesellschaftlichen Wandels zeichnen sich veränderte Versorgungsnotwendigkeiten im Gesundheitssystem ab. Unter sachgerechten Zielsetzungen sowie von ihrer Qualifikation her, können und sollen Psychotherapeuten größere Verantwortung in der Versorgung einschließlich der Prävention und Rehabilitation übernehmen. Das im PsychThG definierte, eng reglementierte Berufsbild verhindert bzw. erschwert jedoch diese Weiterentwicklungen zum Nachteil kranker Menschen.

Eine grundlegende Reform der Psychotherapeutenausbildung kann zudem am ehesten sicherstellen, dass endlich Grundlagen für eine angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit von Ausbildungsteilnehmern geschaffen werden, dass für die Behandlung der verschiedenen Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) ein gleichwertiges Qualifikationsprofil gewährleistet wird.

Folgende Eckpunkte sollen in einer Reform der Ausbildung umgesetzt werden:

1. Die zukünftige Ausbildung muss sich an einem konsentierten künftigen Berufsbild des Psychotherapeuten ausrichten, in das die Versorgungsnotwendigkeiten des Gesundheitssystems der kommenden Jahre einfließen.
2. Ziel ist es, **einen** Beruf des Psychotherapeuten zu schaffen.
3. Die Struktur der Psychotherapeutenausbildung wird der Struktur von Aus- und Weiterbildung der anderen akademischen Heilberufe angeglichen.

Dies beinhaltet:

- Einen Berufszugang mit allgemeiner Hochschulreife.
- Ein wissenschaftliches und auf die Praxis ausgerichtetes Studium, das zur eigenständigen Anwendung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse befähigt, Inhalte einer Approbationsordnung vermittelt und mit dem Staatsexamen abschließt.
- Vermittlung von Grundkenntnissen und -kompetenzen in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren, die den Absolventen später eine substantielle Wahl ermöglicht, sich für eine vertiefte verfahrensbezogene Weiterbildung (ehemals Fachkunde) an einem Weiterbildungsinstitut entscheiden zu können.

- Praktische Behandlungserfahrungen mit Einblicken in verschiedene ambulante und stationäre Praxisfelder.
- Eine altersgruppenunabhängige Approbation mit dem Titel „Psychotherapeut/in“.
- Eine an die Approbation anschließende Weiterbildung, die sich auf psychotherapeutische Verfahren und auf Altersgruppen (Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene) bezieht und auch spezielle Bereiche (z.B. Neuropsychologie) beinhalten kann.
- Rahmenbedingungen ähnlich wie in den anderen akademischen Heilberufen, die eine alternative/zusätzliche akademische Laufbahn mit universitären Abschlüssen wie Master, Promotion und Habilitation ermöglichen.
- Alle psychotherapeutischen Verfahren werden an den Hochschulen in der Lehre berücksichtigt. Psychotherapieforschung soll die breite wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychotherapie in ihren erweiterten Anwendungsfeldern gewährleisten.

Das Kompetenzprofil, über das Psychotherapeuten entsprechend des erweiterten Berufsbilds nach der Aus- bzw. Weiterbildung verfügen sollten, wird in einem transparenten Diskussionsprozess innerhalb der Profession entwickelt.

Begründung: Mit der Zunahme psychischer Erkrankungen und der Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der Behandlungsmöglichkeiten sind Versorgungsaufgaben entstanden, die erweiterte Anforderungen an die Tätigkeiten zukünftiger

Psychotherapeuten im interdisziplinären Zusammenwirken der Gesundheitsberufe stellen. Dazu kommen die nach der Bologna-Reform ungeklärten Zugangsvoraussetzungen sowie die prekäre Situation der

PiA. Die Politik wird aufgefordert, endlich für die Absicherung der qualifizierten Psychotherapeutenausbildung und damit für die Sicherung der Versorgung psychisch erkrankter Patienten aktiv zu werden.

Veranstaltung zur Zukunft der Ausbildung am 15.03.2013

Nachdem auf dem vorletzten Deutschen Psychotherapeutentag und im Länderrat Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit ihre Überlegungen bzgl. einer Neugestaltung der Ausbildung dargestellt hatten, wurde unter Federführung von Fr. Dr. Benecke dieses Symposium organisiert, um den Stand der Diskussion darzustellen. Fr. Becker vom BMG berichtete, dass vor allem ordnungspolitische Gründe Ausgangspunkt der Diskussion seien. Daneben habe man festgestellt, dass die Psychotherapeuten 14 Jahre nach Einführung des PsychThG sehr gut im Gesundheitssystem und in der Versorgung kranker Menschen angekommen seien, so dass die damals beschlossenen Befugnisbeschränkungen eher anachronistisch wirkten und abgeschafft werden sollten. Daneben würden die Ausbildungsbedingungen immer größere Probleme bereiten, insbesondere die Bedingungen der Praktischen Tätigkeit seien unannehmbar und die Zugangskriterien nach der Bologna-Reform unklar. Dies alles könne durch eine grundlegende Reform geklärt und verbessert werden. Sie wies darauf hin, dass das Ministerium „kleine“ Änderungen, z. B. in Bezug auf die Zugangsbedingungen nicht in den Bundestag einbringen werde. Wenn ein Gesetzesänderungsverfahren angestoßen werde, dann sollten damit auch alle Probleme gelöst werden.

zu gewährleisten und fordere dafür eine hohe Qualifikation der PPs und KJPs. Gerade bei den KJPs, die in einem hoch komplexen Umfeld tätig seien, sei aber der Zugang umstritten. Hier stelle die Direktausbildung eine radikale aber klare Lösung dar. Ungeklärt aber sei die Finanzierung einer solchen Veränderung der Ausbildung, welche die Länder mehr koste als die momentane Regelung. Herr Seus vom Bildungsministerium stimmte dem zu und erläuterte, dass im Moment nicht damit zu rechnen sei, zusätzliches Geld, z. B. für die Einstellung von zusätzlichem Lehrpersonal, zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Nach einer kurzen Pause stellte Prof. Fydrich, Humboldt-Universität Berlin, das Ausbildungsmodell der Deutschen Gesellschaft für Psychologie vor, das sich an den Kompetenzen zukünftiger Psychotherapeuten orientierte. Eine Verortung an Psychologischen Instituten mit Forschungs- und Lehrambulanzen sei relativ problemlos möglich. Es sei dabei aber darauf zu achten, dass alle Verfahren dort in ihren Grundzügen zu lehren seien und auch wichtige Elemente aus der Pädagogik einfließen. Hier gebe es schon einen gemeinsamen Vorschlag der Vertreter der Psychologie und Pädagogik.

Herr Prof. Beutel aus der Psychosomatischen Klinik der Universitätsmedizin Mainz stellte ein zusammen mit PD Dr. Udo Porsch entwickeltes Modell für Medizinische Fakultäten vor, das einen Schwerpunkt auf problemorientiertes Lernen (POL) legt, primär ausgehend vom psychisch und körperlich erkrankten Menschen in einem ambulanten, stationären und teilstationären

Praxisfeld. Kernpunkte wären neben Forschungsp pluralität auch Methoden- und Verfahrensp pluralität. Dort würden auch nicht nur Richtlinienverfahren angewandt. Es sieht analog zum Medizinstudium eine 5-jährige Studiendauer mit einem Praktischen Jahr vor und schließt mit einem Staatsexamen und Approbation ab.

Interessant an diesen beiden Modellen war, dass inhaltlich mehr Ähnlichkeit als Divergenz vorherrschte. Auch in der Struktur des neuen Studiums war man sich einig: es solle eine grundständige gemeinsame Ausbildung zum Psychotherapeuten qualifizieren, erst danach soll eine Weiterbildung in Schwerpunkten (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) und Verfahren stattfinden.

Herr Prof. Müller vom Winnicott-Institut Hannover betonte, dass er für eine Beibehaltung zweier Berufe eintrete und daher für eine spezifische Ausbildung für Kinder- und Jugendlichentherapeuten an Hochschulen (ehemalige Fachhochschulen) eintrete. Dabei sollten die (Sozial-) Pädagogen einen Bachelorabschluss machen und danach in die Ausbildung eintreten, wobei parallel ein Master-Abschluss gemacht werden solle. Kritisch wurde hier insbesondere gesehen, dass der Bachelor-Abschluss zugangsqualifizierend wäre. Nach intensiver Diskussion wurde die Veranstaltung beendet. Zurück blieb neben vielen noch ungeklärten Fragen eine positive Grundstimmung bezüglich einer grundlegenden Reform. Es wurde gebeten, weitere Veranstaltungen zu organisieren, um den deutlich erkennbaren weiteren Austauschbedarf zu befriedigen.

Herr Rutert-Klein vom rheinland-pfälzischen Sozial- und Gesundheitsministerium betonte, dass vor allem die Zugangskriterien in RLP für große Probleme sorgten und sich hier keine einfache Lösung abzeichne. Das Ministerium habe die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Rheinland-Pfäl-

Ankündigung

Am 26. Oktober 2013 findet die nächste Sitzung der Vertreterversammlung in der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen.

Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung!

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mo.–Fr. 10.00–12.30 Uhr und zusätzlich
Di.–Do. 14.00–16.00 Uhr

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit:

Dr. Andrea Benecke, Hartmut Gerlach, Jürgen Kammler-Kaerlein, Dr. Udo Porsch, Stefanie Rosenbaum und Peter Andreas Staub.

Bekanntmachung

Die Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 14. November 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter S. 3, ber. Psychotherapeutenjournal 2013, S. 105), erhält folgende Änderung:

Erste Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

vom 8. Mai 2013

Auf der Grundlage von § 14 Absatz 1 und Absatz 2 Nr. 5 des Landesgesetzes über die Kammern für die Heilberufe „Heilberufsgesetz (Heil-BG)“ Rheinland-Pfalz vom 20. Oktober 1978 (GVBl. S. 649; 1979, S. 22), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 27. Oktober 2009 (GVBl. S. 358), hat die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz in ihrer Sitzung am 23. April 2013 die folgende Erste Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 14. November 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter S. 3, ber. Psychotherapeutenjournal 2013, S. 105) beschlossen:

§ 1

Folgender § 10a wird eingefügt:

„§ 10a Haushalts- und Rechnungswesen

(1) Der Vorstand erlässt mit Zustimmung der Vertreterversammlung eine Haushalts- und Kassenordnung (HHKO) nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Die Buchhaltung der Kammer richtet sich nach den Grundsätzen der doppelten (kaufmännischen) Buchführung (Doppik).

(3) Der Vorstand stellt für jedes Kalenderjahr (Haushaltsjahr) einen Haushaltsplan auf, der alle im Haushaltsjahr zu erwartenden Einnahmen, voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen enthält und in Einnahmen und Ausgaben auszugleichen ist. Die Einnahmen und Ausgaben sind, soweit erforderlich, zu erläutern. Im Haushaltsplan können Ausgaben für gegenseitig oder einseitig deckungsfähig erklärt werden, soweit ein verwaltungsmäßiger oder sach-

licher Zusammenhang besteht. Bei der Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplanes sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(4) Überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben sind zulässig, wenn sie unvorhergesehen und unabweisbar sind und ihre finanzielle Bedeutung im Verhältnis zu den im Haushaltsplan veranschlagten Ausgaben nicht erheblich ist. Maßnahmen, die die Kammer zur Leistung von Ausgaben in künftigen Haushaltsjahren verpflichten können, sind nur zulässig, wenn der Haushaltsplan dazu ermächtigt, oder wenn sie unvorhergesehen und unabweisbar sind. Dies gilt nicht, soweit Verpflichtungen für laufende Geschäfte eingegangen werden.

(5) Soweit der Haushaltsplan zu Beginn des Haushaltsjahres noch nicht in Kraft getreten ist, können die Ausgaben geleistet werden, soweit eine rechtliche Verpflichtung besteht oder die Ausgaben für die Weiterführung notwendiger Aufgaben unaufschiebbar sind.

(6) Die Aufnahme von Krediten sowie die Übernahme von Bürgschaften, Garantien oder sonstigen Gewährleistungen sind zur Deckung von Ausgaben und zur Aufrechterhaltung einer ordnungsgemäßen Kassenwirtschaft zulässig, soweit der Haushaltsplan hierzu ermächtigt. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(7) Der Haushaltsplan, die Jahresrechnung und der Prüfungsbericht des Wirtschaftsprüfers werden für die Dauer von einem Monat in der Geschäftsstelle der Kammer zur Einsichtnahme für Mitglieder der Kammer offen gelegt. Der Termin zur Auslegung wird mindestens einen Monat vorher auf der Homepage der Kammer (www.

lpk-rlp.de) oder dem Psychotherapeutenjournal veröffentlicht.

(8) Die Vertreterversammlung beschließt über die Jahresrechnung spätestens bis 31. Dezember des auf das Haushaltsjahr folgenden Jahres. Für die Rechnungsprüfung durch den Rechnungshof Rheinland-Pfalz gilt § 111 der Landeshaushaltsordnung Rheinland-Pfalz vom 20. Dezember 1971 (GVBl. S. 2, BS 63-1) in der jeweils geltenden Fassung.

(9) Im Übrigen gilt § 16 des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz.

§ 2

Ermächtigung zur Neubekanntmachung

Präsident und Geschäftsführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphenfolge bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

§ 3

In-Kraft-Treten

Die vorstehende Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Erste Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz wird nach Genehmigung des Ministeriums vom 2. Mai 2013, Az.: 652 01 723-2.8, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Mainz, den 8. Mai 2013

gez. Dipl.-Psych. Dipl. Päd. Alfred Kappauf,
Präsident der Landespsychotherapeuten-
kammer Rheinland-Pfalz



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Fachtagung „Zukunftswerkstatt: Was wird aus der Psychotherapie?“ am 9. März – Erfreuliche Resonanz und erfolgreicher Verlauf

Die Diskussionen um die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und die damit einhergehenden Überlegungen zu Ausbildungsreform und Anpassung des Berufsbildes der PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen haben der Kammervorstand und der Ausschuss ambulante Versorgung zum Anlass genommen, die Tagung „Zukunftswerkstatt – Was wird aus der Psychotherapie?“ zu organisieren.

Dieses Angebot wurde mit großem Interesse von unseren Mitgliedern sowie von ärztlichen KollgeInnen, PiA und Studierenden angenommen. Rund 80 Teilnehmer haben sich zur Veranstaltung angemeldet, die erstmals in den neuen, repräsentativen und für Tagungen bestens ausgestatteten Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland stattfand und die uns freundlicherweise hierzu zur Verfügung gestellt wurden.



Gunther Hauptmann

Der Präsident der PKS, Bernhard Morsch, eröffnete die Tagung und begrüßte neben den beiden Referenten den Hausherrn der

KVS, Herrn Dr. Gunther Hauptmann, der ein Grußwort an die Teilnehmer richtete und auch mit großem Interesse die beiden Referate am Vormittag verfolgte. In seiner Rede begrüßte Dr. Hauptmann ausdrücklich die Initiative der Psychologenschaft, sich mit Fragen der Ausbildung und der beruflichen Perspektiven zu beschäftigen und nach Lösungen der anstehenden Probleme zu suchen. „Das Thema Zukunftswerkstatt – Was wird aus der Psychotherapie? – ist notwendiger denn je“, so Dr. Hauptmann. Aus dem Blickwinkel der Sicherstellung der Versorgung gab er aber auch kritisch zu bedenken, die steigende Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung nur mit einem Anstieg der Vertragssitze zu bewältigen, sei nicht der einzig gangbare Weg; Fragen nach Leistungsoptimierung, Steuerungsmechanismen beim Zugang zur Psychotherapie, Neustrukturierungen im Versorgungssystem usw. können hier auch sinnvolle Lösungsansätze zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung darstellen.

Mit profundem Wissen und langjähriger berufspolitischer Erfahrung ausgestattet, umspannte der erste Referent des Tages, Kammerpräsident der rheinland-pfälzischen Kammer, Alfred Kappauf, seinen Beitrag, in dem er unterschiedlichste Facetten zukunftsorientierter psychotherapeutischer Berufstätigkeit, Visionen und realistische Angebote notwendiger Veränderungen beleuchtete. Im Gesundheitssystem angekommen, nimmt dabei die Bedeutung psychotherapeutischer Berufstätigkeit stetig zu, sowohl im Hinblick auf die zukünftigen Anforderungen der Gesell-

schaft und in diesem Zusammenhang die zu beobachtende Zunahme psychischer Erkrankungen mit all den damit verbundenen arbeitspolitischen und soziologischen Folgen. Die Versorgungsrelevanz steigt, Anforderungen an eine sachgerechte Ausbildung sind dem gesellschaftlichen Wandel anzupassen. In der Praxis erbringen mittlerweile PP und KJP im ambulanten Bereich 63% aller psychotherapeutischen Leistungen, im stationären Bereich 50%.



Alfred Kappauf

Hier ist die Profession aufgefordert, zu Fragen der anstehenden Ausbildungsreform – Stichwort Direktausbildung, nach „einem“ Beruf, einem einheitlichen Berufsbild, Kompetenzerweiterung in der Berufsausübung und dem Sicherstellungsauftrag der Politik und den Entscheidungsträgern – Lösungsansätze anzubieten und durch aktive Berufspolitik voranzutreiben. Hierbei, so Kappauf, wünsche er sich in seinen Visionen ein Abwenden von Prognoseaussagen, da diese eine Festlegung auf ein Ergebnis beinhalten, das situationsangepasste Veränderungsmöglichkeiten eingrenze.



Jürgen Kriz

Kappauf geht davon aus, so sein Fazit, dass Veränderungen in der Psychotherapeutischen Ausbildung und Berufstätigkeit vor allem in den Bereichen von Spezialisierung versus Standardisierung, bei der Erweiterung der Tätigkeitsfelder und der Aufhebung von Befugniseinschränkungen, in Fragen von Zuwendung und Vertrauen in der medizinischen Versorgung, der zunehmenden Technologieabhängigkeit, erfolgen müssen und plädiert für eine Reform zur heutigen Therapieausbildung zur Lösung der hinlänglich bekannten Probleme.

„Psychotherapie übermorgen – Differenzierungen in der Einheit“, so der Titel des Vortrages von Prof. em. Dr. Jürgen Kriz, erweckte Neugier und versprach Einblicke in interessante neuere wissenschaftliche Erkenntnisse in der Psychotherapieforschung.

Prof. Kriz erläuterte in anschaulicher Weise und mit vielen praxisorientierten Beispielen dem aufmerksamen Publikum Wirkmechanismen unterschiedlicher Therapierichtungen, Notwendigkeiten von Vernetzungen der Therapieschulen in der Ausbildung und damit verbunden die Gewährleistung von Pluralität in der universitären Ausbildung, Möglichkeiten der Direktausbildung aus universitärer Sicht hin zu einem Beruf, eine therapeutische Ausbildung basierend auf störungsorientierten Ansätzen, weg von verfahrensorientierter Ausbildung.

Mit vielen Skalen und Übersichtstabellen begründete Prof. Kriz seine visionären Gedanken zur Zukunft der Psychotherapie und den zukünftigen Anforderungen an eine sachgerechte Therapieausbildung. Sein Fazit bezüglich eines Ausbildungs- und Praxiskonzeptes: einheitliche Theorieausbildung, einheitliche Grundausbildung, spezifische Vertiefung, allerdings mit Passungskompetenz (störungsorientierter Ansatz).

Beide Referenten haben ihr Einverständnis zur Veröffentlichung ihrer Beiträge gegeben, die dem interessierten Leser auf der Homepage der PTK unter www.ptk-saar.de zur Verfügung stehen.



Nach der Mittagspause mit einem leckeren Imbiss haben sich die Teilnehmer der Veranstaltung in zwei von den Referenten geleiteten Workshops in sehr angeregten Diskussionen weiter vertiefend mit den jeweiligen Themen beschäftigt.

Ein reger Austausch unter den KollegInnen bildete den Abschluss der Tagung, die, wie von vielen TeilnehmerInnen in einem kurzen Feedback bestätigt, als wirklich gelungen und erfolgreich bezeichnet werden kann.

Gespräch im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Am 20. März 2013 waren Präsident und Vizepräsidentin der PKS sowie Rechtsanwalt Manuel Schauer zum Gespräch im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, der Rechtsaufsichtsbehörde aller Heilberufekammern. Seitens des Gesundheitsministeriums nahmen Herr Dr. Peter Schichtel, Leiter der Abteilung E (Sozialversicherung, Gesundheits- und Pflegeberufe, Krankenhauswesen) sowie Herr Michael John und Frau Christine Kläsner, Referat E1 (Gesetzliche Krankenversicherung, Rechtsaufsicht Pflegeversicherung, Liquidationsrecht der akademischen Heilberufe, Heilberufekammern, Landesgremium gemäß § 90a SGB V).

Kammermitgliedschaft von PiA

Hauptthema war die Erörterung der rechtlichen Möglichkeiten für die seitens der

Kammer angestrebte Änderung des Saarländischen Heilberufekammergesetzes (SHKG) im Hinblick auf die Mitgliedschaft von PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA): Die Vertreterversammlung (VV) hatte in ihrer letzten Sitzung am 4. März 2013 noch einmal ausführlich infrage kommende Optionen einer angemessenen Vertretung von PiA-Interessen innerhalb des obersten Gremiums der Kammer, der VV, sowie Möglichkeiten der Umsetzung von Wahlrecht und Wählbarkeit diskutiert. Im Detail geht es um folgende Fragestellungen:

1. Freiwillige Mitgliedschaft versus Pflichtmitgliedschaft
2. Mitgliedschaft ab Ausbildungsbeginn oder ab Beginn der praktischen Ausbildung

3. Vollmitgliedschaft oder eingeschränkte Mitgliedschaft; Umsetzung eines aktiven und passiven Wahlrechts (eigener Wahlkörper?)
4. (Beratendes) PiA-Mitglied in VV

Dreh- und Angelpunkt im Gespräch mit der Aufsichtsbehörde waren rechtliche Bedenken gegenüber der Unterwerfung von (nichtapprobierten) PiA unter die Berufsaufsicht der Kammer. Nach Auffassung der Gesprächspartner im Ministerium bestünde wenig Interpretationsspielraum: Ohne Approbation sei die Berufsausübung nicht erlaubt, Voraussetzung einer Mitgliedschaft in der PKS sei die – zumindest jederzeit mögliche – Berufsausübung im Saarland. Dem von PKS geäußerten Einwand, wonach PiA bereits im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit und innerhalb der prakti-

schen Ausbildung (unter Supervision) ihren Beruf ausüben, wurde mit Skepsis begegnet. Auch anderslautende Regelungen in Heilberufsgesetzen einiger Bundesländer konnten die Zweifel an der rechtlichen Zulässigkeit einer Gesetzesänderung nicht entkräften.

Für die genannten vier Fragestellungen gelte Folgendes:

Zu 1: Eine Pflichtmitgliedschaft scheidet wegen der – als unzulässig und als nicht legitim angesehenen – Unterwerfung unter die Berufsaufsicht der Kammer – aus.

Zu 2: Einer Erweiterung der bisherigen Regelung der freiwilligen Mitgliedschaft (bisher: ab Beginn der praktischen Ausbildung) auf freiwilliger Mitgliedschaft ab Ausbildungsbeginn stehen keine rechtlichen Bedenken entgegen. Allerdings sei die Sinnhaftigkeit einer solchen Erweiterung in Anbetracht der geringen Inanspruchnahme der bisherigen Regelung (nur ein PiA von rund 160 ist gegenwärtig freiwilliges Kammermitglied im Saarland) fraglich, obwohl konzidiert wurde, dass fehlendes Mitspracherecht zu dieser geringen Beteiligung führe.

Zu 3: Vollmitgliedschaft werde aus aufsichtsrechtlicher Sicht wegen der fehlenden Approbation für nicht möglich gehalten. Wahlrecht und Wählbarkeit nichtapprobierter (freiwilliger) Mitglieder bleibe weiterhin ausgeschlossen. Neben den grundsätzlichen Bedenken sei die im Heilberufsgesetz lediglich eines Bundeslandes vorhandene Möglichkeit eines eigenen PiA-Wahlkörpers im Hinblick auf das demokratische Wahlrecht inakzeptabel.

Zu 4: Die Schaffung eines (beratenden) Mitglieds in der VV durch Satzungsregelung – wie sie das SHKG in § 9 Abs. 4 für Hochschulangehörige vorsieht – könne diskutiert werden. Dies setze eine entsprechende Änderung des SHKG voraus, die

eine Satzungsregelung erlaube. Allerdings sehe das SHKG bislang hier lediglich eine Mitgliedschaft in der VV als beratendes Mitglied vor. Auch hier gebe es Spielraum für eine Änderung mit der Einschränkung, dass das Stimmrecht des/der PiA-Vertreter/in in der VV hinsichtlich aller Entscheidungen über berufsrechtliche Angelegenheiten ausgeschlossen sein müsse.

Die bisherige Beteiligung der PiA, wie sie die Kammer über den Gaststatus im PiA-Ausschuss, der VV und dem Vorstand praktiziere, wurde positiv und als rechtlich legitim bewertet. Weitergehende satzungsrechtliche Regelungen (mit Ausnahme der unter 4 genannten) seien aufsichtsrechtlich nicht zu genehmigen. Gesetzliche Regelungen gehen als höherrangiges Recht dem Satzungsrecht vor. Entsprechende Satzungsregelungen der Kammern in einigen Bundesländern seien äußerst kritisch zu bewerten.

Es wurden folgende weitere Themen besprochen:

Konstituierung Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V

Nach Einschätzung des Ministeriums werde es zu einer Konstituierung dieses Gremiums vor dem 1. Juli 2013 kommen. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen Beschlüsse zur regionalen Bedarfsplanung nach der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie gefasst sein. Dies sind nach dem im Oktober 2012 verabschiedeten Landesgesetz auch im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zuvor zu beraten. Da die KV erst bis Mitte April Vorschläge an den Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 SGB V) machen wird und das Ministerium zwei Monate Beanstandungsfrist zu diesen Vorschlägen hat, wird das Gemeinsame Landesgremium nach Einschätzung beider Gesprächsparteien den Beschluss nur eingeschränkt beraten können.

Änderung Saarländisches Krankenhausgesetz (SKHG)

Die PKS sieht Änderungsbedarf im SKHG insbesondere im Hinblick auf Beteiligungsrechte von PP und KJP im Krankenhaus (u. a. Leitungsfunktionen). Deshalb wurde die Absicht des Ministeriums nach Novellierung des Gesetzes erfragt sowie einige inhaltliche Aspekte andiskutiert. Vor 2014/2015 sei keine Änderung des Gesetzes geplant. Inhaltlich müssten anvisierte Änderungen sorgsam bedacht werden. Nach Einschätzung der Rechtsaufsicht könne man in der Auslegung des gültigen Gesetzestextes durchaus unterschiedlicher Meinung sein. Die Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V (§§ 69 bis 140h) gelten sinngemäß auch für Psychotherapeuten (nach § 77 Abs. 1 Satz 2 SGB V), so dass grundsätzlich Leitungsfunktion für PP oder KJP im Krankenhaus nicht ausgeschlossen seien.

Anpassungen an Musterordnungen – weitere Informationen

Die Kammervorteiler informierten über anstehende Änderungen der Musterberufsordnung (MBO) nach Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes sowie bereits erfolgte Änderungen der Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Die PKS beabsichtigt, sich Änderungen der MBO, die nicht vor Herbst 2013 zu erwarten seien, zeitnah anzuschließen. Anpassungen der saarländischen Weiterbildungsordnung an die MWBO wolle man in Anbetracht der laufenden Diskussion um die Ausbildung eher noch nicht absehbar nachvollziehen. Außerdem informierte die PKS über den Stand der Vorbereitungen zur Kammerwahl 2013.

Abschließend lud der Präsident die Vertreter der Aufsichtsbehörde herzlich zur 10-Jahresfeier in der PKS im November 2013 ein.

Verwaltungsvorschrift der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zur Führung der Liste gerichtlich und behördlich tätiger Sachverständiger

Beschluss der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) hat in ihrer Sitzung am 4. März 2013 die „Verwaltungsvorschrift der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zur Führung der Liste gerichtlich und behördlich tätiger Sachverständiger“ verabschiedet. Sie wird mit Veröffentlichung im FORUM 49 zum 1. Mai 2013 rechtskräftig.

Die Kammer hatte im Vorfeld zur Beratung der Vorschrift zu zwei Expertenrunden sachverständige Kammermitglieder eingeladen. Wir bedanken uns noch einmal bei allen Kolleginnen und Kollegen, die der Einladung gefolgt waren und sich aktiv an den beiden Gesprächsrunden beteiligt haben.

Mit der nun vorliegenden Verwaltungsvorschrift hat jedes Kammermitglied, das über eine entsprechende Sachkunde und Praxis in der Begutachtung verfügt, die Möglichkeit, die Eintragung in die Sachverständigenliste der PKS zu beantragen. Die Liste der nach der Verwaltungsvorschrift anerkannten GutachterInnen wird dann Gerichten und Behörden zur Verfügung gestellt. Diese können bei der Beauftragung von Gutachten je nach Fragestellung und Rechtsbereich dann auch auf eingetragene Kammermitglieder der PKS zurückgreifen.

Vereinfacht ausgedrückt wirbt die Sachverständigenliste für die Beauftragung von in der Begutachtung besonders qualifizierten PP und KJP; Richter und Behörden sind selbstverständlich in der Auswahl der GutachterInnen frei.

Sachverständigenkommission

Bevor sich die Sachverständigenliste wird füllen können, muss gemäß der in der Verwaltungsvorschrift vorgesehenen Regelung eine Sachverständigenkommission berufen werden. Die Mitglieder dieser Kommission sollten erfahrene GutachterInnen und ExpertInnen sein. Sie haben die Aufgabe, eingehende Anträge zu prüfen und zur Entscheidung an den Vorstand weiterzuleiten. Die erstmalige Berufung der aus mindestens drei Mitgliedern bestehenden Kommission erfolgt auf Vorschlag des Vorstands durch die VV in ihrer kommenden Sitzung.

Die Verwaltungsvorschrift ist auf der Website der PKS (www.ptk-saar.de) unter „Rechtliches“ eingestellt.

Nachruf auf Ottmar Schreiner



Mit Betroffenheit reagiert die Psychotherapeutenchaft des Saarlandes auf den Tod des 67-jährig am 6. April 2013 in Saarlouis verstorbenen Sozial- und Gesundheitspolitikers Ottmar Schreiner.

Dieses „Urgestein“ der engagierten Sozial- und Gesundheitspolitik, motiviert durch

ein tiefes soziales Gerechtigkeitsempfinden und immer bereit zum kämpferischen Diskurs, frei von Verdächtigungen des Lobbyismus und der Korruption, wird der politischen Landschaft nachhaltig fehlen.

Besonderen Dank schuldet die Psychotherapeutenchaft dem Einsatz von Ottmar Schreiner im Gesetzgebungsverfahren des Psychotherapeutengesetzes. Er hat sich in seiner damaligen Funktion im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages nachhaltig dafür eingesetzt und hat uns zu einer gerechteren finanziellen Grundausstattung beim Eintritt ins Kassensystem verholfen.

Mit Ottmar Schreiner verlieren alle sozialpolitisch engagierten Menschen einen stets zuhörenden, nachdenklichen und manchmal auch unbequemen weil querdenkenden Zeitgenossen.

Die Psychotherapeutenchaft des Saarlandes spricht seinen Weggefährten, insbesondere aber auch seiner Familie, ihr herzliches Mitgefühl aus.

Michael Antes

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irmgard Jochum, Katja Klohs-Eberle, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong und Michael Schwindling.

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681 95455 56
Fax 0681 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



wir informieren Sie auf den folgenden Seiten über die Kammerversammlung im März, in der – nach dem Haushaltsabschluss des abgelaufenen Jahres – erneut intensiv der Inhalt und der fragliche Umfang einer Weiterbildungsordnung für die Neuropsychologische Therapie diskutiert wurden. Wir berichten außerdem über die konstituierende Sitzung des neuen Gemeinsamen Landesgremiums, in dem die PKS H mit zwei Stimmen vertreten ist.

Der Vorstand der BPTK hat gemeinsam mit dem Länderrat den Entwurf eines Berufsbildes in die Diskussion auf dem Deut-

schen Psychotherapeutentag im Mai eingebracht. Damit ist der Anstoß gegeben, unseren Beruf so weiterzuentwickeln, dass er auch in Zukunft in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine qualifizierte Rolle einnehmen wird. Wir werden dazu auf der nächsten Kammerversammlung am Freitag, den 21. Juni 2013 diskutieren, zu der wir Sie – wie immer – herzlich einladen.

Ich wünsche informative Lektüre und einen schönen Sommer,

Juliane Dürkop
 Präsidentin

Aus der 31. Kammerversammlung der PKS H am 8. März 2013

Am 8. März 2013 tagte zum 31. Mal die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. Neben 16 (von 18) Mitgliedern der Kammerversammlung, der Vertreterin der Aufsichtsbehörde, dem Justitiar und dem Geschäftsführer der Kammer, fanden sich auch eine Reihe von Kammermitgliedern als Gäste ein, die sich im weiteren Verlauf auch an den Diskussionen beteiligten und so einen Beitrag zu einer lebendigen Diskussionskultur leisteten. Wir begrüßen dies ausdrücklich und möchten unsere Mitglieder auch an dieser Stelle erneut herzlich einladen, sich aktiv an dem zu beteiligen, was ihre gewählten Vertreterinnen und Vertreter aus ihren Mandaten machen. Die nächste Gelegenheit bietet sich zur bevorstehenden Kammerversammlung am 21. Juni 2013, 15:00 bis 20:00 Uhr in den Räumen der Kanzlei CausaConsilio, Deliusstr. 16 in Kiel.

Der Jahresbericht des Vorstandes kann in diesem Beitrag vernachlässigt werden. Hier wurden die Aktivitäten des Vorstandes noch

einmal zusammengefasst, über die an dieser Stelle oder auch in Mitgliederbriefen bereits kontinuierlich berichtet wurde. Besonderes Augenmerk galt der Tatsache, dass die PKS H seit September 2012 für ein Jahr den Vorsitz im Länderrat der Landeskammern führt, was für die Beteiligten einerseits mit mehr Aufwand verbunden ist, andererseits die Aktivitäten des Vorstandes auch bereichert. Der Jahresbericht führte zu keinen kontroversen Diskussionen.

Es galt dann, das Haushaltsjahr 2012 abzuschließen. Die Jahresrechnung wurde vorgelegt, größere Abweichungen zum Haushaltsplan wurden ausführlich erörtert. Im Jahresergebnis stand ein geringes Plus von € 9.000. Im Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses gab es keinerlei inhaltliche oder formale Beanstandungen, vielmehr wurde eine übersichtliche und geordnete Buchhaltung hervorgehoben. Schließlich wurde der Vorstand für das Geschäftsjahr 2012 ohne Gegenstimme entlastet. Schwerpunkt der Sitzung war dann die Beschäftigung mit einer Weiterbildungsord-

nung zur Regelung der Neuropsychologischen Therapie. An dieser Stelle hatten wir über die Entwicklung des Themas in unserer Kammerversammlung schon berichtet, nachdem der G-BA die Neuropsychologische Therapie im November 2011 sozialrechtlich anerkannt hatte. Ein Eckpfeiler dieser Entwicklung war auf der Kammerversammlung im März 2012 die Beauftragung des Fort- und Weiterbildungsausschusses mit der Erarbeitung einer inhaltlich-fachlichen sowie Qualitätsansprüchen gerecht werdenden Weiterbildungsregelung zur Neuropsychotherapie, die aber im Vergleich zur Musterweiterbildungsordnung der BPTK um Redundanzen reduzierte Anforderungen enthält und die von ihrem Umfang her in einem angemessenen Verhältnis steht zu den Anforderungen in der Psychotherapieausbildung sowie ärztlichen Weiterbildungen zu Zusatzbezeichnungen.

Der Ausschuss stellte zunächst der Kammerversammlung als Ergebnis seiner fast einjährigen intensiven Arbeiten die von ihm entwickelten Eckpunkte für einen re-

duzierten Weiterbildungsumfang vor und begründete diese umfassend.

Für die weitere Meinungsbildung in der Kammerversammlung im Vorfeld eines Beschlusses über eine Weiterbildungsregelung waren für den zweiten Teil der Kammerversammlung auf einstimmigen Beschluss der vorausgegangenen Kammerversammlung VertreterInnen der einschlägigen Fachgesellschaften zu einer Art Expertenhearing eingeladen. Neben Dr. Heinz Liebeck, der anhand des Vergleiches von bestehenden Aus- und Weiterbildungscurricula den Umfang von Redundanzen herausarbeitete, erörterten Dr. Thomas Guthke von der Deutschen Gesellschaft für Neuropsychologie und Frau Regine Flore vom Verband niedergelassener Neuropsychologen ihre jeweiligen Vorstellungen einer angemessenen Weiterbildung in Neuropsychologischer Therapie.

Diese und die vom Ausschuss erarbeiteten Eckpunkte wurden in der Versammlung

unter reger Beteiligung der Gäste sehr ausführlich, z. T. kontrovers, aber durchgängig sehr sachlich diskutiert. Als zentraler Diskussionspunkt stellte sich die Frage nach der angemessenen Balance heraus zwischen der Gewährleistung einer hinreichenden Qualifikation von Leistungserbringern einerseits und der Notwendigkeit der Generierung von hinreichend vielen Leistungserbringern andererseits. Nur wenn eine Weiterbildung in der Praxis auch realistisch machbar ist, ist sie auch geeignet, eine hinreichende Anzahl von Leistungserbringern zu generieren, und kann damit tatsächlich langfristig eine angemessene Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Und nur unter der Bedingung lässt das Heilberufekammergesetz in Schleswig-Holstein die Schaffung einer Weiterbildung überhaupt zu.

Am Ende der Diskussion bekräftigte die Kammerversammlung dann mehrheitlich den bestehenden Auftrag an den Fort- und Weiterbildungsausschuss und beauftragte

ihn weiter unter Einbeziehung auch der aktuellen Diskussionsbeiträge einen abstimmungsfähigen Entwurf einer Weiterbildungsordnung für die Neuropsychologische Therapie zu erarbeiten, der im Vergleich zur Musterweiterbildungsordnung der BPTK deutlich reduzierte Anforderungen enthält.

Schließlich standen noch Belange des Versorgungswerkes auf der Tagesordnung. Hier wurden diverse Änderungen in der Organisationsstruktur diskutiert und Änderungen in der Satzung des Versorgungswerkes einstimmig verabschiedet. Neu zu wählen war in der Kammerversammlung der Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes. Mit Dr. Dietmar Ohm, Dipl.-Psych. Klaus Thomsen und Dipl.-Psych. Heiko Borchers standen alle bisherigen Mitglieder des Ausschusses erneut zur Wahl und alle drei Kollegen wurden jeweils ohne Gegenstimmen in ihren Ämtern bestätigt.

*Bernhard Schäfer
Vizepräsident*

Neuer Beauftragter: Professor Dr. Manfred Zielke

Der Vorstand der PKSH hat Prof. Dr. Manfred Zielke zum Beauftragten für psychische Gesundheit in der Arbeitswelt ernannt

Kein Tag vergeht ohne Schlagzeilen über die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. In den Medien ist täglich von der Zunahme der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen zu lesen. Unser Berufsstand ist besonders gefordert und geeignet, zu diesem Thema Stellung zu nehmen. Der Vorstand hat deshalb beschlossen, Prof. Manfred Zielke als ausgewiesenen Experten in diesem Gebiet zu beauftragen.

Prof. Zielke wird im Rahmen von Tagungen und Fachgesprächen mit Entscheidungsträgern und Politik wissenschaftlich fundiert die psychotherapeutische Sicht in die Diskussion einbringen. Denn eine Aufgabe der Kammer ist auch, ihren Beitrag zu leisten für die psychische Gesundheit der Menschen im Lande; dazu gehört, wissenschaftliche Erkenntnisse über den Zusammenhang von Arbeitsstrukturen und -be-



dingungen einerseits und psychischer Gesundheit andererseits so in die politische Diskussion einzubringen, dass sie von Entscheidungsträgern verstanden und Lösungen hilfreich umgesetzt werden können.

Prof. Dr. Manfred Zielke, Psychologischer Psychotherapeut, ist seit 2009 freiberuflich tätig in Forschung, Beratung und Ausbildung („Baltic Bay Clinical Consulting“). Er war von 1993 bis 2009 Geschäftsführer und seit 2006 Wissenschaftlicher Direktor des Wissenschaftsrates der Allgemeinen Hospitalgesellschaft AG, davor hatte er langjährige Tätigkeiten als Leitender Psychologe an mehreren Psychosomatischen

Fachkliniken inne. Seit April 2012 hat Prof. Zielke zudem Vorlesungen und Seminare für Klinische Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel übernommen.

Manche Mitglieder kennen Prof. Zielke noch aus seiner Lehrtätigkeit am Psychologischen Institut der Christian-Albrechts-Universität Kiel, bevor er nach Mainz, Frankfurt, Eichstätt, Trier und Saarbrücken ging, um 2002 zum außerplanmäßigen Professor für Klinische Psychologie an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Mannheim ernannt zu werden. Seine Habilitation in Klinischer Psychologie erhielt er an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Mannheim 1995. Den Adolf-Ernst-Meyer-Preis für Psychotherapieforschung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin DKPM erhielt Prof. Zielke 2005.

Prof. Zielke hat über seine Forschungsarbeiten zahlreiche Fachbücher veröffentlicht und gibt eine Fachzeitschrift heraus. Er forscht in den letzten Jahren hauptsächlich zum Thema arbeitsbezogener Prävention und Rehabilitation.

Konstituierende Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums

Das Versorgungsstrukturgesetz (siehe Kasten rechts) regelt u. a. auch eine verbesserte regionale Mitsprache bei der Bedarfsplanung. So werden jetzt nach dem neuen § 90a des SGB V in den Bundesländern sogenannte Gemeinsame Landesgremien geschaffen, die die Planungsgremien hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgungsfragen beraten sollen. Schleswig-Holstein fasst dieses Gemeinsame Landesgremium deutlich weiter als im Sozialgesetzbuch vorgegeben. Neben den dort erwähnten Kernmitgliedern (Land, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausgesellschaft) werden hier auch die Psychotherapeutenkammer, die Ärztekammer, die Städte und Gemeinden, die Pflegeverbände und die Patientenorganisationen als ständige Mitglieder benannt. Mit 25 Vertretern der Mitgliedsorganisationen ist das Gremium recht groß. Die beiden Kammern sind mit jeweils zwei VertreterInnen in dem Gremium. Für die PKS sind dies die Präsidentin Juliane Dürkop und das Vorstandsmitglied Klaus Thomsen. Dies ist ein guter Erfolg der kontinuierlichen politischen Arbeit des PKS-Vorstandes, denn nicht in allen Bundesländern sind die Psychotherapeutenkammern in diesem neuen Gremium vertreten.

Die konstituierende Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums fand am 16. Mai 2013 im Gesundheitsministerium unter Leitung der Staatssekretärin Anette Langner statt. Sie bekräftigte aus Sicht der Landesregierung den hohen Stellenwert des neuen Gremiums für eine sachgerechte medizinische Versorgungsplanung im Flächenland Schleswig-Holstein mit sehr unterschiedlichen regionalen Anforderungen.

Das Gremium hatte in seiner ersten Sitzung zwei Beschlüsse zu fassen. So musste es sich eine Geschäftsordnung geben, die wegen der sehr unterschiedlichen Interessenlagen der Mitgliedsorganisationen (Kostenträger, Leistungserbringer und Patienten) hinsichtlich der Beschluss- und Publikationsregeln leidenschaftlich diskutiert wurde.

Dann wurde als erste Kernaufgabe der von der KV Schleswig-Holstein vorgelegte erste Bedarfsplan diskutiert und schließlich einstimmig „zustimmend zur Kenntnis genom-

men“. Interessant sind hier die veränderten Zulassungsgebiete für Hausärzte (fortan in lokalen Gebieten, die kleiner als die bisherigen Kreise sind), für die allgemeine fachärztliche Versorgung inklusive der PsychotherapeutInnen (wie bisher auf Kreisebene) und für die spezialisierte fachärztliche Versorgung (in fünf Teilbezirken; z. B. Kinder- und Jugendpsychiater). Relativ seltene Facharztgruppen wie Laborärzte und Humangenetiker werden für die gesamte KV-Bezirksebene geplant. Der KV-Vorschlag weicht lokal insbesondere bei den Hausärzten von den vom G-BA vorgegebenen Verhältniszahlen ab, da schleswig-holsteinische Besonderheiten wie Inseln oder Hamburger Randgebiet zu berücksichtigen waren.

Wichtig für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Es bleibt weiterhin für sie bei den gewohnten Gebieten, und wegen der verbesserten Verhältniszahlen des G-BA für PsychotherapeutInnen in den ländlichen Gebieten sind jetzt erfreulicherweise fünf Kreise (Dithmarschen, Schleswig-Flensburg mit Flensburg, Nordfriesland, Ostholstein und Plön) „unterversorgt“. Dort werden also unter Anrechnung von schon erfolgten Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen auch neue Kassensitze für PsychotherapeutInnen geschaffen. Über die Ausschreibung wird die KV ab Sommer 2013 informieren. Die Berechnungen sind vorläufig, weil auch die real geleistete ärztliche Psychotherapie genau berechnet werden muss. Daher werden noch keine verbindlichen Zahlen genannt. Nach Aussage der KV können auch weiterhin bei lokalen Versorgungsengpässen Sonderbedarfszulassungen notwendig sein.

Die VertreterInnen der PKS haben darauf hingewiesen, dass auch die neuen Verhältniszahlen nicht den wirklichen Bedarf an ambulanter Psychotherapie abdecken werden. Der politische Adressat dieser Kritik ist jedoch der Gemeinsame Bundesausschuss und nicht die regionale KV. Es wurde der PKS zugesagt, dass die Planungszahlen für PsychotherapeutInnen in Zukunft differenzierter aufgelistet würden. Eine Unterscheidung in Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychothe-

rapeutinnen und -psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte erscheint hier notwendig.

*Juliane Dürkop, Präsidentin
Klaus Thomsen, Vorstandsmitglied*

Gemeinsames Landesgremium nach § 90a Sozialgesetzbuch (SGB) V

Das kürzlich beschlossene Versorgungsstrukturgesetz schafft u. a. die Möglichkeit, die ambulante ärztliche, fachärztliche und somit auch psychotherapeutische Versorgung regional angepasster zu planen. Mit den generellen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) erstellen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den regionalen Krankenkassenverbänden einen Bedarfsplan für ihren Bezirk. Hieraus wird dann ärztliche Unter- oder Überversorgung oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf ersichtlich. Dieser ist dann Grundlage für die Landesausschüsse Ärzte/Krankenkassen für die Zuteilung neuer Kassensitze. Neu ist, dass Zulassungsausschüsse jetzt auch die Möglichkeit haben, Kassensitze in überversorgten Gebieten durch die KV aufkaufen oder stilllegen zu lassen oder ggf. in unterversorgte Gebiete zu verlegen. Die BPTK und die PKS haben auf die Gefahr hingewiesen, dass die bislang wenig bedarfsgerechte Versorgungsplanung bei Psychotherapeuten-sitzen in rein rechnerisch „überversorgten“ Gebieten dazu führen könnte, dass die kassenpsychotherapeutische Versorgung aus ökonomischen Gründen ausgedünnt wird. Das nach § 90a SGB V neu geschaffene Gemeinsame Landesgremium kann „Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben“ und zu Bedarfsplänen und Beschlüssen des Landesausschusses Stellung nehmen.

Geschäftsstelle

Alter Markt 1–2, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 9–12 Uhr
zusätzlich Do: 13–16 Uhr
Mail: info@pksh.de
Homepage: www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das *Psychotherapeutenjournal* publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das *Psychotherapeutenjournal* erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

12. Jahrgang, Ausgabe 2/2013

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. And-

rea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigelegte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

westermann druck
38104 Braunschweig

Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 3/2013 ist der 27. Juni 2013, für Ausgabe 4/2013 der 20. September 2013. Manuskripte sind elekt-

ronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind **urheberrechtlich geschützt**. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

**Besuchen Sie uns auch auf
www.psychotherapeutenjournal.de**

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

 <p>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</p> <p>Baden-Württemberg Jägerstraße 40 70174 Stuttgart Tel. 0711/674470-0 Fax 0711/674470-15 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@lpk-bw.de www.lpk-bw.de</p>	 <p>Psychotherapeutenkammer HAMBURG</p> <p>Hamburg Hallerstraße 61 20146 Hamburg Tel. 040/226 226 060 Fax 040/226 226 089 Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr Fr 9.00 – 14.00 Uhr info@ptk-hh.de www.ptk-hh.de</p>	 <p>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer Kickerlingsberg 16 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0 Fax 0341/462432-19 Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr Mi 14.00 – 17.00 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@opk-info.de www.opk-info.de</p>
 <p>PTK Bayern</p> <p>Bayern St.-Paul-Straße 9 80336 München (Post: Postfach 151506 80049 München) Tel. 089/515555-0 Fax 089/515555-25 Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 13.00 Uhr info@ptk-bayern.de www.ptk-bayern.de</p>	 <p>LPPKJP HESSEN</p> <p>Hessen Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden Tel. 0611/53168-0 Fax 0611/53168-29 Mo 10.00 – 13.00 Uhr Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr post@ptk-hessen.de www.ptk-hessen.de</p>	 <p>LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz</p> <p>Rheinland-Pfalz Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 55130 Mainz Tel. 06131/5703813 Fax 06131/5700663 Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr service@lpk-rlp.de www.lpk-rlp.de</p>
 <p>PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN</p> <p>Berlin Kurfürstendamm 184 10707 Berlin Tel. 030/887140-0, Fax -40 Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr Di 14.00 – 19.00 Uhr info@psychotherapeutenkammer-berlin.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de</p>	 <p>pkn. Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</p> <p>Niedersachsen Roscherstraße 12 30161 Hannover Tel. 0511/850304-30 Fax 0511/850304-44 Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr Beitragsangelegenheiten: Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr info@pknds.de www.pknds.de</p>	 <p>pks Psychotherapeutenkammer des Saarlandes</p> <p>Saarland Scheidterstraße 124 66123 Saarbrücken Tel. 0681/9545556 Fax 0681/9545558 Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr kontakt@ptk-saar.de www.ptk-saar.de</p>
 <p>PK Psychotherapeutenkammer HB Bremen</p> <p>Bremen Hollerallee 22 28209 Bremen Tel. 0421/27 72 000 Fax 0421/27 72 002 Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr Mi 13.00 – 17.00 Uhr Sprechzeit des Präsidenten: Di 12.30 – 13.30 Uhr verwaltung@pk-hb.de www.pk-hb.de</p>	 <p>Psychotherapeuten Kammer NRW</p> <p>Nordrhein-Westfalen Willstätterstraße 10 40549 Düsseldorf Tel. 0211/522847-0 Fax 0211/522847-15 Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr Fr 8.30 – 14.00 Uhr info@ptk-nrw.de www.ptk-nrw.de</p>	 <p>pkSHI Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein</p> <p>Schleswig-Holstein Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus 24103 Kiel Tel. 0431/661199-0 Fax 0431/661199-5 Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr Do 13.00 – 16.00 Uhr info@pksh.de www.pksh.de</p>

