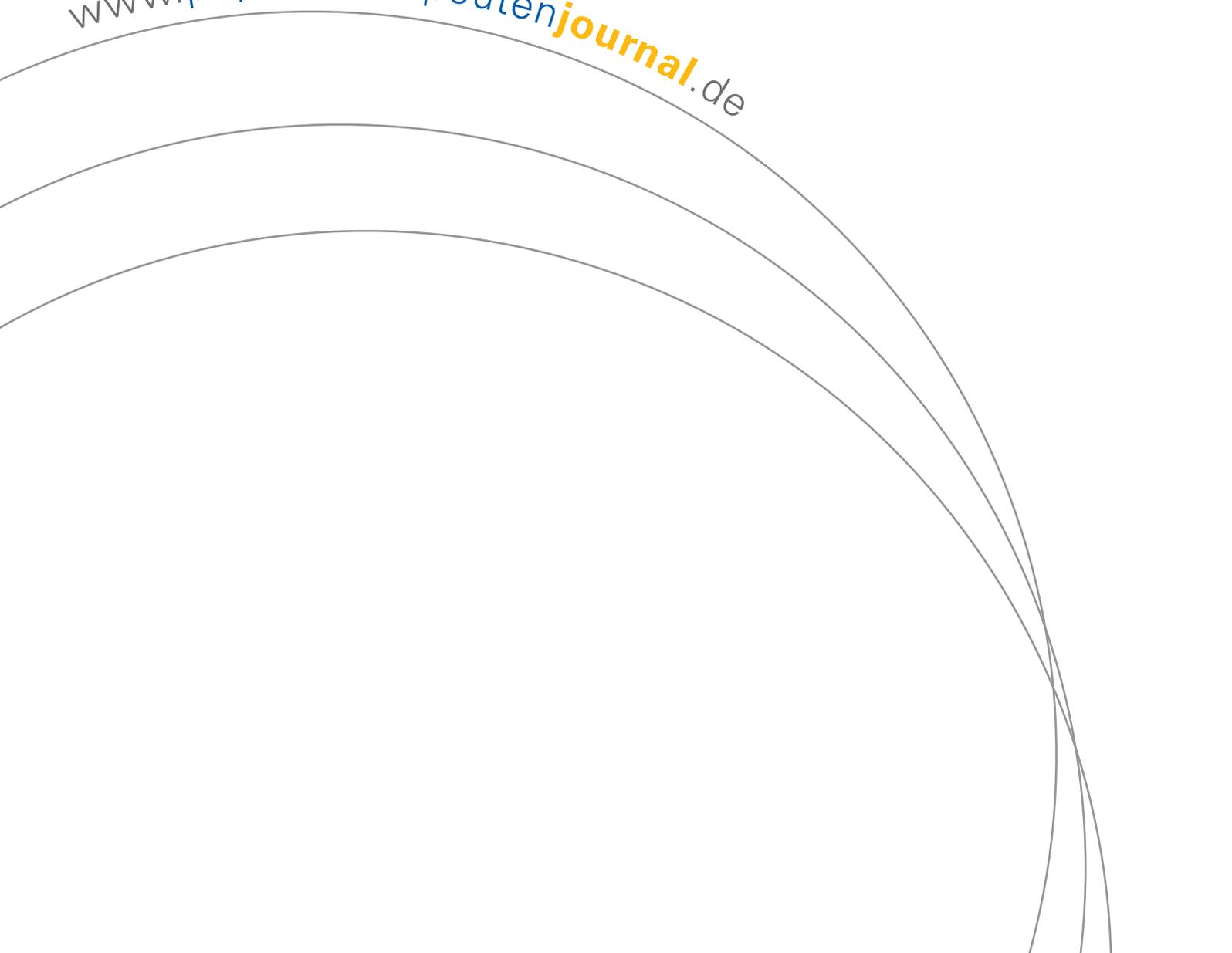


Psychotherapeuten journal

- **Psychologische Erstbetreuung für Asylsuchende**
- **Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung – eine Umfrage an Ausbildungsinstituten**
- **Versorgungswerke: Alters- und Berufsunfähigkeitsabsicherung für Psychotherapeuten**
- **Fortsetzung: Das PTJ im Gespräch mit Vertretern von Ausbildungsinstituten: Systemische Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie**
- **Erfahrungsbericht: Eine bewusste Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie**

www.psychotherapeutenjournal.de



Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie dieses Heft in der Hand halten, ist der 28. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) vom 23.04.2016 schon etwas her. Ein dichter, vollgepackter DPT, auf dem die verschiedensten Themen beraten, Entscheidungen getroffen und Positionen bezogen wurden: die Reform des Psychotherapeutengesetzes genauso wie die Weiterentwicklung des Berufes (Ergänzung der Muster-Weiterbildungsordnung), die Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie und die Versorgung von Geflüchteten sowie das neue Entgeltsystem in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Beeindruckend: Fast einstimmig wurde der Bundesvorstand der BPTK beauftragt, die Politik bei der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes auf der Grundlage des bisher gelaufenen sog. „Transitionsprozesses“ weiter zu beraten; die vorgelegten Papiere, die in einem breit angelegten Beteiligungsprozess entstanden waren, trafen auf viel Anerkennung und Wertschätzung durch die Delegierten des DPT – gerade die Sorgen und Bedenken vieler in der Ausbildung Tätiger wurden dort aufgenommen. Die Profession zeigt sich hier zukunfts- und lösungsorientiert, verantwortungsbewusst und ernsthaft im Diskurs der unterschiedlichen Sichtweisen.

Einen Teil der Thematik finden Sie auch im vorliegenden Heft: Wir dokumentieren die Auseinandersetzung mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes, genauer: der Ausbildung, mit weiteren Artikeln. Sie finden dabei auch wieder ein Interview, diesmal mit Vertreterin-

nen und Vertretern der Systemischen Therapie (Reinert Hanswille, Essen) und der Gesprächspsychotherapie (Dorothee Wienand-Kranz und Jochen Eckert, Hamburg), einen Erfahrungsbericht von zwei Absolventinnen der Ausbildung in Gesprächspsychotherapie (Jana Lammers und Julia Spreitz, Hamburg) sowie eine Streitschrift von Meinrad Armbruster et al., die in ausgesprochen starker Sorge die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung durch zukünftige „Approbierte ohne Fachkunde“ bedroht sieht. Armbruster et al. legen vor allem den Finger in die Wunde, dass eine Ausbildung in den vier Grundorientierungen der Psychotherapie an den Universitäten nicht wirklich sichergestellt erscheint und gerade auch die Stellung der psychodynamischen Verfahren mehr als bedroht gesehen wird. Ein sicherlich provozierender Artikel, der zur Diskussion anregen wird und soll.

Für Ihre psychotherapeutische Praxis dürfte der Artikel von Serfiraz Demir, Hanna Reich und Ricarda Nater-Mewes über erfolgversprechende psychoedukative Gruppenangebote im Bereich der Versorgung von Geflüchteten interessant sein; er zeigt praktische Schritte auf und soll eine ermutigende Anregung für alle von Ihnen sein, die sich in diesem Bereich engagieren wollen.

Ebenfalls relevant für die Arbeit mit Geflüchteten erscheint, wenn auch indirekt, die Untersuchung von Henning Freund und Werner Gross, die Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Ausbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin untersucht haben. Ihr Fazit: „Die Relevanz des religiös-weltanschaulichen Hintergrundes von Patienten und Psychotherapeuten



sowie die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen für das psychotherapeutische Arbeiten sind mittlerweile anerkannt ...“ Und: „Deshalb ist diese exploratorische Umfrage sicher nur ein erster Schritt, dem – gerade in Zeiten von Migration, zunehmend notwendiger Integration von Flüchtlingen aus unterschiedlichen Kulturen und einer zukünftigen multi-religiösen Gesellschaft – weitere Studien folgen müssten.“ Diese trivial erscheinenden Aussagen sind im historischen Kontext des Faches sicher nicht als selbstverständlich anzusehen.

In diesem Heft wird außerdem eine Artikelserie zum Beitrag der Versorgungswerke zur Absicherung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eröffnet. Aus historischen Gründen war und ist die Altersvorsorge für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein schwieriges Thema; mit dieser Artikelserie wollen wir Ihre Aufmerksamkeit darauf lenken und Orientierungsmöglichkeiten schaffen.

Die Veröffentlichungen der einzelnen Landeskammern zeigen deren reichhaltiges und vielfältiges Themenrepertoire auf – wir wünschen Ihnen angeregte Lektüre!

*Cornelia Beeking, Andreas Pichler
(Nordrhein-Westfalen)
Mitglieder des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia 124

Serfiraz Demir, Hanna Reich & Ricarda Mewes

Psychologische Erstbetreuung für Asylsuchende. Entwicklung und erste Erfahrungen mit einer Gruppenpsychoedukation für Geflüchtete

Geflüchtete sind eine Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen. Der Artikel stellt ein Konzept für eine niedrighschwellige Gruppenpsychoedukation zu psychischer Gesundheit und weiterführenden Beratungsangeboten vor. Erste Erfahrungen zeigen eine psychische Entlastung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Ressourcenförderung und Wissenszuwachs.

132

Henning Freund & Werner Gross

Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung. Eine Umfrage an den Ausbildungsinstituten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland

Es gibt deutliche empirische Belege dafür, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine größere Offenheit für Sinnfragen und die Themenfelder Religiosität und Spiritualität entwickelt haben, sie sich aber nur unzureichend dafür ausgebildet fühlen. Die Umfrage untersucht den aktuellen Stellenwert dieser Themen in der Ausbildung.

139

Autorengruppe Versorgungswerke

Berufsständische Versorgungswerke als zentrale Säule der Alters- und Berufsunfähigkeitsabsicherung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Start einer Artikelserie zur Absicherung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch berufsständische Versorgungswerke. Der erste Teil der Serie ordnet diese in das System der Altersvorsorge ein und stellt ihre wesentlichen Eigenschaften vor.

Interviews 142

Mareke de Brito Santos-Dodt & Manfred Thielen

„Wenn sich die geplante Psychotherapieweiterbildung nicht zu einem „closed shop“ entwickeln soll, benötigen wir kreative Lösungen.“

Das PTJ im Gespräch mit Reinert Hanswille, ifs Essen, sowie Dorothee Wienand-Kranz und Jochen Eckert, IfP Hamburg

150

In Ergänzung zum Interview: Jana Lammers & Julia Spreitz

Eine bewusste Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie

In Hamburg haben erstmalig nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 zwei Ausbildungskandidatinnen die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie (GPT) erworben. Der Beitrag skizziert die Historie der bislang nicht erfolgten sozialrechtlichen Anerkennung der GPT in Deutschland sowie die persönliche Situation der beiden Kolleginnen.

Kommentare und Leserbriefe

154

Meinrad Armbruster et al.

Die Ausbildungsreform in der Diskussion: Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und die Zukunft der Psychodynamischen Psychotherapie

161

Reinhold Beer et al.

Ein deutliches Übergewicht der Psychologie gegenüber der Pädagogik ist für die Ausbildung von KJP nicht gerechtfertigt

Buchrezensionen

- 163 Achtsamkeit als Zentrum**
Eine Rezension von Ulfried Geuter: Harrer, M.E. & Weiss, H. (2016). Wirkfaktoren der Achtsamkeit – wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern.
- 164 Lesenswert, diskussionswürdig, hilfreich!**
Eine Rezension von Martin grosse Holtforth: Wendisch, M. (2015). Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen.
- 165 Dodo evidenzbasiert?**
Eine Rezension von Julia Huber & Henning Schauenburg: Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd edition). New York: Routledge.
- 166 Eine Schatztruhe der Achtsamkeitsübungen**
Eine Rezension von Tanja Kretz-Bünese: Geisler, U. & Muttenhammer, J. (2016). Achtsamkeitsübungen mit Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapie.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

- | | |
|--|--|
| 167 Bundespsychotherapeutenkammer | 203 Niedersachsen |
| 173 Baden-Württemberg | 207 Nordrhein-Westfalen |
| 177 Bayern | 211 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| 183 Berlin | 216 Rheinland-Pfalz |
| 187 Bremen | 220 Saarland |
| 191 Hamburg | 224 Schleswig-Holstein |
| 196 Hessen | |
- 121 Editorial**
- 228 Impressum Psychotherapeutenjournal**
- A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
- A19 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

Hinweise:

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

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

- Baden-Württemberg: Dritte Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Rheinland-Pfalz: Neufassung der Wahlordnung für die Wahl zur Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

Psychologische Erstbetreuung für Asylsuchende

Entwicklung und erste Erfahrungen mit einer Gruppenpsychoedukation für Geflüchtete

Serfiraz Demir, Hanna Reich & Ricarda Mewes

Zusammenfassung: Geflüchtete¹ bilden eine Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen. Bisher sind kaum Konzepte zur psychologischen Erstbetreuung bald nach der Einreise der Geflüchteten im deutschsprachigen Raum vorhanden. In der vorliegenden Arbeit wurde im Rahmen des Projektes „Da.Sein“ ein Konzept für eine kurze und niedrigschwellige Gruppenpsychoedukation zu psychischer Gesundheit und weiterführenden Beratungsangeboten entwickelt und in ersten Erfahrungen evaluiert. Eine Stichprobe von N = 31 Asylsuchenden, vor allem aus Syrien, gaben nach Teilnahme an der konzipierten psychoedukativen Intervention eine psychische Entlastung, Ressourcenförderung und Wissenszuwachs zu professionellen Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie zu Möglichkeiten der Selbsthilfe an. Vor dem Hintergrund der ersten Erfahrungen erscheint die entwickelte psychoedukative Gruppe als vielversprechende Erstintervention für Asylsuchende.

Einleitung

Asylsuchende verlassen ihre Heimat, ihr Land und ihre Familie oft unfreiwillig und begeben sich auf einen meist lebensgefährlichen und riskanten Weg nach Deutschland, um existenziellen Lebensbedrohungen in ihren Heimatländern zu entfliehen. Sie kommen häufig hochbelastet in Deutschland an. Dies resultiert in erhöhten Häufigkeiten von psychischen Störungen in dieser Gruppe. Fast die Hälfte (40%) der Asylsuchenden in Deutschland leidet unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2005). Eine vergleichbare Untersuchung aus der Schweiz zeigte eine Prävalenz von 23% für die PTBS und 31% für Depressionen (Heeren et al., 2012). Diese Ergebnisse aus deutschsprachigen Ländern stehen im Einklang mit internationalen Befunden: So fanden Steel et al. (2009) in einer Meta-Analyse an fast 82.000 geflüchteten oder von Konflikten und Kriegen bedrohten Personen Prävalenzraten für PTBS und Depressionen von je 31%. Damit sind Geflüchtete wesentlich häufiger von diesen psychischen Störungen betroffen als Personen aus der deutschen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2014).

Geflüchtete leiden dabei nicht nur unter traumatischen Erfahrungen in ihren Heimatländern und auf der Flucht, sondern ebenso unter migrationsbedingten und die Aufnahmeprozesse betreffenden Faktoren, die die psychische Gesundheit (weiter) negativ beeinflussen können (vgl. Rössel-Cunovic,

1999; Stewart, 2005; Laban, Gernaat, Komproe & de Jong, 2008; Igel, Brähler & Grande, 2010; Steel et al., 2006; Heeren et al., 2012). So werden sie mit unerwarteten und ungünstigen Verhältnissen wie beispielsweise langen Asylverfahrensprozessen, unsicheren Aufenthaltsbedingungen, drohender Abschiebung, Arbeitsverbot und unfreiwilliger Unterbringung in Sammelunterkünften oder Zeltlagern konfrontiert. Studien von Laban und Kollegen (2008) kamen zu dem Ergebnis, dass ein langes Asylverfahren das Risiko, gesundheitliche Probleme zu entwickeln, verdoppelt – unabhängig von den Erfahrungen (inkl. Folter) im Herkunftsland. Diverse Diskriminierungserfahrungen und soziale Isolation stellen weitere Vulnerabilitätsfaktoren dar (vgl. Stewart, 2005; Pascoe & Smart Richman, 2009; Igel et al., 2010).

— Studien von Laban und Kollegen (2008) kamen zu dem Ergebnis, dass ein langes Asylverfahren das Risiko, gesundheitliche Probleme zu entwickeln, verdoppelt – unabhängig von den Erfahrungen (inkl. Folter) im Herkunftsland. —

Geflüchtete haben zudem einen eingeschränkten und erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem. Bei Asylsuchenden ohne einen anerkannten Aufenthaltsstatus ist die Beantragung einer Psychotherapie sehr kompliziert und die Übernahme der Kosten selten planbar. Zudem können nur akute Beeinträchtigungen und Störungen behandelt werden, denn

¹ Der neutrale Begriff „Geflüchtete“ wird anstatt des aufgrund seiner Endung „-ling“ teilweise negativ konnotierten Begriffs „Flüchtlinge“ verwendet.

es fehlt (bisher) der rechtliche Anspruch auf die Behandlung chronischer Erkrankungen. Dolmetscherkosten werden in der kassenärztlichen Versorgung nicht bezahlt, bei der Behandlung von Asylsuchenden (die in der Regel nicht krankenversichert sind) werden Dolmetscherkosten nur selten von den zuständigen Ämtern übernommen. Asylsuchende sind folglich meist auf Solidarität und Unterstützung von Ehrenamtlichen oder nichtstaatlichen Organisationen und Vereinen angewiesen. Beratung und Behandlungen für Asylsuchende werden vermehrt von nichtstaatlichen Organisationen ermöglicht, in Bezug auf psychische Störungen vor allem von Zentren der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF). Deren Kapazitäten und Ressourcen sind jedoch begrenzt und sie sind vorwiegend in Großstädten zu finden, sodass eine strukturelle Unterversorgung der betroffenen Asylsuchenden besteht.

Auf der anderen Seite fehlt es den Geflüchteten oft an Wissen über das deutsche Gesundheitssystem und dessen Möglichkeiten zur psychologischen Versorgung. Sprachbarrieren und soziale Isolation im Alltag erschweren den Zugang zu hilfreichen Informationen. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an psychologischer Beratung und psychotherapeutischer Versorgung für Geflüchtete steigt, aber die Ressourcen (zunächst) gleich bleiben (Schriefers, 2015).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die zentrale Frage: Wie können Geflüchtete psychologisch gut erstversorgt werden? Dabei besteht nicht nur ein erhöhter Bedarf an psychologischer oder psychotherapeutischer Unterstützung, sondern auch an Aufklärungskampagnen über Beratungs- und Behandlungsangebote für Geflüchtete, die über die (stationären) Regeleinrichtungen hinausgehen. Insgesamt gibt es derzeit zwei publizierte Konzepte, die sich spezieller mit Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen bzw. Traumatherapie im interkulturellen Kontext befassen: zum einen das Manual „Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen“ (Liedl, Schäfer und Knaevelsrud, 2010) und das „PEGI-Therapiekonzept“ (Psychoedukative Gruppen zur interkulturellen Traumatherapie nach Birck, 2004), die im Berliner Zentrum für Folteropfer (BZFO) entwickelt wurden. Beide Konzepte sind allerdings länger andauernde Interventionen bzw. Psychotherapien bei Personen, die sich bereits in Behandlung begeben haben. Konzepte zur niedrigschwelligen psychologischen Erstbetreuung von Geflüchteten in Deutschland fehlen bisher.

Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an. Sie hat zum Ziel, ein niedrigschwelliges psychoedukatives Angebot zu entwickeln, mit dem Gruppen von Asylsuchenden relativ ökonomisch über psychische Gesundheit, Ressourcen und Möglichkeiten der Selbstfürsorge sowie zu professionellen Beratungs- und Behandlungsangeboten in Deutschland aufgeklärt werden können. Dabei werden eine kulturelle Anpassung und die Unabhängigkeit vom Bildungsstand als Kernvoraussetzungen für das Erreichen der angestrebten Zielgruppe berücksichtigt. Erfahrungen haben gezeigt, dass Aufklärung und Informationsvermittlung über Folgen von traumatischen Erlebnissen einen ersten

Behandlungsschritt darstellen können. Durch Psychoedukation können Betroffene ihre Symptomatik einschätzen und lernen, damit umzugehen. Durch diesen Lernprozess können Veränderungen stattfinden (Liedl et al., 2013). Wesentliche Aspekte der Psychoedukation sind die Förderung der Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen der Personen im Umgang mit ihrer Erkrankung und die Stärkung ihrer Autonomie (Wienberg & Sibum, 1997, nach Knaevelsrud & Liedl, 2007).

Vorliegende Arbeit

Ausgehend vom erhöhten Bedarf an psychologischer Versorgung bei Geflüchteten und den fehlenden deutschsprachigen Studien in diesem Kontext ist die Motivation dieser Untersuchung, für die interkulturelle Beratung und psychotherapeutische Praxis Ideen und Anregungen zu vermitteln. Schließlich sollen praktische Empfehlungen für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden abgeleitet werden. Diese Untersuchung beschäftigte sich mit der Leitfrage, inwiefern Geflüchtete in der Anfangszeit ihrer Ankunft (max. bis zu zwölf Monaten) psychologisch unterstützt und wie ihnen Informationen über ihre psychische Gesundheit und professionelle Hilfsmöglichkeiten in Deutschland vermittelt werden können. Dazu werden zunächst die Entwicklung einer Intervention sowie ihrer Anpassungen beschrieben, anschließend erste Erfahrungen mit ihrer Durchführung und Evaluationsergebnisse vorgestellt.

Konzeptentwicklung und Beschreibung

Der „Gesundheits-Teegarten“ wurde im Rahmen des Projektes „Da.Sein“ entwickelt und evaluiert. Das Projekt wurde vom Europäischen Flüchtlingsfonds kofinanziert (EFF 12-775).²

Die Konzeptualisierung der Psychoedukationsgruppe erfolgte auf Basis des Manuals „Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen“ (Liedl et al., 2010) und des „PEGI-Therapiekonzept“ (Birck, 2004). Die kultursensible Anpassung orientierte sich an dem PEGI-Therapiekonzept von Birck (2004) sowie dem Buch „Kultursensible Psychotherapie“ von Kizilhan (2013). Ebenso baute die Konzeptualisierung auf eigenen Ideen, Überlegungen und Erfahrungen sowie gemeinsamen kritischen Auseinandersetzungen mit praktizierenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten³ auf.

Hauptziel der entwickelten Psychoedukation war es, Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Das Konzept wurde kultursensibel gestaltet und an die Aufenthaltsbedingungen und das erwartete Bildungsniveau der Teilnehmenden angepasst. Die vor-

² Externe Förderung im Rahmen des Projektes „Psychotherapeutische Erstversorgung von Asylbewerberinnen in Hessen“; Europäischer Flüchtlingsfond EFF-12-775, 2013-2015.

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

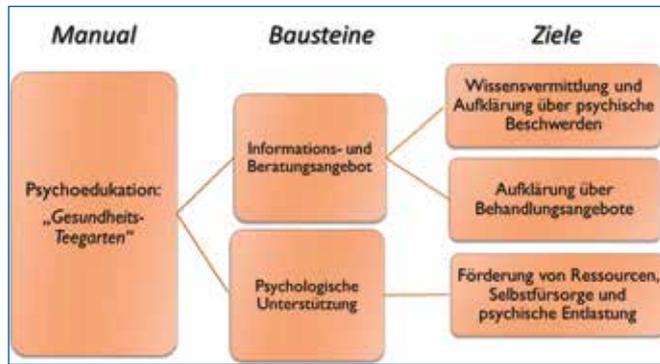


Abbildung 1: Bausteine und Ziele des Manuals

liegende Intervention grenzt sich klar von einer Behandlung ab und ist auf eine psychologische Informations- und Beratungsfunktion fokussiert. Ziel des konzipierten Programmes ist also nicht die Behandlung psychischer Störungen oder die Bearbeitung eventuell zugrunde liegender Traumata.

Das entwickelte Konzept, der „Gesundheits-Teergarten“, besteht aus zwei Bausteinen (siehe Abbildung 1). In dem ersten Baustein, Informationsvermittlung, sind die Ziele Wissensvermittlung und Aufklärung über psychische Symptome bzw. Beschwerden und über Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten. Der zweite Baustein beschäftigt sich mit psychologischer Unterstützung. Dabei geht es vorrangig um Stabilisierung durch einen stützenden Ansatz mittels Ressourcenorientierung. Vor dem Hintergrund einer Fluktuation, z. B. durch drohende Abschiebung, sind Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen und tiefgründige Auseinandersetzung mit psychischen Belastungen in diesem Rahmen nicht angeraten. Dieses Vorgehen stellt u. a. eine Anpassung an die asylrechtliche Situation der Asylsuchenden dar.

Verschiedene Mechanismen und Prozesse werden genutzt und gefördert, die von den Autorinnen Liedl, Schäfer und Knaevelsrud (2010) als inhaltlich wichtige Faktoren postuliert worden sind:

- soziale Unterstützung,
- Entpathologisieren,
- Validierung von Beschwerden,
- Edukation bzgl. psychischer Störungen und Behandlungsmöglichkeiten,
- Stärkung von Ressourcen und
- Selbstfürsorge.

Das Vorgehen der Psychoedukation ist interaktiv gestaltet. Teilnehmende werden aktiv in den Edukationsprozess mit einbezogen. Gruppenaustausch und Diskussionen werden angeregt und gefördert.

Psychologen, Psychotherapeuten, aber auch „Nicht-Psychologen“ wie etwa Sozialarbeiter oder Pädagogen können die

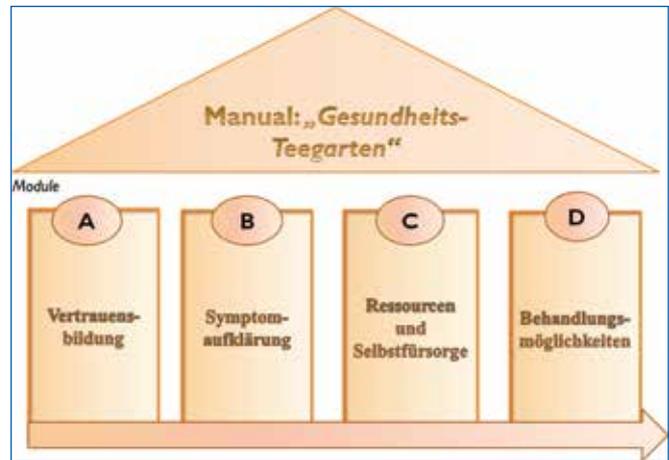


Abbildung 2: Module der Psychoedukation

Psychoedukation durchführen. Wichtige Voraussetzungen für das Durchführungsteam (inklusive Dolmetschenden) sind die Kenntnisse des Manuals, Vertrautheit mit dem Konzept, Beziehungsfähigkeit und kulturelle Sensibilität.

Aufbau und Inhalte

Die Psychoedukation ist aufgeteilt in zwei Sitzungen, die in der Regel von einem oder zwei Gruppenleitern durchgeführt und von einem Dolmetscher übersetzt werden. Die einzelnen Sitzungen setzen sich aus vier verschiedenen Modulen zusammen (siehe Abbildung 2). In der ersten Sitzung werden die Module A bis C behandelt. In der zweiten Sitzung werden zunächst die behandelten Module der ersten Sitzung wiederholt. Das Ausmaß der Wiederholung hängt davon ab, ob neue Teilnehmende dazugekommen sind und inwiefern Bedarf zur Wiederholung besteht. Nach der Wiederholung von Inhalten aus der ersten Sitzung folgt dann schwerpunktmäßig Modul D. Das Programm der Sitzungen bzw. die Inhalte der Module können in ihrer Vertiefung variiert, das heißt an die jeweilige Gruppe angepasst werden. Die Edukation folgt einem strukturierten Manual (Demir, Mewes & Reich, 2015), das Anleitungen zur konkreten Anwendung mit Beispielinstruktionen, jeweilige Verhaltensregeln für Teilnehmende, Gruppenanleiter sowie für die Dolmetschenden und eine Materialienliste für die einzelnen Module enthält.

Die vier Module beinhalten Folgendes:

- **Modul A „Vertrauensbildung“:** Hier liegt der Schwerpunkt auf dem gegenseitigen Kennenlernen und der Vertrauensbildung. Die Vertrauensbildung wird durch die Aufklärung der Teilnehmenden über die Gründe für das Angebot der Gruppe, über die Einhaltung der Schweigepflicht und die Unabhängigkeit vom Asylverfahren gefördert. Das Programm und der Ablauf der Psychoedukation wird vorgestellt (alles in diesem Modul wird rein sprachlich ohne jegliche mediale Unterstützung durchgeführt, um möglichst bildungsunabhängig arbeiten zu können).

- **Modul B „Symptomaufklärung“:** In diesem Modul finden die Aufklärung und Wissensvermittlung über psychische Beschwerden (PTBS, Depression und somatoforme Störungen) statt. Es erfolgt ein gemeinsamer Austausch über die Entstehung, Häufigkeit, Intensität und den Verlauf von Symptomen. Außerdem wird ein gemeinsames Erklärungsmodell für Beschwerden erarbeitet. Zur Veranschaulichung werden in diesem Modul Schaubilder und Analogien verwendet (siehe auch unter „Kultursensible Anpassung“). Zudem werden einfache Hilfsmittel verwendet, wie z. B. ein Kreisel zur Symbolisierung kreisförmiger Gedanken oder eine Blume zur Symbolisierung eines schönen Erlebnisses.
- **Modul C „Ressourcen und Selbstfürsorge“:** Ziele im Modul C sind Ressourcenförderung und die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien. Die Umsetzung erfolgt anhand einer Wissensvermittlung, Diskussion und einem interaktivem Gruppenaustausch sowie durch die Vermittlung und Durchführung einer kurzen Entspannungsübung, der progressiven Muskelentspannung nach Jakobson. Dieses Verfahren schien bei der Behandlung von Geflüchteten besonders wirksam zu sein (vgl. Akinsulure-Smith, 2009). Die Übung wird als mögliche Bewältigungsstrategie bei Anspannung vorgestellt.
- **Modul D „Behandlungsmöglichkeiten“:** Im letzten Modul wird Wissen über das deutsche Gesundheitssystem bzw. über psychologische und psychotherapeutische Beratungs- und Behandlungsangebote vermittelt. Es findet eine Aufklärung über Psychotherapie und die Rolle von Medikamenten statt. Hierzu soll ein Erfahrungsaustausch stattfinden und eine Diskussion angeregt werden. Ziel ist es u. a., der Stigmatisierung von Psychotherapie und Medikamenten entgegenzuwirken. Zudem wird darüber aufgeklärt, welchen Einfluss eine psychische Erkrankung im Asylverfahren haben kann und welche Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen für Asylsuchende bestehen. Abschließend erhalten die Teilnehmenden eine Adressliste über Behandlungs- und Beratungsstellen für Asylsuchende (für Hessen wurde von der Erstautorin eine Adressliste für solche Angebote zusammengestellt und kann auf Anfrage – per E-Mail an die Korrespondenzadresse – zur Verfügung gestellt werden).

Kultursensible Anpassung

Da die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Ländern kommen und somit unterschiedlichen ethnischen, kulturellen und sozialen Hintergründen angehören, ist eine kultursensible Anpassung der Psychoedukation unabdingbar. Schließlich ist anzumerken, dass die Gruppe der Migrantinnen und Migranten heterogen und eine Verallgemeinerung nicht zulässig und nicht zweckmäßig ist. Hervorzuheben und zu beachten ist, dass Kulturen keine homogenen Einheiten sind. Die Vielfalt der Herkunftskulturen lässt darauf schließen, dass sie sich untereinander ähnlich stark unterscheiden wie diese insgesamt von den Deutschen.

Die Umsetzung für Menschen mit unterschiedlicher Schulbildung und unterschiedlichen kulturellen Hintergründen erfolgte folgendermaßen:

Arbeit mit

- einfachen Schaubildern (z. B. für Beschwerden und Symptome),
- Symbolen (z. B. für den Verlauf von Symptomen),
- Metaphern (z. B. eine Wunde, die versorgt werden und dann zu einer Narbe heilen muss, kann als Metapher für die Folgen eines traumatischen Ereignisses und den Umgang damit stehen),
- konkreten Beispielen aus der Lebenswelt der Teilnehmenden (z. B. Natur, Landwirtschaft) und
- Tier- und Körperanalogien (angelehnt an das PEGI-Therapiekonzept; Birck, 2004).

Anhand dieser Techniken soll die Kommunikation zwischen Gruppenleitung und Teilnehmenden vereinfacht werden. Barrieren aufgrund unterschiedlicher Sprache, Schulbildung und unterschiedlichem kulturellem Hintergrund können mithilfe dieser Techniken überwunden werden. Verbale Erklärungen werden durch die angewandte Anpassungsmethodik transparenter und können besser verstanden werden. In den Symbolen, Bildern und Metaphern sind Bedeutungen enthalten, die möglicherweise leichter zu verstehen und anzunehmen sind als theoretische Erklärungen. Anhand von Metaphern können Assoziationen erweckt und entwickelt werden, die zu neuen kognitiven Zusammenhängen führen und somit Wissen fördern (Kizilhan, 2013).

Durchführung und Evaluation der entwickelten Intervention

Stichprobe und Durchführung

Zielgruppe der Psychoedukation waren erwachsene Asylsuchende, die seit kurzer Zeit (bis max. zwölf Monate) in Deutschland in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (HEAE) oder in einer Folgeunterkunft bzw. Gemeinschaftsunterkunft (GU) lebten.

An den ersten Gruppen nahmen insgesamt 31 Personen teil, drei Frauen und 28 Männer, im Alter zwischen 20 und 44 Jahren. Das Durchschnittsalter lag zum Erhebungszeitpunkt bei 28,2 Jahren ($SD = 6,5$). Fast alle Teilnehmenden waren aus Syrien nach Deutschland geflüchtet. Nur zwei Personen kamen aus Palästina und eine Person aus Kuba. Je 29% der Teilnehmenden hatten Abitur bzw. einen Hochschulabschluss, 23% den Abschluss einer Mittelschule und 19% einen Grundschulabschluss. Die Aufenthaltsdauer der Asylsuchenden in

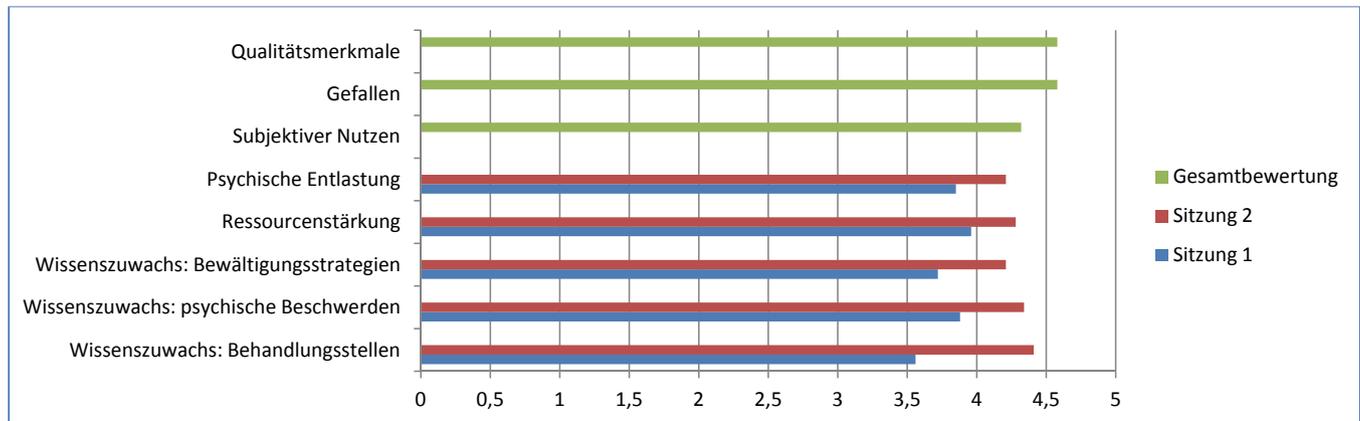


Abbildung 3: Mittelwerte der erhobenen Variablen

Deutschland lag zwischen einer Woche und drei Monaten. Alle Teilnehmenden gaben an, keinerlei eigene Erfahrung mit Psychotherapie gemacht zu haben.

Insgesamt fanden fünf Gruppen statt, wovon zwei in arabischer Sprache, zwei in Kurdisch und eine Gruppe in beiden Sprachen durchgeführt wurde.

Die Psychoedukation wurde in einem offenen Gruppensetting mit einer gemütlichen Tee-Atmosphäre verbunden und die Asylsuchenden wurden unter dem Titel „Gesundheits-Teegarten“ eingeladen. Teilnahmevoraussetzungen waren ein Mindestalter von 18 Jahren, die Sprachbeherrschung von Kurdisch, Arabisch, Persisch oder Englisch sowie die Asylantragsstellung in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung. Die Rekrutierung der Asylsuchenden erfolgte durch die Autorinnen in Kooperation mit Kontaktpersonen, etwa

— Kulturen sind keine homogenen Einheiten. Die Vielfalt der Herkunftskulturen lässt darauf schließen, dass sie sich untereinander ähnlich stark unterscheiden wie diese insgesamt von den Deutschen.

Dolmetschenden oder anderen Personen, die Asylsuchende persönlich kennen. Die Anzahl der Teilnehmenden pro Gruppe variierte von vier bis maximal acht Personen. Die Gruppenzuordnung erfolgte nach Sprachgruppe. Die Kommunikation innerhalb der Gruppe sowie zwischen den Teilnehmenden und der Gruppenleitung konnte dadurch erleichtert und die Arbeitsfähigkeit bewahrt werden. Das Gruppensetting wurde offen gestaltet. Dies ermöglichte, dass neue Teilnehmende hinzukommen konnten. Die Rekrutierung weiterer Personen konnte somit gefördert werden. Den am ersten Termin teilnehmenden Personen wurde freigestellt, ob sie ein weiteres Mal an der Gruppe teilnehmen möchten. Dies gewährleistete die Freiwilligkeit der Teilnahme, die eine ethische Voraussetzung für die Durchführbarkeit der ersten Evaluation war. Die weitere freiwillige Teilnahme an der

Gruppe konnte zudem einen Hinweis auf die Akzeptanz des Programms geben. Eine Sitzung dauerte insgesamt ca. drei Stunden.

Evaluation

Für die Evaluation wurde ein Ethikvotum der lokalen Ethikkommission des Fachbereichs Psychologie der Philipps-Universität Marburg eingeholt. Alle Teilnehmenden erhielten eine Studieninformation und konnten, wenn sie an der Evaluation des „Gesundheits-Teegartens“ teilnehmen wollten, die Einverständniserklärung ausfüllen. Dann erhielten sie den Evaluationsfragebogen zum Ausfüllen (nach Wunsch mit Dolmetscherunterstützung).

Es wurde ein spezielles Evaluationsinstrument zum „Gesundheits-Teegarten“ entwickelt. Dieser Fragebogen wurde den Teilnehmenden am Ende jeder Durchführung im Paper-pencil-Format vorgegeben. Er umfasste insgesamt 17 Fragen zu den Bereichen Gefallen, Gruppenatmosphäre, Verständnis der Inhalte, Wissenszuwachs zu Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, Wissenszuwachs zu psychischen Beschwerden, subjektiver Nutzen und Ressourcenstärkung. Jede Frage konnte auf einer Skala von 1 (z. B. abhängig vom Inhalt der Frage benannt mit: „gar nicht gefallen“, „gar nicht zufrieden“, „überhaupt nicht genutzt“ oder „ich weiß genauso viel wie vorher“) bis 5 (z. B. benannt mit: „sehr gefallen“, „sehr zufrieden“, „sehr genutzt“ oder „bin viel besser informiert als vorher“) beantwortet werden. Dabei waren die jeweiligen Antwortabstufungen mit entsprechend negativ oder positiv aussehenden Smileys gekennzeichnet bzw. bei den Fragen zum Wissenszuwachs mit einem breiter werdenden liegenden Dreieck (ähnlich z. B. den Abbildungen bei Lautstärkeschaltern). Zudem bestand die Möglichkeit, Rückmeldungen zum subjektiven Nutzen sowie Anregungen in einem Freitext zu geben. Der Fragebogen wurde von allen Teilnehmenden ausgefüllt.

Die Evaluation fand post-hoc, also nach der Durchführung des Programms statt.

Für die quantitative Evaluation wurden Durchschnittswerte aus den Antworten zum Fragebogen berechnet.

Für eine zusätzliche qualitative Auswertung wurden die Antworten der offenen Antwortfelder zu gemeinsamen Kategorien geordnet.

Quantitative Rückmeldungen

Die Ergebnisse sind insgesamt positiv ausgefallen. Nahezu allen Teilnehmenden hat das Programm gut bis sehr gut gefallen. Die Psychoedukation führte nach den retrospektiven Angaben der Teilnehmenden zu einem Wissenszuwachs über psychische Beschwerden sowie über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Die meisten Teilnehmenden konnten einen subjektiven Nutzen für sich ziehen und fühlten sich nach der Psychoedukation psychisch entlastet.

Abbildung 3 zeigt eine Zusammenfassung der Durchschnittswerte aller quantitativ erhobenen Variablen des Evaluationsbogens. Die Durchschnittswerte, bei denen es einen Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Sitzung gab, sind nach den Sitzungen getrennt dargestellt. Die anderen Durchschnittswerte sind anhand des Gesamtmittelwertes als „Gesamtbewertung“ abgebildet.

Wie aus der Abbildung 3 zu entnehmen ist, sind die Werte in der zweiten Sitzung besser ausgefallen als in der ersten Sitzung. Dies lag vermutlich daran, dass in der zweiten Sitzung Themen wiederholt wurden und somit die Teilnehmenden sie besser wiedergeben konnten. Zum anderen ist hier zu beachten, dass der Themenbereich „Wissen zu Behandlungsmöglichkeiten und Beratungsstellen“ vermehrt in der zweiten Sitzung behandelt wurde.

Qualitative Rückmeldungen

Die qualitativen Ergebnisse sind ebenso positiv ausgefallen. Es bildeten sich Kategorien, die mit den Variablen des Fragebogens einhergingen.

Zu der Frage „Was für einen persönlichen Nutzen hatte der Gesundheits-Teergarten für Sie?“ bildeten sich sechs folgende gemeinsame Kategorien. Die Häufigkeiten der Antworten pro Kategorie sind jeweils in den Klammern abgebildet:

1. Wissenszuwachs und Umgang mit psychischen Beschwerden (22)

Bsp. „Ich weiß, wie ich mit Schwierigkeiten umgehen und sie bewältigen kann.“; „Ich habe gelernt, wie ich mit Beschwerden umgehen kann.“; „Es hat mir geholfen zu lernen, wie man sich psychisch wohlfühlen kann.“

2. Psychologische Unterstützung (19)

Bsp. „Ich fühle mich psychisch besser.“; „Ich fühle mich psychisch (sehr) beruhigt.“; „Ich fühle mich beruhigt.“; „Es ist gut zu wissen, dass es Leute gibt, die uns helfen können.“

3. Kommunikation (15)

Bsp. „Es hat mir geholfen, dass ich die Möglichkeit hatte, über meine psychische Situation oder Probleme zu erzählen.“; „Mit anderen über viele Gedanken und psychische Probleme reden, an die man sonst alleine denkt.“; „Gedanken und Erfahrungen austauschen.“

4. Ressourcen und Bewältigungsstrategien (13)

Bsp. „Umgang mit Gefühls lähmung, wie ich aus der Situation rauskommen kann.“; „Ich habe gelernt, wie ich mich von negativen Gewohnheiten ablenken kann.“; „Ich kann anderen mit Ratschlägen helfen und unterstützen.“

5. Wissenszuwachs zu: Psychologie, Psychotherapie, Behandlung und Gesundheitssystem in Deutschland (7)

Bsp. „Ich habe gelernt, was psychische/psychologische Behandlung ist und wie man diese erreichen kann.“; „Es ist wichtig, mehr über Psychologie und Psychotherapie zu wissen.“; „Informationen über das Gesundheitssystem in Deutschland.“

6. Neue Freunde (4)

Bsp. „Neue Freunde kennengelernt.“

Zu der Fragestellung: „Welche Anregungen, Kritik oder Wünsche haben Sie?“ bildeten sich folgende drei Kategorien. Die Häufigkeiten der Antworten pro Kategorie sind jeweils in den Klammern abgebildet.

1. Durchführung und Konzept (9)

Bsp. „Mehr Sitzungen.“; „Mehr interaktive Programme.“

2. Dankbarkeit (8)

Bsp. „Ich danke der Anleiterin sehr für die Ratschläge und Hinweise.“; „Danke, dass Ihr gekommen seid.“

3. Gruppensetting (6)

Bsp. „Einzeltreffen, weil man nicht frei reden kann.“; „Die Gruppe sollte größer sein.“

Diskussion und weitere Implikationen

Zusammenfassend kann der „Gesundheits-Teergarten“ unter Berücksichtigung der Bewertungen der Teilnehmenden und der persönlichen Erfahrungen der Autorinnen in seiner Konzeption als gelungen betrachtet werden. Diese Arbeit setzt damit einen ersten relevanten Schritt für die Entwicklung von psychologischen Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Asylsuchende in Deutschland. Das entwickelte Konzept kann in der interkulturellen Praxis herangezogen werden, stellt einen erweiterten Beitrag in dem vernachlässigten wissenschaftlichen Forschungsbereich dar und kann eine Sensibilisierung in der psychologischen Versorgung erreichen und vor allem bedürftigen Menschen helfen.

Es muss dabei bedacht werden, dass der „Gesundheits-Teergarten“ ein Kurzzeitprogramm und auf einen Zeitraum von nur zwei Sitzungen beschränkt ist. Wahrscheinlich wür-

de sich die Wirksamkeit erhöhen, wenn die Strategien mit den Teilnehmenden über einen längeren Zeitraum trainiert werden könnten. Dadurch wäre mehr Zeit, um persönliche Beschwerden und Probleme der einzelnen Teilnehmenden zu besprechen. Beispielsweise könnte eine offene dritte Sitzung ergänzt werden, in der spezifische Wunschthemen der Teilnehmenden behandelt werden. In dieser Sitzung könnte auf individuelle Beschwerden und Probleme vertiefend eingegangen und es könnten mögliche Bewältigungsstrategien persönlich und an konkreten Beispielen erarbeitet werden. Der Transfer in den Alltag könnte somit gefördert werden.

— Im deutschsprachigen Forschungsraum existierten bisher keine evaluierten kurzen und niedrigschwelligen Psychoedukationsprogramme für neu ankommende Asylsuchende, die unabhängig von speziellen psychischen Störungen und Therapieangeboten sind.

Die Erfahrungen dieser Studie zeigten, dass die Rekrutierung der Zielgruppe erschwert war durch Sprachbarrieren und Misstrauen seitens der Geflüchteten, wie z. B. Angst vor falschen Aussagen, die ihren Asylprozess negativ beeinflussen könnten, fehlendes Verständnis/fehlende Kenntnisse über die Durchführung wissenschaftlicher Studien oder die Frage nach dem eigenen Nutzen bzw. fehlende Motivation. Zukünftige Anwender sollten sich dieser Barrieren bewusst sein und diese bei der Planung berücksichtigen. Eine intensive Aufklärung, Vertrauensbildung, Geduld und Vernetzung mit Kontaktpersonen, Kliniken oder Beratungsstellen können die Rekrutierung befördern.

Auffällig war das positive Antwortverhalten der Teilnehmenden, das vermutlich unter anderem zu den besonders positiven Ergebnissen führte. Wie in anderen transkulturellen Studien (Kizilhan, 2008) ist auch bei diesen Rückmeldungen zu beobachten, dass die meisten Teilnehmenden nicht vertraut im Umgang mit Fragebögen waren. Einigen Teilnehmenden waren das Nachvollziehen der visuellen Analogskala und das Beantworten durch das Setzen von Kreuzchen so fremd, dass sie auf Unterstützung vom Projektteam oder von anderen Teilnehmenden angewiesen waren. Gelegentlich kam es auch vor, dass die Zwischenstufen der Likertskala fremd waren. Dies könnte dazu geführt haben, dass die Antworten im Durchschnitt „extrem“ positiv ausgefallen sind. Vermutlich wurden einige Teilnehmende beim Ausfüllen der Evaluationsbögen durch die Anwesenheit von Gruppenleiterin, Dolmetschenden oder anderen Gruppenteilnehmenden beeinflusst.

Dennoch haben die vorliegende Arbeit und das entwickelte Konzept einen hohen praktischen Nutzen und bieten auch Anregungen für Forschungsvorhaben. Im deutschsprachigen

Forschungsraum existierten bisher keine evaluierten kurzen und niedrigschwelligen Psychoedukationsprogramme für neu ankommende Asylsuchende, die unabhängig von speziellen psychischen Störungen und Therapieangeboten sind. Die vorliegende Arbeit macht mit der Konzeption des „Gesundheits-Teegartens“ einen ersten Schritt, diese Lücke zu schließen.

Da das Programm niedrigschwellig konzipiert wurde, konnten Menschen unabhängig von Bildungsniveau und psychischer Gesundheit teilnehmen. Diese Konzipierung macht es möglich, dass das Programm für viele Asylsuchende offen war. Bei der Durchführung wurden keine Auffälligkeiten bezüglich Über- oder Unterforderung der Teilnehmenden beobachtet.

Das Manual zum „Gesundheits-Teergarten“ ist durch seine hohe Strukturiertheit für die praktische Anwendung für niedergelassene Psychotherapeuten und andere Berufsgruppen nützlich. Durch Beispielinstruktionen können sich mögliche Anwender ein besseres Bild von der angewandten Sprache machen. Konkrete Ver-

haltensregeln für die Gruppenleiterin, Teilnehmende und Dolmetschende erleichtern den Einsatz des Manuals. Zudem bieten sie Sicherheit im Umgang miteinander und mit der Durchführung des Programms. In jedem Modul ist außerdem eine Materialliste vorhanden, sodass Anwender einen Überblick erhalten, welche Materialien für das jeweilige Modul benötigt werden. Das Konzept kann in der interkulturellen Praxis, wie z. B. in Kliniken, Beratungsstellen, gemeinnützigen Vereinen oder Initiativen für Geflüchtete, Anwendung finden.

Es ist festzuhalten, dass diese Arbeit ein erster relevanter Schritt und ein modellhafter Versuch ist, psychologische Unterstützungs- und Beratungssysteme für neu eingereiste Asylsuchende zu entwickeln und zu etablieren. Dies als ein erstes Angebot für Geflüchtete in Form eines Manuals bereitzustellen, kann abschließend als gelungen betrachtet werden.

Literatur

- Demir, S., Mewes, R. & Reich, H. (Hrsg.). (2015). Beratung nach Flucht und Migration. Ein Handbuch zur psychologischen Erstbetreuung von Geflüchteten. Potsdam: WeltTrends.
- Birck, A. (2004). PEGI – Psychoedukative Gruppen zur interkulturellen Traumatherapie. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 2 (2), 77-89.
- Akinsulure-Smith, A.M. (2009). Brief psychoeducational group treatment with re-traumatized refugees and asylum seekers. Journal for Specialists in Group Work, 34, 137-150.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2005). Prävalenz der PTSD und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis, Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 12-20.
- Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copiery, N. & Maier, T. (2012). Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. BMC Psychiatry, 2012;12:114.
- Igel, U., Brähler, E. & Grande, G. (2010). Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migranten. Psychiatrische Praxis, 37, 183-190.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Hapke, U., Maske, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.U. (2014). 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.

Joksimovic, L., Wöller, W., Happ, M., Tress, W. & Kruse, J. (2011). Gruppentherapeutische Interventionen bei traumatisierten Flüchtlingen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 47 (3), 192-210.

Kizilhan, J. (2008). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 29 (4), 352-366.

Kizilhan, J. (2013). Kultursensible Psychotherapie. Hintergründe, Haltungen und Methodenansätze. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Knaevelsrud, C. & Liedl, A. (2007). Entwicklung eines Manuals einer psychoedukativen Gruppentherapie für traumatisierte Flüchtlinge. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3 (1), 75-85.

Laban, K. J., Gernaat, H.B.P.E, Komproe, I.H. & de Jong, J.T.V M. (2008). Die Auswirkungen eines langen Asylverfahrens auf die Gesundheit von Asylbewerbern. Eine Untersuchung unter irakischer Asylbewerbern in den Niederlanden. In E. Koch, M.J. Müller (2009), *Asyl und Psychiatrie* (S.79-95). Freiburg: Lambertus.

Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2010). Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensettings. Stuttgart: Schattauer.

Rössel-Cunovic, M. (1999). Kurz- Therapien für Flüchtlinge mit befristeter Duldung? Probleme und ausländerrechtliche Restriktionen der psychotherapeutischen Grundversorgung traumatisierter Flüchtlinge: Erfahrungen mit bosnischen Flüchtlingen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 99 (7), Nr. 1 und 2, 143-150.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A. & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and metaanalysis. *Journal of American Medical Association*, 302, 537-549.

Stewart, E. (2005). Exploring the Vulnerability of Asylum Seekers in the UK. *Population, Space and Place*, 11 (6), 499-512.

Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B. & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64.

Schriefers, S. (BafF, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer). Oberhessische Presse, 22.9.2015.



Dipl.-Psych. Serfiraz Demir

Dipl.-Psych. Serfiraz Demir, derzeit in Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, arbeitet aktuell in einer Akutpsychiatrie mit dem Schwerpunkt Krisenintervention. Als ehemalige Geflüchtete bringt sie ihre persönlichen Erfahrungen in diversen Projekten zum interkulturellen Austausch ein.



**Dr. Dipl.-Psych. Hanna Reich
(Reich de Paredes)**

Dr. Dipl.-Psych. Hanna Reich (Reich de Paredes) arbeitet derzeit als Bezugstherapeutin in einer Klinik für Akutpsychosomatik. Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen und therapeutischen Tätigkeit sind die Behandlungen von Traumafolgestörungen und von Patienten mit Migrationshintergrund.



**Dr. Dr. Dipl.- Psych. Ricarda Mewes
(Nater-Mewes)**

Korrespondenzadresse:
Philipps-Universität Marburg
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg
mewesr@uni-marburg.de

Dr. Dr. Dipl.-Psych. Ricarda Mewes (Nater-Mewes) arbeitet als Forscherin am Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg und ist als Psychotherapeutin an der angegliederten Hochschulambulanz tätig. Sie forscht seit vielen Jahren im Bereich der interkulturellen klinischen Psychologie und zu psychischer Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund.

Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung

Eine Umfrage an den Ausbildungsinstituten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland

Henning Freund & Werner Gross

Zusammenfassung: Der Stellenwert von Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität für die Psychotherapie hat sich in den letzten 20 Jahren verändert. Es gibt deutliche empirische Belege dafür, dass Psychotherapeuten eine größere Offenheit für diese Themenfelder entwickelt haben, sie sich aber nur unzureichend dafür ausgebildet fühlen. Die vorliegende Umfrage untersucht den aktuellen Stellenwert dieser Themen in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland. Von 199 angeschriebenen Psychotherapie-Ausbildungsinstituten antworteten 46 (23,6%). Die Mehrzahl maß der Integration dieser Fragestellungen etwas oder eine hohe Bedeutung bei, unabhängig von der theoretischen Ausrichtung. Viele Institute signalisierten eine inhaltliche Offenheit, wiesen aber auch auf Grenzen der Wissenschaftlichkeit und curriculären Integrierbarkeit hin. Diskutiert wird die Möglichkeit von Leitlinienformulierung, um Religiosität und Spiritualität als sogenannte Diversity-Variablen fachlich angemessen in der Ausbildung zu integrieren.

Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität

Die meisten Menschen setzen sich im Laufe ihres Lebens (und vor allem in Krisenzeiten) bewusst oder unbewusst mit den Grund- und Grenzerfahrungen des menschlichen Seins auseinander. Nicht selten stehen die sogenannten „Existenzialien“ wie die Erfahrung von Sinnlosigkeit, Einsamkeit oder Endlichkeit des Lebens sowie die Fragen nach Schuld, Leid und Verantwortung in engem Zusammenhang mit psychotherapeutischen Anliegen. Einige Psychotherapieschulen haben die Arbeit mit diesen existenziellen Fragen zum Zentrum ihres therapeutischen Selbstverständnisses gemacht (Correia, Cooper & Berdoncini, 2015). Dazu gehören beispielsweise die Existenzanalyse und die Logotherapie nach Viktor Frankl (1987), die Daseinsanalyse nach Ludwig Binswanger (1942) oder die von Irvin Yalom ausgearbeitete Existenzielle Psychotherapie (1980). Im Rahmen der vorliegenden Umfrage verstehen wir die Beschäftigung mit diesen „wesentlichen existenziellen Grundtatsachen des Lebens“ (Noyon & Heidenreich, 2012, S. 40) als *existenzielle Fragen* oder *Sinnfragen*. Ein wesentlicher Unterschied im Umgang mit diesen Fragen besteht zwischen sogenannten sinnkonstruktivistischen und sinnobjektivistischen Perspektiven (Noyon & Heidenreich, 2012). Sinnkonstruktivismus meint die individuelle Schaffung von Lebenssinn oder aber auch die Auseinandersetzung mit Sinnlosigkeit/Absurdität als Aufgabe jedes einzelnen Menschen ohne allgemeingültige Vorgaben. Anders dagegen gehen sinnobjektivistische Positionen von absoluten Sinnquellen auf einer letztgültigen Ebene aus – z. B. durch einen Transzendenzbezug oder eine Gottesvorstellung.

Religionen können als mögliche (sinnobjektivistische) Antwortsysteme auf die existenzielle Situation des Menschen und sein Bedürfnis nach Sinn betrachtet werden (Park, Edmondson & Hale-Smith, 2013). Hood, Hill und Williamson (2005) formulierten beispielsweise vier Kriterien, wie Religion zur Erzeugung von Sinn und Bedeutung beiträgt. Religionen sind demnach umfassende Überzeugungssysteme, die nahezu alle Grundthemen des Lebens berühren (*comprehensiveness*) und in verschiedenen Formen weltweit zugänglich sind (*accessibility*). Sie bieten die Möglichkeit der Selbsttranszendierung und der Verbindung mit etwas Größerem (*transcendence*). Schließlich schaffen Religionen mit normativen Ansprüchen Bedeutung und Orientierung (*claims*). Ein weiterer wichtiger Aspekt von *Religiosität* ist die soziale Einbindung des einzelnen Menschen im Rahmen von Religionsgemeinschaften oder Kirchen.

Der Begriff *Spiritualität* hat in den letzten Jahrzehnten einen enormen Bedeutungszuwachs erlebt. Dies betrifft die Selbstidentifikation von Menschen vor allem in den USA, aber zunehmend auch in Europa, die sich eher als „spirituell“ denn als „religiös“ bezeichnen. Die empirische Analyse, wie Menschen den Begriff Spiritualität konkret semantisch füllen, zeigt ein facettenreiches und komplexes Bild (Hood & Streib, 2016). Streib und Hood (2016) unterscheiden zwischen dieser „emischen“ Binnenperspektive der Befragten und dem „etischen“ wissenschaftlichen Diskurs als distanzierte Außenansicht auf den Begriff Spiritualität.

In Religionspsychologie und Soziologie wird das Konzept Spiritualität aufgrund seiner Uneindeutigkeit sehr kontrovers

diskutiert. Während Pargament (1997) Spiritualität ganz allgemein als die „Suche nach dem Heiligen“ verstehen will, fokussieren Streib und Hood (2011) mehr auf das privatisierte und erfahrungsorientierte Transzendenzerleben. Einigkeit besteht weitgehend in der Annahme, dass Spiritualität sowohl „vertikal“ (z. B. auf eine höhere Macht oder Gott) als auch „horizontal“ (z. B. im Naturerleben oder in non-theistische Verbundenheitserfahrungen) ausgerichtet sein kann.

„Religiosity gap“

Der Stellenwert von Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität für die Psychotherapie hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich verändert. Mehrere Indikatoren sprechen dafür, dass in der Psychotherapieforschung und bei den Psychotherapeuten selbst eine konnotative Wende in Bezug auf Religiosität und Spiritualität stattgefunden hat – weg von einer überwiegend kritischen oder ignorierenden Haltung, hin zu einer ausgewogeneren, auch ressourcenorientierten Perspektive. Während bis in die 1980er-Jahre fast ausschließlich die problematischen und pathologischen Aspekte von Religion im Fokus standen, wurden in neuerer Zeit in zahlreichen empirischen Studien auch Belege für einen positiven Zusammenhang von Religiosität/Spiritualität und Variablen psychischer Gesundheit veröffentlicht und auf die psychotherapeutische Praxis bezogen (Brentrup & Kupitz, 2015; Utsch, 2015).

Unter dem Stichwort „*religiosity gap*“ wurde lange Zeit die vermutete oder tatsächliche Differenz zwischen Psychotherapeuten und Patienten in ihrer persönlichen Haltung zur Religion zusammengefasst (Bergin & Jensen, 1990; Genia, 1994). Die aktuellen Forschungsbefunde zu diesem Vergleich lassen mehr und mehr an der generellen Existenz dieser

— Insgesamt gesehen scheinen die Psychotherapeuten selbst eine größere persönliche Affinität zu diesen Themen entwickelt zu haben als bislang gedacht.

weltanschaulichen Unterschiedlichkeit zweifeln. Sowohl Psychotherapeuten als auch Patienten verwenden – wie bereits angedeutet – immer häufiger den Begriff „spirituell“, um ihre persönliche, oft individualisierte und nicht an religiöse Glaubensorientierungen (christlich, buddhistisch, hinduistisch, islamisch u. a.) oder Institutionen (Kirchen, Glaubensgemeinschaften) gebundene Transzendenzerfahrung zu artikulieren. Die Selbstbezeichnung „religiös“ hingegen wird tendenziell weniger gebraucht (Delaney, Miller & Bisonó, 2013). Insgesamt gesehen scheinen die Psychotherapeuten selbst eine größere persönliche Affinität zu diesen Themen entwickelt zu haben als bislang gedacht. Obwohl Psychotherapeuten früher eher als eine der am ausgeprägtesten säkularen Berufsgruppen galten, zeigt eine unlängst veröffentlichte repräsentative

Umfrage unter ambulant arbeitenden Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland Überraschendes (Hofmann & Wallach, 2011): Eine religiöse und/oder spirituelle Weltanschauung besaßen danach ca. 59% der befragten Psychotherapeuten und 64% berichteten von einer moderaten bis starken Bedeutung von Religiosität/Spiritualität für das eigene Leben. Bei Psychotherapeuten kann der persönliche weltanschauliche Hintergrund in unterschiedlicher Weise die praktische psychotherapeutische Arbeit beeinflussen – dies kann bewusst und reflektiert geschehen – oder auch durch eine mehr oder weniger unbewusste Haltungsänderung. Mehr als die Hälfte der Befragten erwähnte eine bedeutsame Auswirkung ihrer persönlichen religiösen oder spirituellen Orientierung auf die eigene psychotherapeutische Arbeit. Allgemeiner formuliert kann man sagen: Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität spielen in der Psychotherapie eine größere Rolle als bisher angenommen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die Arbeit von Marquardt und Demling (2015). Die Studie untersuchte die Glaubenseinstellungen von Psychotherapeuten in einer christlich geprägten deutschen Region und interessierte sich besonders dafür, wie stark religiöse oder spirituelle Themenbereiche in die Behandlung integriert werden. Die Autoren befragten sowohl Ärztliche als auch Psychologische Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayern (Rücklauf 65%). Mehr als die Hälfte der befragten bayerischen Kollegen glaubt an eine fürsorgliche höhere Macht. Jeder Vierte ist an einer Weiterbildung zum Thema „Religion in der Psychotherapie“ (sehr) interessiert. Drei Viertel explorieren den Themenbereich „Religion“ nicht routinemäßig in der Anamnese, obwohl ebenfalls etwa drei Viertel die Kenntnis der religiösen Einstellung von Patienten für wichtig und sinnvoll halten. Eine Zusammenarbeit mit Seelsorgern erfolgt relativ selten. Ärzte sind in Schnitt etwas religiöser als Psychologen und arbeiten stärker mit Seelsorgern zusammen, während Psychologen häufiger religiöse Ressourcen aktivieren.

Dass die eigene Spiritualität für Psychotherapeuten wichtig ist, hat auch Lee (2014) in ihrer bundesweiten Personalstudie mit Beschäftigten an Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie herausgefunden. Über zwei Drittel der Befragten betrachteten Religiosität und Spiritualität als eine geeignete Coping-Strategie. Viele Befragte bemängelten, dass Aus- und Fortbildungsprogramme mit religiösen und spirituellen Themen bisher in der Regel nicht zur Verfügung stünden.

Studien aus den USA zeigen ein vergleichbares Bild (Cummings, Ivan, Carson et al., 2014; Smith & Orlinsky, 2004). Überwiegend berichten die Psychotherapeuten dort, dass sie in ihren Ausbildungsgängen nur unzureichend Gelegenheit bekamen, die Auswirkung ihrer persönlichen Weltanschauung auf ihre Arbeit mit den Patienten systematisch zu

reflektieren (Shafranske & Malony, 1990; Magaldi-Dopman, Park-Taylor & Ponterotto, 2011). Über 80% der befragten Psychotherapeuten aus dem erwähnten deutschen Sample (Hofmann & Walach, 2011) gaben ebenfalls an, dass in ihrem Ausbildungscurriculum selten oder nie über solche Themen gesprochen wurde. Die Mehrzahl wünschte sich allerdings eine stärkere Berücksichtigung des Themenfeldes Religiosität/Spiritualität in der postgradualen Ausbildung.

Ausbildungsinstitute

Wie stellt sich die Situation bei den psychotherapeutischen Ausbildungsträgern dar? Da wir kaum etwas wissen über die Haltung zu diesen Fragen an den Ausbildungsstätten in Deutschland, die nach §6 des PsychThG die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sicherstellen, kamen wir dazu, diese explorative Umfrage durchzuführen. Als Institutionen sind die Ausbildungsinstitute allein der Vermittlung von psychotherapeutischen Kompetenzen aus der wissenschaftlichen Perspektive der jeweiligen „Therapieschule“ verpflichtet. Sie besitzen eine zentrale Rolle für das psychotherapeutische Versorgungssystem, da sie auf der Basis der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PsychTh-APrV) die theoretische und praktische Ausbildung von Psychotherapeuten durchführen, die dann durch die staatliche Approbationsprüfung abgeschlossen wird. Nach unserem Wissenstand gibt es weltweit noch keinerlei empirische Studien zu folgenden Fragestellungen:

- Welchen Stellenwert besitzen die Themen Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität in den Ausbildungsplänen und in der konkreten praktischen Ausbildung der Ausbildungsinstitute für Psychotherapeuten und welche spezifischen Inhalte werden dazu in den Curricula vermittelt?
- Wie stehen die Ausbildungsinstitute generell dazu, die Themen Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität in ihre Curricula aufzunehmen?
- Gibt es Vorbehalte gegenüber der Integration dieser Themenfelder in die Psychotherapeutenausbildung und wenn ja, welche?

Zur Erhellung dieses Fragenkomplexes haben wir im Jahr 2014 eine Umfrage an allen Ausbildungsstätten in Deutschland durchgeführt, die eine Anerkennung nach §6 des PsychThG besitzen. Ziel dieser Befragung war es, Inhalte und didaktische Formen sowie mögliche Vorbehalte zur Integration der Themen Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapeutenausbildung festzustellen. Die Ergebnisse könnten hilfreich sein, die sich eröffnende Diskussion (s. Helbig-Lang und Schindler im Schwerpunkt „Psychotherapie und Religion/Spi-

ritualität“ im Psychotherapeutenjournal 2012/3 sowie Utsch im Psychotherapeutenjournal 2015/4) inhaltlich weiterzuführen und zu einer Verbesserung der Psychotherapeutenausbildung beizutragen.

Methode

Das Befragungsinstrument wurde von Mitgliedern einer Fachgruppe (BDP-Arbeitskreis Religionspsychologie, Spiritualität und Psychomarkt) im Rahmen eines Expertenkonsensusverfahrens entwickelt. Die Fragen dieser explorativen Studie sollten einer ersten Sichtung des Themenfeldes dienen, dieses aufhellen und einen Überblick liefern, ohne dass die Testgütekriterien der einzelnen Items näher untersucht wurden. Der überschaubare Fragebogen bezog sich auf folgende vier Fragebereiche zur Bedeutung von religiösen/spirituellen/existenziellen Themen in der Ausbildung von Psychotherapeuten:

1. generelle Bedeutungszuschreibung innerhalb des jeweiligen Ausbildungsinstituts,
2. tatsächliches Vorkommen im Curriculum des Ausbildungsinstituts,
3. wünschenswerte Themen- oder Fragestellungen,
4. mögliche Vorbehalte gegenüber einer Berücksichtigung in der Ausbildung.

Die Begriffe religiös/spirituell und existenziell/Sinnfragen wurden bewusst inhaltlich nicht näher definiert, um eine Offenheit für die jeweilige Bedeutungszuschreibung der Befragten zu gewährleisten. Es ging uns darum, diese „emische“ Perspektive (Streib & Hood, 2016) der Befragten zu erkunden. Antworten waren sowohl im Forced-Choice-Format (4-stufige Likert-Skalierung, Ja/Nein-Antworten) als auch im Freitext möglich.

Der Fragebogen wurde an alle 199 Institute verschickt, die in Deutschland nach §6 des PsychThG zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten berechtigt sind (Stand April 2014 gemäß Liste der Bundespsychotherapeutenkammer). Zunächst erfolgte die Befragung per E-Mail mit einem kurzen Anschreiben und einem Verweis auf den Fragebogen im Anhang. Die Anschreiben waren an die jeweiligen Institutsleitungen adressiert. In einer zweiten Erhebungsphase erhielten alle Ausbildungsstätten, von denen nach zwei Mo-

Wie stehen die Ausbildungsinstitute generell dazu, die Themen Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität in ihre Curricula aufzunehmen?

naten kein Antwortrücklauf erfolgt war, einen Reminder per Brief. Der Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen betrug 47 Exemplare, was einer Rücklaufquote von 23,6% entspricht.

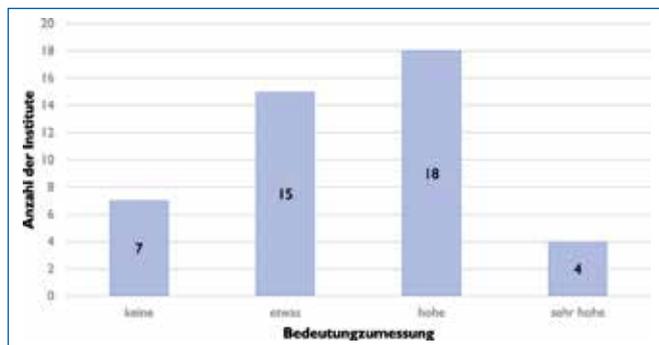


Abbildung: Bedeutung der Integration von religiösen/spirituellen/existenziellen Fragestellungen in die Psychotherapeutenausbildung bei den Ausbildungsstätten

Diese Rücklaufquote liegt im Bereich dessen, was bei sozialwissenschaftlichen Surveys an Institutionen (Baruch & Holtom, 2008: $M = 35,7\%$, $SD = 18,8$) erwartet werden kann. Die Ausbildungsinstitute, welche geantwortet hatten, wurden gemäß ihrer theoretischen Orientierung in zwei Gruppen zusammengefasst. Die erste Gruppe umfasste alle Ausbildungsinstitute mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung (51%), während in der zweiten Gruppe psychoanalytische und tiefenpsychologisch orientierte Ausbildungsstätten (45%) zusammengefasst wurden. Nur zwei Ausbildungsstätten (4%) konnten aufgrund anonymisierter Rücksendungen keiner theoretischen Orientierung zugeordnet werden.

Ergebnisse

Bei den Antworten auf die Frage, welche Bedeutung das jeweilige Ausbildungsinstitut der Integration von religiösen/spirituellen/existenziellen Fragestellungen in die Psychotherapeutenausbildung beimisst, zeigt sich eine umgekehrt U-förmige Verteilung (siehe Abbildung). Für die meisten Ausbildungsinstitute (33) besitzt dieser Themenkomplex „etwas“ oder eine „hohe Bedeutung“. Deutlich weniger Institute wählen die verbleibenden Alternativen von einer „sehr hohen“ (4) oder „gar keiner“ (7) Bedeutung. Zwischen den Ausbildungsstätten mit verhaltenstherapeutischer oder psychoanalytisch/tiefenpsychologischer Orientierung ergab sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Bedeutungszumessung (Mann-Whitney U-Test, $p = 0,769$ n. s.).

Etwas mehr als die Hälfte der Ausbildungsinstitute (58%), die auf die Umfrage antworteten, gaben an, religiöse/spirituelle/existenzielle Themenaspekte im Ausbildungscurriculum integriert zu haben. Bei der inhaltlichen Ausgestaltung ergab sich ein breites Spektrum an Themen mit eindeutigem Schwerpunkt auf dem psychotherapeutischen Umgang mit existenziellen Herausforderungen (Tabelle 1).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) sieht neben der praktischen Tätigkeit eine theoretische Ausbildung, Selbsterfahrung sowie Supervisionsstunden zu den praktischen Aus-

Themen im Ausbildungscurriculum	Häufigkeit der Nennung
Existenzielle Situationen (Trauer, Tod, schwere Krankheit, Alter)	27
Interkulturelle oder interreligiöse Aspekte von Psychotherapie	9
Sinnfindung/-fragen/-suche	8
(Berufs-)Ethik	5
Achtsamkeit	5
Suizidalität	4

Tabelle 1: Religiöse/spirituelle/existenzielle Themenaspekte im Ausbildungscurriculum

bildungsfällen vor. Viele Ausbildungsinstitute ordneten, ohne konkret danach gefragt zu werden, den Themenkomplex Religiosität/Spiritualität/Sinnfragen und existenzielle Fragen bestimmten Ausbildungsbestandteilen zu. Am häufigsten wurde die theoretische Ausbildung genannt, teils als spezielles Themenseminar, teils als Bestandteil übergeordneter Module. Auch die Zuordnung zur Selbsterfahrung bzw. der Lehranalyse wurde öfters erwähnt (Tabelle 2).

Ausbildungsbestandteil nach PsychTh-APrV	Anzahl der Nennungen
Theoretische Ausbildung (Vorlesung, Seminar, Übung)	
a) speziell zu Religiosität/Spiritualität/existenzielle Fragen	10
b) integriert in andere Themen (z. B. interkulturelle Psychotherapie)	19
Selbsterfahrung/Lehranalyse	7
Supervision	2
Anderes (z. B. Vortrag, Tagung am Institut)	2

Tabelle 2: Zuordnung des Themenfeldes Religiosität/Spiritualität zu den Ausbildungsbestandteilen nach PsychTh-APrV

Zwei Drittel der Ausbildungsstätten gaben an, keine Vorbehalte gegenüber einer Berücksichtigung psychologischer Aspekte von Religiosität/Spiritualität/Sinnfragen in der Psychotherapeutenausbildung zu haben. Vorbehalte äußerten dagegen 23% der Institute. Die geäußerten Vorbehalte waren formaler und inhaltlicher Art.

Aus formaler Sicht wurden mehrfach die fehlenden zeitlichen Ressourcen für solche Themen im Ausbildungscurriculum genannt; andere stellten fest, dass diese Themen keine dezidierten Bestandteile der Ausbildungs- und Prüfungsordnung seien. Bedenken und Vorbehalte inhaltlicher Art wurden auf der Basis wissenschaftstheoretischer Überlegungen eingebracht, die Unvereinbarkeiten zwischen Psychotherapie auf wissenschaftlicher Grundlage und den „weltanschaulichen“ Themen Religiosität und Spiritualität sahen. Beispiele für solche Stellungnahmen sind „Primäres Ziel der Ausbildung ist

die Vermittlung einer wissenschaftlichen Fundierung psychotherapeutischen Handelns“ oder „Weltanschauungen und religiöse Fragen an sich gehören nicht in die Ausbildung“.

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Antworten im Freitextformat fanden sich sowohl Erwähnungen von salutogenetischen (9) als auch pathogenetischen (6) Funktionszusammenhängen von Religiosität und Spiritualität. An gesundheitsförderlichen Aspekten wurden „Religiosität als Ressource“, die „Stabilisierung durch Spiritualität“ oder „Halt und Sinngebung durch den Glauben“ genannt. Eher hinderlich könnte nach Ansicht der Antwortenden „Religiosität als eine Barriere in der Therapie“ bzw. als ein „limitierender Faktor für Veränderungen“ wirken. Darüber hinaus wurde das Thema auch mit Attributen der klassischen psychologischen und philosophischen Religionskritik (Weinreich, 2011) assoziiert. Beispiele dafür sind die Begriffe „Dogmatismus, Rigidität und Realitätsferne“, oder „blinder Glaube“. Bisweilen wurden auch tradierte Positionen bestimmter psychotherapeutischer Schulen geäußert wie „Jungianer sind offen für das Thema“ oder „Die Psychoanalyse steht traditionell im Gegensatz zur Religion“. Eine andere Argumentationsfigur betonte eher die Wichtigkeit der Integration von Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapeutenausbildung als elementaren Bestandteil der „abendländischen Kultur“, der „menschlichen Grundbedürfnisse“ und der „Entwicklung zum Therapeuten“.

Diskussion

Die hier vorgestellte Umfrage zur Integration von Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapeutenausbildung ist nach unserem Wissen die erste, welche die Sicht der Ausbildungsstätten beleuchtet. Dazu wurden die Antworten von 47 Instituten aus der Grundgesamtheit von 199 Ausbildungsstätten ausgewertet. Die Umfrage unterliegt in ihrer Aussagekraft einer Reihe von methodischen und inhaltlichen Beschränkungen.

Die Rücklaufquote von 23,6% liegt zwar im zu erwartenden Bereich bei Umfragen an Institutionen, dennoch kann nicht von einem repräsentativen Bild gesprochen werden. Vor allem stellt sich die Frage nach einem möglichen *selection bias*. So könnten beispielsweise nur jene Ausbildungsinstitute geantwortet haben, die eine sehr positive oder eine sehr ablehnende Haltung gegenüber der Integration von Religiosität oder Spiritualität einnehmen, während die Indifferenten sich eventuell vom Untersuchungsgegenstand nicht zu einer Antwort motiviert fühlten. Gegen diese Annahme spricht allerdings die unimodale umgekehrt U-förmige Verteilung der generellen Bedeutungszumessung im mittleren Bereich, siehe Abbildung.

Ungeklärt ist weiterhin, ob die Rückantworten repräsentativ für ein ganzes Ausbildungsinstitut sind oder ob lediglich die Perspektive eines Institutsleiters oder Vorstandmitglieds kundgetan wurde. Insgesamt umfasste der Fragebogen aus

Gründen der Bearbeitungsökonomie *bewusst nur* vier Fragenkomplexe, die nur eine cursorische Abdeckung des Themenfeldes erlauben. Die psychometrischen Gütekriterien der einzelnen Items wurden nicht untersucht. Die Begriffe Religiosität/Spiritualität und Sinnfragen wurden im Fragebogen nicht voneinander abgegrenzt oder gar definiert. Dies erschwert aber auch die Interpretation, da die Antworten nicht immer exakt einem Begriff zugeordnet werden können. Aufgrund der methodischen und inhaltlichen Limitationen der Befragung kann eher von einer explorativen Studie gesprochen werden, die hypothesengenerierend und diskussionsanregend sein will.

Zusammengefasst ergaben sich aus inhaltlicher Sicht folgende ersten Hinweise zur Ausbildungssituation in Deutschland:

- Die Mehrzahl der Institute misst der Integration von religiösen/spirituellen/existenziellen Fragestellungen etwas oder eine hohe Bedeutung bei.
- Dabei ergaben sich keine Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch/tiefenpsychologisch orientierten Ausbildungsstätten.
- Als thematisch besonders relevant gelten Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität im Rahmen existenzieller Lebenssituationen und im Kontext einer interkulturellen Psychotherapie.
- Verankert ist die didaktische Vermittlung dieses Themenfeldes vor allem im theoretischen Ausbildungsbestandteil und in der Selbsterfahrung.
- Leicht überwogen die Erwähnungen von Religiosität/Spiritualität als einem salutogenetischen Faktor gegenüber den problematischen Funktionszusammenhängen oder religionskritischen Äußerungen.
- Häufigste Vorbehalte gegenüber einer Integration ins Ausbildungscurriculum waren die fehlende Prüfungsrelevanz, fehlende zeitliche Ressourcen und die problematische Grenzziehung zwischen Psychotherapie als wissenschaftlich fundierter Heilkunde versus religiös/spirituellem Glauben.

Wie sind diese Befunde nun einzuordnen? Um eine eingangs verwendeten Begrifflichkeit nochmals aufzugreifen, kann man nach den Umfrageergebnissen für die Psychotherapieausbildungsstätten in Deutschland heute einen geringeren *religiosity gap* annehmen als vermutet. Die Relevanz des religiös-weltanschaulichen Hintergrundes von Patienten und Psychotherapeuten sowie die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen für das psychotherapeutische Arbeiten sind mittlerweile anerkannt und teilweise auch im Lehrplan abgebildet.

Vorwiegend wurde eine sachliche Offenheit für diese Themen signalisiert, jedoch auch auf zeitliche oder curriculare Zwänge verwiesen. Rein religionskritisch motivierte Ablehnungen waren die Ausnahme. Insgesamt jedoch fiel eine hohe Vari-

abilität der inhaltlichen Auseinandersetzung mit diesem Themenfeld auf, die weder auf einen definierten Wissenskanon Bezug nahm noch von erlernbaren psychotherapeutischen Kompetenzen ausging. Vielmehr wurde Religion und Spiritualität häufig mit den Begriffen „individuelle Überzeugungen“, „private Ideologie“ oder „Unterschiedlichkeit“ assoziiert. Damit können sie – vergleichbar mit Fragestellungen im kulturellen Bereich – als sogenannte Diversity-Variablen gelten, mit deren Integration sich empirisch fundierte Behandlungsverfahren lange Zeit sehr schwer taten (LaRoche & Christopher, 2008). Dies beginnt sich für den Diversity-Aspekt Kultur gerade auch angesichts der Migrationssituation in Europa deutlich zu verändern. Beispielsweise gibt es Ansätze zu einer Leitlinienformulierung für inter-/transkulturelle Kompetenzen in der Ausbildung von Psychotherapeuten (Möske & von Lersner, 2014). Vergleichbare Leitlinienformulierungen fehlen gänzlich für die Bereiche Religiosität und Spiritualität sowie existenzielle Fragen. Unter einer „kultursensiblen“ Psychotherapie ist die Adaptation der psychotherapeutischen Behandlung an Sprache, kulturelle Werte und Bedeutungen sowie an kulturspezifische Krankheitskonzepte von Patienten zu verstehen. Dabei haben empirische Untersuchungen gezeigt, dass diese Adaptationen umso wirksamer ausfielen, je spezifischer sie auf den jeweiligen kulturellen Hintergrund ausgerichtet waren (Smith, Domenech, Rodriguez & Bernal, 2011). Während der Begriff „kultursensible Behandlung“ häufiger gebraucht wird (Witztum & Buchbinder, 2001; Kizilhan, 2009; Glaesmer, Brähler & v. Lersner, 2012), hat sich das Pendant „religions-sensible Therapie“ noch nicht etablieren können. Immerhin sind in letzter Zeit in Deutschland schon erste einschlägige Lehrbücher erschienen (z. B. Utsch, Bonelli & Pfeifer, 2014), in denen auch entsprechende psychotherapeutische Kompetenzen formuliert werden.

Unterschieden werden können hier Wissenskompetenzen, praktische psychotherapeutische Fähigkeiten und Kompetenzen der Selbstreflexion (Bartoli, 2007). Der Wissensbestand ist mittlerweile sehr differenziert und empirisch gut abgesichert. In diesem Zusammenhang kann die religiöse Coping-Forschung genannt werden (Pargament, 1997), die die Bedeutung von Religiosität für die Bewältigung von Stress untersucht. Im Rahmen der religiösen Bindungstheorie (Kirkpatrick, 2005; Friedrich-Killinger, 2014) liegt mittlerweile eine breite Befundbasis für die psychischen Wirkmechanismen von transzendenten Bindungserfahrungen vor.

Als letztes Beispiel kann die umfangreiche Literatur zur Religionspsychopathologie genannt werden, die die Wechselwirkung von spezifischen psychischen Störungsbildern und religiösen Erfahrungen untersucht. Aber auch auf der Diagnostik- und Interventionsebene sind spezifische praktische Kompetenzen zu vermitteln. Anleitungen zur Integration des Themas Spiritualität in die Anamnese zeigen Möglichkeiten auf, wie dieser Tabubereich sensibel und ergebnisoffen zur Sprache gebracht werden kann. Breit diskutiert wird die Frage, in welcher Form Religiosität/Spiritualität in den Behandlungsprozess integriert werden kann (Grom, 2012) und ob

sogenannte „spirituelle Interventionen“ einen legitimen Platz in der Psychotherapie einnehmen können. Zum praktischen Umgang mit existenziellen (Sinn-)Fragen in der Psychotherapie (Noyon & Heidenreich, 2012) und berufsethischen Problemen (Barnett & Johnson, 2011) liegen mittlerweile fundierte Veröffentlichungen vor. Der Ausbildungsbestandteil Selbsterfahrung könnte von einem Gewahrwerden (*awareness*) der eigenen Sichtweisen und Vorurteile im religiös/spirituellen Bereich profitieren. Dabei könnten auch eigene Erfahrungen mit existenziellen Situationen und deren psychischer Verarbeitung zur Sprache kommen.

Insgesamt gesehene signalisierte der größte Teil der von uns befragten Ausbildungsstätten Offenheit und auch positive Bedeutungszumessung für psychologische Aspekte von Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapie. Andererseits ist die Ausbildungssituation für Psychologische Psychotherapeuten in Bezug auf den professionellen Umgang mit Religiosität/Spiritualität und Sinnfragen noch weit von einer Standardisierung und wissenschaftlichen Fundierung entfernt. Hier könnten Leitlinienformulierungen und eine stärkere Verankerung in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PsychTh-APrV) Fortschritte darstellen und auch den Bedürfnissen der praktisch tätigen Psychotherapeuten entsprechen.

Deshalb ist diese exploratorische Umfrage sicher nur ein erster Schritt, dem – gerade in Zeiten von Migration und zunehmend notwendiger Integration von Flüchtlingen aus unterschiedlichen Kulturen und einer zukünftigen multi-religiösen Gesellschaft – weitere Studien folgen müssten. Schließlich werden auch zukünftige Psychotherapeutengenerationen ganz sicher mit den Fragen nach Lebenssinn und individueller Bedeutung von Religion und Spiritualität ihrer Patienten konfrontiert werden. Und darauf sollten sie schon während ihrer Ausbildung vorbereitet werden.

Wir danken allen Ausbildungsinstituten, die an dieser Umfrage teilgenommen haben. Ein herzlicher Dank geht auch an Prof. Michael Utsch (Berlin) für seine hilfreichen Kommentare zum Manuskript.

Literatur

- Barnett, J.E. & Johnson, W.B. (2011). Integrating Spirituality and Religion Into Psychotherapy: Persistent Dilemmas, Ethical Issues, and a Proposed Decision-Making Process. *Ethics & Behavior*, 21 (2), S. 147-164.
- Bartoli, E. (2007). Religious and spiritual issues in psychotherapy practice: Training the trainer. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (1), S. 54-65.
- Baruch, Y. & Holtom, B.C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 61 (8), S. 1139-1160.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Niehans.
- Bergin, A. & Jensen, J. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27, S. 3-7.
- Brentrup, M. & Kupitz, G. (2015). *Rituale und Spiritualität in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Correia, E.A., Cooper, M. & Berdondini, L. (2015). Existential psychotherapy: An international survey of the key authors and texts influencing practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45 (1), S. 3-10.

Cummings, J.P., Ivan, M.C., Carson, C.S., Stanley, M.A. & Pargament, K.I. (2014). A systematic review of relations between psychotherapist religiousness/spirituality and therapy-related variables. *Spirituality in Clinical Practice*, 1 (2), S. 116-132.

Delaney, H.D., Miller, W.R. & Bisonó, A.M. (2013). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Spirituality in Clinical Practice*, 1 (5), S. 95-106.

Frankl, V.E. (1987). *Logotherapie und Existenzanalyse*. München/Zürich: Piper.

Friedrich-Killinger, S. (2015). Die Bindungsbeziehung zu Gott. Ein dynamischer Wirkfaktor in der Psychotherapie? Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Genia, V. (1994). Secular psychotherapists and religious clients: Professional considerations and recommendations. *Journal of Counseling & Development*, 72 (4), S. 395-398.

Glaesmer, H., Brähler, E. & von Lersner, U. (2012). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. Stand des Wissens und Entwicklungspotenziale. *Psychotherapeut*, 57 (1), S. 22-28.

Grom, B. (2012). Religiosität/Spiritualität – Eine Ressource für Menschen mit psychischen Problemen? *Psychotherapeutenjournal*, 11 (3), S. 194-201.

Helbig-Lang, S. & Schindler, H. (2012). Psychotherapie und Religion/Spiritualität – Eröffnung einer Diskussion. *Psychotherapeutenjournal*, 11 (3), S. 194.

Hofmann, L. & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21 (2), S. 179-192.

Hood, R.W. Jr., Hill, P.C. & Williamson, W.P. (2005). *The psychology of religious fundamentalism*. New York: Guilford.

Hood, R.W. & Streib, H. (2016) "Fuzziness" or Semantic Diversification? Insights about the Semantics of "Spirituality" in Cross-Cultural Comparison. In H. Streib, R.W. Hood (Eds.), *Semantics and Psychology of "Spirituality"*. A Cross-cultural Analysis. Heidelberg, New York, Dordrecht: Springer, S. 153-161.

Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution and the psychology of religion*. New York: Guilford.

Kizilhan, J. (2009). Kultursensitiv-narrative Traumatherapie – Die Gegenwärtigkeit der Vergangenheit und ihre therapeutische Bearbeitung. In T. Heise & S. Golsabahi (Hrsg.). *Transkulturelle Psychiatrie*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

La Roche, M. & Christopher, M.S. (2008). Culture and empirically supported treatments. On the road to a collision? *Culture and Psychology*, 14 (3), S. 333-356.

Lee, E. (2014). Religiosität bzw. Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Ihre Bedeutung für psychiatrisches Wirken aus der Sicht des psychiatrischen Personals anhand einer bundesweiten Personalbefragung. Würzburg: Echter.

Magaldi-Dopman, D., Park-Taylor, J. & Ponterotto, J. G. (2011). Psychotherapists' spiritual, religious, atheist or agnostic identity and their practice of psychotherapy: A grounded theory study. *Psychotherapy Research*, 21 (3), S. 286-303.

Marquardt, M. & Demling, J.H. (2015). *Psychotherapie und Religion. Eine Erhebung unter Psychotherapeuten in Süddeutschland*. Münster: Lit.

Möskö, M. & v. Lersner, U. (2014). Kultursensibel – aber wie? Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen. Verfügbar unter: <https://www.psychologie.hu-berlin.de/de/prof/the/Leitlinien> [30.4.2015].

Noyon, A. & Heidenreich, T. (2012). *Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung*. Weinheim: Beltz.

Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford.

Park, C.L., Edmondson, D. & Hale-Smith, A. (2013). Why religion? Meaning as the motivation. In K.I. Pargament, J.J. Exline, J. Jones, & A. Mahoney (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shafranske, E. P. & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, S. 72-78.

Smith, T., Domenech Rodríguez, M.M. & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67, S. 166-175.

Smith, D.P. & Orlinsky, D.E. (2004). Religious and Spiritual Experience Among Psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (2), S. 144-151.

Streib, H. & Hood, R.W. (2016). Understanding „Spirituality“ – Conceptual Considerations. In H. Streib, R.W. Hood (Eds.), *Semantics and Psychology of „Spirituality“*. A Cross-cultural Analysis (pp. 3-17). Heidelberg, New York, Dordrecht: Springer.

Utsch, M. (2015). Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus? Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen in der Psychotherapie – Teil I. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (4), S. 347-351.

Utsch, M., Bonelli, R. & Pfeifer, S. (2014). Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Heidelberg: Springer.

Weinreich, M. (2011) *Religion und Religionskritik: ein Arbeitsbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Witztum, E. & Buchbinder, J.T. (2001). Strategic culture sensitive therapy with religious Jews. *International Review of Psychiatry*, 13 (2), S. 117-124.

Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.



Prof. Dr. phil. Henning Freund

Psychologischer Psychotherapeut
Evangelische Hochschule Marburg
Dürerstr. 43
35039 Marburg
henning.freund@eh-tabor.de

Prof. Dr. Henning Freund ist Studienleiter des Masterstudiengangs „Religion und Psychotherapie“ an der Evangelischen Hochschule in Marburg. Zudem ist er als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Heidelberg und Supervisor in der Psychotherapeut(inn)enausbildung tätig.



Dipl.-Psych. Werner Gross

Psychologischer Psychotherapeut
Psychologisches Forum Offenbach
Bismarckstr. 98
63065 Offenbach am Main
pfo-mail@t-online.de

Dipl.-Psych. Werner Gross ist als Psychologischer Psychotherapeut, Dozent, Supervisor und Coach am Psychologischen Forum Offenbach (PFO) und an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Psychotherapeut(inn)en tätig. Seit 1994 leitet er den Arbeitskreis „Religionspsychologie, Spiritualität und Psychomarkt“ im Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP).

Berufsständische Versorgungswerke als zentrale Säule der Alters- und Berufsunfähigkeitsabsicherung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Autorengruppe Versorgungswerke

Zusammenfassung: Berufsständische Versorgungswerke gehören neben der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beamtenversorgung zur ersten Säule der Alterssicherung in Deutschland. Die Versorgungsverhältnisse beruhen nicht auf individuellen Verträgen, sondern entstehen kraft Gesetz. Sie sind als auskömmliche Basisversorgung für die Mitglieder konzipiert. Die Versorgungswerke sind Körperschaften/Anstalten des öffentlichen Rechts und kommen ihren Aufgaben in Selbstverwaltung nach. Nur Angehörige eines kammerfähigen freien Berufes (Ärzte, Architekten, Psychotherapeuten etc.) können dort ihre Altersversorgung organisieren, sofern ein jeweiliges Landesgesetz, beispielsweise ein Heilberufsgesetz, dies vorsieht. Dieser Beitrag stellt die wesentlichen Grundzüge der vier Versorgungswerke für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland vor. Der Fokus liegt dabei auf den Gemeinsamkeiten der Einrichtungen. In den nächsten Ausgaben des Psychotherapeutenjournals berichtet jeweils ein Versorgungswerk über seine spezifischen Besonderheiten und Merkmale. Den Anfang macht in Ausgabe 3/2016 dann das Psychotherapeutenversorgungswerk Niedersachsen (PVW).

In der Bundesrepublik Deutschland können bestimmte Angehörige der verkammerten freien Berufe ihre Altersvorsorge im Rahmen einer berufsständischen Versorgung organisieren. Voraussetzung für die Gründung eines berufsständischen Versorgungswerks ist eine entsprechende Regelung in einem Landesgesetz des jeweiligen Bundeslandes.

Angehörige einer Psychotherapeutenkammer gehören zu dieser Personengruppe. Mit Ausnahme von Berlin regelt die Landesgesetzgebung der Bundesländer, dass die Altersvorsorge für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch ein berufsständisches Versorgungswerk erfolgen soll. Die Versorgungswerke sind dabei den Kammern nachgeschaltet. Pflichtmitglied eines Versorgungswerks sind alle Angehörigen einer Psychotherapeutenkammer (außer Berlin), sofern keine Ausnahmeregelung greift.

Insgesamt sichern vier Versorgungswerke die Angehörigen der Psychotherapeutenkammern ab:

- das Psychotherapeutenversorgungswerk Niedersachsen (PVW – gegründet in 2002; zuständig für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Hessen),
- das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer

Nordrhein-Westfalen (PTV – gegründet in 2004; zuständig für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg sowie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer),

- das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH – gegründet in 2005; zuständig für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein)
- sowie die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BIngPPV – Psychotherapeutenversorgung gegründet in 2006; zuständig für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Bayern und Saarland).

—— **Berufsständische Versorgungswerke arbeiten nach den Grundsätzen Solidität und Leistungsfähigkeit. Sie sind kein Sonderweg zur Rente, sondern ein Regelfall der Altersversorgung.**——

Unter www.psychotherapeutenversorgungswerke.de sind die für die Bundesländer jeweils zuständigen Versorgungswerke übersichtlich verlinkt.

Berufsständische Versorgungswerke arbeiten nach den Grundsätzen Solidität und Leistungsfähigkeit. Sie sind kein

Sonderweg zur Rente, sondern ein Regelfall der Altersversorgung. Versorgungswerke stehen im gegliederten System der Altersversorgung auf einer Stufe mit der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beamtenversorgung. Angestellte Mitglieder der Psychotherapeutenkammern haben jedoch nicht das Recht, sich nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien zu lassen. Diese Mitglieder bleiben mit ihren Einkünften aus angestellter Tätigkeit in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) pflichtversichert und entrichten dorthin ihre Rentenversicherungsbeiträge. Aus diesem Grund können sie sich in der Regel für diese Beschäftigung im Versorgungswerk befreien lassen oder das Versorgungswerk als ergänzende Altersversorgung nutzen.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können als Mitglieder eines Versorgungswerkes auf Leistungen vertrauen, die in einem guten Verhältnis zu den eingezahlten Beiträgen stehen. Bei regelmäßigen Zahlungen in ausreichender Höhe ermöglicht die berufsständische Altersversorgung Mitgliedern und ihren Angehörigen eine auskömmliche Basisabsicherung für das Alter, für die Hinterbliebenen und bei Berufsunfähigkeit.

Von Mitgliedern für Mitglieder

Vertreterinnen und Vertreter der Mitglieder beschließen über das Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht eines Versorgungswerkes nach demokratischen Grundsätzen. Versorgungswerke sind eigenfinanziert. Sie nutzen keine Staatszuschüsse, sondern erfüllen ihren Versorgungsauftrag in Eigeninitiative und mit eigenen Mitteln.

Umfassende Versorgung

Der Versorgungsauftrag der berufsständischen Einrichtungen umfasst nicht nur die Altersrente, sondern auch die Hinterbliebenenversorgung für Witwen, Witwer, eingetragene Le-

— Der Versorgungsauftrag der berufsständischen Einrichtungen umfasst nicht nur die Altersrente, sondern auch die Hinterbliebenenversorgung sowie Zahlungen im Fall der Berufsunfähigkeit.

benspartnerinnen und -partner sowie Waisen. Hinzu kommen Zahlungen im Fall der Berufsunfähigkeit. Auf diese Leistungen besteht ein Rechtsanspruch. Darüber hinaus können, je nach Versorgungswerk, unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden. Kurz: Es wird ein Gesamtpaket zur Verfügung gestellt, das bei entsprechender Beitragsentrichtung die Mitglieder und ihre Familien vollumfänglich absichert. Dabei orientieren sich die Pflichtbeiträge am Beitragssatz und der

Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Zudem ist die Zugangsschwelle niedrig: Eine neu approbierte Psychotherapeutin oder ein neu approbierter Psychotherapeut durchläuft keine Gesundheitsprüfung und größere Risiken führen nicht zu einem höheren Beitrag oder gar einem Haftungsausschluss. Denn im Unterschied zur privaten Rentenversicherung erfolgt bei den Versorgungswerken wie auch bei der DRV ein solidarischer Risikoausgleich. Ein weiterer Unterschied im Vergleich zu privaten Trägern ist, dass der Schutz sofort nach Zahlung des ersten Beitrags ohne Wartezeit einsetzt.

Finanzierung und Organisation machen den Unterschied

Wie ist eine solche Leistungsdichte möglich? Eine Antwort auf diese Frage liefern die Finanzierung und die Organisation. Dort finden sich zwei wesentliche Unterschiede zur privaten und zur gesetzlichen Rentenversicherung. Wesentliches Merkmal der berufsständischen Einrichtungen sind niedrige Verwaltungskosten. Denn anders als bei der privaten Versicherung schmälern keine Provisionszahlungen, Werbemaßnahmen, interne Abschlusskosten, Steuern – insbesondere Körperschaftssteuern –, Rückversicherungen und Dividenden das Kapital, welches für Leistungen zur Verfügung steht. Hinzu können Synergien kommen. Ein Beispiel ist die Zusammenarbeit mit anderen Versorgungswerken auf der Verwaltungsebene durch länder- oder versorgungswerksübergreifende Vereinbarungen. Durch solche Kooperationen, die auch die Psychotherapeutenversorgungswerke nutzen, verteilen sich die Aufwände für die Geschäftsstelle oder auch für neue Angebote, wie etwa ein Mitgliederportal, auf mehrere Schulen.

Anders als bei der gesetzlichen Rentenversicherung mit ihrem Umlageverfahren nutzen Versorgungswerke kapitalbildende Modelle. Der Vorteil der Kapitaldeckung liegt im Mehrwert, den die Verzinsung der Beitragsgelder am Kapitalmarkt generiert. Diesen Vorteil zu heben, ist angesichts der aktuellen Niedrigzinsphase zwar schwieriger geworden, aber bei einer breit gefächerten Anlagestrategie nach wie vor möglich.

Sicherheit ist keine Frage

Dabei ist die Rente sicher. Zum einen besitzen die Versorgungswerke einen soliden Kapitalstock, der sich durch die laufenden Beiträge weiter vergrößert. Außerdem sorgt eine Verteilung mit vielen Mitgliedern in der aktiven Berufsphase und relativ wenigen Leistungsempfängern, wie sie bei vielen

Versorgungswerken noch für einige Jahrzehnte gegeben ist, für zusätzliche Liquidität. Zum anderen nutzen die Versorgungswerke zwar den Kapitalmarkt, um Erträge zu erwirtschaften, verfolgen dabei aber eine Anlagestrategie, die Sicherheit vor Renditemaximierung setzt. Neben den Vorgaben und der Kontrolle durch interne Gremien helfen dabei die staatliche Rechts- und Versicherungsaufsicht und das eigene Risikomanagement, welches Investments und Prozesse fortlaufend bewertet.

Außerdem kontrolliert ein Wirtschaftsprüfer im Rahmen der Jahresabschlussprüfung die Risiken der internen Prozesse. Ein Versicherungsmathematiker untersucht jährlich die rechnerischen Grundlagen für die Kalkulation der Leistungen und

macht gegebenenfalls Vorschläge, um möglichen Fehlentwicklungen frühzeitig vorzubeugen. Alles zusammen – eige-

— Die homogene Mitgliederstruktur ermöglicht effektives Arbeiten der berufsständischen Versorgungswerke. —

ne Kontrollen, die Expertise externer Fachleute und die staatliche Aufsicht – sorgt für eine mehrfache Absicherung.

Die geleisteten freiwilligen Zusatzbeiträge machen oftmals einen erheblichen Teil des gesamten Beitragsvolumens aus. Dies interpretieren wir als hohe Zufriedenheit der Mitglieder mit dem Leistungsumfang ihres Versorgungswerkes und als Ausdruck einer engen Verbundenheit.



Dipl.-Psych. Werner Köthke

Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW)
Neue Wiesen 3
30855 Langenhagen
info@p-v-w.eu

Vorsitzender des Verwaltungsrates (Niedersachsen)



RA Andreas Kühnelt

Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH)
Alter Markt 1-2
24103 Kiel
info@vw-pksh.de

Vorsitzender des Verwaltungsrates (Schleswig-Holstein)



Dipl.-Psych. Olaf Wollenberg

Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTV)
Breite Straße 69
40213 Düsseldorf
office@ptv-nrw.de

Vorsitzender des Verwaltungsrates (Nordrhein-Westfalen)



Prof. Dipl.-Ing. Rolf Sennewald

Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BIngPPV)
Postfach 810206
81901 München
bingppv@versorgungskammer.de

Vorsitzender des Verwaltungsrates (Bayern)

Korrespondenzadresse: Bei Rückfragen können sich Leser und Leserinnen an das für sie zuständige Versorgungswerk wenden.

Interview

„Wenn sich die geplante Psychotherapieweiterbildung nicht zu einem „closed shop“ entwickeln soll, benötigen wir kreative Lösungen“

Das PTJ im Gespräch mit Reinert Hanswille, ifs Essen, sowie Dorothee Wienand-Kranz und Jochen Eckert, IfP Hamburg

Mareke de Brito Santos-Dodt & Manfred Thielen

Redaktionelle Vorbemerkung:

Das PTJ setzt in diesem Heft seine Reihe mit Interviews zur Reform der Ausbildung fort. Gesprächspsychotherapie (GPT) und Systemische Therapie (ST) sind die beiden Psychotherapieverfahren, denen nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes die wissenschaftliche Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) erteilt wurde, sodass eine zur Approbation führende Ausbildung mit diesen Schwerpunkten möglich wurde. Beiden Verfahren fehlt jedoch die sozialrechtliche Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Im Unterschied zu den Ausbildungsinstituten der Richtlinienverfahren können hier also die in der Ausbildung zu erbringenden Psychotherapien nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Für 600 Stunden Psychotherapie müssen Selbstzahler gefunden werden und die Absolventinnen und Absolventen¹ dieser Ausbildung bleiben auf Verdienstmöglichkeiten außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen angewiesen.

So ist zu fragen, welche Konsequenzen sich daraus für die jetzige Ausbildung mit dem Schwerpunkt GPT bzw. ST ergeben und welche Hoffnungen mit der Reform verknüpft sind. Wir haben mit Dr. Dorothee Wienand-Kranz, Ausbildungsleiterin im Schwerpunkt GPT am Institut für Psycho-

therapie der Universität Hamburg (IfP) und Professor Dr. Jochen Eckert, stellv. geschäftsführender Direktor am IfP, sowie mit Reinert Hanswille, Leiter am Institut für Systemische Familientherapie, Supervision und Organisationsentwicklung (ifs) in Essen gesprochen.

Steht die GPT vor dem Aus? Bleibt die Systemische Therapie weiterhin stark nachgefragt? Wird in dem geplanten Direktstudium eine Chance für die Lehre in den vier Grundorientierungen – Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie, Systemische Therapie und Humanistische Psychotherapie – gesehen? Wird sich die Verfahrensvielfalt auch in der Weiterbildung nicht durchsetzen können? Die Vertreter der beiden Institute nehmen dazu Stellung, formulieren Erwartungen und Wünsche, aber auch Bedenken und Skepsis.

In Ergänzung zu diesem Interview finden Sie den Bericht von Jana Lammers und Julia Spreitz, den bisher einzigen Psychologinnen in Deutschland, die die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt GPT abgeschlossen haben. Sie schildern die Schwierigkeiten, die mit einem Nicht-Richtlinienverfahren hinsichtlich Ausbildung und Berufsperspektive verbunden sind, und erneuern die Forderung, die Diskrepanz zwischen Berufsrecht und Sozialrecht aufzuheben.

PTJ, Mareke de Brito Santos-Dodt (S): Wie schätzen Sie die gegenwärtigen Bedingungen ein, unter denen Sie eine staatlich anerkannte Ausbildung in Gesprächspsychotherapie bzw. in Systemischer Therapie anbieten, die zwar zur Approbation, nicht aber zur sozialrechtlichen Anerkennung führt?

Dorothee Wienand-Kranz (W-K): Das Institut für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg hatte 2005 als erstes und einziges Institut in Deutschland mit einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) im Schwerpunkt GPT begonnen. Von einer Ausbildung unter den gegenwärtigen Bedingungen können wir nur abraten, weil das Fehlen der sozialrechtlichen Anerkennung gravierende Folgen hat. Zum einen verlängert sich der gesetzlich vorgesehene Aus-

bildungszeitraum von fünf Jahren auf bis zu zehn Jahre, weil die Ausbildungsteilnehmer auf die Behandlung von Selbstzahlern angewiesen sind, die zumindest ein Mindesthonorar aufbringen müssen, mit dem die Supervisionskosten finanziert werden. Selbstzahler, die psychotherapeutische Hilfe bei einem Psychotherapeuten in Ausbildung suchen, sind kaum zu finden. Zum anderen bietet eine Ausbildung im Schwerpunkt GPT den Absolventen nicht die Perspektive, nach der Approbation den Beruf so ausüben zu können, dass damit der eigene Lebensunterhalt oder der einer Familie gesichert werden könnte. Das hat dazu geführt, dass es derzeit in Deutschland kein Ausbildungsangebot zum PP mit Schwerpunkt GPT

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

mehr gibt. Die Ausbildung mit Schwerpunkt GPT am IfP der Universität Hamburg wurde nach der Entscheidung des G-BA ab 2008 eingestellt.

Reinert Hanswille (H): Bei uns Systemikern ist die Situation anders: Gegenwärtig gibt es zwei Ausbildungsstätten, das ifs, Institut für Systemische Familientherapie, Supervision und Organisationsentwicklung in Essen, und die GST, Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung in Berlin, die eine Ausbildung im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie anbieten. Die erste Approbation gab es jetzt im Frühjahr und im Herbst werden weitere zehn Kollegen zur Prüfung zugelassen. Das alleine deutet schon darauf hin, dass die Bedingungen schwer sind. Neben der im Moment noch fehlenden Perspektive einer Niederlassung ist die Unmöglichkeit der Refinanzierung der Praktischen Ausbildung durch die Gesetzlichen Krankenkassen nach § 117 SGB V die stärkste Einschränkung. Trotzdem absolvieren inzwischen ca. 160 Kollegen in den beiden Ausbildungsstätten ihre Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und PP. Sie nehmen dabei in der Regel finanziell deutlich schlechtere Bedingungen in Kauf, da sie unbedingt ST erlernen möchten.

PTJ, Manfred Thielen (T): Wie ist die Nachfrage für Ihre Ausbildung? Was ist die Motivation der Teilnehmer, eine Ausbildung in einem Nicht-Richtlinienverfahren zu machen?

W-K: Die Ausbildung zum PP mit Schwerpunkt GPT am IfP war bis zur Ablehnung der sozialrechtlichen Zulassung durch den G-BA außerordentlich stark nachgefragt: Die Zahl der Bewerber überstieg die Zahl der freien Ausbildungsplätze jeweils um 50%. Im ersten Jahr nach der Ablehnung gab es noch genauso viele Bewerber wie freie Plätze. Die Leiter der Ausbildung mit Schwerpunkt GPT entschieden jedoch im Hinblick auf die fehlende berufliche Perspektive, nicht mit einer neuen Ausbildung zu beginnen. Den 45 Ausbildungsteilnehmern, die bereits in Ausbildung waren, wurde angeboten, innerhalb des IfP in den Ausbildungsschwerpunkt „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ zu wechseln oder andere Wege zu suchen. 14 Teilnehmer entschieden sich, die Ausbildung im Schwerpunkt GPT trotz der bestehenden Probleme fortzusetzen. Das häufigste Argument war die Bindung an das dem Verfahren zugrundeliegende Menschenbild. Von den verbliebenen 14 Teilnehmern haben bisher zwei im Herbst 2015 erfolgreich die Approbationsprüfung abgelegt (siehe auch Bericht von Jana Lammers und Julia Spreitz auf Seite 150 ff.). Acht weitere haben vor, die Ausbildung bis zum Herbst 2018 zu beenden.

H: Ungefähr ein Drittel unserer Teilnehmer sind Psychologen und zwei Drittel haben ein pädagogisches Studium absolviert. Der größte Teil der Kollegen hat bereits mehrere Jahre nach dem Studium in einem psychologischen oder pädago-

gischen Beruf gearbeitet, und dabei hat sich die Motivation für eine Psychotherapieausbildung in ST entwickelt. Der größte Teil unserer Teilnehmer hat sich klar für ST entschieden; einige, da sie an ihrem Arbeitsplatz mit Kollegen gearbeitet haben, die bereits eine Systemische Weiterbildung absolviert haben. In der Jugendhilfe gilt die ST, wenn ich das so sagen darf, als „Verfahren der Wahl“. Andere, weil sie in ihrem pädagogischen Studium von ST gehört haben, oder – und das gilt vor allem für die Psychologen, die sich bereits im Studium bewusst gegen VT entschieden haben – weil ihnen VT nicht liegt. Etwas flapsig würde ich unsere Teilnehmer als „Überzeugungstäter“ beschreiben. In der Ausgabe 1/2015 des PTJ haben Benecke und Eschstruth über ihre Studie „Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium“ berichtet und beschrieben, dass 20,9% der Befragten zu einer Ausbildung in Systemischer Therapie tendieren. Dieser Anteil würde nach einer sozialrechtlichen Anerkennung auf 37,2% steigen. An diesen Zahlen lässt sich das gegenwärtige Problem einer Ausbildung, aber auch die hohe Motivation der Menschen erkennen, die sich unter erschwerten Bedingungen trotzdem für eine Ausbildung in ST entscheiden.

S: Die Ausbildungsreform sieht eine Approbationsausbildung im Direktstudium und darauf aufbauend eine Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde vor. Denken Sie, dass dadurch die Ausbildungsbedingungen für die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie verbessert werden?

Jochen Eckert (E): Die Antwort auf die Frage nach einer Verbesserung der Ausbildungsbedingungen ist: nein. Das Gegenteil wird der Fall sein: Es wird eine Verschlechterung eintreten, da die Professuren für Klinische Psychologie und Psychotherapie an den Psychologischen Instituten der staatlichen Hochschulen in Deutschland bis auf (noch) zwei Ausnahmen mit Verhaltenstherapeuten besetzt sind. Die Belege für die Prognose einer Verschlechterung finden sich u. a. in den von Verhaltenstherapeuten verfassten Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie und in deren PowerPoint-Präsentationen: Der Klienten-

— Die Antwort auf die Frage nach einer Verbesserung der Ausbildungsbedingungen durch die Reform ist: nein. Das Gegenteil wird der Fall sein. —

zentrierte Ansatz, das Psychotherapieverfahren selbst und auch die vorliegenden Evaluationen werden nicht selten so umfassend falsch bzw. verfälscht dargestellt, dass der Verdacht aufkommt, dass es sich nicht um den Versuch einer wissenschaftlich korrekten Darstellung eines Psychotherapiekonzeptes, sondern um „Vorurteilspflege“ handelt mit dem Ziel, durch Abwertung anderer das eigene Verfahren aufzuwerten.²

H: Die Fachkunde ist von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) als Weiterbildungsziel ausgegeben. Nach § 92 Abs. 1 Nr.2 SGB V umfasst die Fachkunde nur die sogenannten Richtlinienverfahren. Nach jetziger Rechtslage wäre damit eine Weiterbildung für ST ohne sozialrechtliche Anerkennung nicht möglich. Die BPTK spricht in den Eckpunkten zwar von „Fachkunde im berufsrechtlichen Sinne“, allerdings ist die Fachkunde bisher nur im SGB V beschrieben und bezieht sich auf den Eintrag ins Arztregister gem. § 95 SGB V und auf die vom G-BA anerkannten Verfahren.

Wenn man die Papiere des BPTK-Vorstands als Ausgangspunkt für die Beantwortung dieser Frage nimmt, dann ist meine Einschätzung auch, dass sich die Bedingungen für die Nicht-Richtlinienverfahren, nach jetzigem Stand, deutlich verschlechtern. Allerdings werden entscheidende Fragen in den beiden Papieren noch nicht ausreichend diskutiert. Ich möchte nur jeweils ein Problem im Kontext der Ausbildung und der Weiterbildung ansprechen: Im Rahmen eines Direktstudiums, wie es gegenwärtig konzipiert wird, ist noch nicht sichergestellt, dass alle wissenschaftlichen Grundorientierungen dieselben Rahmenbedingungen hinsichtlich Studienumfang, Stellen, Ausstattung und Personen erhalten. Aber nur so kann sichergestellt werden, dass in der universitären Ausbildung allen Grundorientierungen die Möglichkeit gegeben wird, sich in Lehre, Forschung und Praxis weiter zu entwickeln. Das scheint mir bei der jetzigen „verhaltenstherapeutischen Monokultur“ an den psychologischen Fakultäten dringend notwendig, aber auch sehr schwierig zu sein. Woher sollen die Professoren und Wissenschaftlichen Mitarbeiter und woher das viele Geld für die Stellen kommen? Ich bin an diesem Punkt skeptisch und vermute, dass nach der Reform die verhaltenstherapeutischen Lehrstühle Gastdozenten beauftragen, die dann TP, PA, ST, GPT etc. mit einem kleinen Stundenkontingent unterrichten.

— Ich würde mir wünschen, dass die „Basisweiterbildung“ und die „Verfahrensvertiefung“ sowie die Selbsterfahrung und die Supervision von der Weiterbildungsstätte angeboten werden.

T: Welche Chance sehen Sie für die Humanistische Psychotherapie, die neben der Gesprächspsychotherapie die Richtungen Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse und Existenzanalyse/Logotherapie³ umfasst und im Direktstudium gleichberechtigt neben den anderen drei Grundorientierungen gelehrt werden soll?

E: Dass eine „gleichberechtigte“ Vermittlung der aufgeführten humanistischen Verfahren im Direktstudium chancenlos ist, wurde vom Kollegen Hanswille bereits dargelegt. Chancen würden sich ergeben, wenn wie z. B. in der Schweiz

nicht einzelne Psychotherapieverfahren, sondern Aus- bzw. Weiterbildungsstätten, die wissenschaftlich geprüfte Verfahren in der Ausbildung anbieten, die Anerkennung erlangen könnten.

H: Ich sehe das auch sehr skeptisch. Eine Ausnahme wird es vielleicht geben, wenn es einen Lehrstuhlinhaber gibt, der auch ein überzeugter Vertreter dieser Verfahren ist. Zu einer gleichberechtigten Behandlung dieser Verfahren wird es nicht kommen. Das werden die wissenschaftlich anerkannten Verfahren ST und GPT nicht erreichen und selbst TP und PA als Richtlinienverfahren befürchten, dass sie nicht gleichberechtigt zur VT behandelt werden.

S: Welche Rolle werden dabei die bisherigen Ausbildungsinstitute spielen?

E: Wünschenswert wäre es, wenn die bisherigen Ausbildungsinstitute die Weiterbildung übernehmen. Für die GPT wird sich diese Frage vermutlich nicht mehr stellen, weil es aus den bereits genannten Gründen keine staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für GPT mehr geben wird. Die GPT für Erwachsene wird in den Eckpunkten zur Weiterbildung zwar genannt, wir sehen aber nicht, wie die Weiterbildung realisiert werden könnte.

H: Im Rahmen der Weiterbildung soll nach dem Eckpunktepapier der BPTK zur Weiterbildung eine Verfahrensvertiefung in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren möglich sein. Damit das möglich ist, benötigen wir eine entsprechende Finanzierung der Weiterbildung. Wenn nicht sichergestellt ist, dass die Weiterbildung in allen vorgesehenen Weiterbildungsabschnitten in gleicher Weise finanziert werden kann wie bei den Richtlinienverfahren, wird es entweder eine „Weiterbildung 2. Klasse“ für die Nicht-Richtlinienverfahren geben – und wer möchte diese dann schon nach einer Approbation machen? – oder es wird keine Weiterbildungsangebote geben. Bisher ist eine Ausweitung der ambulanten Versorgung im Rahmen der Weiterbildung vorgesehen. Angenommen der § 117 SGB V könnte in die Weiterbildung hinübergerettet werden und die Weiterbildungsteilnehmer sollten für diese Zeit bei der Weiterbildungsstätte angestellt werden, dann ist unter den jetzigen Bedingungen keine Weiterbildung in ST mehr möglich. Es muss also ein anderes Finanzierungsmodell für alle Verfahren entwickelt werden.

2 Nachzulesen bei Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). Gesprächspsychotherapie (10. Aufl.; Kap. II.6, S. 55-60). Stuttgart: Kohlhammer.

3 Die genannten Richtungen haben sich 2010 in der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) zusammengeschlossen und 2012 den Antrag auf Nachvollzug der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie gestellt. Das Prüfverfahren beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ist noch nicht abgeschlossen.

Wenn die Reform nicht dazu führen will, dass sich die Psychotherapieweiterbildung zu einem „closed shop“ entwickelt, dann benötigen wir hier kreative Lösungen.

Ich stelle mir vor, dass die bisherigen Ausbildungsstätten einen zentralen Platz in der Weiterbildung behalten. Wie auch vom DPT gefordert, halte ich die Weiterbildung aus einer Hand für eine zentrale Bedingung für eine hochwertige Qualität der Weiterbildung. Das sollte über eine rein steuernde Funktion deutlich hinausgehen. Ich würde mir wünschen, dass die „Basisweiterbildung“ und die „Verfahrensvertiefung“, wie diese Abschnitte im Eckpunktepapier genannt werden, sowie die Selbsterfahrung und die Supervision von der Weiterbildungsstätte angeboten werden. Dadurch hätten die Weiterbildungsassistenten einen inhaltlichen und fachlichen Rahmen, der persönliche und professionelle Entwicklung ermöglicht sowie auch die Qualität sichert.

T: Welche Vor- und Nachteile sehen Sie für die Ausbildung künftiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach einer Reform der Ausbildung?

W-K: Wir sähen einen Vorteil für die Ausbildung, wenn die Reform dazu beitragen könnte, den Trend zur Monopolisierung der Psychotherapie aufzuhalten. Die Verlagerung der Ausbildung an die Universitäten wird diesen Trend aber mit Sicherheit eher verstärken. Der Beschluss des Deutschen Psychotherapeutentages beinhaltet zwar, dass alle vier Grundorientierungen, also die humanistische, die systemische, die psychodynamische und die verhaltenstherapeutische, im Approbationsstudium mit Strukturqualität gelehrt werden sollen – es ist aber fraglich, ob das verwirklicht werden kann, da die Lehrstühle mit Verhaltenstherapeuten besetzt sind und die Bereitschaft der Länder, mehr Geld zu investieren, um Experten aller wissenschaftlichen Verfahren einzustellen, nicht zu erkennen ist.

Wir können nicht erkennen, was für Vorteile die Direktausbildung bringen soll, wenn wir die Ergebnisse des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von Strauß et al. (2009) ansehen. Die besagen, dass die Psychotherapeuten in Ausbildung mit der Ausbildung in der jetzigen Form durchaus zufrieden sind – u. a. besonders in Bezug auf Supervision und Selbsterfahrung und mögliche Ansprechpartner im Ausbildungsinstitut –, allerdings natürlich nicht mit der unbefriedigenden Situation in den Praktika.

H: In unseren Ausbildungsgruppen haben mehr als drei Viertel der Teilnehmer vor dem Beginn der Ausbildung bereits mehrere Jahre in einem pädagogisch-therapeutischen Beruf gearbeitet. Das Durchschnittsalter unserer Teilnehmer liegt bei 35 Jahren. Diese Erfahrungen bringen die Kollegen in ihre Ausbildung ein und sie bereichern damit auch die jüngeren Teilnehmer. Ich bedauere, dass dieser Erfahrungsschatz demnächst nicht mehr in den Ausbildungsgruppen zur Verfügung stehen wird.

Die Reform sollte auch eine Flexibilisierung der Aus- und Weiterbildung ermöglichen. Es muss eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Unterbrechung oder eine Weiterführung der Weiterbildung in geringem Stundenumfang ermöglicht werden. Es sollte auch möglich sein, dass Männer oder Frauen die Aus- und Weiterbildung unterbrechen können, um anderen Beschäftigungen, Reisen, Entwicklungsprojekten, einem anderen Arbeitsverhältnis etc. nachzugehen.

S: Sehen Sie Probleme in der Differenzierung der Altersschwerpunkte? Können die Institute beide Schwerpunkte hinreichend gewährleisten?

W-K: Für die GPT erhebt sich diese Frage nicht, weil die wissenschaftliche Anerkennung für den Kinder- und Jugendbereich fehlt. Inhaltlich hat die klientenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Universität Hamburg eine lange akademische Tradition, die vor allem von Stefan Schmidtchen getragen worden ist.

H: Wir sind im Moment eine Ausbildungsstätte für KJP, werden aber in Kürze auch einen Ausbildungsgang für PP anbieten. Für uns Systemiker ist die altersunabhängige Approbation, die demnächst nach dem Studium erteilt wird, eine sehr positive Entwicklung, weil damit eine Behandlung von Familiensystemen erleichtert wird. Die Differenzierung der Altersschwerpunkte beinhaltet Chancen und Gefahren. Wenn PP und KJP in großen Teilen der theoretischen Weiterbildung gemeinsam voneinander lernen können und es auf der einen Seite Spezialisten für die besonderen Herausforderungen des Lebensalters gibt und auf der anderen Seite Kollegen, die mit dem gesamten System arbeiten können, wird das eine Bereicherung für die bisherige Psychotherapie darstellen. Die Gefahr sehe ich in der Segmentierung der Altersgruppen und in der Individualisierung von Symptomen, vor allem im KJ-Bereich.

Je nach Konzeption und Ausstattung können die Institute in beiden Schwerpunkten eine gute und qualifizierte Weiterbildung anbieten.

T: Wie sehen Sie eine richtige Gewichtung zwischen einer Verfahrensvielfalt mit Vermittlung der vier Grundorientierungen – verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch, humanistisch – und einem Verfahrensbezug? Wie sollte eine zukünftige Aus- und Weiterbildung diesbezüglich aussehen?

E: Am Anfang des Studiums sollten alle Grundorientierungen in einer didaktischen Form und einem zeitlichen Rahmen angeboten werden, die es ermöglichen, die „subjektive Passung zwischen dem jeweiligen Therapieansatz und der eigenen Person“ zu prüfen. In der Weiterbildung sollte der Schwerpunkt bei einem gewählten Verfahren liegen. Im Forschungsgutachten von Strauß et al. (2009) werden Orlinsky und Ronnestad zitiert, die festgestellt haben, dass die Überzeugung von der Wirksamkeit des erlernten Verfahrens entscheidend ist für die Wahrnehmung der eigenen Professiona-

lität, für die Vermittlung von Sicherheit im eigenen Verfahren und für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Nach dem Allgemeinen Modell für Psychotherapie (AMP) von Orlinsky und Howard (1987) ist für den Erfolg einer Psychotherapie u. a. eine möglichst stimmige „Passung“ zwischen den „Erwartungen des Patienten an die Art der Behandlung“ und der „angewendeten Behandlung“ notwendig. Das gilt auch für den beruflichen Erfolg von Psychotherapeuten: Der ist umso mehr garantiert, je stimmiger die Passung zwischen der Person des Psychotherapeuten, mit z. B. seinem Menschenbild, seinen eigenen Entwicklungserfahrungen, und dem von ihm ausgeübten Therapieverfahren ist.

H: Im Studium der zukünftigen Ausbildung sollen fundierte theoretische Grundkenntnisse und Kompetenzen für psychotherapeutisches Handeln vermittelt werden. Dazu gehören auch Kenntnisse über die vier Grundorientierungen. Wenn es gelingt, dass im Studium alle Verfahren gleichwertig unterrichtet werden, wird das dazu führen, dass die Approbierten nach ihrem Studium einen guten Überblick über die Verfahren besitzen sollten. Auf dieses Wissen kann dann eine vertiefte verfahrensbezogene Weiterbildung aufbauen, in der die Kollegen eine therapeutische „Basis“ als Bezugssystem für ihr psychotherapeutisches Handeln finden und so ihre therapeutische Identität prägen. Ich möchte mich hier den Ausführungen von Georg Schäfer anschließen, der im Interview im PTJ 1/2016 (S. 49-56) die Bedeutung des Referenzmodells eines Verfahrens betont. Dazu sollte dann die Möglichkeit gegeben werden, weitere Konzepte, Methoden, Interventionen aus anderen Verfahren zu erlernen, um das persönliche Handlungsspektrum zu erweitern. Die Teilnehmer unserer KJP-Ausbildung lernen neben den Richtlinienverfahren noch Hypnotherapie, Sand- und Spieltherapie und Psychodrama kennen. Ihre Rückmeldung bestätigt die Bedeutung eines therapeutischen Bezugssystems und die anschließende Ausweitung auf unterschiedlichste Konzepte, um den Kollegen die Möglichkeit zu eröffnen, ihre Therapeutenpersönlichkeit um für sie interessante Impulse zu erweitern und so das therapeutische Kompetenzgefühl zu stärken.

T: Bietet die Ausbildungsreform gemäß den Beschlüssen des 25. Deutschen Psychotherapeutentages nicht die Chance, eine deutlich größere Verfahrensvielfalt als bisher sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung herzustellen?

H: Auch hier bin ich – wie gesagt – sehr skeptisch. Meine Erwartung ist, dass im Studium die Nicht-Richtlinienverfahren vielleicht mit zwei oder drei Semesterwochenstunden unterrichtet werden, und in der Weiterbildung wird es die Verfahrenstiefung wahrscheinlich nur in den Richtlinienverfahren geben, wenn in den endgültigen Ausführungen zur Weiterbildungsordnung keine Finanzierungsvorschläge für die Nicht-Richtlinienverfahren enthalten sind. Die Verfahrensvielfalt wird es nach dem jetzigen Stand der Diskussion, aus meiner Sicht, weiterhin sehr schwer haben. Ich erwarte nicht, dass

es durch die Reform ein politisches Erdbeben gibt und anschließend in allen wissenschaftlich begründeten Verfahren eine Aus- und Weiterbildung unter gleichen Bedingungen geben wird. Dafür gibt es zu viele Interessengruppen, die andere Interessen verfolgen.

W-K: Aus Sicht der GPT kann es nur zu einer größeren Verfahrensvielfalt kommen, wenn rechtsverbindlich während des Psychologiestudiums in allen vier Grundorientierungen gleichberechtigt in Theorie und Praxis ausgebildet wird. Selbst wenn die Finanzierung noch nicht gesichert bzw. unklar ist, muss dies von der BPtK in Bezug auf die Approbationsordnung, die dann ja bundesweit gilt, gefordert werden. In Bezug auf die Weiterbildung wird es darauf ankommen, ob die Landeskammern sich hinsichtlich einer Weiterbildungsordnung verständigen.

S: Denken Sie, dass es eine Änderung in der Identität und im Selbstverständnis nach einer Reform der Ausbildung geben wird?

W-K: Wir denken, dass eine ausreichend fundierte Einführung in die verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen für viele Studierende hilfreich sein kann, die dadurch ihre bereits vor Aufnahme des Studiums getroffene Entscheidung für eine bestimmte Orientierung überprüfen können; für andere – die vermutlich kleinere Gruppe – kann sie eine echte Entscheidungshilfe für die dann bevorzugte Orientierung darstellen. Und somit können die Identifizierung und das Selbstverständnis für eine Orientierung stärker werden, unter der Voraussetzung, dass es echte Vergleichsmöglichkeiten geben wird, also auch von den für die einzelnen Grundorientierungen ausgebildeten Lehrpersonen, und tatsächlich eine wirkliche Wahl für eine Grundorientierung möglich wird.

H: Diese Frage ist angesichts vieler offener Punkte in der Organisation und der Finanzierung der Aus- und Weiterbildung schwer zu beantworten. Angenommen, die Weiterbildungsteilnehmer erhalten ein Einkommen, von dem sie leben können, wird das einen wünschenswerten Einfluss auf die Weiterbildungsteilnehmer haben, da sie sich fokussierter und unbeschwerter mit ihrer Weiterbildung beschäftigen können. Über den Einfluss, den die strukturelle Veränderung der Institute als Arbeitgeber haben wird, habe ich weiter oben schon einige Gedanken geäußert.

Wenn allerdings die befürchteten Bedenken gegenüber der Reform real werden, ist mit wesentlichen Veränderungen in der Identität der Weiterbildungskollegen zu rechnen. Wenn die Institute zum Case-Manager in einem Weiterbildungsverbund degradiert werden, die die Kommunikation zwischen den unterschiedlichsten Weiterbildungsstätten anregen, die Theorie und Supervision an unterschiedlichen Orten stattfinden, wird es eine massive Änderung in der Identität geben. Oder wenn große Klinikverbände, mit vielfältiger Personalerfahrung und guter finanzieller Ausstattung, sich als Weiterbildungsstätte akkreditieren lassen und ihre Chefärzte Weiter-

bildungsbevollmächtigte für die PP- und KJP-Weiterbildung werden, dann wird sich die Identität der jetzigen Ausbildung grundlegend verändern.

T: Haben Sie zu der strukturellen Umsetzung der Ausbildung in den Instituten noch weitere Überlegungen?

W-K: Es sollte strukturell gewährleistet sein, dass der verfahrensspezifische Unterricht sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung und sowohl in der Theorie als auch in der Praxis von Personen geleistet wird, die in dem jeweiligen Verfahren ausgebildet und beheimatet sind.

H: Ich halte die Finanzierung der späteren Weiterbildung, vor allem für die sogenannten Nicht-Richtlinienverfahren, für ein zentrales Problem, damit eine Weiterbildung in den vier Grundorientierungen möglich ist.

Die Ausbildungsreform stellt in ihrer Gesamtheit eine grundlegende Umgestaltung der Psychotherapeutenausbildung dar. Deshalb könnte ich mir gut vorstellen, auch die Weiterbildungsfinanzierung grundsätzlich anders zu organisieren, damit eine Weiterbildung in allen Grundorientierungen gewährleistet werden kann. Dazu sollte der Gesetzgeber entweder auf der Bundesebene oder der Landesebene, z. B. bei den Psychotherapeutenkammern, eine Weiterbildungsgesellschaft vorsehen, in die alle finanziellen Mittel, die von Dritten für die Weiterbildung aufgebracht werden, hineinfließen. Geldgeber dieser Gesellschaft könnten GKV, PKV, Einrichtungen der ambulanten Versorgung, Steuermittel, Städte und Gemeinden, Einrichtungen der komplementären Versorgung, Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften, Krankenhausesellschaften usw. sein. Anschließend erhalten die Weiterbildungsstätten anteilig nach Anzahl der Weiterbildungsplätze die Finanzmittel, um damit die „Weiterbildungsassistenten“ im Rahmen der Weiterbildung zu entlohnen. Oder diese „Weiterbildungsgesellschaft“ wird der Anstellungsträger aller „Weiterbildungsassistenten“ im Sinne einer Dienstaufsicht, während die Fachaufsicht bei den Weiterbildungsstätten liegt. Mit beiden Modellen könnte in allen Verfahren ausgebildet und eine gewisse „Lohngerechtigkeit“ zwischen allen Psychotherapieverfahren gewährleistet werden.

Für die Institute, die nach den bisherigen Überlegungen dann zum Arbeitgeber der Weiterbildungsassistenten werden, entstehen viele neue Aufgaben und Rollen gegenüber ihren Teilnehmern. Alle Konflikte, die Unternehmen mit ihren Mitarbeitern haben und die die Personalabteilungen lösen müssen, werden sich dann auch in der Weiterbildungsstätte ereignen. Außerdem wird es interessant sein, wie sich die Arbeitsatmosphäre in der Weiterbildung verändert, wenn es einen Betriebsrat gibt und sich Gewerkschaften für die Inter-

essenvertretung ihrer Mitglieder einsetzen. Ich stelle mir vor, wie Weiterbildungsassistenten als Betriebsräte mit Institutsleitungen zusammensitzen, um arbeitsrechtliche Fragen oder Urlaubsregelungen zu diskutieren etc. und sich einige Zeit später die gleichen Akteure in einem Seminar oder einer Supervision wieder treffen. Ich vermute, es wird deutliche Auswirkungen auf die Gestaltung von Lern- und Erfahrungsprozessen und starke Auswirkungen auf die notwendigen Lernprozesse der Weiterbildungsteilnehmer haben. Vermutlich

— **Wenn die Institute zum Case-Manager in einem Weiterbildungsverbund degradiert werden und die Theorie und Supervision an unterschiedlichen Orten stattfinden, wird es eine massive Änderung in der Identität geben.**

werden die Institute gänzlich andere Strukturen brauchen, um diese Aufgaben zu bewältigen.

S: In den Eckpunkten zur Weiterbildung ist von 1.600 Behandlungsstunden die Rede, in der aktuellen Ausbildung werden 600 Stunden verlangt. Wie schätzen Sie das ein?

H: Für mich stellt sich vorab die Frage, ob das überhaupt sinnvoll ist. Die Weiterbildung soll eine Qualifizierungsmaßnahme für die zukünftigen Kollegen sein. Ich denke, die Supervision, Intervention, Selbsterfahrung und Theorie sollten in dieser Zeit noch einen größeren Zeitraum in Anspruch nehmen, um die Therapeutenpersönlichkeit zu stärken. Außerdem finde ich, ist es hilfreich für Psychotherapeuten, wenn sie auch noch in anderen Kontexten berufliche Erfahrungen sammeln. Ich schätze es in der jetzigen Ausbildungsstruktur sehr, dass die Frauen und Männer auch noch in anderen Arbeitsverhältnissen Erfahrungen machen, andere Arbeitszusammenhänge kennenlernen und mit Kollegen zusammenarbeiten, die nicht aus dem psychotherapeutischen Berufskontext kommen.

E: Wir stimmen mit den Vertretern von TFP und VT überein,⁴ dass der Umfang der psychotherapeutischen Leistungen in der Weiterbildung nicht so groß sein kann wie später in der eigenen Praxis. Als Obergrenze werden 18 bis 20 Behandlungsstunden pro Woche genannt.

T: Welche Erwartungen gibt es seitens der Ausbildungsleiter an die Kammern, die Landeskammern und die BPtK?

E: Wir erwarten, dass sich die Kammern weiterhin als Vertreter des Berufsstandes aller Psychotherapeuten, die ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren ausüben, verstehen. Konkret heißt das z. B.: Die BPtK muss beim Bundesgesund-

⁴ s. PTJ 1/2016, S. 54

heitsministerium (BMG) darauf dringen, dass der einstimmige Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) vom November 2010 endlich umgesetzt wird. Darin wird vom BMG gefordert, dafür zu sorgen, dass GPT und ST als vertragsärztliche Leistungserbringung zugelassen werden und dass bei der Reform des Psychotherapeutengesetzes die Diskrepanz zwischen Vertrags- und Berufsrecht aufzuheben ist.

Wir erwarten von der BpTK, dass sie diese Forderung der AOLG, die ja auch eine von BpTK vertretene Position einschließt, umgehend und mit Nachdruck wieder einbringt. Wir erwarten weiterhin, dass alle vier Grundorientierungen im Rahmen des Studiums angeboten werden gemäß dem Beschluss des 25. DPT. Die Nachfrage nach Weiterbildung in Nicht-Richtlinienverfahren wird allerdings nicht stattfinden, solange sie nicht finanzierbar ist und nicht zu einer beruflichen Existenzgrundlage führen kann. Das heißt, dass Regelungen gefunden werden müssen, wie neben der jetzigen Richtlinien-Psychotherapie auch die weiteren wissenschaftlich anerkannten Verfahren erlernt werden und zur Anwendung kommen können.

H: Erwartungen und Wünsche gibt es viele. Ich möchte mich auf zwei beschränken. Für die Nicht-Richtlinienverfahren gibt es natürlich die Erwartung, dass alle Verfahren gleichrangig berücksichtigt werden und ihnen ermöglicht wird, auch nach

_____ Wir erwarten von der BpTK und den Kammern, sich deutlich mehr dafür einzusetzen, dass es auch zu einer klaren Finanzierung der Weiterbildung für die Nicht-Richtlinienverfahren kommt.

der Reform eine gleichwertige Weiterbildung, sowohl finanziell wie strukturell, durchzuführen. Wir erwarten von der BpTK und den Kammern, sich deutlich mehr dafür einzusetzen, dass es auch zu einer klaren Finanzierung der Weiterbildung für die Nicht-Richtlinienverfahren kommt. Wenn die gesamte Finanzierung der Aus- und Weiterbildung neu überdacht werden muss, stehen die Chancen gut, die Fehler des alten Psychotherapeutengesetzes nicht zu wiederholen.

Außerdem wird es eine herausragende Aufgabe werden, die Aufgaben der Landesprüfungsämter gleichwertig zu übernehmen. Wenn ich den jetzigen Umgang mit der Weiterbildungsordnung in den Landespsychotherapeutenkammern sehe, habe ich meine Zweifel. In den Landeskammern, die eine Weiterbildungsordnung für ST verabschiedet haben, ist diese sehr unterschiedlich ausgefallen, z. B. in den Bereichen Supervision, Selbsterfahrung, Weiterbildungsbefugnis, Weiterbildungsstätte: Wenn sich diese Praxis auch in der Weiterbildung nach der Reform widerspiegeln wird, dann werden wir uns noch nach den Landesprüfungsämtern sehnen. Schon

jetzt gibt es in Bundesländern deutliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Ausbildung, z. B. Praktische Tätigkeit (PT) Teil 1, PT Teil 2 und Praktische Ausbildung (PA), wie auch bei der Zulassung zur Ausbildung. Und diese Unterschiede zwischen den Bundesländern, in der Aus- und Durchführung der Weiterbildung, dürfen nach der Reform nicht größer werden.

S: Nach Schätzungen der BpTK soll es pro Jahrgang einen Bedarf an 2.500 Ausbildungsabsolventen geben – deutlich weniger als jetzt ausgebildet werden. Sehen Sie in Zukunft mehr Wettbewerb auf die Ausbildungsinstitute zukommen?

W-K: Zu dieser Frage möchten wir erst dann Stellung nehmen, wenn es die Möglichkeit eines fairen Wettbewerbs überhaupt gibt. Im Falle der GPT wird ein Wettbewerb dadurch verhindert, dass das Verfahren derzeit unter Bedingungen antritt, die es so massiv benachteiligen – doppelt so lange Ausbildungszeit wie die Richtlinienverfahren, höhere Ausbildungskosten durch fehlende Finanzierung der Ausbildungstherapien durch die Kassen –, dass es nur als Verlierer den Platz verlassen kann bzw. ihn gar nicht mehr betritt.

H: Eine zentrale Frage der Weiterbildungsreform, die bisher wenig diskutiert wurde, lautet: Wie wird die Reduzierung auf 2.500 Weiterbildungsplätze pro Jahr vollzogen, und wie wird dann die Begrenzung umgesetzt? Einigen sich die Verfahren, wie viele Plätze welches Verfahren bekommen soll, und nach welchem Schlüssel sollte das dann geschehen? Oder soll es ein offener Verdrängungswettbewerb sein, der sich vielleicht über die Höhe der finanziellen Ausstattung der Weiterbildungsteilnehmer vollzieht oder über die Attraktivität der Verfahren geschieht? Und bekommen dann alle Verfahren die gleichen Bedingungen für diesen Wettbewerb?

Diese Diskussion wird, meiner Beobachtung nach, noch viel zu wenig geführt. Die Energie geht zurzeit stärker in die inhaltliche Diskussion. Allerdings gehört es auch nicht zu den Kernressourcen der Psychotherapeuten, über Konkurrenz, „Verdrängungswettbewerb“, Arbeitsrecht und „Marktberreinigung“ zu diskutieren, auch wenn das durch die Reform wohl auf die Profession zukommt. Ich vermute, bei vielen Kollegen steht der Gedanke im Vordergrund, dieses Thema würde sich über die Qualität der Weiterbildung oder die Attraktivität der Verfahren regulieren. Ich denke, wir werden vor allem durch neue Player, die z. B. durch Synergieeffekte, Größe und Personalausstattung für sich gute wirtschaftliche Möglichkeiten sehen, einen sehr starken Verdrängungswettbewerb im Weiterbildungsmarkt bekommen. Es wird nach einigen Jahren interessant sein zu beobachten, wie sich der Weiterbildungsmarkt bei gleichbleibender Anzahl von Weiterbildungsassistenten und einer wachsenden Zahl von Weiterbildungsstätten

und Verfahren verhält. Vielleicht werden dann in 20 oder 30 Jahren einige Verfahren ganz vom Weiterbildungsmarkt verschwunden sein.

Für uns als Systemische Ausbildungsstätten und Institute steht diese Frage natürlich unter dem Zeichen der sozialrechtlichen Anerkennung der ST, was wir sehr hoffen. Aber auch wenn die sozialrechtliche Anerkennung für PP vielleicht in zwei bis drei Jahren kommt, wird es bis zu einer sozialrechtlichen Anerkennung für KJP wahrscheinlich noch fünf bis sieben Jahre dauern. Aus diesen, aber auch aus grundsätzlichen Überlegungen, finden wir es wichtig, dass in der Reform auch eine Regelung für die Nicht-Richtlinienverfahren gefunden wird und auch eine Weiterbildung in diesen Verfahren möglich wird. Für diese Verfahren stellt sich die Frage der Verknappung der Weiterbildungsplätze natürlich verschärft.

Die Systemischen Ausbildungsstätten sehen diese mögliche Entwicklung jedoch ziemlich entspannt, weil sie ihr Hauptstandbein in der nicht-heilkundlichen Weiterbildung haben und wohl auch dort behalten werden. Ich vermute, dass es für die Richtlinieninstitute, die sich ausschließlich auf dem Markt der heilkundlichen Psychotherapieweiterbildung bewegen, anders ist und wohl einige Institute um ihre Existenz bangen müssen.

T: Beide Verfahren, die Gesprächspsychotherapie wie die Systemische Therapie, sind in einer besonderen Lage, weil die sozialrechtliche Anerkennung fehlt. Wie sehen Sie die Zukunftsaussichten?

E: Sollte der GPT die sozialrechtliche Anerkennung weiterhin versagt bleiben, kann man ihr in absehbarer Zeit ein Denkmal setzen. Es wird in Deutschland keine nach dem Psychotherapeutengesetz ausgebildeten PP in GPT mehr geben. 16 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG gibt es gerade mal zwei approbierte PP mit Schwerpunkt GPT. Bis zum Jahre 2018 können theoretisch noch acht weitere Personen dazukommen. Zudem gibt es bereits seit 2008 in Deutschland keine Möglichkeit mehr, sich zum PP mit Schwerpunkt GPT ausbilden zu lassen, und es wird sie aller Voraussicht nach auch in der Zukunft nicht geben, da es nicht genügend Personen geben wird, die über die notwendigen Qualifikationen verfügen, als Supervisor oder Selbsterfahrungsleiter in der Ausbildung aktiv zu werden.

Insofern hat es eine gewisse Konsequenz, wenn die GPT schon jetzt im Approbationsprüfungsverfahren nicht mehr existent ist. So fehlte im Herbst 2015 in den amtlichen Anmeldeformularen zur Approbationsprüfung der Gesundheitsbehörde Hamburg der Ausbildungsschwerpunkt GPT als An-

meldekategorie. Dieser Lapsus war handschriftlich behebbar, aber vielleicht doch bezeichnend für die Stellung der GPT im offiziellen Gesundheitswesen.

Bedenklicher finden wir jedoch den Umstand, dass sich unter den 80 vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) im Herbst 2015 gestellten Prüfungsfragen keine einzige befand, die sich auf die Theorie der GPT bezog. Das widerspricht u. E. gesetzlichen Regelungen der Ausbildung zum PP. Der nächste konsequente Schritt in Richtung Eliminierung der GPT bestünde dann wohl in der Feststellung, dass ein Psychotherapieverfahren, das nicht Gegenstand der Approbationsprüfung ist, auch nicht unterrichtet werden muss.

H: Nun, für die ST sieht es ja anders aus: Der G-BA hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, die Wirksamkeit systemischer Therapien zu bewerten und bis zum dritten Quartal 2017 einen Bericht vorzulegen. Die Entscheidung, ob ST sozialrechtlich anerkannt wird, trifft dann der G-BA. Die systemischen Verbände DGSF (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie) und SG (Systemische Gesellschaft) haben für alle relevanten Störungsbilder mehrere RCT-Studien (*randomized controlled trials*) vorgelegt, die die Wirksamkeit belegen. Das IQWiG wird mit seiner großen Literaturrecherche zum Thema sicherlich weitere Studien identifizieren. Insofern sind wir sehr zuversichtlich, dass 2018/2019 eine positive Entscheidung fallen wird und es bald vier Richtlinienverfahren geben wird. Was viele nicht wissen ist, dass der Antrag nur für den Bereich der Erwachsenenbehandlung gestellt wurde. Für die Bewertung der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie steht die Antragstellung gegenüber dem G-BA noch aus. Die ST ist ja vor allem in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bereits stark verankert und wir gehen davon aus, dass wir mit und ohne sozialrechtliche Anerkennung weiter ausbilden werden. Systemiker sind in vielen Gebieten der Gesundheitsversorgung gefragte Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

S & T: Wir bedanken uns ganz herzlich bei Ihnen für das Gespräch.

Literatur

Howard, K. I. & Orlinsky, D. (1987). Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 6 (1), 6-27 (deutsch: 1988: Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Psychotherapie* 4, 281-3089).

Strauß, B. et al. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, April 2009.



Dipl.-Päd. Reinert Hanswille

Institut für Systemische Familientherapie, Supervision und Organisationsentwicklung (ifs)
Bochumer Str. 50
45276 Essen
r.hanswille@ifs-essen.de

Dipl.-Päd. Reinert Hanswille, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Paar- und Familientherapeut, ist seit 1998 Institutsleiter des ifs.



Dr. Dipl.-Psych. Dorothee Wienand-Kranz

Institut für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg
dorothee.wienand-kranz@uni-hamburg.de

Dr. Dipl.-Psych. Dorothee Wienand-Kranz, approbierte Psychologische Psychotherapeutin, ist Dozentin für Klinische Psychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, i.R., und Ausbildungsleiterin für Gesprächspsychotherapie am IfP.



Dr. Dipl.-Psych. Jochen Eckert

Institut für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg
jeckert@uni-hamburg.de

Dr. Dipl.-Psych. Jochen Eckert ist emeritierter Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg und Mitglied der Geschäftsführung des IfP.

Eine bewusste Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie

Jana Lammers & Julia Spreitz

Zusammenfassung: Als 1999 das Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde, galt die Gesprächspsychotherapie als sogenanntes Nicht-Richtlinienverfahren, obwohl sie damals das meistverbreitete Verfahren in Deutschland war. Nach der wissenschaftlichen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Jahr 2002 begannen 2005 in Hamburg die ersten Kolleginnen und Kollegen¹ mit der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie. Als 2006 die sozialrechtliche Anerkennung – trotz massiver Kritik am Vorgehen u. a. durch ein Gutachten der Bundespsychotherapeutenkammer – durch den Gemeinsamen Bewertungsausschuss ausblieb, fällten einige Ausbildungskandidaten eine bewusste Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie. Wie ist es den ersten beiden approbierten Psychologischen Psychotherapeutinnen mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie in der Ausbildung gegangen und wie geht es ihnen jetzt mit dieser Entscheidung? Eine Bestandsaufnahme und Zusammenfassung der Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland bis in die Gegenwart.

Die Gesprächspsychotherapie (GPT) war bis zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) das in Deutschland am weitesten verbreitete Psychotherapieverfahren. Kindler und Kollegen stellten 1997 in einer Studie zu Umfang und Art der Weiterbildung (in psychotherapeutischen Verfahren) an einer Stichprobe von 3.635 klinischen Psychologen, die im Erstattungsverfahren arbei-

teten und mit den Krankenkassen abrechneten, fest, dass die GPT mit 55,1% der angegebenen Weiterbildungen das am häufigsten vertretene Verfahren war (Kindler, Tönnies & Wilker, 1997).

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

Nachdem 1999 das PsychThG in Deutschland in Kraft trat und darin die GPT nicht als sogenanntes Richtlinienverfahren anerkannt wurde, war zunächst die Prüfung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG notwendig, bevor die GPT als Vertiefungsverfahren der Psychotherapieausbildung eingeführt werden konnte. Erst als der WBP der GPT 2002 die wissenschaftliche Anerkennung erteilt hatte, begann das Institut für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg als erstes und einziges Ausbildungsinstitut in Deutschland mit der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) im Schwerpunkt GPT.

Jetzt, 16 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG, gibt es mit uns in Deutschland erstmals zwei nach § 2 Abs. 1 PsychThG approbierte Gesprächspsychotherapeutinnen.

Eine Entscheidung aus Überzeugung

Zu unserem persönlichen Werdegang: Nach der wissenschaftlichen Anerkennung der GPT haben wir mit der Ausbildung zur PP in GPT 2005 bzw. 2007 am Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg (IfP) begonnen, das heißt zu einer Zeit, da in der Profession wohl die meisten davon ausgingen, dass nach 60 Jahren empirischer Forschungstradition die Wirksamkeit – und damit auch der Nutzen – des Verfahrens hinreichend belegt sei.

Als dann 2008 der Antrag auf Anerkennung als Richtlinienverfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgelehnt wurde, gab es vonseiten unseres Ausbildungsinstituts das Angebot, in den dort ebenfalls angebotenen Schwerpunkt „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ (TFP) zu wechseln. Dieses Angebot haben etwa zwei Drittel unserer Ausbildungskollegen wahrgenommen, um ihre berufliche Zukunft zu sichern.

Wir haben uns trotz unseres Wissens um die berufspolitisch unsichere Lage und Zukunft der Gesprächspsychotherapie – zusammen mit 15 anderen Ausbildungsteilnehmern – für die Weiterführung dieser Ausbildung entschieden.

Unsere Entscheidung für die GPT war und ist maßgeblich beeinflusst von unserer Identifizierung mit dem humanistischen Menschenbild und der damit verbundenen inneren Haltung sowie den Erfahrungen mit ihrer Wirksamkeit, auch im Rahmen vorheriger Berufstätigkeit und ersten Erfahrungen in der Psychiatrie. Wir erlebten, wie eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung Menschen in ihrer Entwicklung unterstützt und fördert – und wir waren sicher, Patienten so behandeln zu wollen, wie wir auch selbst in einer entsprechenden Situation behandelt werden wollten: nämlich in einer therapeutischen Beziehung, die von der

nicht an Bedingungen geknüpften und wertschätzenden Haltung des Gegenübers geprägt ist und in der das Verstehen des eigenen Erlebens im Fokus steht, wodurch persönliche Weiter-

— **Wir erlebten, wie eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung Menschen in ihrer Entwicklung unterstützt und fördert – und wir waren sicher, Patienten so behandeln zu wollen, wie wir auch selbst in einer entsprechenden Situation behandelt werden wollten.**_____

entwicklung möglich wird. Dies entspricht zu Teilen Immanuel Kants Handlungsmaximen im Kategorischen Imperativ und vor allem Carl R. Rogers Forschungsergebnissen zur therapeutischen Beziehung (vgl. Rogers, 2009).

Wir teilten auch mit anderen – etwa den vielen gesprächspsychotherapeutisch ausgebildeten Kollegen, die nach dem Erlass des PsychThG im Übergangsverfahren die Approbation erlangten – die Hoffnung, dass der G-BA-Beschluss aufgehoben werden könnte, weil er einer methodenkritischen Überprüfung durch eine von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) beauftragten Expertenkommission, bestehend aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapieforschern unterschiedlicher Therapieorientierungen, nicht standhielt. Die Ergebnisse im Einzelnen:

- „a. Der Bewertung wurde eine unzutreffende Definition der Gesprächspsychotherapie zugrunde gelegt, wodurch international anerkannte Wirksamkeitsstudien zur Gesprächspsychotherapie nicht berücksichtigt wurden.
- b. An die Stelle einer differenzierten wissenschaftlichen Bewertung des Verfahrens wurde eine ausschließlich dichotome Studienbewertung gesetzt.
- c. Zur Studienbewertung wurden Kriterien herangezogen, die mit dem aktuellen Stand der Psychotherapieforschung nicht vereinbar sind.
- d. Die Evidenzstufen der Verfahrensordnung sind unberücksichtigt geblieben.
- e. Die in der Verfahrensordnung vorgegebene ‚Gesamtbeurteilung im Versorgungskontext‘ ist nicht erfolgt“ (Strauß et al., 2010, S. 167).

Da der G-BA zu einer Bewertung der Gesprächspsychotherapie kommt, die weder vom Berufsstand noch von der Wissenschaft geteilt wird, „erhebt sich der Verdacht, dass ein Interessenkonflikt vorliegt“ (Strauß et al., a. a. O., S. 160).

Dies dokumentieren Springer und Vogel (2015) folgendermaßen: „So mussten einige Kröten geschluckt werden, damit dieses Psychotherapeutengesetz 1998 beschlossen werden konnte. Das eine war die Beschränkung auf die Richtlinienverfahren (...). Dies schien unvermeidbar, um die Gesundheitspolitiker zu beruhigen, dass nicht zu viele an die Brotkörbe der

Kassen drängen werden“ (S. 329). Dieses Motiv hat seine Gültigkeit bis heute nicht verloren.

Das Auseinanderklaffen von Berufs- und Sozialrecht wird erstmalig deutlich

Im Sommer 2015, also acht bzw. zehn Jahre nach Beginn der Ausbildung, haben wir die Staatsprüfung absolviert und die Approbation erhalten. Unser Ausbildungsinstitut, das IfP, hat eine (gut funktionierende) Institutsambulanz, an das sich auch die Patienten der tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Ausbil-

— Auch die Patienten müssen die Konsequenzen des Missstandes tragen, dass ihnen ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, das in Österreich und der Schweiz einen selbstverständlichen und relevanten Teil der kassenmitfinanzierten psychotherapeutischen Versorgung darstellt, vorenthalten wird.

dungsteilnehmerinnen wandten. Hier konnte schnell sondiert werden, wenn es zum einen Patienten gab, die nicht lange auf ein Erstgespräch warten wollten oder bereit waren, für eine Psychotherapie privat aufzukommen. Es gab auch Patienten, die nach Vorerfahrungen in anderen Therapierichtungen gezielt eine Gesprächspsychotherapie oder zumindest eine Alternative zu bereits Bekanntem suchten. Einige wenige Patienten wurden uns direkt von niedergelassenen Kollegen vermittelt. Im letzten Viertel der Ausbildung bestand aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit einer Station des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) auch die Möglichkeit, im Rahmen der ambulanten Nachsorge Behandlungen zu übernehmen. Trotzdem war unsere Ausbildung nahezu doppelt so lang, wie wir erwartet und geplant hatten, und unterschied sich hinsichtlich der Patientenakquise und letztendlich auch in Bezug auf unsere Ausbildungskosten erheblich von der Ausbildung in einem Richtlinienverfahren. Da unsere Ausbildungsfälle nicht von den Krankenkassen getragen wurden, waren wir auf Selbstzahler angewiesen. Diese waren schwer zu finden und konnten zumeist auch nur Mindestsätze zahlen, sodass eine zumindest anteilige „Gegenfinanzierung“ der Ausbildungskosten über Behandlungsfälle nicht wie erwartet möglich war.

Jetzt, am Beginn unserer selbstständigen Tätigkeit als PP, wird für uns das volle Ausmaß der Einschränkung durch das Auseinanderklaffen von Berufsrecht und Sozialrecht deutlich spürbar:

Der Fachkundenachweis in einem Nicht-Richtlinienverfahren bedeutet, dass uns ein Eintrag ins Arztregister verwehrt bleibt. Das hat unter anderem zur Folge, dass wir nicht in gleicher Form wie andere (in einem Richtlinienverfahren approbierte) Kollegen ohne Kassensitz am Kostenerstattungsverfahren der Krankenkassen partizipieren können. Damit sind

wir auf Selbstzahler angewiesen, allerdings sind die Kosten einer vollständig selbstfinanzierten Psychotherapie hoch, für viele Menschen sicher zu hoch, die Akquise selbstzahlender Patienten gestaltet sich auch aus diesem Grund schwierig. Diesbezüglich sind wir gegenüber unseren im selben Umfang ausgebildeten Kollegen im Nachteil.

Aber auch die andere Seite, die der Patienten, wird benachteiligt, denn die Patienten müssen die Konsequenzen des Missstandes tragen, dass ihnen ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, das in Österreich und der Schweiz einen selbstverständlichen und relevanten Teil der kassenmitfinanzierten psychotherapeutischen Versorgung darstellt, vorenthalten wird. Diesbezüglich ist die zusammenfassende Bewertung des Berufsverbandes Deutscher PsychologInnen (BDP) zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen der GPT ungeachtet der politischen Situation weiterhin aktuell: *„Die Aufnahme der GT in den Leistungskatalog der GKV bedeutet eine Erweiterung und Verbesserung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots. Durch die erweiterte Wahlmöglichkeit für Patienten, Therapeuten und Überweiser wird die Qualität der Versorgung verbessert und nicht nur deren Effektivität, sondern auch ihre Effizienz erhöht. Dies entspricht sowohl den individuellen Bedürfnissen psychisch Kranker als auch den ökonomischen Interessen der Versicherungsgemeinschaft“* (BDP, 2004).

Wir sind überzeugt, dass wir mit unserer Arbeit etwas für die Gesellschaft Wichtiges beizusteuern haben, und hoffen, dass sich die Erkenntnis der Notwendigkeit von Psychotherapievielfalt und damit verbunden auch die Bedeutung der Passung zwischen Psychotherapeut und Patient (doch noch) durchsetzen wird.

Aber die konkreten Perspektiven für eine Zukunft der GPT in Deutschland sind düster: Deutschlandweit gibt es nur noch neun weitere Ausbildungsteilnehmer zum PP mit Schwerpunkt GPT (nämlich am IfP in Hamburg), die ihre Ausbildung hoffentlich werden abschließen können. Allerdings werden diese unter den aktuell rund 40.000 in den Richtlinienverfahren approbierten PP kaum auszumachen sein (vgl. BPTK, 2014). Dies hat u. a. zur Folge, dass es mittelfristig keine Dozenten für eine qualifizierte Vermittlung der GPT geben wird, sodass dieses wissenschaftlich anerkannte Wissen und Versorgungsangebot verloren zu gehen droht.

Aber die konkreten Perspektiven für eine Zukunft der GPT in Deutschland sind düster: Deutschlandweit gibt es nur noch neun weitere Ausbildungsteilnehmer zum PP mit Schwerpunkt GPT (nämlich am IfP in Hamburg), die ihre Ausbildung hoffentlich werden abschließen können. Allerdings werden diese unter den aktuell rund 40.000 in den Richtlinienverfahren approbierten PP kaum auszumachen sein (vgl. BPTK, 2014). Dies hat u. a. zur Folge, dass es mittelfristig keine Dozenten für eine qualifizierte Vermittlung der GPT geben wird, sodass dieses wissenschaftlich anerkannte Wissen und Versorgungsangebot verloren zu gehen droht.

Im Vergleich zur international weitreichenden Verbreitung der GPT in Österreich und in der Schweiz sowie im englischsprachigen Raum (unter der Bezeichnung „Personzentrierte Therapie“ = „Person Centered Therapy/PCT“ bekannt), stellt die Situation in Deutschland eine absolute (und bedauernswerte) Ausnahme dar.

Zwar hat es 2010 den sogenannten „AOLG-Beschluss“ gegeben, in dem die Arbeitsgemeinschaft der Oberen Landesgesundheitsbehörden (AOLG) die Politik aufforderte, die durch die im PsychThG 1999 vorgegebene Trennung der wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung entstandene Lücke zu schließen und das Berufsrecht vor das Sozialrecht zu stellen. Bislang wurde dieser Beschluss jedoch nicht umgesetzt. Für uns ist er aber hochaktuell, denn der Schaden, den die fehlende Umsetzung dieses Beschlusses bereitet, ist für uns approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie in unserer beruflichen Existenz schmerzlich spürbar!

Literatur

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP). (2004). Stellungnahme des BDP zum Beratungsthema Gesprächspsychotherapie, 19.11.2004. Verfügbar unter: www.bdp-verband.org/bdp/politik/2004/41119_gt.shtml [27.04.2016].

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2014). 39.500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ergebnisse der Bundespsychotherapeutenstatistik 2013. In BPtK Newsletter, Ausgabe 3/2014, S. 6.

Kindler, R., Tönnies, S. & Wilker, F.-W. (1997). Zur Aus- und Weiterbildung sowie beruflichen Situation Klinischer Psychologinnen/Psychotherapeutinnen und Klinischer Psychologen/Psychotherapeuten. Report Psychologie, 774-786.

— **Im Vergleich zur international weitreichenden Verbreitung der GPT in Österreich und in der Schweiz sowie im englischsprachigen Raum, stellt die Situation in Deutschland eine absolute (und bedauernswerte) Ausnahme dar.** _____

Rogers, C. R. (2009). Eine Theorie der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt. (Im Original: „A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as developed in the Client-centered Framework“, 1959).

Springer, A. & Vogel, H. (2015). Das Psychotherapeutengesetz – erhaltungswürdig? Reformbedürftig? Blicke von außen. Das PTJ im Gespräch mit Prof. Franz Caspar (Bern) und Prof. Stephan Hau (Stockholm). Psychotherapeutenjournal, 14 (4), 328-336.

Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H.J., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? Methodenkritische Anmerkungen zur Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.4.2008 im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. Psychotherapeutenjournal, 9 (2), 160-168.



Dipl.-Psych. Jana Lammers

Korrespondenzadresse:

Loehrsweg 1
20249 Hamburg
jana.lammers@me.com

Dipl.-Psych. Jana Lammers, Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie, ist in eigener Praxis in Hamburg tätig.



Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Julia Spreitz

kontakt@psychotherapie-spreitz.de

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Julia Spreitz, Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie, ist als klinische Psychologin in einer Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Hamburg tätig.

Kommentare und Leserbriefe

Die Ausbildungsreform in der Diskussion

Redaktionelle Vorbemerkung:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Redaktionsbeirat hat sich nach ausführlicher Diskussion entschlossen, die folgende Streitschrift im PTJ zu veröffentlichen.

Die Autorinnen und Autoren thematisieren einige aus ihrer Sicht inhaltlich und formal kritisch zu betrachtende Aspekte einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der laufenden Diskussion um eine Neustrukturierung der Psychotherapeutenausbildung.

Wir möchten mit der Veröffentlichung dieses Textes, der sich Zuspitzen erlaubt und Einseitigkeiten in der Betrachtung der Thematik nicht scheut, die Debatte zur Reform, die bereits seit einiger Zeit ihren Niederschlag im PTJ unter sehr verschiedenen Perspektiven findet, weiter befördern.

Wir hoffen auf Ihre Rückmeldungen; weitere Beiträge zum Thema werden folgen!

Anne Springer, Berlin (für den Redaktionsbeirat)

Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und die Zukunft der Psychodynamischen Psychotherapie

Meinrad Armbruster, Wolf Büntig, Werner Dinkelbach, Jana Fasbender, Michael Geyer, Elisabeth Graute, Karlfrid Hebel-Haustedt, Uwe Labatzki, Uli Meier, Ferdinand Mitterlehner, Thomas Nölle, Hamid Peseschkian, Norbert Schrauth, Dorothee Teller, Sabine Trautmann-Voigt & Günther Zurhorst

Die Diskussion um eine mögliche Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ beherrscht zunehmend die Gespräche in Fachkreisen. Im Folgenden sollen einige Konsequenzen der gegenwärtigen Novellierungspläne der Bundesregierung (BMG) diskutiert werden.

Die Autoren tragen Verantwortung für psychodynamisch oder integrativ ausgerichtete Ausbildungsstätten. Ihnen geht es um die Zukunft der Profession und die Aufrechterhaltung des derzeit weltweit vorbildlichen einheitlichen Qualifikationsstandards von Psychotherapie in der Krankenversorgung in Deutschland.

Nachdem nun die Reformvorschläge Gestalt annehmen, können die Konsequenzen dieser Pläne, die insbesondere die Psychodynamische Psychotherapie und ihre Basis in Deutschland zu tragen hätten, auf den Punkt gebracht wer-

den. Falls dies zu einem umfassenderen Meinungsbild beitragen kann, wäre die Erwartung der Verfasser erfüllt.

Die Autoren unterstützen darüber hinaus ein kürzlich vorgelegtes Papier von zwölf Psychotherapieverbänden unterschiedlicher Verfahrenorientierung, in dem „... für Studium und Weiterbildung Mindestvoraussetzungen formuliert werden, deren Unterschreitung [...] gegenüber PatientInnen und dem psychotherapeutischen Nachwuchs unverantwortlich wäre ...“ (Gemeinsame Erklärung der 12 Verbände, 2015).

Der gegenwärtige Stand der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes im Licht der Beschlüsse des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT)

Das BMG hatte fünf Jahre lang die Bemühungen der Profession ignoriert, auf der Basis des von der Bundesregierung selbst in Auftrag gegebenen Forschungsgutachtens die notwendigen zwei Veränderungen der Psychotherapeutenausbildung herbeizuführen, nämlich die Festlegung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung auf Masterniveau und die Neuordnung der Praktischen Tätigkeit. Es erschien der Profession riskant, den bewährten Standard des Berufsbildes des Psychologischen Psychotherapeuten wie auch die hervorragend evaluierte Ausbildungsstruktur ohne jegliche wissenschaftliche Prüfung (beispielsweise durch Modellausbildungsgänge) durch ein völlig neues und unerprobtes Modell der Aus- und Weiterbildung zu ersetzen.

Durch Beschluss des 25. DPT (Beschlusstext DPT, 2014) wurde schließlich die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ermächtigt, die Rahmenbedingungen für die vom BMG angestrebte zweistufige Qualifikation zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zu erkunden. Danach soll ein unmittelbar zur Berufserlaubnis (Approbation) führendes Erststudium – die „Basale Direktausbildung“ – ergänzt durch eine fünfjährige fakultative Weiterbildung das heutige Modell der postgradualen Ausbildung ablösen. Den Delegierten des DPT, die die Eckpunkte dieses Modells nach langer und kontroverser Diskussion beschlossen hatten, waren viele als hochattraktiv erscheinende berufspolitische Vorteile einer Approbation so-

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

fort nach einem Psychotherapiestudium in Aussicht gestellt worden: Bessere Berufschancen, Bezahlung gleich nach einem formal mit der Mediziner Ausbildung vergleichbaren Studium und nicht zuletzt die Sicherheit, auf einer bezahlten Weiterbildungsstelle die Fachkunde in einem wissenschaftlichen Verfahren zu erwerben.

Die Realisierung dieser Vorstellungen ist zwar z. Zt. keinesfalls absehbar, trotzdem hat der von der BPTK geleitete sogenannte „Transitionsprozess“, der die Novellierung des Gesetzes vorbereiten und begleiten soll, seit einigen Monaten ein beachtliches Tempo aufgenommen. So wurden Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich mit den Strukturen der Aus- und Weiterbildung beschäftigen und Grundlagen für einen Entwurf des Gesetzes erarbeiten, der im Frühjahr/Frühsummer 2016 vom BMG vorgelegt werden soll.

Um eine gewisse Kontrolle über den weiteren Gesetzgebungsprozess zu behalten, hatten die Delegierten des 25. DPT eine Reihe von Bedingungen an eine Novellierung geknüpft:

1. „Eckpunkte klären!“

Zunächst wurde der Beschluss keineswegs als endgültig und bedingungslos verabschiedet. Die Delegierten haben „... die nachfolgenden Eckpunkte (von denen die wesentlichen hier zitiert werden, Anm. d. Verf.) beschlossen und den Vorstand (der BPTK, Anm. d. Verf.) beauftragt, bei den zuständigen Stellen die Rahmenbedingungen für die Möglichkeiten der Realisierung für eine solche Reform inklusive der Finanzierung zu klären. Die Delegierten des DPT sind darüber zeitnah zu informieren“ (DPT, 2014).

Es war also ein Diskussions- und Klärungsprozess angestoßen und keineswegs eine unwiderrufliche Entscheidung getroffen worden. Wie zu zeigen ist, sind die angesprochenen Rahmenbedingungen bislang auch nicht im Ansatz geklärt.

2. „Uneingeschränkte Berufserlaubnis erst nach Erwerb der Fachkunde!“

So sollte die Approbation nach dem Studium lediglich auf eine psychotherapeutische Tätigkeit in der Weiterbildung unter Aufsicht beschränkt werden. Erst nach der Weiterbildung und dem Erhalt der Fachkunde sollte „... die eigenständige Behandlung im ambulanten und stationären Bereich ...“ (DPT, 2014) möglich sein.

Die Pläne des BMG sehen allerdings eine berufsrechtlich uneingeschränkte Berufserlaubnis für den Absolventen der Direktstudium nach dem Studium vor.

3. „Ausbildung in den vier Grundorientierungen und über die gesamte Lebensspanne!“

Im Direktstudium sollte sich, so der Beschluss, „... die Qualifizierung über die gesamte Altersspanne (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)“ erstrecken. „... In dieser Phase sind die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln“ (DPT, 2014).

Nach dem derzeitigen Diskussionsstand ist allerdings das den Delegierten seinerzeit vorgestellte mindestens fünfjährige (dem Medizinstudium formal analoge) Direktstudium kaum zu realisieren, da sich die Kultusministerkonferenz klar gegen den Plan eines zusätzlichen Staatsexamensstudienganges ausgesprochen hat, der den Bolognaprozess konterkarieren würde. Vermutlich wird sich daher das BMG an dem DGPs-Vorschlag (Fydrich, 2015) orientieren. Danach wäre das Direktstudium auf ein viersemestriges Masterstudium geschrumpft, das auf einem „polyvalenten“ Bachelor (Sozialpädagogik, Pädagogik, Psychologie u. ä.) aufsetzen soll. Nach einem Studium dieses Umfangs eine Approbation, d. h. die volle Berufserlaubnis als Psychotherapeut für einen Absolventen zu erteilen, der nicht im Besitz der Fachkunde und damit nach der heutigen Gesetzeslage gar nicht berechtigt wäre, sich Psychotherapeut zu nennen, wäre mit dem Patientenschutz kaum vereinbar.

Dass heilkundliche Psychotherapie auf der Basis eines Verfahrens ausgeübt wird, entspricht der gegenwärtigen Gesetzeslage und dürfte auch mehrheitlich Konsens in der Profession sein. Wenn es das Ziel der Ausbildung ist, die „eigenverantwortliche und selbständige“ Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie zu ermöglichen (wie es die Approbationsordnung jetzt vorschreibt und auch zukünftig vorschreiben würde), müsste die Fachkunde in einem der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren auch Ausbildungsinhalt sein. Wie Gleiniger (2009) feststellt, könne man nicht nach einem Teil der Ausbildung unterbrechen, „die Berufszugangsprüfung abnehmen, die Approbation erteilen, um den Qualifikationserwerb in seinen für das fachliche Niveau des Berufs substantiell entscheidenden Teilen (v. a. die Patientenbehandlung unter Supervision) erst dann, d. h. nach Weiterbildungsrecht, fortzusetzen bzw. abzuschließen“ (Gleiniger, 2009, S. 411). Die diesbezüglichen verfassungsrechtlichen Bedenken, die hier aufscheinen, sollen an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden.

Es entspricht den Erfahrungen, die in Jahrzehnten psychotherapeutischer Ausbildung gesammelt worden sind, dass ein zweijähriger (Master-)Studiengang mit der Aufgabe, einen Psychotherapeuten auszubilden, der eine Approbation als PP und damit eine volle Berufserlaubnis erhält, überfordert wäre. Trotz höchst anspruchsvoller Konzepte für diesen Studiengang könnten im besten Falle Kompetenzen erzeugt werden, wie sie im angelsächsischen Raum als Counseling- bzw. Beratungskompetenzen bezeichnet werden. Evident ist also eine enorme Diskrepanz zwischen den kürzlich vorgelegten Ausbildungszielen, die die Approbation in einem Heilberuf rechtfertigen sollen, und den Möglichkeiten eines solchen Direktstudiums, solche Ziele auch tatsächlich erreichen zu können (siehe das jüngste Papier der BPTK vom Oktober 2015

„Übergeordnete Ausbildungsziele des Approbationsstudiums: Ziel der Ausbildung sind wissenschaftlich und praktisch qualifizierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die zu eigenverantwortlicher und selbständiger psychotherapeutischer Tätigkeit [...] befähigt sind.“ (BPtK, 2015).

4. „Klärung der Finanzierung von Studium und Weiterbildung!“

Eine weiterer Beschluss der Delegierten enthält folgende Forderung: „Es werden angemessene finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen für die Vergütung der Versorgungsleistungen von Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie für die von Weiterbildungsstätten bzw. die in den Einrichtungen zur Weiterbildung Befugten erbrachten Versorgungs- und Qualifizierungsleistungen.“ (DPT, 2014)

Konkrete Lösungsvorschläge für dieses Problem sind bisher von politischer Seite nicht kommuniziert worden. Von juristischer Seite wird die Klärung dieser Rahmenbedingungen als außergewöhnlich schwierig eingeschätzt (Gleiniger, 2013b, S. 514). Sollte doch eine Regelung für Psychotherapeuten in Weiterbildung möglich sein, haben vorsorglich im Sommer 2015 große Ärzteverbände (Stellungnahmen DGPPN & DGPM, 2015) gefordert, dass – falls solches für Psychotherapeuten möglich würde – es auch für alle ärztlichen Weiterbildungsstätten gelten müsste. Angesichts der Finanzlage der Länder wäre schon die Finanzierung der Weiterbildungsstellen für Psychotherapeuten fraglich.

In dieser Hinsicht lassen die gegenwärtig diskutierten Entwürfe für die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes – unabhängig vom Verfahren – die Befürchtung aufkommen, dass der mit der Gesetzesnovelle geplante Umbau des Ausbildungs- und Versorgungssystems auf Kosten der Qualität der Ausbildung und Versorgung gehen würde.

Der Umgang mit den Forderungen der Profession dürfte allerdings nicht nur für die Zukunft der Psychodynamischen Psychotherapie in Deutschland entscheidend sein.

So wäre auch eine weitere Konsequenz absehbar: Da der approbierte Psychologische Psychotherapeut nach dem Erststudium berufsrechtlich zur Ausübung der Psychotherapie berechtigt und die dann schwer zugängliche, teure und aufwändige Weiterbildung freiwillig wäre, liegt es nahe, dass viele Approbierte sich in Form eines „Approbierten Psychologischen Psychotherapeuten light ohne Weiterbildung“ (also eines neuen medizinischen Berufes), an der Versorgung beteiligen würden, auch wenn sie dazu nicht qualifiziert wären. Das Argument einiger unserer Berufspolitiker, auch ein approbierter Psychotherapeut könnte ohne Fachkunde nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, also des SGB V, sein Geld verdienen, erscheint wenig stichhaltig, bedenkt man die neuerlichen Bestrebungen einiger Kassen, nicht nur Kollegen ohne Fachkunde, sondern sogar Heilpraktikern psychotherapeutische Leistungen als sogenannte „Über-

gangstherapie“ zu honorieren – offenkundig zum Nachteil der Kostenerstattung approbierter Kollegen mit Fachkunde (Übergangstherapie, 2016).

Die gegenwärtige Rolle der Psychodynamischen Psychotherapie in Ausbildung und Versorgung

Gegenwärtig ist die Psychodynamische Psychotherapie neben der Verhaltenstherapie die erfolgreichste und maßgebende psychotherapeutische Schule. Ihr Spektrum reicht von der klassischen Psychoanalyse bis zu modernen Ansätzen wie der Mentalisierungsbasierten Therapie. Sie besitzt einen etwa hälftigen Anteil an der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und wird ebenfalls an ca. der Hälfte der vorhandenen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten gelehrt.

Die damals neu entdeckten und stetig weiterentwickelten Konzepte der Psychoanalyse – wie z. B. Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand – dienen dem Verständnis der Beziehungsphänomene jeder Form von Psychotherapie und werden inzwischen auch innerhalb anderer wissenschaftlich anerkannter Verfahren gelehrt und genutzt (Zarbock, 2010). Nach einer schwierigen Phase der Abschottung der Psychoanalyse von der „Normalwissenschaft“ gibt es inzwischen einen neuen, wissenschaftlich gut abgesicherten „*common ground*“ der Psychodynamischen Psychotherapie (Fonagy et al., 2011; Leichsenring et al. 2008/2015; Shedler, 2011), der auch als methodenübergreifende Verständigungsbasis dient (Krause, 2012).

Die strukturelle Basis der Psychodynamischen Psychotherapie

Die Psychodynamische Psychotherapie ist – im Gegensatz zur Verhaltenstherapie – nicht (mehr) an psychologischen Universitätsinstituten beheimatet. Ihre verfahrenspraktische Entwicklung wurzelt in Deutschland in ca. 90 staatlich anerkannten Ausbildungsstätten, die auch Beiträge zur Forschungsarbeit leisten (siehe z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2013; Geiser et al., 2014; DGPT et al., 2011; Kruse, 2014; Boll-Kladt u. Kohrs, 2013 u. a.). Die wesentlichen Forschungsimpulse kommen nach wie vor von psychosomatisch/psychotherapeutischen Universitätskliniken sowie Abteilungen für Medizinpsychologie und Medizinsoziologie an den Medizinischen Fakultäten (Übersicht bei Herzog, Beutel & Kruse, 2012 u. a.). Diese Einrichtungen sind wiederum überwiegend eng vernetzt mit staatlich anerkannten Ausbildungsstätten, an denen PP, KJP sowie in der Facharztweiterbildung befindliche Ärzte in den psychodynamischen Therapieverfahren aus- bzw. weitergebildet werden.

Insofern kann festgestellt werden, dass die Psychodynamische Psychotherapie in Deutschland den erheblichen Teil ih-

rer strukturellen Basis durch staatlich anerkannte lehrende Tätigkeiten und durch Publikationen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung an den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten besitzt.

Die Benachteiligung der Psychodynamischen Psychotherapie durch die Direktausbildung

Der Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT, 2014) „... Im wissenschaftlichen Hochschulstudium [...] sind die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln ...“, zielte darauf ab, Chancengleichheit zwischen den Verfahren, die später in einer Weiterbildung vermittelt werden können, herzustellen. Die „Gemeinsame Erklärung der 12 Verbände“ (2015, Pkt. A) bekräftigt diese Forderung: „... Deshalb muss das Studium so strukturiert sein, [...] dass die vier Grundorientierungen der Psychotherapie und die zugehörigen psychotherapeutischen Verfahren mit konkreten Bezügen zum psychotherapeutischen Arbeitsalltag [...] vermittelt werden ...“.

Die Frage, ob überhaupt ein Verfahrensbezug in der Direktausbildung vermittelt werden kann, hatte das von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Forschungsgutachten klar verneint. Strauß und Nodop (2015) resümieren, „... dass Hochschulen in der Regel nicht über die personellen und finanziellen Ressourcen verfügen, um zusätzliche Aufgaben (im Rahmen einer Direktausbildung, Anm. d. Verf.) kompetent zu übernehmen. Da an den Hochschulen die Verhaltenstherapie in Relation zu allen anderen bislang vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Verfahren absolut dominant vertreten ist, könnte außerdem durch die Direktausbildung die für die Krankenversorgung und in der Forschung notwendige Verfahrensvielfalt nicht aufrechterhalten werden ...“. Nicht nur besitzt die Psychodynamische Psychotherapie keine nennenswerte strukturelle Basis an den psychologischen Universitätsinstituten. Wie deren Absolventen berichten, wird auch keine Notwendigkeit gesehen, sich mit dieser Therapieform, so wie sie heute in der Patientenversorgung anzutreffen ist, zu beschäftigen. Die Debatte um die Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren wird dabei so geführt, als ginge es eher um ideologische als um wissenschaftliche Auseinandersetzungen (Buchholz, 2014; Ehrenthal & Grande, 2010; Leichsenring & Rabung, 2013; Leichsenring et al. 2013b). Die Frage, ob im Falle der Direktausbildung angemessene finanzielle und personelle Ressourcen für die Lehre in Psychodynamischer Psychotherapie bereitgestellt werden, hält auch Buchholz – einer der wenigen psychodynamischen Hochschullehrer – (Internationale Psychoanalytische Universität Berlin), nicht für beantwortet (Buchholz, 2014). Körner (2013), an gleicher Universität tätig, sieht ebenfalls, dass die Direktausbildung „... zu einem Monopol der VT führen [würde], da kaum psychodynamisch orientierte Hochschullehrer zur Verfügung stehen“.

So müsste an den Hochschulen, die das Direktstudium durchführen sollen, zunächst ein tiefgreifender Kulturwandel stattfinden. Dieser ideelle Wandel wäre erst die Voraussetzung dafür, fachkundige Hochschullehrer für alle Verfahren einzustellen, was allerdings angesichts der heutigen Wirklichkeit der deutschen Hochschullandschaft ein Vorhaben ohne Realitätsbezug bleiben dürfte. Selbst wenn es gesetzlich festgeschrieben würde, den Verfahrensbezug im Direktstudium herzustellen – wie viele Jahrzehnte würde es wohl dauern, bis er Realität sein würde?

Auch wenn gegenwärtig unter Umständen sehr fantastisch anmutende Ausbildungsziele des Direktstudiums in den Transitionsprozess eingespeist werden, sollte doch ein Blick auf die Möglichkeiten eines Direktstudiums solche Ziele relativieren. Es gibt keine realen Anzeichen, dass sich die beschriebene Situation auf längere Sicht ändern könnte.

So wäre ein weiteres Résumé dieser Betrachtung, dass nicht anzunehmen ist, dass die Psychodynamische Psychotherapie im Rahmen einer zur Approbation führenden Direktausbildung die Bedeutung erhalten würde, die ihr als mit Verhaltenstherapie gleichrangigem Verfahren der psychotherapeutischen Versorgung zukommt.

Die Zementierung der allgemeinen Dominanz der Verhaltenstherapie in Deutschland

Zwar würde sich die Situation an den Hochschulen nicht ändern – was sich jedoch durch die geplante Novellierung verändern würde, wäre das jetzige annähernde Gleichgewicht zwischen den die Versorgung bestimmenden Verfahren Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Psychotherapie.

Was würde ein „Approbierter Psychologischer Psychotherapeut“ als Absolvent eines Direktstudiums tatsächlich können, wenn die wissenschaftliche Behandlungsqualifikation – also die Beherrschung eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens als Kriterium psychotherapeutischer Expertenschaft – entfallen ist? Es würde sich um Fähigkeiten handeln, die im allgemeinen Verständnis nicht die Kernkompetenz des Psychotherapeuten ausmachen. Neben theoretischen Grundlagen der Psychotherapie wären es kommunikative Kompetenzen, von denen erwartet wird, dass sie Psychologen nach einem Studium der Psychologie mit klinischem Schwerpunkt, aber auch Ärzte oder Sozialpädagogen besitzen. Auch bei bestem Willen der Beteiligten wäre es maximal eine Art „Verhaltenstherapie light“, mit der ein junger Kollege nach einem Direktstudium „Psychotherapie“ in die Krankenversorgung entlassen würde.

Zukünftig wäre dieser „Verhaltenstherapeut light“ jedoch ein approbierter Psychotherapeut und das, was er an Leistungen erbringen könnte, würde der dann geänderten Legaldefinition von Psychotherapie entsprechen und somit als die „Psychotherapie“ definiert.

Damit wäre die Dominanz der Verhaltenstherapie in Deutschland umso mehr zementiert, als eine weitere Konsequenz der geplanten Novellierung unabweisbar hinzu käme: der Bedeutungsverlust der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten auf ihrem Weg zu Weiterbildungsstätten.

Die Marginalisierung der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten als Folge der veränderten Qualifikationsstrukturen

Eine Forderung des 25. DPT lautet: „Die derzeitigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten werden zu Weiterbildungsstätten übergeleitet, wenn sie die Anforderungen der Weiterbildungsordnung erfüllen. Dabei ist dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Zahl an Plätzen zur Sicherung eines hinreichenden psychotherapeutischen Nachwuchses zur Verfügung gestellt wird.“

Bekanntlich haben Weiterbildungsstätten in Deutschland keinen gesetzlichen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung, wie er zur Zeit für staatlich anerkannte Ausbildungsstätten (nur) für die praktische Ausbildung der Ausbildungsteilnehmer in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren im Rahmen der Durchführung des Psychotherapeutengesetzes (§ 117 SGB V) besteht. Damit wäre jedoch die Weiterbildung in den genehmigungspflichtigen wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren – die unbestrittene Voraussetzung einer psychotherapeutischen Expertenschaft – kaum möglich. Falls psychotherapeutische Weiterbildungsstätten qua (Bundes- oder Länder-)Gesetzgebung einen Ermächtigungsanspruch analog dem heute gültigen § 117 SGB V bekämen, würde der Gesetzgeber ein Sonderrecht ohne rechtfertigendes Vorbild und auf widersprüchliche Weise schaffen (ein ausdrücklich für Hochschulen und Ausbildungseinrichtungen geschaffenes Bundesgesetz müsste auf die Weiterbildung, die Länderrecht unterliegt, transformiert werden, also müssten gesetzgeberische Akte auf Länderebene erfolgen, die in der juristischen Fachwelt als außerordentlich problematisch eingeschätzt werden (Gleiniger, 2013)). Falls dies jedoch gelänge, entsteht die Gefahr, dass solch ein Gesetz unüberschaubare Kosten verursachen könnte, da sämtliche medizinische Weiterbildungsstätten einen Anspruch auf Gleichbehandlung durchsetzen, also einen eigenen Ermächtigungsanspruch anmelden könnten, um sich so die Leistungen der ärztlichen Weiterbildungsteilnehmer von den Kassen außerhalb des für Krankenhäuser vorgesehenen Budgets vergüten zu lassen (Stellungnahme DGPPN & DGPM, 2015). Einer der neueren Vorschläge der BPTK lautet, die Weiterbildungsstätten sollen ihre Weiterbildungsassistenten während der gesamten stationären und ambulanten Weiterbildungszeit ähnlich wie ärztliche Weiterbildungsassistenten anstellen und bezahlen, sodass diese ihre Weiterbildung im Rahmen von Anstellungen in „Anerkannten Psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten“ durch ihre Gehälter finanzieren könnten. Aber wer finanziert das, und wer schafft die nötigen Stellen, die wohl außerhalb der Bedarfsplanung im ambulan-

ten Sektor anzusiedeln wären? Ein anderer Vorschlag geht dahin, dass mehrere Tausend Weiterbildungsstellen in Psychiatrischen und Psychosomatischen Kliniken sowie in Ambulanzen neu geschaffen werden sollen. Nach Berechnungen des Forschungsgutachtens und eigenen Erhebungen sind derzeit maximal 35% der gegenwärtig etwa 12.500 Ausbildungsteilnehmer in Einrichtungen angestellt, die als Weiterbildungsstätten im weitesten Sinne geeignet wären. Damit müssten bei gleichbleibender Anzahl jährlicher Absolventen einer zur Fachkunde führenden Weiterbildung (ca. 2.500 jährlich) mindestens 6.000 bis 7.000 neue Weiterbildungsstellen finanziert werden. Angesichts neu entstehender Kosten für mehrere Tausend bezahlter Weiterbildungsstellen und des drastischen Einschnittes durch ein unvermeidliches Herausfallen der Weiterbildungsstätten aus dem Wirkungsbereich des § 117 SGB V (Bezahlung der Ausbildungstherapien nach dem heutigen Modell über die Krankenkassen) erscheint ein ordnungsgemäßer Erwerb der Fachkunde mehr als fraglich.

Es gehört wenig Phantasie dazu sich vorzustellen, welche Rolle unter diesen Bedingungen die Ausbildungsstätten noch spielen würden. Die zahlenmäßig dann erheblich reduzierte Weiterbildung würde in erster Linie an die stationären Einrichtungen mit vorgelagerten MVZ der großen Klinikkonzerne gehen. Die Nachteile einer psychotherapeutischen Weiterbildung unter diesen Bedingungen kann an bereits vorhandenen ärztlichen Weiterbildungsmodellen besichtigt werden: Gegenwärtig ist z. B. Ärzten die Durchführung und Finanzierung der in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Behandlungen in einem wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren nur im Rahmen des Kontingentes möglich, das für die postgraduale Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten, nicht jedoch für die Weiterbildung von Ärzten gesetzlich vorgesehen ist und im Falle der Umwandlung der Ausbildung in eine Weiterbildung weder für Ärzte noch für Psychologen zugänglich sein dürfte!

Die Problematik der ungeklärten Finanzierung wird auch in der „Gemeinsamen Erklärung der 12 Verbände“ (2015) unter Pkt. B 2. u. 3. angesprochen:

„...Alle Weiterbildungsstätten müssen durch eine ausreichende Finanzierung in die Lage versetzt werden, den in der Weiterbildung befindlichen PsychotherapeutInnen ein angemessenes Gehalt zahlen zu können. Sie müssen darüber hinaus finanziell in die Lage versetzt werden, die für die Weiterbildung notwendige personelle und räumliche Ausstattung vorhalten zu können. Auch für theoretische Weiterbildung, Supervision, Selbsterfahrung etc. sind geeignete Finanzierungsformen gesetzlich zu verankern.“

Es muss sichergestellt werden, dass in den Versorgungseinrichtungen pro Jahr für mindestens 2250 WeiterbildungsteilnehmerInnen entsprechende Stellen zur Verfügung stehen, deren Finanzierung gesichert ist; davon sollten mindestens 20 Prozent für Weiterbildungsplätze im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgesehen sein. Die Auswirkungen auf die Bedarfsplanung und -deckung sind vorab zu prüfen ...“.

Da eine Lösung der genannten Probleme angesichts der Finanzlage der Länder eher unwahrscheinlich ist, würden alle Nachteile des neuen Weiterbildungsmodells die jetzigen Ausbildungsstätten treffen. Es ist offensichtlich, dass unter dieser Entwicklung die Verfahren der Psychodynamischen Psychotherapie ganz besonders leiden würden, die nicht nur keine strukturelle Basis an den staatlichen Hochschuleinrichtungen besitzen, sondern auch ihre wichtigste Basis an den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten verlieren würden.

Die Schlussfolgerung wäre somit, dass die jetzt erkennbaren Veränderungsvorschläge der Qualifikationsstrukturen im Bereich der Weiterbildung eine Marginalisierung der staatlich anerkannten Aus- bzw. Weiterbildungsstätten nach sich ziehen würden.

Aus den oben beschriebenen Gründen würde die Psychodynamische Psychotherapie, da sie – im Gegensatz zur Verhaltenstherapie – ihre strukturelle Basis in den Ausbildungseinrichtungen hat, ihre Relevanz für die Krankenversorgung verlieren. (Den systemischen und humanistischen Verfahren dürfte es nicht besser ergehen.)

Am meisten würde die psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie benachteiligt sein, da die Schaffung einer angemessenen Anzahl von Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angesichts der heutigen Schwierigkeiten, bereits die praktische Kinder- und jugendpsychiatrische Tätigkeit im Umfang von 1.200 Stunden in der Ausbildung zu realisieren, völlig illusorisch wäre.

Auch würden Dutzende verhaltenstherapeutischer Institute, die derzeit eine sehr praxisnahe Ausbildung durchführen, zukünftig nicht mehr diese Ausbildung anbieten können.

Fazit

Öffentlichkeit tut not!

Die Pläne des BMG zielen nicht nur auf die Ausbildung von Psychotherapeuten, sondern würden mit der Schaffung eines „Approbierten Psychotherapeuten ohne Fachkunde“ die Medizin weitreichend verändern und gehen insofern die Gesellschaft insgesamt etwas an (Gleiniger, 2013a, b). Die Existenz dieses neuen Psychotherapeuten unterhalb der Fachkunde hätte beträchtliche Auswirkungen auf das Verständnis der allgemeinärztlichen und fachärztlichen Tätigkeit. Mit der beabsichtigten Reform würde die integrative Funktion eines psychosozialen Herangehens an den Patienten – bislang Bestandteil jeden ärztlichen Handelns – zum zentralen Bestandteil des Berufsbildes eines neuen „Generalisten für das Psychische“. Hier wird ein Effekt in Richtung zunehmender Entlassung des Arztes aus seinen psychosozialen Funktionen befürchtet (z. B. Ärztekammerbeschluss Berlin, 2016).

Zunächst sollte die weitere Diskussion in den folgenden Problempunkten transparent in der Öffentlichkeit geführt werden:

- Die Vielfalt wissenschaftlicher Verfahren als unterschiedliche Zugänge zum menschlichen Dasein muss erhalten werden, da nur so die Unterschiedlichkeit menschlichen Erlebens, Verhaltens und Leidens in der Arbeit mit Patienten berücksichtigt werden könnte.
- Es ist nicht erkennbar, dass die Psychodynamische Psychotherapie im Rahmen einer zur Approbation führenden Direktausbildung die Bedeutung erhalte, die ihr als mit Verhaltenstherapie gleichrangigem Verfahren der psychotherapeutischen Versorgung zukommt.
- Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erhalte verfahrensübergreifend nicht den Stellenwert, die ihr als mit der Erwachsenentherapie gleichrangiger Anwendungsbezug der psychotherapeutischen Versorgung zukommt.
- Die jetzt erkennbaren Veränderungen der Qualifikationsstrukturen bedeuteten die Marginalisierung der staatlich anerkannten Aus-/Weiterbildungsstätten. Diese sind jedoch die wissenschaftliche und verfahrenspraktische Basis der Psychodynamischen Psychotherapie in Deutschland.
- Die strukturellen Voraussetzungen einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung zur Erlangung der Fachkunde (z. B. die Art der Weiterbildungsstätten; die Finanzierung der Weiterbildungsstellen; die Finanzierung der Aus- bzw. Weiterbildungstherapien) sind nicht in einer Weise geklärt, die zufriedenstellen kann.
- Die Beherrschung eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens würde für Psychologische Psychotherapeuten zukünftig nicht mehr als Voraussetzung für die Berufserlaubnis dienen. Die in der Medizin bislang einheitlich definierte Psychotherapie als Anwendung eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens und der einheitliche qualifikatorische Maßstab für Psychotherapie in der Medizin wäre abgeschafft! Es gäbe dann Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten mit Fachkunde und Psychologische Psychotherapeuten ohne Fachkunde. Das wäre unvereinbar mit dem Patientenschutz.

Keine Novellierung ohne weitere rechtliche Absicherungen!

Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes als Bundesgesetz dürfte also nicht ohne die daran anknüpfenden Gesetze und Verordnungen auf Bundes- und Länderebene vorangetrieben werden.

Sollte es nicht gelingen, durch Gesetzesänderungen über das Psychotherapeutengesetz hinaus die Vorbedingungen dafür herzustellen, dass die Tätigkeit der „neuen approbierten Psychologischen Psychotherapeuten“ im Interesse des Patientenschutzes berufsrechtlich eingeschränkt wird und die Wei-

terbildung strukturell und finanziell auf einem sicheren Fundament stehen könnte, sollten Alternativmodelle zur Basalen Direktausbildung realisiert werden. Wenn die sogenannte kleine Lösung (s. Strauß & Nodrop, 2015) nicht opportun erscheint, sollte das Modell einer „Dualen Direktausbildung“, d. h. nach einem Masterstudium (und 1. Staatsexamen) ein zweiter – mindestens dreijähriger – Ausbildungsabschnitt mit 2. Staatsexamen und Approbation (Gleiniger, 2013a, 2013b) in Erwägung gezogen werden, das konkrete Lösungsvorschläge für all die hier beschriebenen Probleme enthält.

Literatur

- Ärztchamberbeschluss Berlin. Verfügbar unter: [www.aerztekammer-Berlin.de/40presse/10_Pressemitteilungen/688_Novelle_Psychotherapeutengesetz/paek-4-2016-Kritik-an-Novelle-des-Psychotherapeutengesetzes.pdf](http://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/10_Pressemitteilungen/688_Novelle_Psychotherapeutengesetz/paek-4-2016-Kritik-an-Novelle-des-Psychotherapeutengesetzes.pdf) [10.04.2016].
- Benecke, C. & Hau, S. (2015). Teil I: Zur Vielfalt psychoanalytischer Forschung heute. Illustriert mit Forschungsprojekten am Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt.
- Bohleber, M., Benecke, C. & Hau, S., (2015). Psychoanalytische Forschung – Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. Reihe Psychoanalyse im 21. Jahrhundert (S.15-104). Stuttgart: Kohlhammer.
- Boll-Klatt, A. & Kohrs, M. (2013). Praxis der psychodynamischen Psychotherapie: Grundlagen – Modelle – Konzepte. Stuttgart: Schattauer.
- BPtK. (2015). Kompetenzbasierte Ausbildungsziele des Approbationsstudiums. Schriftliche Befragung der professionsinternen Beteiligten. Verfügbar unter: www.dgpt.de/.../2015-08-25_DGPT_zu_FB_Ausbildungsziele.pdf [07.12.2015].
- Buchholz, M. B. (2014). DGPT-Psycho-News-Letter 98 (S. 8). Verfügbar unter: www.dgpt.de/fileadmin/download/psychonewsletters/xkdPNL-98.pdf [02.12.2015].
- DPT (2014). Beschlusstext des 25. Deutschen Psychotherapeutentages vom 24.11.2014. Verfügbar unter: www.bptk.de/uploads/media/20141124_beschluss_inkl.abstimmungsergebnis_25_dpt_pt-ausbildung.pdf [05.12.2015] oder: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/grosse-mehr.html [07.12.2015].
- DGPT, DGPM et al. (2011). Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13-15 der Psychotherapie-Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren. Forum Psychoanalyse, 27, S.1-85.
- Ehrenthal, J. & Grande, T. (2010). The emperor's new clothes – Comment on Bhar et al. *Psychotherapy and Psychosomatics* 11/2010, 80 (1), S.52.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2011). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (4. Aufl.). Frankfurt: Klett-Cotta.
- Gemeinsame Erklärung der 12 Verbände (2015). Mindestvoraussetzungen einer Umsetzung der Forderungen des Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform der Qualifizierung von Psychotherapeuten. Berliner Tagung am 05.11.2015. Verfügbar unter: www.bvvp.de/files/20151105_gemeinsames_positionspapier_verbaende_mindestkriterien_an_eine_ausbildungsreform.pdf [15.11.2015].
- Geiser, F., Trautmann-Voigt, S., Kaspers, S., Zander, D., Voigt, B., Wegener, I., Hofmann, P., Conrad, R. & Imbierowicz, K. (2014). Evaluation ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie: Ergebnisse einer kontrollierten Feldstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60, S. 251-266.
- Gleiniger, J. (2009). Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten Anmerkungen zum Rechtsgutachten von Prof. Dr. Thorsten Kingreen. In Begleitband zum Forschungsgutachten im Auftrag des BMG zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Verfügbar unter: www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Begleitband_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung_300409.pdf [12.11.2015].
- Gleiniger, J. (2013a). Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis (VPP) der DGVT*, Heft 2, 493-517.
- Gleiniger, J. (2013b). Plädoyer gegen eine basale und für eine duale Direktausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 360-361.
- Herzog, W., Beutel, E. & Kruse, J. (2012). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart: Schattauer.
- Körner, J. (2013). Plädoyer für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten „von der Profession her“. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 364-365.
- Krause, R. (2012). Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre. Grundlagen und Modelle. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. *JAMA*, 300 (13), 1551-1565.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2013a). Zur Kontroverse um die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59, 13-32.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J. & Leibing, E. (2013b). Psychodynamic therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder: A multi-center randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170, 759-767.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S. & Steinert, C. (2015). Psychodynamic Therapy Meets Evidence-Based Medicine: A Systematic Review Using Updated Criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2, 648-660.
- Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U. & Negele, A. (Hg.) (2013). Chronische Depression. Verstehen – Behandeln – Erforschen (S. 217-239). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shedler, J. (2011). Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 265-277.
- Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zur Reformierung der Psychotherapeutenausbildung. Verfügbar unter: [www.dgpm.de/aktuell_single/?no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=1109](http://www.dgpm.de/aktuell_single/?no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=1109) [02.12.2015].
- Strauß, B. et al. (2009). Forschungsgutachten für die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/Forschungsgutachten-Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten.pdf [03.12.2015].
- Strauß, B. & Nodop, S. (2015). Weichenstellungen für eine umfassende Änderung der Psychotherapieausbildung 5 Jahre Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 40, 92-108.
- Übergangstherapie (2016). Verfügbar unter: <http://uebergangstherapie.de/> [15.04.2016].
- Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2010). Methodenpapier – Version 2.8, 20.09.2010. Verfügbar unter: www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.87 [29.11.2015].
- Wöller, W. & Kruse, J. (2014). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.
- Zarbock, G. (2010). Praxisbuch Verhaltenstherapie: Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie (2. Aufl. S. 89ff). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Ein deutliches Übergewicht der Psychologie gegenüber der Pädagogik ist für die Ausbildung von KJP nicht gerechtfertigt

Zu: Geplantes Studium Psychotherapie: eine Strukturveränderung mit Chancen und Risiken. Das PTJ im Gespräch mit Studierenden des Faches Psychologie, Psychotherapeutenjournal 4/2015, S. 361-367

Die drei interviewten Studentinnen beklagen die mangelnde Wahlfreiheit und die Praxisferne. Sie zweifeln eine sinnvolle Umsetzung einer Direktausbildung an, indem sie auch thematisieren, wie denn eine Unterscheidung zwischen Psychologie- und Psychotherapiestudium in der Praxis genau aussehen sollte.

In Bezug auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sehen sie zudem die Gefahr, dass den „Pädagoginnen und Pädagogen oder Menschen aus anderen Berufsrichtungen der Zugang zur Psychotherapie verwehrt wird.“

In diesem Punkt sind sie wesentlich kritischer und realistischer als die Mehrheit des 25. DPT, die mit dem Beschluss zur Ausbildungsreform den bislang eigenständigen Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zugunsten eines allgemeinen Psychotherapeuten mit unterschiedlichen Schwerpunkten de facto abschaffen will.

Historisch ging der Beruf aus dem „Psychagogen“ sowie des späteren „Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ hervor. Die Bezeichnung findet sich erstmals 1875 (s. www-wikipedia.org/wiki/Psychagogik), womit auf die beiden Kernkompetenzen angespielt wurde, die sich gleichberechtigt ergänzen. Diese Tradition wurde zu Recht 1999 in das PsychThG aufgenommen. Die geplante Ausbildungsreform sieht nun ein deutliches Übergewicht der Psychologie vor, was sich fachlich nicht rechtfertigen lässt.

Ein einzelner Studiengang kann die notwendigen Kompetenzen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht vermitteln. Es bedarf vielmehr ein übergreifendes Lehrangebot der Pädagogik, Psychologie sowie angrenzender Wissenschaften. Störungsbilder lassen sich gerade bei Kindern nicht immer eindeutig abgrenzen.

Es gibt keine Belege dafür, dass das Grundstudium der Psychologie nach einem allgemeinen 1er-Abitur einen erfolgreicherer Psychotherapeuten hervorbringt als das Grundstudium der Sozialen Arbeit (was mit der Fachhochschulreife möglich ist) oder der Pädagogik. Diese Belege lassen sich insbesondere nicht in der Therapieforchung finden. Im Gegenteil: Das Forscherteam um Prof. Grawe wies die Beziehungsqualität zwischen Patient und Psychotherapeut als dominante Rolle beim Therapieerfolg nach. Eine von allen Psychotherapierichtungen weitgehend anerkannte Erkenntnis.

Aus der Therapieforchung heraus lässt sich also kein Motiv für die jetzt beschlossene Art von Ausbildungsreform herleiten. Es lässt sich jedoch eine universale Ausbildung ableiten. Denn wenn das einzelne Psychotherapieverfahren nicht die entscheidende Rolle beim Therapieerfolg spielt, ist eigentlich nicht einzusehen – genau wie es auch die Studentinnen in dem Interview richtig benennen –, warum die Trennung nach Therapieverfahren zwar in einem Studium generale nicht besteht, um aber in der sog. „Qualifizierungsphase 2“ doch wieder mit der Vertiefung in einem Verfahren konterkariert zu werden.

Die Argumentation des 25. DPT, wonach der Beruf des KJP nicht abgeschafft wird, sondern als Schwerpunkt-Untertitel erhalten bleibt, wirft zudem die Frage auf, ob überhaupt zwei psychotherapeutische Berufe bei der Behandlung von psychischen Störungen nötig sind? Sind psychische Störungen bei Kindern so viel anders als bei Erwachsenen? Welche identischen Behandlungsformen kann ich ungeachtet des Alters beim Patienten einsetzen?

Der grundlegende Behandlungsunterschied betrifft den Entwicklungsstand, die Reflexionsfähigkeit und die Art und Weise des Umgangs. Dies bedarf einer eigenen Sprache, einer spezifischen Kompetenz zur Herstellung der für den Erfolg nötigen Beziehungsqualität. Die Kommunikation und Interaktion, der Einsatz von Symbolen und Metaphern, die Art und Weise des Zugangs, die Mechanismen der Aufrechterhaltung dysfunktionalen Verhaltens und Erlebens folgen zu einem erheblichen Teil komplett anderen Gesetzen als bei Erwachsenen.

Man möge nur mal versuchen, einen 12-jährigen Jungen zu erklären, dass seine Beschwerden Symptome einer Depression seien. Dann erkläre man es seinen Eltern und am nächsten Tag hat man einen 50-jährigen Patienten, dem man die gleiche Diagnose mitzuteilen hat.

Die Arbeit eines KJP unterscheidet sich grundlegend von der eines „Erwachsenenpsychotherapeuten“. Eine therapeutische Arbeit mit Kindern ohne fundamentale Kenntnisse und Erfahrungen in der Pädagogik kann nicht gelingen.

Es ist auch wahr, dass man grundlegende Kenntnisse in der Entwicklungs- und Lernpsychologie benötigt, die im Studiengang Soziale Arbeit nicht immer optimal vermittelt werden.

Erst langsam werden der Kinderpsychotherapie spezifische Kenntnisse und Materialien zur Verfügung gestellt. Bis vor Kurzem gab es an Universitäten kaum Ausbildungsangebote für eine kinderspezifische Traumatherapie. Speziell auf Kinder und Jugendliche gerichtete Manuale (z. B. „Prävention depressiver Störungen bei Jugendlichen“, Hautzinger u. a.) sind häufig mehr ein Versuch, Erklärungsmuster bei Erwachsenen für Kinder verständlich zu machen, als ein eigenständiger Behandlungsansatz.

Solange jedoch die Kinder und Jugendlichen in der psychotherapeutischen Fachliteratur als „Unterform“ der Erwachse-

nen behandelt werden, deren psychische Störungen sich an den Symptomen von Erwachsenen orientieren (siehe ICD), bedarf es u. E. unbedingt die Beibehaltung von zwei eigenständigen psychotherapeutischen Berufen. Sonst besteht die große Gefahr, dass die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapie untergehen.

Dipl.-Sozialpäd. Reinhold Beer,
Wasserburg

Mitunterzeichner:

Dipl.-Sozialpäd. Waltraud Goßner-Schmid,
Wasserburg,

Dipl.-Sozialpäd. Max Kriegisch,
Erding

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

Für eine Überwindung der Einseitigkeit

Zu: Die Ausbildungsreform in der Diskussion

Sehr geehrte Redaktion,

wenn ich auch nicht mehr berufstätig bin und nur noch gelegentlich unterrichte, so verfolge ich doch mit Interesse die Diskussionen zur Weiterentwicklung der Ausbildung. Als ehemaliger Univ.-Lehrbeauftragter interessiert mich besonders, welche Vorstellungen sich hinsichtlich der sog. Direktausbildung entwickeln.

Allerdings wäre es wünschenswert, dass sich an den Universitäten, besonders bei den Klinischen Psychologen, eine kritische Auseinandersetzung mit den wissenschaftlichen Voraussetzungen ergeben würde. [...]

Seit knapp vierzig Jahren war der Mainstream in der Klinischen Psychologie so, dass man sich dem Behaviorismus und der Theorie des kritischen Rationalismus verpflichtet fühlte und alles andere als unwissenschaftlich zurückwies. D. h., nur noch quantitative und nomothetische Forschungsansätze waren erwünscht, qualitative und idiografische wurden abgewehrt. So kam es dazu, dass allein die Kognitive Verhaltenstherapie (VT) als „wissenschaftlich begründet“ vorgestellt wurde und Einwände gegen diese Verengung, z. B. die ausführlichen von Tschuschke, völlig ignoriert wurden.

Andererseits – als man merkte, dass die Persönlichkeit eines Menschen mehr ist als nur die „Organismusvariable“ – hat sich die VT bei diversen anderen psychologischen Richtungen bedient und dies in ihre Behandlungskonzepte integriert. Glücklicherweise haben die tiefenpsychologischen Verfahren an den medizinischen Fakultäten überlebt und dort ist viel dazu wissenschaftlich (!) geforscht und veröffentlicht worden.

Ich würde mir wünschen, dass diese Einseitigkeit allmählich überwunden würde und auch die anderen Ansätze wieder Raum in der Klinischen Psychologie finden könnten.

Was die Direktausbildung angeht: Um das nach den staatlichen Anforderungen zu leisten, braucht es viel Geld und viel qualifiziertes Personal – es wird wohl lange dauern, bis das kommt. An meiner ehemaligen Universität ist es schon einmal versucht worden mit einer Direktausbildung; es scheiterte am Geld.

Mit freundlichen Grüßen

Heinz Huber,
GR-Rhodos/D-München

PS: Verglichen mit der Lage der Psychotherapie in Griechenland ist es in Deutschland „paradiesisch“!

Buchrezensionen

Achtsamkeit als Zentrum

Harrer, M. E. & Weiss, H. (2016). *Wirkfaktoren der Achtsamkeit – wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern*. Stuttgart: Schattauer, 333 Seiten, 49,99 €

Achtsamkeit ist in aller Munde. Harrer und Weiss gelingt eine Zusammenschau, die Brücken zu *allen* psychotherapeutischen Theorien baut, und das im Geiste des von ihnen vertretenen Ansatzes: Respektvoll begegnen sie Psychoanalyse wie Verhaltenstherapie, Systemischer wie Humanistischer Psychotherapie, sie erkunden, was diese Ansätze mit Achtsamkeit verbindet, und errichten gleichzeitig „ein ganz neues Haus“ für die Psychotherapie, mit der Achtsamkeit als Zentrum, ohne andere Häuser dafür einzureißen. So stellen sie wissenschaftlich eine Willkommenskultur her, die in ihren Augen die achtsamkeitszentrierte Psychotherapie auszeichnet. Die nämlich lädt Erwünschtes und Unerwünschtes ein, um es mit dem Patienten gemeinsam zu erforschen, ohne es zu bewerten.

Harrer und Weiss gehen von der Frage aus, durch welche Faktoren Achtsamkeit ihre Wirkung entfaltet. Dieser Ausgangspunkt erweist sich als sehr fruchtbar. Im Kontext einer buddhistischen Psychologie, die sich im Unterschied zur westlichen Psychotherapie weniger den individuellen und mehr den allgemeinen Ursachen des Leids und dessen Überwindung widmet, diskutieren die Autoren sieben Wirkfaktoren. Der erste ist die Achtsamkeit in der therapeutischen Beziehung mit der Präsenz als derjenigen Qualität, die Zustände von Achtsamkeit auszeichne. Immer wieder betonen sie, wie wichtig eine Haltung und Praxis der Achtsamkeit des Psychotherapeuten sind, damit sich Patienten achtsam ihrem Innenleben zuwenden können. Wie Psychothera-

peuten das realisieren können, ist eine Frage, die das Buch durchzieht.

Als zweiten Faktor führen sie die Aufmerksamkeitssteuerung an. Indem man den Körper, Gedanken, Gefühle oder Stimmungen gezielt in den Fokus der Aufmerksamkeit rücke, werde versucht, vom Modus des Nachdenkens in einen des Wahrnehmens und Seins umzuschalten. Das fördere eine Haltung des Beobachtens, die von einer Identifizierung mit dem Leid oder mit bestimmten inneren Anteilen zurückzutreten helfe – ein dritter Faktor, den die Autoren Disidentifikation nennen. Die weiteren Faktoren sind „Akzeptanz, Gleichmut, Selbstmitgefühl“, „Lernen durch neue Erfahrungen“, „Bedeutungs- und Sinngebung“ und „Differenzieren und Integrieren“.

Das Modell der sieben Wirkfaktoren ist theoretisch schlüssig und seine Erörterung zeugt von einem beeindruckend breiten Blick der Autoren. Selten findet man in einem Fachbuch zu einem Thema so viele kundige Verknüpfungen zu den heterogenen Ansätzen der Psychotherapie. Das hat mich beim Lesen begeistert.

Daneben hat das Buch einen zweiten Hauptteil, in dem Harrer und Weiss die Methode des Hakomi als psychotherapeutischen Ansatz vorstellen, der nicht nur „achtsamkeitsbasiert“ ist wie MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*), sondern achtsamkeitszentriert. Hakomi hat die Achtsamkeit seit den 1970er-Jahren radikal ins Zentrum der Therapie gerückt: „Der gesamte Therapieprozess [ist] darauf angelegt, dass mit der Zeit ein ‚Innerer Beobachter‘ erwacht, der zur Grundlage von Gewährwerdung, Selbstregulation und Selbstführung werden kann“. Mehrere Kapitel bringen den Lesern das Men-

schenbild des Hakomi, dessen Sicht der therapeutischen Beziehung, die Prinzipien des therapeutischen Vorgehens wie „Folgen und Führen“ oder „Kultivierung der Achtsamkeit“ und Elemente der Gesprächsführung wie Tracking oder Accessing nahe. In einer forschenden Haltung solle der Psychotherapeut dem Patienten mitfühlend und teilnehmend helfen, sein Interesse an sich selbst zu wecken, aber keine Lösungen anbieten. Psychotherapie ist hier ein gemeinsames Erforschen der inneren Selbstorganisation des Patienten.

In diesem zweiten Teil habe ich beim Lesen die Breite und Offenheit des ersten etwas vermisst. Denn Achtsamkeit wird nicht als ein möglicher Weg neben anderen gezeigt, sondern als einer, zu dem es alle Patienten hinzuführen gelte. So sei es die Aufgabe des Psychotherapeuten, „die Fähigkeit des Klienten zur Achtsamkeit langsam aufzubauen“, ihn auf einen „Übungsweg“ zu geleiten, damit er die Ansicht des Hakomi, „dass dieses feine Nachforschen ein wichtiger Bestandteil der angebotenen Form der Psychotherapie ist“, als „Erwartung“ an sich selbst internalisiere. Gerade weil die hier vertretene therapeutische Philosophie so nondirektiv ist, scheint mir eine Einengung auf *einen* Weg nicht recht zu der offenen Haltung und den vielfältigen Aufgaben der Praxis zu passen.

Das trübt aber nicht den Wert dieses Buches. Allein schon der umfangreiche Teil über die Wirkfaktoren der Achtsamkeit, der durch Kapitel zur störungsspezifischen Anwendung, zu den Grenzen und Gefahren von Achtsamkeit und zu deren neurobiologisch nachweisbaren Wirkungen abgerundet wird, lohnt die Lektüre.

Ulfried Geuter,
Berlin

Lesenswert, diskussionswürdig, hilfreich!

Wendisch, M. (2015). *Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen*. Bern: Verlag Hans Huber, 409 Seiten, 39,95 €

Mitten aus der stationären und ambulanten Praxis und motiviert durch die Wahrnehmung wissenschaftlicher und praktischer Fehlentwicklungen präsentiert Martin Wendisch eine „Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen“. Als Fehlentwicklungen werden identifiziert: Symptomfixierung statt langfristiger ätiologischer Analyse, ein mit den Grundlagenwissenschaften nicht vereinbarer kognitiver Reduktionismus, ein mit der Therapieprozessforschung nicht zu vereinbarendes technokratisches Therapieverständnis sowie eine Überbetonung störungsspezifischer Techniken in Forschung, Ausbildung und Praxis (Technischer Eklektizismus).

Wendisch bearbeitet in der ersten Hälfte des Bandes zahlreiche Wissenschaftsbereiche im Hinblick auf ihre praktisch relevanten Aussagen und legt den Evidenzbegriff sehr viel umfassender aus als die „evidenzbasierte Psychotherapie“. Er leitet aus allen diesen Befunden ein transdiagnostisches Erklärungsmodell psychischer Störungen ab und erarbeitet das Modell einer „Belastungskaskade“. Dieses beinhaltet die kurzfristige (Selbst, Kontext) und langfristige (Persönlichkeit) Verarbeitung emotional überfordernder Belastungen und ist jeweils in drei Stufen gegliedert. Aussage: Am Anfang stehe die unvollständige Verarbeitung primärer emotionaler Belastungen wie Traumata und selbstwertverletzende Erfahrungen. Diese können in einem zweiten

Schritt zu erheblichen Störungen der Selbstwert- und Emotionsregulation sowie zu chronischen motivationalen Konflikten und Risikoverhaltensweisen beitragen (Persönlichkeitsentwicklung). Psychische und körperliche Störungen entstehen nach diesem Modell, wenn sich Belastungen häufen und persönliche und soziale Ressourcen nicht ausreichen. Funktional werden Störungen als Versuch verstanden, Bedürfnisse zu befriedigen und/oder sich vor der Wiederholung verletzender unverarbeiteter Schlüsselerfahrungen zu schützen.

Gesundheitliche Störungen können nach der Entstehung ein Eigenleben entwickeln, also funktional autonom werden. Aus diesem ätiologischen Konzept leitet Wendisch stringent Konsequenzen für Fallkonzeption und Therapieplanung ab, die symptom-spezifische, interpersonale und emotionsfokussierte Strategien integrieren, statt sie unabhängig von der Ätiologie eklektisch zusammenzuwürfeln. Im Zentrum der Therapie steht die nachträgliche Verarbeitung emotionaler Belastungen und primärer Ursachen für Probleme der Emotionsregulation und gesundheitlicher Störungen. Der entwicklungspsychologische Hintergrund führt auch zu einer Annäherung der Psychotherapie von Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen.

Zentrale Interventionen betreffen die Gesprächsführung (als soziales Biofeedback), Beziehungsgestaltung (als interaktionelle Intervention), Bearbeitung persönlichkeitsrelevanter motivational-emotional-interpersonaler Probleme (Persönlichkeitsarbeit) sowie die gezielte Bearbeitung emotionaler Schlüssel-

erfahrungen (imaginative Transformation). Die Interventionen werden eingehend beschrieben, anhand von exemplarischen Therapieprozessen aus der Praxis erläutert und durch hilfreiche Praxismaterialien für Diagnostik und Therapie ergänzt.

Dieser Band ist ein sowohl innovativer wie praxisnaher Beitrag zur Überwindung schulenspezifischer Schwächen unter Einbezug sowohl der Gesprächstherapie als auch der Psychoanalyse. Der Einbezug anderer Therapieschulen (Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie) hätte durchaus ausführlicher sein können, ist aber für eine 1. Auflage in der Knappheit vertretbar. Auch ein Überblick über Verfahren der Traumatherapie und der dritten Welle ist enthalten.

Martin Wendischs Vorschlag einer transdiagnostischen, störungsübergreifenden sowie grundlagen- und anwendungswissenschaftlich fundierten Psychologischen Therapie kann sich berechtigterweise auf die Psychologische Therapie nach Klaus Grawe als eine ihrer wesentlichen Grundlagen berufen und könnte sich mit Fug und Recht „Psychologische Therapie Emotionaler Schlüsselerfahrungen“ nennen. Auch erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler können von der Lektüre dieses Werkes profitieren, das den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis weiter stimuliert. Gesamt Fazit: lesenswert, diskussionswürdig, hilfreich!

Prof. Dr. Martin grosse Holtforth,
Bern

Dodo evidenzbasiert?

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd edition)*. New York: Routledge, 323 Seiten, 44,54 €

Im Jahr 1936 stellte Saul Rosenzweig die Behauptung auf, alle psychotherapeutischen Behandlungsansätze seien gleich effektiv. Eine Schlussfolgerung, die als *Dodo Bird Verdict* bezeichnet und noch heute, 80 Jahre später, kontrovers diskutiert wird. Das hier referierte Buch wurde bereits bei seiner 1. Auflage 2001 als Meilenstein der Psychotherapieforschung angesehen und widmet sich aktuell mit der vollständig überarbeiteten 2. Auflage erneut dieser Kontroverse.

Die Autoren entwickeln und prüfen eine Metatheorie der Wirkungsweise von Psychotherapie. Ihr in Abgrenzung zum vorherrschenden medizinischen Behandlungsmodell postuliertes kontextuelles Modell besagt, dass psychotherapeutische Wirkungen durch drei Pfade erklärt werden können: (1) die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient, (2) die Erweckung von Erwartungen, vor allem durch Übereinkommen über Aufgaben und Ziele der Psychotherapie und (3) die Herbeiführung therapeutischer Arbeit durch spezifische Bestandteile, von denen Psychotherapeut und Patient hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überzeugt sind. Folglich sagt das Modell gleiche Effekte von *bona fide* Therapien aufgrund der gemeinsamen Mechanismen vorher, wohingegen das medizinische Modell je nach Passung für die jeweilige Erkrankung Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Verfahren annimmt.

Die Autoren geben einen eingehenden, methodisch reflektierten Überblick über

die Empirie. Psychotherapie ist effektiv – dem durchschnittlichen Psychotherapiepatienten geht es besser als nahezu 80% der unbehandelten Patienten. Von dieser Varianz ist aus Forschungsbefunden geschätzt unter 1% auf Psychotherapieverfahren zurückzuführen, unabhängig vom Störungsbild. Besonders wertgeschätzte Psychotherapiekomponenten, wie Exposition oder Deutungen, sind ebenfalls nicht maßgeblich für die Wirksamkeit eines Behandlungsansatzes. Auch die Adhärenz und Kompetenz, mit der ein Therapemanual umgesetzt wird, weisen keinen Zusammenhang zum Erfolg einer Psychotherapie auf. Die therapeutische Beziehung ist der am meisten untersuchte und robusteste Wirkfaktor. Darüber hinaus gibt es Psychotherapeuten, die im Durchschnitt ihrer Psychotherapien erfolgreicher sind als andere. Was diese auszeichnet, ist noch nicht umfassend untersucht; die grundsätzliche Fähigkeit zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung unter verschiedensten Bedingungen gehört wahrscheinlich dazu. Relevant sind weiterhin therapiebezogene Erwartungen und der Allegiance-Effekt: Anhänger eines Verfahrens finden eher Belege für dieses als Widerstreiter. Zusammenfassend gibt es nach Ansicht der Autoren keine belastbaren Befunde, dass spezifische Bestandteile kritisch für die Wirkung von Psychotherapie sind. Gemeinsame Wirkfaktoren haben dagegen eine überragende Bedeutung.

Das Buch leistet nicht nur einen überaus wertvollen Beitrag zur theoretischen Weiterentwicklung und zur Darstellung des Forschungsstandes. Es hat zudem Implikationen für die Psychotherapie (-ausbildung), die zur Auseinandersetzung anregen. Das kontextuelle Modell stellt uns Psychotherapeuten vor eine anspruchsvolle Aufgabe, da Wirksam-

keits- und Wahrheitsgebot einander entgegenstehen. Überzeugt hinter der eigenen Arbeit zu stehen, zeitgleich jedoch zu wissen, dass der spezifische Inhalt des therapeutischen Prozesses im Sinne des Modells als irrelevant für den Erfolg anzusehen ist, löst Dissonanz aus. Gleichwohl gibt es gute Argumente für den Verfahrensbezug, die zum Teil Eingang in das vorliegende Buch finden: Selbst generelle Wirkfaktoren bedürfen einer Ausgestaltung. Vorbehalte gegenüber der Ausbildung in einer allgemeinen Psychotherapie beziehen sich häufig auf grundlegende und im Sinne der Vielfalt auch wünschenswerte Unterschiede zwischen den Verfahren. Andererseits wird der klare Bezugsrahmen eines Verfahrens mit der entsprechenden Haltung der Lehrenden auch als förderlich für Prozesse der Identifikation und des Modelllerns angesehen. Die Entwicklung einer konsistenten, theoretisch fundierten therapeutischen Haltung ist zentral und ermöglicht erst integratives Handeln.

Die Autoren ziehen den Schluss, dass Vergleichsstudien zwischen Verfahren keinen weiteren Erkenntnisgewinn erwarten lassen. Zukünftige Forschungsbemühungen sollten sich deswegen auf Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge unter Einbezug von Psychotherapeuten- und Patientenvariablen konzentrieren. Für die Praxis erscheint nach aktuellem Stand eine flexible, patientenorientierte Ausgestaltung der Psychotherapie im Einklang mit den eigenen Überzeugungen, die vom Patienten als passend erlebt wird, als gute Voraussetzung für erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit.

Julia Huber & Henning Schauenburg,
Heidelberg

Eine Schatztruhe der Achtsamkeitsübungen

Geisler, U. & Muttenhammer, J. (2016). Achtsamkeitsübungen mit Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann, 260 Seiten, 25,90 €

Endlich ist ein Arbeitsbuch erschienen, das eine lange beklagte Lücke schließt: Bereits im Psychotherapeutenjournal vom März 2015 hatten Husmann und Nass darauf hingewiesen, dass Achtsamkeitsförderung und Spannungsregulation zentrale psychotherapeutische „key skills“ seien (PTJ 1/2015, S. 4-12). Während jedoch im Bereich der Psychotherapie Erwachsener zahlreiche Fachbücher zum Thema Achtsamkeitsförderung vorliegen, fehlte bislang eine Handreichung für Psychotherapeuten, die überwiegend mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Dabei ist gerade in diesem Feld die Arbeit mit Achtsamkeitsübungen überaus hilfreich und lohnend, was die tägliche therapeutische Praxis eindeutig belegt. Zudem ist der Einsatz von Achtsamkeit in allen Psychotherapiephasen, bei einer Reihe von Störungsbildern und bei allen Altersgruppen möglich und sinnvoll, was die Autorinnen exemplarisch nachweisen. Achtsamkeit funktioniert schulenübergreifend – auch die Autorinnen, eine Verhaltenstherapeutin und eine Psychoanalytikerin, kennen beide Perspektiven und setzen Achtsamkeit in beiden Verfahren ein.

Das Buch enthält zwei Hauptteile. Teil 1 erläutert kurzgefasst auf 50 Seiten die theoretischen Grundlagen, wozu eine Beschreibung des Konzeptes der Achtsamkeit gehört sowie ihr Stellenwert in verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen und Modellen. Ebenso wer-

den hier die Wirkfaktoren von achtsamkeitsbasierten Interventionen dargestellt sowie die Besonderheiten, die bei der Arbeit mit Kindern zu beachten sind. Erläutert wird der Stand der bisherigen wissenschaftlichen Fundierung, aber auch die Desiderata für künftige Forschung werden benannt, gerade im Bereich der Messung von Achtsamkeit und ihren Wirkungen.

Der 2. Teil widmet sich der Praxis und umfasst die Kapitel: Achtsamkeitsübungen für Kinder, Achtsamkeitsübungen für Jugendliche, störungsspezifische Übungen, Achtsamkeitspraxis für Therapeuten sowie die Elternarbeit. Das Kernstück des Buches stellt das Kapitel der störungsspezifischen achtsamkeitsbasierten Interventionen dar. Hier werden eine große Vielfalt anschaulich beschriebener Übungen vorgestellt, die bei der jeweils vorliegenden Störung eingesetzt werden können, insbesondere bei Angststörungen, Depressiven Störungen, Zwangsstörungen, ADHS/ADS, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, Borderline-Störungen sowie bei Schmerzen von Kindern und Jugendlichen.

Jedem Störungsbild ist eine kurze Einführung vorangestellt, die jeweils die Ansatzpunkte von Achtsamkeitsübungen bei der jeweiligen Symptomatik beschreibt; dadurch werden den Leserinnen und Lesern die Wirkprinzipien der Übungen deutlich gemacht.

Im letzten Teil des Buches wird zum einen beschrieben, wie Achtsamkeit ganz unkompliziert und ohne Aufwand in den Alltag integriert werden und inwiefern Achtsamkeitspraxis auch eine

Ressource für Psychotherapeuten sein kann. Zum anderen werden wertvolle Impulse für die Elternarbeit gegeben. Die Autorinnen beschreiben die verschiedenen Bindungsmuster und ihren jeweiligen Zusammenhang mit Achtsamkeit. Dieses Kapitel enthält ebenso anregende Übungen zur Selbstfürsorge und zu schwierigen Gefühlen von Eltern, etwa bei ausgeprägten elterlichen Ängsten, bei Ungeduld oder in besonderen Stresssituationen.

Insgesamt ist das Buch durchgängig gut lesbar geschrieben, voll anschaulicher Beispiele und sehr praxisnah. Die Übungen sind optisch hervorgehoben. Das übersichtliche Layout und ein Übungsregister am Ende ermöglichen es, dass man sich beim Lesen leicht orientieren und spezifische Übungen rasch auffinden kann.

Mit seinem umfassenden Ansatz ist das Buch für alle psychotherapeutischen Praktikerinnen und Praktiker geeignet, sowohl im ambulanten wie auch stationären Setting. Die Autorinnen zeigen sehr überzeugend das reiche Potenzial achtsamkeitsbasierter Interventionen auf und erleichtern damit enorm die kreative Herausforderung für Psychotherapeuten, die dieses wertvolle Tool für Kinder und Jugendliche erschließen wollen. Die insgesamt 116 beschriebenen Achtsamkeitsübungen stellen eine Schatztruhe dar, von der viele Patientinnen und Patienten profitieren werden – man darf gespannt sein, wie sich dieses sehr dynamische Feld in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Dipl.-Psych. Tanja Kretz-Bünese,
München

Breite Unterstützung für das Projekt „Transition“ – 28. Deutscher Psychotherapeutentag diskutiert insbesondere die Reform der Ausbildung

Zentrale Themen des 28. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) am 23. April 2016 in Berlin waren die Reform der Psychotherapeutenausbildung, die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie, das neue Psych-Entgeltsystem und die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge. Darüber hinaus stellten die Delegierten die Weichen für eine Ergänzung der Muster-Weiterbildungsordnung um die Zusatzbezeichnung für Psychotherapie bei Diabetes. Sie forderten außerdem eine bessere Eingruppierung von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in den laufenden Tarifverhandlungen. Schließlich verlangten sie einen umfassenden Schutz der Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut vor staatlicher Überwachung. Das Bundesverfassungsgericht hatte jüngst das BKA-Gesetz für teilweise verfassungswidrig erklärt und machte damit eine Überarbeitung notwendig.

Gedenkminute für Alfred Kappauf

Der DPT begann mit einer Gedenkminute für Alfred Kappauf, den am 1. Februar 2016 verstorbenen Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Vor der Schweigeminute erinnerte Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der rheinland-pfälzischen Kammer, an das langjährige politisch kluge und zupackende Engagement von Alfred Kappauf für psychisch kranke Menschen und die Belange der Psychotherapeuten. Seine Stimme werde fehlen.

Reform des Psychotherapeutengesetzes

Der DPT diskutierte die Vorschläge zur Novellierung des Psychotherapeuten-



v. l. n. r.: Versammlungsleitung Jürgen Golombek, Birgit Gorgas, Johannes Weisang

gesetzes, Details der Approbationsordnung und Eckpunkte der Weiterbildung. Sie waren Ergebnis intensiver Beratungen im Projekt „Transition“ der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Neben den Landespsychotherapeutenkammern und dem PTI- und KJP-Ausschuss der BPTK hatten eine große Anzahl psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände, die Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) sowie die Fakultäten- und Fachbereichstage der Hochschuleseite Stellungnahmen zu den vorliegenden Papieren abgegeben.

Novellierung des Psychotherapeutengesetzes

Wesentliche Regelungen des Psychotherapeutengesetzes müssen überarbeitet werden, um die heutige postgraduale Ausbildung in eine neue Aus- und Weiterbildungsstruktur zu überführen. Das Stimmungsverfahren hat ge-

zeigt, dass es in der Profession eine breite Zustimmung dazu gibt, dass das Berufsbild und das Kompetenzprofil hierbei berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Legaldefinition von Psychotherapie. Mit der neuen Formulierung in den Vorschlägen zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes ist man im Projekt „Transition“ der Überlegung gefolgt, dass auch andere Heilberufe ihr Tätigkeitsspektrum über ihr Berufsbild selber definieren.

Thema war auch die mögliche Rolle des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. In ihren Stellungnahmen haben viele dafür plädiert, dass sich auch künftig ein Gremium von Psychotherapeuten und Ärzten der Frage widmet, was Psychotherapie im gemeinsamen Verständnis der beiden Heilberufe ist. Die Entscheidungen eines solchen Gremiums sollen dann gleichermaßen für Psychotherapeuten wie Ärzte verbind-



v. l. n. r.: Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dr. Anke Walenzik, EsFoMed

lich sein. Dr. Munz, Präsident der BPtK, hielt fest, dass es nach der Diskussion im Projekt „Transition“ nicht mehr darum gehe, ob es ein solches Gremium geben, sondern wie es gestaltet werden solle. Deshalb plane man, sich darüber mit der Bundesärztekammer auszutauschen.

Details einer Approbationsordnung

Ein zentraler Diskussionspunkt zur zukünftigen Approbationsordnung ist im Projekt „Transition“ der Praxisanteil des Studiums. Die Bund-Länder-AG und auch der BPtK-Vorstand haben sich von der Überlegung leiten lassen, dass die künftige Approbation nicht mehr einen Abschluss auf Facharztniveau darstellt. Praktische Erfahrungen bekommen damit einen grundlegend anderen Stellenwert als heute. Die sich an das Studium anschließende Weiterbildung ist künftig notwendige Voraussetzung, um Kassenpatienten in der geforderten Qualität zu behandeln bzw. um im Krankenhaus selbstständig oder leitend tätig zu sein. Daraus resultiert der Vorschlag eines dreimonatigen Praktikums im zweiten Studienabschnitt und eines sechs- bis neunmonatigen Praxissemesters.

In der anschließenden Diskussion schlugen Delegierte vor, im Studium praktische Erfahrungen im therapeutischen Umgang mit Erwachsenen sowie Kin-

dern und Jugendlichen angemessen zu berücksichtigen. Schließlich werde die Approbation für die Behandlung beider Altersgruppen erteilt. Außerdem wurde gefordert, die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (Verhaltenstherapie, psychodynamische, systemische und humanistische Psychotherapie) mit Praxisanteilen im Studium zu verankern. Grundlegend wurde gefordert, dass von Beginn des Studiums an ein ausreichender Praxisbezug notwendig sei. Bei diesen Überlegungen dürfe man aber die angemessene Länge des Studiums nicht aus den Augen verlieren.

Problematisiert wurde in Diskussionsbeiträgen auch die Anforderung, dass Hochschulen, die ein Approbationsstudium anbieten wollen, über das Promotionsrecht verfügen sollen. Bisher haben in der Regel nur Universitäten ein Promotionsrecht. Deshalb haben viele Hochschulen Kooperationsmodelle mit Universitäten, um ihren Studierenden die Promotion zu ermöglichen. Dennoch sei die Vorgabe des Promotionsrechts eine für Hochschulen einschränkende Regelung. Der Berufsstand solle in seiner zukünftigen Approbationsordnung auf das Erfordernis des Promotionsrechts verzichten. Andere Delegierte betonten dagegen, dass sowohl eine eigenständige Forschungstätigkeit an Hochschulen als auch eine entsprechende akademische Qualifizierung

notwendig seien, damit Psychotherapeuten im „Konzert der akademischen Heilberufe“ mithalten können und um ausreichend wissenschaftlich qualifizierten Nachwuchs sicherzustellen.

Eckpunkte der Weiterbildung

Auch bei den vorgelegten Eckpunkten zur Weiterbildung spielte die wissenschaftliche Qualifizierung eine zentrale Rolle in der Diskussion der DPT-Delegierten. Eine Delegierte wies darauf hin, dass es während der Weiterbildung nicht nur Zeit für die Familie geben müsse, sondern auch ausreichend Spielraum für eine wissenschaftliche Qualifizierung, z. B. für Promotion oder Habilitation. Zustimmung fand der Vorschlag, dass die Weiterbildung über die gesamte Zeit von Weiterbildungsinstituten auch durch die Bildung von Verbänden koordiniert werden sollte. Hier seien allerdings noch konkretere Vorschläge notwendig. Außerdem fehle ein Finanzierungsmodell der Weiterbildung für Psychotherapieverfahren, die keine Richtlinienverfahren seien, sowie ein Konzept für die Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie.

Praxisbetriebsmodelle für die ambulante Weiterbildung

Eine zweckmäßig strukturierte und ausreichend finanzierte Weiterbildung ist notwendiger Bestandteil einer Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die BPtK hat daher für das Projekt „Transition“ das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) beauftragt, Organisations- und Finanzierungsformen von Praxisbetriebsmodellen für die ambulante Weiterentwicklung konzeptionell zu entwickeln. Prof. Dr. Jürgen Wasem erläuterte den Delegierten, wie auf der Basis von teilsystematischen Literaturrecherchen und anschließender Dokumentenanalyse sowie einer Befragung von Experten ein Tableau möglicher Organisations- und Finanzierungsmodelle entstehen soll. Seine Kollegin Dr. Anke Walenzik (EsFoMed) schilderte, von welchen Faktoren die voraussichtliche Kostendeckungslücke künftiger ambulanter Weiterbildungsstätten abhängen werde. Es komme darauf an, den notwendigen Zusatzfinanzierungsbedarf zu quantifi-

zieren und dann institutionelle Formen zu finden, wie man ihn decken könne. Die Delegierten äußerten sich sehr zufrieden über das Konzept des Essener Forschungsinstituts. EsFoMed erfasse das Thema in seiner ganzen Breite und die aktuelle Ausbildungslandschaft werde gut abgebildet. Die Ergebnisse werden im Herbst vorliegen.

Weiterbildung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Dr. Karl Blum stellte die Expertise zur Neuausrichtung der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten im Krankenhaus vor, die die BPTK für das Projekt „Transition“ beim Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Auftrag gegeben hat. Man werde auf der Basis eines differenzierten Fragebogens die Aufwände der Krankenhäuser für Psychotherapeuten in Ausbildung ermitteln. Gleichzeitig erhebe man die Daten für die Ärzte in Weiterbildung und das praktische Jahr der Mediziner während ihres Studiums. Auf der Basis dieser beiden Erhebungen bzw. Analysen wolle man dann prognostizieren, mit welchem zeitlichen Aufwand und Personalbedarf die Kliniken für die künftige Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten rechnen müssten. Für die Erhebung habe man eine typische Auswahl getroffen und sichergestellt, dass Fachrichtungen, Krankhaustypen und Einrichtungsgrößen adäquat abgebildet seien, genauso wie die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit ersten Ergebnissen reche man Ende Juni 2016.

Ergänzend erläuterte BPTK-Präsident Munz, dass die psychotherapeutische Weiterbildung vor dem Hintergrund der geplanten Mindestanforderungen an die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik diskutiert werden müsse. Der Stellenschlüssel, gerade im psychotherapeutischen Bereich, werde sich in den Kliniken ändern und damit auch die Anzahl verfügbarer Stellen für Psychotherapeuten in Weiterbildung. Wichtig sei zu sehen, dass mit der Einführung eines neuen Psych-Entgeltsystems Personalanforderungen besser erfasst und refinanziert werden könnten. Zentral sei, dass mit der neu-



Dr. Karl Blum, DKI

en Qualifizierungsstruktur gänzlich andere Bedingungen für die Psychotherapeuten in Weiterbildung geschaffen werden, als für Psychotherapeuten in Ausbildung.

Resümee der Diskussion zum Projekt „Transition“

Insgesamt lobten die Delegierten die Arbeitsergebnisse des Projektes „Transition“. Es sei gelungen, „alle mitzunehmen“ und den gesamten Prozess der Meinungsbildung „transparent zu gestalten“. Auch sei deutlich erkennbar, dass nach dem Stellungnahmeverfahren die Papiere weiterentwickelt würden. Begrüßt wurde insbesondere die „große Offenheit“, mit der der Diskurs geführt werde und mit der Anregungen in die Weiterentwicklung der Papiere einbezogen würden. Die Delegierten gaben dem Vorstand das Mandat, auf der Basis der bisherigen Arbeit weiterzumachen und in den Dialog mit der Politik auf Bundes- und Landesebene einzutreten.

Symposium im Herbst

Um dem Austausch zwischen den Delegierten ausreichend Zeit zu geben, wurde eine Veranstaltung vor dem nächsten DPT vorgeschlagen, auf der die bisher gemachten Arbeitsschritte vorgestellt und evtl. auch mit einer brei-

teren Öffentlichkeit diskutiert werden. BPTK-Präsident Munz sagte zu, dass die Anregungen der Delegierten Eingang in die weitere Arbeit des Projektes finden werden. Das Projekt „Transition“ habe sich als Plattform bewährt. Man könne um Kompromisse ringen und dann auch zu Ergebnissen kommen. Der Vorstand übernahm die Idee einer weiteren Veranstaltung.

Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit einer Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 beauftragt. Der G-BA wird aller Voraussicht nach diese Frist einhalten.

Patientenorientierte Regelungen

Entscheidend ist aus Sicht des BPTK-Vorstandes, dass sich mit der Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie die Versorgung psychisch kranker Menschen auch wirklich verbessert. Patienten knüpften an eine Sprechstunde zu Recht die Erwartung, dass sie unabhängig von ihrem Wohnsitz einen Psychotherapeuten finden, der diese anbietet. Sie erwarten, dass die Wartezeiten im Vergleich zum Status quo deutlich kürzer werden und es möglich wird, frühzeitig abklären zu lassen, ob sie psychisch krank sind und welche Versorgungsangebote sinnvoll sein könnten.

Patienten wollen jedoch keinesfalls, dass die Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie dazu genutzt wird, das jetzige Therapieangebot zu zersstückeln. Patienten erwarten, dass es weiter einen direkten Zugang auch zur Langzeittherapie gibt. Dies betrifft insbesondere die Patienten, bei denen schon in der Sprechstunde klar ist, dass sie eine längere Therapie brauchen werden. Aus fachlicher Sicht ist es daher absolut inakzeptabel, dass die Krankenkassen planen, Patienten eine hürdenreiche Etappen-Psychotherapie durchlaufen zu lassen, ohne ihnen die Sicherheit zu geben, dass ausreichend Zeit für eine angemessene Behandlung besteht.

Angemessene Honorierung für Psychotherapeuten

Aus Sicht des BPtK-Vorstandes ist es außerdem wichtig, in der Psychotherapie-Vereinbarung eine verwaltungsarme, praxisfreundliche Regelung und im einheitlichen Bewertungsmaßstab eine angemessene Honorierung festzulegen, damit die Praxen die neuen Leistungen und Vorgaben auch realisieren können.

Bewährtes erhalten

Die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und eines breiteren Spektrums an psychotherapeutischen Versorgungsangeboten wird die Struktur der Praxen erheblich verändern. So sinnvoll und wünschenswert Innovationen sind, es geht aus Sicht des BPtK-Vorstandes für die Psychotherapie auch darum, Bewährtes zu erhalten. Diejenigen Kollegen, die bei ihren jetzigen Praxisstrukturen bleiben wollen und mit der jetzigen Form der Psychotherapie ohne Sprechstunde ein gutes Versorgungsangebot für ihre Patienten vorhalten, sollten bei dieser Linie bleiben können. Es komme darauf an, differenzierte Lösungen zu finden, die dem Versorgungsbedarf der Patienten entsprechen und einem freien Beruf angemessen seien.

Die Delegierten folgten dem Vorstand bei dieser Einschätzung. BPtK-Präsident Munz sagte zu, dass die Kammern gemeinsam mit den Berufs- und Fachverbänden Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung der neuen Regelungen anbieten werden. Er rechne damit, dass sie zu Beginn 2017 in Kraft treten.

Psych-Entgeltsystem

Das neue Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik soll – ausweislich des Eckpunktepapiers des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) – als Budgetsystem und nicht als Preissystem ausgestaltet werden. Der Konvergenzwang zwischen den Kliniken entfällt. Die neuen Budgets werden aber nicht auf der Basis der Personalausstattung verhandelt, wie das heute der Falle ist, sondern auf der Basis von Leistungen. Das Leistungsverzeichnis, anhand

dessen künftig verhandelt wird, soll eine Weiterentwicklung des aktuellen PEPP-Kataloges sein. Budgetverhandlungen der Krankenhäuser werden also künftig auf der Grundlage eines bundesweit geltenden und empirisch kalkulierten Entgeltkataloges stattfinden. Das macht das Leistungsgeschehen der Kliniken bei Weitem transparenter. Es wird künftig möglich, Krankenhäuser anhand ihres Leistungsprofils und ihrer Personalausstattung zu vergleichen.

Die BPtK werde sich, erläutert Munz, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens dafür einsetzen, dass es zu einem aussagekräftigen bundesweiten Krankenhausvergleich komme. Dieser Vergleich solle aber nur der Transparenz und nicht einer verdeckten Konvergenz dienen. Das könne sehr schnell passieren, wenn durch den Krankenhausvergleich ein Druck auf die Häuser entstehe, sich einem mittleren Preis anzunähern. Dies dürfe nicht passieren, denn die finanzielle Situation der Kliniken sei sehr unterschiedlich. Es gebe viele Häuser, die auf der Grundlage ihrer historischen Budgets kaum in der Lage sein werden, die künftigen Mindestanforderungen des G-BA umzusetzen. Der Krankenhausvergleich müsse ein Instrument sein, anhand dessen man die Leistungsprofile und die Personalausstattungen der Häuser, insbesondere für die Patienten und Einweiser, transparent mache.

Aus BPtK-Sicht ist vor allem die Ankündigung des BMG wichtig, dass die geplanten Mindestanforderungen zur Personalausstattung verbindlich für die Kliniken werden. Dies hat die BPtK immer gefordert. Das BMG hat außerdem die Einführung von Home-Treatment als ambulante Krankenhausleistung angekündigt. Das ist im Interesse der Patienten und insofern hat die BPtK die Regelung begrüßt. Dennoch müsse man, so Munz, sehen, dass die Krankenhäuser erneut für die ambulante Versorgung geöffnet würden, ohne dass der Gesetzgeber beachte, inwieweit der ambulante Sektor diese Leistungen erbringen könne. Bisher seien die Voraussetzungen im ambulanten Bereich für das geplante Home-Treatment nicht gegeben. Der Gesetzgeber unternehme

aber auch nichts, die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Dieser ungleiche Wettbewerb müsse durchaus kritisch gesehen werden. Notwendig seien Rahmenbedingungen für den Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgung. Die BPtK rechnet noch im Mai mit einem Referentenentwurf und 2016 mit dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens.

Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge

Die angemessene medizinische Versorgung der Menschen, die in Deutschland Zuflucht suchen, ist eine große Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem. In vielerlei Hinsicht hat man diese Herausforderung gemeistert, mit einer Ausnahme: der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge. Bei ihnen werden Grundsätze in Frage gestellt, auf die man bisher meinte, fest bauen zu können. Diese Grundsätze sind aus Sicht des BPtK-Vorstandes die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und die angemessene Versorgung nicht nur körperlich, sondern auch psychisch kranker Menschen. Es mache, so Munz, betroffen, dass diese Grundsätze für Geflüchtete nicht gelten sollen.

Finanzierung von Sprachmittlung

Ein zentrales Problem in der Behandlung von psychisch kranken Flüchtlingen ist die Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlern. Zugang zur Psychotherapie können die Geflüchteten erst finden, wenn es ausreichend qualifizierte Sprachmittler gibt, deren Leistungen finanziert werden. Hierzu hat die BPtK gemeinsam mit der BÄK ein Modellprojekt vorgeschlagen. Hintergrund war die Initiative der Gesundheits- und Integrationsminister der Bundesländer. Dieses Modell wurde der Bundespolitik, insbesondere dem BMG und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), vorgestellt. Die Ministerien hätten sich, erläutert Munz, offensichtlich in der Frage der Zuständigkeit nicht einigen können und in einem Schreiben an die BPtK darauf verwiesen, dass die Finanzierung der Sprachmittlung und evtl. möglicher Modellprojekte Aufgabe



Dr. Dietrich Munz

der Länder sei. Man beobachte also ein Ping-Pong-Spiel um Zuständigkeiten zulasten psychisch kranker Menschen. Aus den Reihen der Delegierten wurde dem Vorstand Dank dafür ausgesprochen, dass er in den letzten Monaten Worte „in ausreichender Schärfe“ zur Asylpolitik und den Umgang mit psychisch kranken Geflüchteten gefunden habe.

Reform der Muster-Weiterbildungsordnung

Neben Anpassungen in der MWBO diskutierte der DPT Weiterbildungen im Bereich der Somatopsychotherapie. Dr. Bruno Waldvogel stellte dem DPT den Bericht der Kommission Zusatzqualifizierung zu diesem Thema vor. Im Ergebnis sei die Kommission zu dem Schluss gekommen, dass eine Weiterbildung „allgemeine Somatopsychotherapie“ nicht zielführend sei. Zwar könnten damit auch Bereiche geringerer Prävalenz und Spezifität berücksichtigt werden, aber durch die Breite der dann notwendigen Weiterbildung könnten nicht hinreichend spezifisch psychothe-

rapeutische Kompetenzen für die unterschiedlichen Aspekte erworben werden. Deshalb schlage die Kommission vor, einzelne Bereiche für eine psychotherapeutische Weiterbildung vorzusehen, z. B. Psychotherapie bei Diabetes, bei kardiologischen Erkrankungen, bei onkologischen Erkrankungen oder auch Schmerzpsychotherapie.

Die meisten Delegierten begrüßten, dass eine Verbesserung der Versorgung chronisch körperlich kranker Menschen erreichbar werde, wenn im Rahmen einer Weiterbildung vertieft die komorbiden psychischen Erkrankungen adressiert werden können. Angesichts dieser Perspektive sei die Befürchtung einer Aufweichung oder Abwertung der Approbation nachrangig. Andere gaben zu bedenken, dass unterschiedliche Kompetenzstufen der Psychotherapeuten in den Kliniken zu entsprechend differenzierten Teams führen müssten und dass zu prüfen sei, inwieweit solche Änderungen gewollt seien. Dem hielten Delegierte wiederum entgegen, dass man auf der Basis des vorgelegten Berichtes „mehr Mut als Bedenken“ haben könne. Der DPT beauftragte die Kommission Zusatzqualifizierung mit der Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bei Diabetes. Gleichzeitig übernahm der Vorstand einen Antrag aus den Reihen des DPT, eine Fachtagung zur psychotherapeutischen Mitbehandlung körperlicher Krankheiten zu veranstalten.

Bundeskriminalamtgesetz – neues Gesetzgebungsverfahren

Anlässlich der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes im Verfahren zum Bundeskriminalamtgesetz (BKAG) am 20. April 2016, an dem auch der ehemalige Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Hessen, Jürgen Hardt, beteiligt war, richtete der DPT einen Appell an den Bundesgesetzgeber, im nun notwendigen Gesetzgebungs-

verfahren sicherzustellen, dass die Berufsgruppe der Psychotherapeuten mit dem höchstmöglichen Schutz versehen werde. Psychotherapie berühre immer den Bereich höchstpersönlicher Privatheit des Menschen.

Beiträge der Landespsychotherapeutenkammern zur BPtK

Der 28. DPT erhöhte die Beiträge der Landespsychotherapeutenkammern zur BPtK ab dem Jahr 2017. Eine vertiefte Debatte zur Satzung der BPtK und zur Weiterentwicklung der Beitragsordnung hinsichtlich der Mehrfachmitgliedschaft und der Berücksichtigung von Psychotherapeuten in Ausbildung wurde vertagt.

Wahl der Versammlungsleitung

Der DPT wählte mit großer Mehrheit als drittes Mitglied der Versammlungsleitung Jürgen Golombek (PP), der damit das Team von Birgit Gorgas (PP) und Johannes Weisang (KJP) ergänzt.

Der DPT verabschiedete folgende Resolutionen:

- Psychotherapeuten fordern patientenorientierte Reform der Psychotherapie-Richtlinie
- Auch in Krankenhäusern brauchen Patienten Psychotherapie
- Tarifliche Einordnung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen überfällig
- Deutscher Psychotherapeutentag fordert umfassenden Schutz der Behandlungsbeziehung vor Ausspähung!

Eine ausführlichere Berichterstattung, die Resolutionen im Wortlaut sowie die geänderte und verabschiedete Muster-Weiterbildungsordnung finden Sie auf der Homepage der BPtK.

Diotima-Preisverleihung an Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

Herausragendes Engagement für traumatisierte Kriegs- und Folteropfer

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud hat den diesjährigen Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft erhalten.

Die BPTK ehrt damit eine Kollegin, die sich für die Versorgung von traumatisierten Kriegs- und Folteropfern engagiert. „Bei Professorin Knaevelsrud beeindruckt mich, dass sie nicht nur die Behandlungsmöglichkeiten für geflohene traumatisierte Menschen hier in Deutschland weiterentwickelte, sondern dass sie auch an die weit entfernten Patienten in den Kriegs- und Krisenländern gedacht hat“, betonte BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz. Viele der Menschen in den Krisenregionen seien traumatisiert. Für sie gebe es vor Ort meist keine professionelle Hilfe.

Prof. Knaevelsrud beschrieb die „globale psychotherapeutische Herausforderung“, die durch Kriege entstanden sei. Mediengestützte Interventionen könnten helfen, da diese unabhängig



Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

vom Aufenthaltsort des Therapeuten und ohne psychosoziale Infrastruktur vor Ort eingesetzt werden könnten.

Deshalb habe sie gemeinsam mit anderen die arabischsprachige online-basierte Therapie Ilajnafsy entwickelt und evaluiert. Das Programm nutze die Auseinandersetzung mit dem Trauma, indem über das Erlebte geschrieben werde. Die Verbindung von klinischer Kompetenz und innovativen technischen Ideen sei „eine einzigartige Möglichkeit“, Menschen zu helfen, die sonst keine Hilfe erhielten.

Prof. Knaevelsrud studierte in Amsterdam und New York Psychologie. Ihre Promotion schloss sie 2005 an der Universität Zürich ab. Sie ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinisch-Psychologische Intervention an der Freien Universität Berlin. Von 2007 bis 2015 war sie wissenschaftliche Leiterin am Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin. Neben Ilajnafsy entwickelte Prof. Knaevelsrud gemeinsam mit anderen ein computergestütztes Diagnoseinstrument, mit dem es Patienten, die nicht lesen und schreiben können, ermöglicht wird, Fragebögen zu beantworten. Sie untersuchte, welche Auswirkungen Anhörungen im Asylverfahren auf die Gesundheit traumatisierter Flüchtlinge haben und schuf Behandlungsmanuale für traumatisierte Menschen. Sie war an der Entwicklung der S3-Leitlinie für posttraumatische Belastungsstörungen beteiligt und beschäftigte sich mit der Bedeutung von Vergebung im psychotherapeutischen Prozess.

Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Bundestag, stellte klar, dass die Unantastbarkeit der Menschenwürde ein Grundrecht sei, das für jeden Menschen gelte – auch für



Maria Klein-Schmeink, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Geflüchtete. Es brauche den politischen Willen, Geflüchteten eine Integration in Deutschland zu ermöglichen. Hierzu bedürfe es vor allem auch Änderungen im Gesundheitssystem. Die gesetzlichen Grundlagen für eine elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete sowie die Ermächtigung zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten seien ein erster wichtiger Schritt. Es fehle jedoch vor allem eine gesicherte Finanzierung der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie von Sprachmittlern. Grundsätzlich sollte die medizinische Versorgung unabhängig vom rechtlichen Status des Geflüchteten sein.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Psychotherapierichtlinie wurde überarbeitet und erweitert. Die neuen Regelungen werden Ende Juni verabschiedet und treten Anfang nächsten Jahres in Kraft. Ebenso werden die Richtlinien für Krankenhauseinweisung, Krankentransport und Verordnung von Soziotherapie sowie medizinischer Reha-Leistungen voraussichtlich noch in diesem Jahr für Psychotherapeuten ergänzt, nachdem diese Einschränkungen für Psychotherapeuten aufgehoben wurden. Zusammen mit der BPTK werden wir ausführlich darüber berichten, wie Sie in Ihrer Praxis die Sprechstunde und Akutbehandlung sowie die anderen Richtlinien umsetzen können und was Sie dabei beachten sollten.

Die genannten Richtlinien geben Sicherheit und Klarheit. Jede Richtlinie beinhaltet jedoch auch die Gefahr zu eng gefasster Regelungen, sodass für bestimmte Patientengruppen Einschränkungen bestehen, die deren Behandlung erschweren. In unseren Fortbildungen zur Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung und auch zur Behandlung von Flüchtlingen werden diese Grenzen immer wieder thematisiert.

So kann es in der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung

erforderlich sein, wichtige Bezugspersonen in die Behandlung einzubeziehen. Das sollte jedoch nicht auf Kosten des Gesamtstundenkontingents geschehen, sondern es sollten hierfür ausreichend Stunden zur Verfügung stehen. Oder die 50 Minuten reichen möglicherweise nicht aus, um zusammen mit einem Dolmetscher bzw. Sprachmittler eine Psychotherapie bei psychisch kranken Geflohenen und Asylsuchenden durchzuführen. Integration und Inklusion erfordern deshalb gelegentlich Ausnahmen von der Regel oder besondere Regelungen. Aktuell kann man nur hoffen, dass hier Gutachter und Krankenkassen bereit sind, über die Richtlinie hinausgehende Einzelfallentscheidungen zuzulassen.

Herzlich bedanken möchten wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, Patientinnen und Patienten mit derartigem besonderen Bedarf in Behandlung zu nehmen.

Wir wünschen Ihnen eine schöne Sommerzeit und erholsame Urlaubstage.

Ihr Kammervorstand,

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

Vertreterversammlung am 05.03.2016

Der Vorstandsbericht, der allen Delegierten vorab zugegangen war, schilderte die vielfältigen Aktivitäten der Kammer im letzten halben Jahr. Präsident Dr. Dietrich Munz führte aus, dass es zu Irritationen gekommen sei bezüglich der Gesetzesinitiativen zur Verbesserung der Qualität von Gutachten im Familienrecht und im Asyl- und Aufenthaltsrecht. Er stellte klar, dass der Arztvorbehalt nur für die Begutachtung der Reisefähigkeit gelte, andere Begutachtungen – insbesondere zur Frage eines Abschiebungshindernisses aufgrund einer psychischen Erkrankung – aber weiterhin durch PP und KJP durchgeführt werden dürfen. Er thematisierte den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Neubewertung der vertragspsychotherapeutischen Leistungen, den das Bundesgesund-

heitsministerium nicht beanstandet habe, aus den Sozialministerien einiger Länder seien jedoch bereits Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Beschlusses geäußert worden. Dr. Munz teilte weiterhin mit, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) derzeit über eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien berate. Ebenfalls berichtet wurde der Sachstand zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

Anschließend stellte Dr. Munz die Ende Dezember 2015 in Kraft getretene Novellierung des Heilberufekammergesetzes (HBKG) dar. Wesentliche Änderungen bestehen in der Anpassung des HBKG an die EU-Richtlinien zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Auch seien zahlreiche An-

regungen der Heilberufekammern vom Sozialministerium aufgegriffen und in das Gesetz aufgenommen worden. So sei die Approbationsbehörde nunmehr verpflichtet, den Heilberufekammern von Amts wegen über die Erteilung von Approbationen Mitteilung zu machen. Psychotherapeuten in Ausbildung können nun ab Beginn ihrer Ausbildung freiwillige Kammermitglieder werden, bislang war das erst mit Beginn der Praktischen Ausbildung möglich.

Weiterhin stellte Dr. Munz die wesentlichen Regelungen des Landesgesundheitsgesetzes vor. Hierbei wurde die Beteiligung der Kammer am Gesundheitsdialog hervorgehoben. Die LPK sei nun ständiges Mitglied in der Landesgesundheitskonferenz und stimmberechtigtes Mitglied im sektorenüber-

greifenden Landesausschuss, darüber hinaus ständiges Mitglied im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention sowie im Landeskrankenhausausschuss. Der Gesetzgeber habe damit endlich einer langjährigen Forderung der Kammer Rechnung getragen. Bereits länger schon vertreten sei die LPK im Fachbeirat Diabetes, im Landesbeirat Schmerzversorgung und im Landesarbeitskreis Psychiatrie. Weiter sei sie an der Erstellung des Landespsychiatrieplans beteiligt gewesen sowie auch bei der Besetzung der Besuchskommissionen zur Überprüfung der Bedingungen für untergebrachte Personen. Insgesamt könne man die nun erreichte Präsenz der Kammer in diesen wichtigen Konzeptionierungs- und Entscheidungsgremien als Ergebnis einer langjährigen konzentrierten und engagierten Arbeit innerhalb des baden-württembergischen Gesundheitsnetzwerks bzw. der Gesundheitspolitik sehen.

Die Delegierten diskutierten anschließend über die Geschlechterverteilung beim berufspolitischen Engagement der Kammermitglieder sowie über Möglichkeiten, den Nachwuchs diesbezüglich zu fördern. Frauen sind, gemessen an der Geschlechterverteilung der Gesamtmitglieder, in den Organen und Ausschüssen der Kammer insgesamt unterrepräsentiert, obwohl aktuell ca. 70% aller und mehr als 87% der jüngeren Kammermitglieder weiblich sind.

Eine Diskussion über Haushaltsfragen schloss sich an, bevor dann Satzungsänderungen besprochen und beschlossen wurden. Durch die Novellierung des HBKG waren Anpassungen in der Beitragsordnung und Hauptsatzung nötig geworden. Eben-

falls aufgrund des HBKG geändert wurde die Berufsordnung. Die Kammermitglieder haben der Kammer nun auf Verlangen das Bestehen einer ausreichenden Haftpflichtversicherung nachzuweisen.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt widmete sich dem Stand der Reform des Psychotherapeutengesetzes, über den Kammerpräsident Dr. Munz berichtete. Die BPtK hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe sowie mehrere Unterarbeitsgruppen eingerichtet (z. B. ambulante Tätigkeit, klinisch-stationäre Tätigkeit und komplementäre Tätigkeit außerhalb des SGB V). Die BPtK wird erste Arbeitspapiere mit Vorschlägen einer Approbationsordnung an die Verbände verschicken und diesen die Möglichkeit der Rückmeldung geben. Die Arbeitsgruppe wird anschließend anhand der Rückmeldungen Überarbeitungen vornehmen. Anschließend soll der Entwurf in den DPT eingebracht werden.

Dr. Munz berichtete, dass angedacht sei, ein dreijähriges Grundstudium und ein zweijähriges konsekutives Vertiefungsstudium (Bachelor-Master) festzulegen. Das Studium solle eine sechs- bis neunmonatige praktische Tätigkeit beinhalten und zwar mindestens drei Monate in jedem der beiden Studienabschnitte, wobei mindestens ein Praktikum im klinischen Bereich abgeleistet werden solle. Im Rahmen des Studiums sollten alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren gelehrt werden. Die Einzelheiten würden weiterhin noch kontrovers diskutiert. Auf dieses Studium solle dann eine Weiterbildung von mindestens fünfjähriger Dauer folgen, mit welcher die Fachkunde für eine der beiden Altersgruppen (Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche) und in einem wissenschaftlich anerkan-

ten Psychotherapieverfahren erworben werden könne.

Anschließend wurde aus der Wahlordnungskommission berichtet, auf deren letzter Sitzung Prof. Dr. Joachim Behnke (Politikwissenschaftler der Zeppelin Universität Friedrichshafen) als Gastreferent die verschiedenen Wahlsysteme und deren Auswirkungen auf die Stimmen- und die Sitzverteilung erläutert hatte. Die Mitglieder der Kommission waren sich danach einig, dass das aktuelle Wahlverfahren der LPK BW zur VV das geeignetste Verfahren sei. Eine Veränderung der Stimmenanzahl für jeden Wahlberechtigten würde nach den von Prof. Behnke demonstrierten Beispielen im Ergebnis dazu führen, dass kleinere Listen geschwächt und größere Listen gestärkt würden. Von Interesse für die Kommission war aber der Vorschlag von Prof. Behnke, eine Erststimme für eine Liste und sodann eine Zweit- und Drittstimme für Personen innerhalb dieser gewählten Liste einzuführen. Nach dem bisherigen Wahlsystem würden vor allem etablierte Kandidaten zum Zuge kommen, weil die auf die jeweiligen Listen entfallenen Sitze dann nach dem Rang der auf die Kandidaten entfallenen Einzelstimmen verteilt würden. Durch eine Streuung innerhalb einer Liste würden aber auch die Kandidaten aus dem bisherigen „Mittelfeld“ der jeweiligen Liste eine bessere Chance auf einen Sitz haben.

Nach ausführlicher Diskussion wurde vom Sprecher der Kommission angekündigt, dass auf der nächsten Sitzung darüber beraten werde, ob grundlegende Änderungen oder nur spezifische Anpassungen am bisherigen Wahlsystem vorzunehmen seien. Für die nächste VV wird ein Vorschlag zur Beratung und Abstimmung erarbeitet.

Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung

Großer Andrang herrschte bei der am 20. April 2016 in den Räumen der Bezirksärztekammer in Stuttgart gemeinsam von Landespsychotherapeutenkammer (LPK) und Landesärztekammer (LÄK) durchgeführten Tagung zur

„Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Aktuelle Möglichkeiten und Konzepte“.

Fachleute und auch Betroffene sind sich

einig: Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung muss als unbefriedigend bezeichnet werden. Demgegenüber steht ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische oder psychosomatische Störungen.



LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz

gen. Die besonderen Erwartungen und Anforderungen an eine Behandlung trauen sich viele Psychotherapeuten nicht zu. Die bei der Tagung vortragenden bzw. berichtenden Experten sollten die Teilnehmer zu einer Annäherung an das Thema ermutigen.

Wie Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz in seinem Grußwort ausführte, haben es Menschen mit Intelligenzminderung besonders schwer, psychotherapeutische Hilfe zu erhalten. Die LPK beschäftigt sich seit einigen Jahren damit, wie die psychotherapeutische Versorgung hier verbessert werden kann. 2011 habe die Vertreterversammlung den Vorstand beauftragt „geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um dem defizitären therapeutischen Angebot für Menschen mit Intelligenzminderung entgegenzuwirken“. Hierzu sei ein Arbeitskreis (AK) aus niedergelassenen und angestellten Experten gegründet worden mit dem Ziel, mehr Psychotherapeuten zur Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung zu interessieren und über Fortbildungsveranstaltungen zu qualifizieren sowie einen aktuellen Überblick zur Versorgungssituation herzustellen.

Wie Dr. Munz betonte, habe der AK inzwischen schon sehr viel erreicht, es seien in den vergangenen drei Jahren mehrere und wiederholte regionale Fortbildungen in Baden-Württemberg durchgeführt worden. Darüber hinaus böten AK-Mitglieder in Zusammenarbeit mit vier Ausbildungsinstituten Seminare zur Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung an. Und nicht zuletzt habe der AK eine umfassende Broschüre zur „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – Fragen & Antworten“ für interessierte Psychothe-

rapeutinnen und Psychotherapeuten erarbeitet, die auf der LPK-Homepage zur Verfügung stehe. Dr. Munz dankte den Mitgliedern des AK Ullrich Böttinger, Klaus Diegel, Jan Glasenapp, Damaris Halbeis, Hermann Kolbe, Sabine Luttinger, Kerstin Lutz, Stefan Meir, Elisabeth Noeske, Silke Sacksofsky und Roland Straub (Vorsitz) für die überaus erfolgreich geleistete Arbeit und wünschte auch der heutigen Tagung, die vom AK konzipiert und organisiert wurde, eine entsprechende Resonanz. In seinem einleitenden Statement wies LÄK-Präsident Dr. Ulrich Clever auf die schon traditionell gute Zusammenarbeit der beiden Kammern in Baden-Württemberg hin. Diese und auch andere gemeinsame Veranstaltungen, z. B. zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen, seien beispielgebend dafür.

Am Vormittag wurde ein Überblick zu den besonderen Bedarfen und Bedingungen, dem aktuellen Forschungsstand und zur barrierefreien Psychotherapie gegeben. Da der Hauptreferent, Prof. Dr. Seidel, sehr kurzfristig absagen musste, hatte Stefan Meir (St. Lukas-Klinik, Meckenbeuren-Liebenau) diesen Vortrag dankenswerterweise und trotz nächtlicher Vorbereitungen ausgesprochen lebendig und praxisnah übernommen. Meir betonte, dass noch immer der größte Teil der Menschen mit Intelligenzminderung in stationären Einrichtungen behandelt würde und ambulante Psychotherapie eher die Ausnahme sei. Die psychotherapeutische Arbeit mit diesen Patienten erfordere eine spezifische Diagnostik, den Einbezug von

Angehörigen bzw. des Umfelds und sei damit komplexer und zeitaufwendiger als eine „gewöhnliche“ Psychotherapie. Dr. Barbara Vogel (Institut für Psychologie, Abt. Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg) gab einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Psychotherapie mit intelligenzgeminderten Menschen sowie einen Einblick in die praktische psychotherapeutische Arbeit. Entgegen landläufiger Meinungen zeigten mehrere Studien, dass Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung wirkt bzw. positive Effekte hat. Auch Dr. Vogel wies auf den erhöhten Aufwand hin, aber auch darauf, wie viel Freude und Zufriedenheit sie in der Arbeit mit intelligenzgeminderten Patienten erlebt und wie sehr es auch Therapeuten gut tun kann, mit diesen zu arbeiten. Sie konnte anhand spezieller, auf intelligenzgeminderte Patienten zugeschnittener therapeutischer Ansätze zeigen, wie diese Patienten psychotherapeutisch erreicht werden und wie positive Entwicklungen unterstützt werden können. Im dritten Referat des Vormittags schloss sich Dr. Jan Glasenapp (niedergelassener Psychotherapeut, Schwäbisch Gmünd) mit seinem sehr kreativ und medial ausgeführten Beitrag über Barrierefreiheit in der Psychotherapie an. Neben den Barrieren für die Patienten ging es ihm dabei auch um die inneren Barrieren von Psychotherapeuten, die meinen, nicht mit intelligenzgeminderten Patienten arbeiten zu können (oder zu wollen). Ähnlich wie seine Vorredner wies Glasenapp auf die Chancen und Ressourcen hin, die sich einem in der Arbeit mit diesen Pati-



Blick ins Plenum. Vorne von links LPK-Vorstandsmitglied und Behindertenbeauftragter Dr. Roland Straub, AK-Mitglied Stefan Meir, Dr. Christoph Feiner sowie rechts vorne LÄK-Präsident Dr. Ulrich Clever

enten eröffnen können und werden.

Die Referate wurden ergänzt durch eine Podiumsdiskussion mit „Praktikern“ in der aus unterschiedlicher beruflicher Perspektive die Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit beleuchtet wurden. In der Runde, die von Jan Glasenapp moderiert wurde, berichteten der Stuttgarter Allgemeinmediziner Dr. Rafael Reinhardt, der Tuttlinger Psychiater Dr. Christoph Feiner, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Silke Sacksofsky sowie Rosemarie Henes, Angehörige und Mitglied des BAFF, beide aus Reutlingen, über ihre Arbeit. Die Fragen waren fokussiert darauf, wie der Zugang zur Arbeit gewesen sei, was an der Arbeit gefalle, mit welchen organisatorischen Schwierigkeiten man zu rechnen habe und an welche Grenzen man stoße. Auch aus dieser Runde war

zu hören, wie sehr die Arbeit mit intelligenzgeminderten Patienten neben den Schwierigkeiten (Einbezug von Angehörigen, dem Umfeld, unklare Finanzierung etc.) auch Freude bereiten und zur Arbeitszufriedenheit beitragen kann.

Am Nachmittag fanden Workshops zu wichtigen Themen wie „Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung“,

„begleitende Pharmakotherapie und Psychotherapie“, „Entwicklungsdiagnostik“ und „Hinweise zum Antragsverfahren“ statt. Die positiven Rückmeldungen dazu sowie die überdurchschnittlich guten Bewertungen der Tagung rundeten den Erfolg der Veranstaltung ab und unterstrichen das positive Interesse der Teilnehmer an dieser Arbeit.



Podiumsdiskussion, (v. l. n. r.): Jan Glasenapp (Moderation), Rosemarie Henes, Silke Sacksofsky, Dr. Christoph Feiner, Dr. Rafael Reinhardt

Studie zur psychotherapeutischen Versorgung bei Intelligenzminderung

Gemeinsam mit der Katholischen Hochschule Freiburg (Prof. Traudel Simon) und unter Einbindung des o. g. Arbeitskreises führt die LPK Baden-Württemberg eine Studie zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgung von erwachsenen psychisch kranken Menschen mit Intelligenzminderung durch.

Im Rahmen einer Mitgliederbefragung wurden Mitte Mai alle Psychologischen Psychotherapeuten per E-Mail angeschrieben mit der Bitte, einen Fragebogen auszufüllen. Falls Sie diesen Abschnitt lesen und eine E-Mail von uns erhalten haben, bitten wir Sie, an der Studie teilzunehmen, auch wenn

Sie keine Patienten behandeln, die eine Intelligenzminderung haben. Das Ausfüllen dauert etwa 20 bis 30 Minuten, durch eine möglichst hohe Beteiligung kann die Kammer über verlässliche Daten verfügen, u. a. zur Planung weiterer Veranstaltungen zum Thema.

Weitere Tagung Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen

Am 18.03.2016 fand unter großer Beteiligung von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten die zweite regionale, von Landespsychotherapeuten- und Landesärztekammer (LÄK) gemeinsam mit der KV Baden-Württemberg organisierte Tagung zum Thema „Psychotherapie für traumatisierte

Flüchtlinge“ statt. Wie bereits bei der ersten Veranstaltung in Stuttgart gaben die Referenten Jama Maqsudi, Dieter David und Ulrike Schneck eine gute und sehr kompetente Übersicht zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, zu Spezifika der psychotherapeutischen (Früh-)Behandlung sowie dem

Umgang und der Einbeziehung von Dolmetschern in die Behandlung. LPK-Vorstandsmitglied und Flüchtlingsbeauftragte Birgitt Lackus-Reitter sowie Dr. Christa Schaff (LÄK) moderierten die Veranstaltung.

Veranstaltungen

Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen – Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen. Die nächste Veranstaltung findet am 21.06.2016 in Freiburg statt, eine weitere ist für Herbst in Reutlingen geplant. Der Termin steht noch nicht fest. Bitte informieren Sie sich über unsere Homepage.

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließlich „Istanbul Protokoll“. Dreitägige Fortbildungsveranstaltung vom 01. – 03.07.2016 in der Landesärztekammer Baden-Württemberg in Stuttgart.

Weitere Infos finden Sie auf www.lpk-bw.de unter Fortbildung/Veranstaltungen.

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

28. Delegiertenversammlung: Umsetzung des Versorgungsstärkungsgesetzes, psychotherapeutische Hilfen für Geflüchtete, Reform von Aus- und Weiterbildung



*Kammerpräsident Nikolaus Melcop
präsentierte den Vorstandsbericht.
Foto: Johannes Schuster*

Kammerpräsident Nikolaus Melcop skizzierte zu Beginn des Vorstandsberichts zur 28. Delegiertenversammlung (12.05.2016) die wesentlichen **Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG)**. Hinsichtlich der dringend notwendigen **Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für Geflüchtete** berichtete er u. a. über ein Modellprojekt der BPtK, in Kooperation mit der Bundesärztekammer, welches möglicherweise in Bayern umgesetzt wird, mit dem insbesondere der Einsatz von Sprachmittlung erleich-

tert werden soll. Weitere Schwerpunkte im Bericht des Vorstands waren die **Versorgungsplanung** (Mitwirkung der Kammer im gemeinsamen Landesgremium § 90 a SGB V), die geplanten Veranstaltungen der PTK Bayern im Rahmen des **Jahresschwerpunkts des Bayerischen Gesundheitsministeriums** zum Thema „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ sowie der **Einsatz der Psychotherapeutenkammern für gerechte Honorare**. Erfreut zeigte sich Nikolaus Melcop über die **hohen Teilnehmerzahlen der Mitglieder-Foren (insgesamt fast 400)** in Würzburg, Augsburg, Nürnberg und München. Vorstandsmitglied Heiner Vogel berichtete über die **aktuellen Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst** und erläuterte den **aktuellen Stand zum Pauschalisierten Entgeltssystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)**. Die Delegierten verabschiedeten eine **Resolution „Unzureichende tarifliche Einordnung von Psychologischen Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen“**.

Weitere Berichte

Es wurde aus der **Kommission für Psychotherapie in Institutionen und aus den Ausschüssen** berichtet. Danach informierten die **setzungsgemäßen Vertreter der Hochschulen, der Ausbildungsinstitute** sowie der **Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie** über ihre Tätigkeit.

Weiterbildung: Delegierte beschließen zwei Anträge zur Änderung der Weiterbildungsordnung

Nach Erläuterungen von Vizepräsident Bruno Waldvogel und Vorstandsmitglied Anke Pielsticker nahmen die Delegierten zwei Änderungsanträge des Vorstands für die Weiterbildungsordnung der Kammer an.

Jahresabschluss 2015 einstimmig angenommen, Vorstand und Geschäftsführung entlastet

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte detailliert den Jahresabschluss für das Jahr 2015. Die Delegierten nahmen den Jahresabschluss 2015 einstimmig an und entlasteten den Vorstand sowie die Geschäftsführung.

Reform der Aus- und Weiterbildung

Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer informierten über den aktuellen Stand des **Projektes Transition** und den Beschluss des 28. DPT. Für den Sommer 2016 hat das BMG einen Arbeitsentwurf zur Reform des Psychotherapeutengesetzes angekündigt. Im weiteren Verlauf wird die Bund-Länder-AG „Transition“ das Gesetzgebungsverfahren begleiten und Details der Weiterbildung entwickeln. Weitere Informationen zur 28. DV finden Sie in unserer Homepagemeldung vom 17.05.2016.

4. Angestelltentag der PTK Bayern



Die Referent/innen und Ansprechpartner/innen des Angestelltentages 2016 (v. l.): Robert Mayer, Leiter der Kommission für Psychotherapie in Institutionen, Christian Hartl, Bezirksklinikum Regensburg, Barbara Abdallah-Steinkopff, REFUGIO München, Roman Christl, Bezirksklinikum Regensburg, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Kammerjustitiar Thomas Schmidt, Vorstandsmitglied Heiner Vogel. Foto: Johannes Schuster

Die vierte Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern für angestellte und beamtete Kammermitglieder fand am 11.3.2016 in München statt. Nach der Eröffnung durch Vizepräsident Bruno Waldvogel erläuterte Vorstandsmitglied Heiner Vogel den aktuellen Stand der Diskussion um die zukünftige Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser. Roman

Christl, Bezirksklinikum Regensburg, schilderte die Auswirkungen des geplanten Pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) auf die Erwachsenenpsychiatrie und erläuterte die Spezifika der Versorgung in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie. Barbara Abdallah-Steinkopff, REFUGIO München, hielt einen Fachvortrag mit dem Titel „Auf der Flucht: Psychische

Auswirkungen bei Kindern/Jugendlichen – Herausforderungen in der Therapie“. Vizepräsident Bruno Waldvogel und Kammerjustitiar Thomas Schmidt informierten die Teilnehmer/innen über die neue Berufsordnung und deren spezifische Aspekte für Angestellte. Robert Mayer stellte die Hauptaufgaben der Kommission für Psychotherapie in Institutionen der PTK Bayern vor und ging auf die Problematik der tariflichen Eingruppierung ein. Christian Hartl ergänzte die Tarif- und Eingruppierungsfragen am Beispiel des bayerischen Maßregelvollzugsgesetzes und erläuterte wichtige Verbesserungen der gesetzlichen Grundlagen für die Psychotherapie und die Psychotherapeut/innen im Maßregelvollzug. Am Nachmittag wurden die Themen in vier Workshops vertieft. Weitere Informationen zum 4. Angestelltentag können Sie auf unserer Homepage finden. Darüber hinaus sind dort die Präsentationen der Fachvorträge der Referent/innen zum Herunterladen vorbereitet. Informationen zum weiteren Gang der politischen Diskussion um die Psychiatriefinanzierung (Stichwort PEPP) können Sie unserer Verlinkung auf die Homepage der BPTK entnehmen.

15. Suchtforum „Schmerz(medizin) trifft Sucht(medizin)“: Fast 500 Teilnehmer/innen in München

Unter dem Titel „Schmerz(medizin) trifft Sucht(medizin) – Schmerzmittel zwischen Fluch und Segen?!“ fand am 06.04.2016 im Zentrum für Pharmaforschung Großhadern, München, das 15. Suchtforum statt. Die Kooperationspartner des Suchtforums – PTK Bayern, Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS e. V., Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) sowie Bayerische Landesapothekerkammer (BLAK) – wollten beim diesjährigen Suchtforum im wichtigen Grenzbereich zwischen Suchtmedizin und Schmerzmedizin gemeinsam mit Psychotherapie und Pharmazie Orientierungen für die Praxis vermitteln. Vor Beginn des Suchtforums fand auf dem Campus Großhadern eine Pressekonferenz statt,

auf der die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml ein auf den Patienten abgestimmtes Vorgehen im Rahmen einer wirksamen Therapie im Grenzbereich der Schmerz- und Suchtmedizin hervorhob. Die Presseinformation, das Grußwort der Staatsministerin zur Veranstaltung, die Statements der Expert/innen der



Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege (2. v. r.) mit den Kooperationspartnern des 15. Suchtforums (v. l.): Ulrich Koczan, Vizepräsident BLAK, Dr. Heidemarie Lux, Vizepräsidentin BLÄK, Heiner Vogel und Prof. Felix Tretter, Vorstand BAS. Foto: Siegfried Sperl

Pressekonferenz sowie die Präsentationen der Fachvorträge der Referent/in-

nen können Sie in unserer Homepage-meldung vom 11.04.2016 herunterla-

den.

Großes Interesse an den Mitglieder-Foren in Würzburg, Augsburg, Nürnberg und München

Fast 400 Kammermitglieder haben Mitte April und Anfang Juni in Würzburg, Augsburg, Nürnberg und München an den Mitglieder-Foren teilgenommen. Auf großes Interesse stieß insbesondere die gesetzlich vorgegebene Einführung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde, deren Umsetzung in der Psychotherapie-Richtlinie im G-BA beraten wird, da gerade dieses neue Element in der Versorgung mit Veränderungen für die psychotherapeutischen Praxen verbunden sein wird. Aber auch die weiteren neuen Strukturelemente, wie z. B. die Akutversorgung, die Rezidivprophylaxe und auch die geplante Möglichkeit zur Einweisung ins Krankenhaus oder Überlegungen zur Delegation psychotherapeutischer Leistungen, wurden intensiv diskutiert. In Bezug auf psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten ergab sich aufbauend auf den Informationen vonseiten der Kam-

mer ein interessanter Austausch mit einigen Mitgliedern, die sehr unterschiedliche eigene Erfahrungen im Umgang mit Geflüchteten und aus ehrenamtlichem Engagement berichteten. Weiterhin waren einige Mitglieder an den Neuregelungen zur Weiterbildung interessiert,

da sie in einem der Bereiche durchaus weitere berufliche Möglichkeiten für sich sehen. Und nicht zuletzt wurde der aktuelle Stand der Diskussion zur Reform des Psychotherapeutengesetzes besprochen. Eine Kollegin in Augsburg bekam großen Beifall mit ihrer Äuße-



Kammerpräsident Nikolaus Melcop (Mitte) und Vorstandsmitglied Benedikt Waldherr (links) waren die Ansprechpartner für die Teilnehmer/innen auf dem Mitglieder-Forum in Nürnberg (03.05.2016). Foto: Astrid Petersdorff

rung, dass sie sehr dankbar für das Engagement der Kammer sei, da sie sich noch vor zehn Jahren große Sorgen gemacht hätte, ob der junge Beruf sich in dem schwierigen Spannungsfeld zwischen Medizin und Esoterik überhaupt werde behaupten können.

Fachgespräch „Chancen und Herausforderungen der Delegation psychotherapeutischer Leistungen in verschiedenen Behandlungssettings“

Der wachsende Bedarf an psychotherapeutischen Interventionen und die zunehmende Vielfalt der Versorgungsformen lassen es sinnvoll und notwendig erscheinen, fachliche Konzepte für die Delegation psychotherapeutischer (Teil-)Leistungen zu reflektieren: Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht nun auch entsprechende Optionen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung vor. Seit etwa eineinhalb Jahren beschäftigt sich eine Vorstands-AG der PTK Bayern mit den Bedingungen und Möglichkeiten der Delegation psychotherapeutischer Interventionen.

Am 25.04.2016 lud die PTK Bayern zu einem kammerinternen Fachgespräch ein, an dem der Vorstand, Vorstandsmitglieder anderer Landespsychotherapeutenkammern sowie u. a. Vertreter/innen des Berufsstandes in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) teilnahmen. Mehrere Expert/innen – Psychologische Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen – hielten Impulsreferate mit Beispielen für die Möglichkeiten und Herausforderungen von Delegation aus verschiedenen Versorgungsbereichen, ambulant und stationär. Timo

Harfst, BPtK, informierte über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen in diesem Kontext und den Stand der Diskussion in der BPtK. Neben der Fragestellung, was für bzw. gegen die Delegation von Leistungen an sich spricht, wurde in der Diskussion reflektiert, welche Leistungen sich (nicht) für eine Delegation eignen und in welcher Form und an welche Berufsgruppen delegiert werden könnte. Die Ergebnisse des Fachgesprächs werden in die weitere Arbeit des Vorstandes der PTK Bayern und der thematischen BPtK-Kommission eingehen.

Bessere Versorgung im ländlichen Raum: Gesundheitsministerin Huml übergibt Kammermitglied 200. Förderbescheid



*Kammermitglied Franziska Schwartz hat in Bad Neustadt eine Praxis eröffnet.
Foto: Karin Nerche-Wolf*

Hoher Besuch für Kammermitglied Franziska Schwartz am 04.02.2016 in ihrer neuen Praxis im unterfränkischen Bad Neustadt: Die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml überreichte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin persönlich den Förderbescheid in Höhe von 20.000 €. Huml betonte: „Es ist eine tolle Sache, wenn sich eine junge Psychotherapeutin wie Frau Schwartz im ländlichen Raum niederlässt und für das Wohl der jungen Patientinnen und Patienten sorgt.“ Um vor allem in ländlichen Regionen ausreichend Praxismachfolger zu gewinnen, hat das Bayerische Gesundheitsministerium ein eigenes Förderprogramm aufgelegt. Psychotherapeut/innen können eine Förderung von bis zu 20.000 € erhalten, allerdings nur, wenn

sich diese in bayerischen Gemeinden mit höchstens 20.000 Einwohner/innen niederlassen. Zudem darf für diesen Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkung angeordnet sein. Franziska Schwartz war über die Anschubfinanzierung für ihre Praxis froh: „Die große Nachfrage nach Psychotherapieplätzen hat mich bestätigt, dass ich den richtigen Ort gewählt habe. Ich bin sehr gerne hier und habe meine Entscheidung noch keinen Moment bereut.“

Pionier der AIDS-Beratung: Verfassungsmedaille für Kammermitglied Alfred Spall

Landtagspräsidentin Barbara Stamm und der Landtagsabgeordnete Oliver Jörg haben Mitte März dem Gründer und langjährigen Leiter der unterfränkischen HIV- und AIDS-Beratung der Caritas, Alfred Spall, als Anerkennung für seine über 20-jährige Arbeit die Verfassungsmedaille in Silber überreicht. In ihrer Würdigung sagte Barbara Stamm: „Ihr Einsatz für HIV/AIDS-betroffene Menschen ist beispiellos. Gerade in einer Zeit, in der Ablehnung und Ausgrenzung im Zusammenhang mit HIV und AIDS an der Tagesordnung waren, haben Sie sich für die Betroffenen stark gemacht.“ 1987 gründete Alfred Spall die erste AIDS-Beratung ihrer Art in Unterfranken. Immer wieder betonte Alfred Spall, den Blick auf mit dem HIV-Virus infizierte Mitbürger/innen nicht auf ihre Infektion einzuschränken: „Es muss der ganze Mensch mit all seinen psychosozialen Bezügen wahrgenommen werden.“ Hauptziele seiner Pionierarbeit waren der angstfreie und tolerante Umgang mit HIV-infizierten Menschen und der Kampf gegen deren Diskriminie-



Verleihung der Verfassungsmedaille in Silber (v. l.): Würzburgs Stimmkreisabgeordneter Oliver Jörg MdL, Notburga Spall, Alfred Spall, Landtagspräsidentin Barbara Stamm, Michael Koch, Leiter der Caritas-HIV- und AIDS-Beratung Unterfranken. Bildarchiv Bayerischer Landtag, Foto: Rolf Poss

rung. Von Beginn an vermied er nie den körperlichen Kontakt mit ihnen – im Gegensatz so vieler anderer in den 1980er-Jahren. Alfred Spall begleitete AIDS-Kranke sogar in ihrem Sterben. Auch über die Landesgrenzen hinaus – so in Südafrika und in der Ukraine – engagiert er sich für Menschen mit HIV/AIDS.

Seit seiner Pensionierung 2008 setzt er sich unermüdlich für AIDS-Kranke ein und pflegt seine Kontakte im In- und Ausland und zur katholischen Kirche. Auch im Ruhestand fordert er beharrlich eine Neuorientierung der katholischen Morallehre vor dem Hintergrund der weltweit hohen Infektionsraten.

Landesausschuss: 32,5 freie Sitze für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Bayern

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat Ende Februar 2016 die neuen Planungsblätter für die ambulante psychotherapeutische und ärztliche Versorgung in Bayern veröffentlicht. Mit Stand 02.02.2016 gibt es in Bayern noch 32,5 freie Sitze im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Auf 13,5 der 32,5 freien Sitze können sich Psycholo-

gische Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen bewerben. 19,0 Zulassungen in bereits gesperrten Planungsbereichen sind nur für ärztliche Psychotherapeut/innen möglich. In welchen Planungsbereichen es Niederlassungsmöglichkeiten gibt, finden Sie in der Tabelle unserer Homepagemeldung vom 23.02.2016. Wenn Sie sich auf einen

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

Gespräch mit Gesundheitsministerin Melanie Huml



Die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege Melanie Huml mit Vizepräsident Peter Lehdorfer (links), Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Vizepräsident Bruno Waldvogel (v. l.). Foto: Alexander Hillers

Am 10.05.2016 trafen sich Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel, Peter Lehdorfer und Geschäftsführer Alexander Hillers im Bayerischen Landtag mit der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege Melanie Huml. In dem persönlichen Gespräch ging es insbesondere um den aktuellen Stand in Bezug auf die Reform der Aus- und Weiterbildung. Die Staatsministerin zeigte sich interessiert und bot ihre weitere Unterstützung an.

Kurznachrichten

Treffen regionale Vertreter/innen Gesundheitsregionen^{plus}

Am 07.03.2016 fand das erste Treffen mit den Vertreter/innen der Psychotherapeut/innen in den vier Gesundheitsregionen^{plus} Regen, Hassberge, Neustadt-Aisch/Bad Windsheim und Passau statt, bei dem über die betreffenden Sitzungen in ihren Regionen berichtet wurde. Es wurden Anregungen für mögliche Beiträge vonseiten der Psychotherapeut/innen in diesen Gremien ausgetauscht. Dabei wurde klar, dass in den Gremien deutlich unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden und damit auch die Rolle unserer Berufsgruppe in den Ge-

sundheitsregionen^{plus} sehr unterschiedlich sein kann. Es wurde vereinbart, den Austausch fortzusetzen und dabei auch Vertreter/innen aus anderen Regionen mit einzubeziehen. Hintergrundinformationen zu den Gesundheitsregionen^{plus} finden Sie im Mitgliederrundschreiben vom Winter 2016. Die Kammer ist in diese Arbeit nicht systematisch mit einbezogen, sondern wird je nach Initiative aus der Region angefragt.

> Wenn Sie Kenntnis davon haben, dass Psychotherapeut/innen in weiteren Regionen Bayerns in diesen Gremien mitarbeiten, sind wir für einen Hinweis dankbar.

11. Treffen der Vertreter/innen der Ausbildungsteilnehmer/innen

Auf dem Treffen der Ausbildungsteilnehmer/innen (AtP) am 06.04.2016 wurde zunächst rege über mögliche Organisationsformen von AtP diskutiert. Im Anschluss daran standen die Neuwahlen der Vertreter/innen der Psychotherapeut/innen in Ausbildung (AtP) für die Delegiertenversammlung der PTK Bayern auf der Tagesordnung. Der bisherige Sprecher, Dominik Schoeller, wurde wiedergewählt und ist satzungsgemäßer Gast in der Kammer-DV. Seine Stellvertreterinnen sind: Verena Wolf und Mechthild Leibl. Zum Schluss der

Veranstaltung berichtete Nikolaus Melcop noch von einigen aktuellen Arbeitsschwerpunkten der PTK Bayern.

Jahresschwerpunkt des Gesundheitsministeriums

Die Auftaktveranstaltung zum Jahresschwerpunkt „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ des Gesundheitsministeriums hat am 11.05.2016 stattgefunden. Am 08.06.2016 wurde das Thema im Rahmen eines Fachtags nach der Begrüßung durch Gesundheitsministerin Melanie Huml in einer moderierten Gesprächsrunde, an der u. a. die Gesundheitsministerin und Kammerpräsident Nikolaus Melcop teilnahmen, diskutiert und vertieft. Danach wurde der neue bayerische Kindergesundheitsbericht vorgestellt. Im Anschluss hat Vizepräsident Peter Lehndorfer nach weiteren Referent/innen einen Vortrag zur psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gehalten. In einer Themenwoche werden vom 16. bis 23.07.2016 bayernweit dezentral Gesundheitstage und Veranstaltungen der Aktionspartner in eigener Regie stattfinden. Die PTK Bayern wird in dieser Themenwoche am 19.07.2016 die Veranstaltung „Cybermobbing – jeder kann etwas dagegen tun!“ für Eltern und weitere Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen anbieten. Im Herbst 2016 ist gemeinsam mit dem StMGP eine weitere Veranstaltung zum Thema „Cybermobbing“ für Lehrer/innen und pädagogisches Fachpersonal in Planung.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervorteilnehmer/innen teilgenommen haben: Arbeitskreis „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München am 02.03.2016; Sitzung des Beirats des Münchner Bündnisses gegen Depression am 03.03.2016; Veranstaltung „Sucht bei Flüchtlingen“ der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) am 03.03.2016; 10. und 11. Sitzung des Landesgesundheitsrates am 07.03.2016 und 13.06.2016; Arbeitsausschuss

„Sektorenübergreifende Ansätze in der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern (gemeinsames Landesgremium) am 07.03.2016, 11.04.2016 und 09.05.2016; 4. Weiterbildungskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern am 09.03.2016; Kammergespräch der IHK für München und Oberbayern am 14.03.2016; Allianz Fachärztlicher Berufsverbände e. V. – Tag der Bayerischen Fachärzte am 16.03.2016; gematik-Statusworkshop Projekt ORS1 – Ärztekammern in den Testregionen am 17.03.2016; Sitzung des Lenkungsausschusses für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement der KVB am 30.03.2016; 70-Jahres-Feier der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. am 09.04.2016; Gedenkfeier Alfred Kappauf in der PTK Rheinland-Pfalz am 09.04.2016; Round-Table der BPTK „Somatopschotherapeutische Weiterbildung“ am 12.04.2016; Sitzung der AG Forensik am 20.04.2016; Diotima-Ehrenpreis-Verleihung am 22.04.2016; Beirat „Fortbildung der Landeskammern“ am 26.04.2016; Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V am 02.05.2016; 4. Bayerischer Tag der Telemedizin am 11.05.2016; Treffen der leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken und Treffen der Ausbildungsinstitute am 30.05.2016; Sitzung des Zentralstellenrates PSNV Bayern am 31.05.2016; Arbeitskreis „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ mit Schwerpunkt „Flüchtlingskinder“ am 01.06.2016; 50. Bayerischer Apothekertag am 03.06.2016; Jahrestreffen der Präsidenten und Vorsitzenden der Mitgliederorganisationen des Verbandes der Freien Berufe in Bayern (VFB) am 15.06.2016; Heilberufekammertreffen am 20.06.2016; Treffen der Vertreter/innen der Hochschulen am 22.06.2016; Tag der Freien Berufe des VFB am 30.06.2016.

Bevorstehende Veranstaltungen

Rechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Termin: **25.06.2016** in München.

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließ-

lich „Istanbul Protokoll“: Eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern, der BLÄK, der LÄK Baden-Württemberg und der LPK Baden-Württemberg. Termin: **01. bis 03.07.2016** in Stuttgart-Degerloch.

Neue Berufsordnung und Patientenrechtegesetz: Termine: **09.07.2016** in Augsburg; **23.07.2016** in Würzburg.

Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung: Fortbildung mit den Schwerpunkten u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerrechtliche Fragen“. Termin: **15.07.2016** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen II. Dermatologische und gastrointestinale Erkrankungen: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **15.10.2016** in München.

15. Suchtforum „Schmerz(medizin) trifft Sucht(medizin) – Schmerzmittel zwischen Fluch und Segen?!“ in Kooperation mit der BAS, BLÄK und BLAK. Termin: **02.12.2016** in Nürnberg.

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

Redaktion

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

Geschäftsstelle

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

SAVE THE DATE : Landespsychotherapeutentag Berlin am 24.09.2016

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

aus aktuellem Anlass beschloss der Vorstand, auf dem diesjährigen Landespsychotherapeutentag am 24.09.2016 im SEMINARIS Science and Conference Center die vermutlich Ende Juni 2016 verabschiedete **Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**, des höchsten Beschlussgremiums der Selbstverwaltung, vorzustellen: **Die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie**. Diese wird als Änderung der Psychotherapierichtlinien vorgenommen werden.

Geplant sind u. a.:

- die Einführung einer Sprechstunde,
- die psychotherapeutische Akutversorgung („Flexibilisierung des Psychotherapieangebotes“),
- Veränderung der Bewilligungsvorschriften für die Richtlinienpsychotherapie,
- die frühzeitige diagnostische Abklärung und damit die Einschätzung des Behandlungsbedarfs,
- die Förderung der Gruppenpsychotherapie und
- die Rezidivprophylaxe.

Diese aktuell im Stellungnahmeverfahren befindliche Strukturreform wird die tägliche psychotherapeutische Tätigkeit unserer Praxen verändern. Neben der zeitnahen Darstellung der getroffenen Beschlüsse stehen unsere fachliche Einschätzung und eine patientengerechte Umsetzung im Mittelpunkt der Diskussion. In diesem Kontext wird der aktuelle Stand der geplanten Befugnisserweiterung (Verordnung von Soziotherapie/Ergotherapie) zu besprechen sein.

Über die neuesten Entwicklungen und Beschlusslagen werden wir Sie zeitnah auf unserer Homepage informieren.

Hiermit lade ich Sie herzlich ein – merken Sie sich bitte diesen Termin vor!

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und grüßen Sie herzlich und kollegial

Michael Krenz, Präsident

Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts: Kein Versorgungswerk in Berlin

Gemäß § 35 Abs. 3 des Kammergesetzes in Berlin ist die Errichtung eines Versorgungswerks für Angehörige von Heilberufekammern, die nach dem 22. September 1999 gegründet worden sind, nicht gestattet. Das trifft auf die Psychotherapeutenkammer Berlin zu und bedeutet für selbstständig tätige Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, dass sie ihre Altersvorsorge privat organisieren müssen. Alle anderen Heilberufekammern in Berlin wurden vor dem Stichtag gegründet und verfügen für ihre Mitglieder über ein entsprechendes Versorgungswerk. Das Land Berlin

ist außerdem das einzige Bundesland, das der Psychotherapeutenkammer die Gründung oder den Anschluss an ein anderes Versorgungswerk verwehrt.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin hat – nach vielen, letztlich aber erfolglosen politischen Gesprächen mit Abgeordneten aller Fraktionen des Berliner Abgeordnetenhauses – dann vor dem Verwaltungsgericht Berlin Klage erhoben. Die 14. Kammer des Berliner Verwaltungsgerichts hat im Dezember 2012 das Verfahren ausgesetzt und die Frage dem Verfassungsgerichtshof des Landes Berlin zur Entscheidung vorge-

legt. Mit Beschluss des Verfassungsgerichtshofs Berlin vom 21.03.2014 und Urteil des Verwaltungsgerichts vom 23.05.2014 (Verwaltungsstreitsache VG 14 K 78.14) wurde die Klage abgewiesen. Insbesondere liege durch die heutige Regelung des § 35 Abs. 3 Kammergesetz Berlin kein Verstoß gegen das Gleichheitsgebot nach Art. 10 Abs. 1 VvB vor und dem Gesetzgeber stehe es vor dem Hintergrund der politischen Debatte über eine Bürgerversicherung frei, den weiteren Zugang zu Versorgungswerken zu begrenzen. Die Kammer hat daraufhin eine Klage gegen das Urteil des Berliner Verfassungsge-

richtshofs/Berliner Verwaltungsgerichts beim Bundesverwaltungsgericht in Leipzig eingereicht. In der Verhandlung am 02.12.2015 in Leipzig hat das Gericht die Revision zurückgewiesen und die Position des Verfassungsgerichtshofs von Berlin bestätigt (BVerwG 10 C 18.14; VG 14 K 78.14).

Als wesentliche Gründe für diese Entscheidung hat das Gericht die folgenden Punkte genannt:

- Die vom Berliner Gesetzgeber geplante Stärkung der gesetzlichen

Rentenversicherung und die mögliche Weichenstellung für die Einführung einer Bürgerversicherung rechtfertigen die gesetzliche Einschränkung der Gründung weiterer Versorgungswerke für bestimmte Personengruppen.

- Eine solche politische Zielsetzung rechtfertigt auch die Ungleichbehandlung bestehender und neu gegründeter Berufsvertretungen.
- Der gewählte Stichtag erwecke keine verfassungsrechtlichen Bedenken und sei sachlich vertretbar.

Aktuell bleibt der PTK Berlin nur noch die weitere Verfolgung des politischen Weges über weitere Verhandlungen mit den maßgeblichen Politikern im Zuge der anstehenden Novellierung des Berliner Heilberufekammergesetzes. Am 18. September 2016 sind Wahlen für das Abgeordnetenhaus in Berlin. Die PTK Berlin hat das Thema „Versorgungswerk“ weiter auf der politischen Agenda. Wir bleiben dran!!!

B. Kemper-Bürger,
GF PTK Berlin

Zur Notwendigkeit approbierter PsychotherapeutInnen in den psychosozialen Beratungsdiensten der Öffentlichen Verwaltung

Im Psychotherapeutenjournal 2/2015 nahmen in den „Berliner Mitteilungen“ zwei Artikel Bezug auf den notwendigen Einsatz von approbierten KollegInnen in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen der Jugendämter.

Dieses Thema ist längst überfällig und soll in diesem Artikel bekräftigt und weiter ausgeführt werden. Es betrifft alle fachdiagnostischen Dienste, die in der Öffentlichen Verwaltung psychologisch-psychotherapeutische Aufgaben erfüllen. Dies sind außer den Erziehungs- und Familienberatungsstellen der bezirklichen Jugendämter (EFB) die Schulpsychologischen Beratungszentren der Senatsverwaltung für Schule (SPB) und die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter (KJPD).

Es ist ein Skandal, dass über 15 Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PthG) weder in den bezirklichen noch in den senatlichen Beratungsdiensten von dem Gesetz Kenntnis genommen wurde, geschweige denn, dass es tarifrechtliche Konsequenzen hatte.

Ich war bis Oktober 2015 Psychotherapiebeauftragter der Berliner KJPD und beziehe mich insbesondere auf diese Dienste, die in allen Gesundheitsämtern der Stadtbezirke vorgehalten wer-

den. Sie sind interdisziplinär und multiprofessionell ausgestattet mit Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern sowie unterstützendem Verwaltungspersonal und Arzthelferinnen.

Die KJPD sind vom Gesetzgeber geforderte Fachdienste (§ 1,2c GDG) des Öffentlichen Gesundheitswesens und bilden ein wichtiges Element in der Versorgung und Betreuung seelisch kranker, behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter junger Menschen und sind ein Bindeglied zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens und denen der Jugendhilfe.

Ihre Aufgaben bestehen in der fachspezifischen ärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen Untersuchung, Beratung und ggf. Betreuung der o. g. Klientel und ihrer Familien. Dazu zählen auch geistige Behinderungen, neurologische, psychosomatische und andere Erkrankungen, die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der jungen Menschen und ihre Teilhabe in der Gemeinschaft haben.

Die Ergebnisse einer mehrdimensionalen Diagnostik, Indikations- und Prognosestellung bilden insbesondere für die Öffentliche Jugendhilfe der Jugendämter die Grundlage für die Einrichtung ambulanter und stationärer sozialpädagogischer sowie psycho-

therapeutischer Hilfen. Von den KJPD erstellte fachspezifische Gutachten, amtsärztliche Stellungnahmen und sozialrechtliche Zuordnungen im Rahmen der Sozialgesetze VIII (§§ 27ff, § 35a, § 41), IX und XII (§ 53, § 54) sind zwingend erforderliche Grundlagen für die Hilfeplanung und die Kostenübernahme durch die Jugendhilfe und deren fachliche Qualitätsstandards.

Weitere Aufgaben der KJPD sind Kriseninterventionen zur Gefahrenabwehr bei seelischen Notfällen und die subsidiäre Betreuung/Behandlung/Beratung psychisch auffälliger Jugendlicher, wenn keine anderen Versorgungsangebote greifen oder vorhanden sind.

Für die Erfüllung dieser Aufgaben – Diagnose-, Indikations- und Prognosestellung sowie Erstellung von sozialrechtlichen Gutachten und Zuordnungen – sind die im PthG und SGB VIII geforderten Voraussetzungen entweder die Approbation als Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder als Psychologische/r Psychotherapeut/in oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in.

Die Mitarbeiter/innen der KJPD haben 2015 im Rahmen einer Evaluation der sog. Mustergesundheitsämter für die personelle Ausstattung ihrer Fachdienste gefordert, den geltenden fachlichen

und rechtlichen Berufsstandards endlich gerecht zu werden.

Anforderungsprofile, Aufgabenbeschreibungen (BAK) und Stellenpläne müssen dringend überarbeitet und angepasst werden. Die Stellen dürfen nicht länger für „Psychologen/innen mit therapeutischen Zusatzqualifikationen“ ausgeschrieben werden, sondern erfordern zwingend eine Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in.

Abgesehen von der Problematik im Öffentlichen Dienst hat diese Nichtbeachtung des PthG indirekt Folgen beim Einsatz und bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der Berliner Jugendhilfe. So orientiert sich die Höhe des Fachleistungsstundensatzes für Psychotherapie nicht etwa an der Vergütung in der Krankenversorgung des SGB V, sondern an der tariflichen Eingruppierung angestellter Diplom-Psychologen und Sozialarbeiter. Auf Forderung des Berliner Rechnungsho-

fes gibt es mehrere unterschiedliche Stundensätze je nach Einstiegsberuf und ob die Leistung in einer Einzelträgerschaft oder einer institutionellen Trägerschaft erfolgt. Bis Ende 2012 gab es für den Ostteil der Stadt alle Positionen noch einmal, nur niedriger, also absurderweise acht verschieden hohe Vergütungen für ein und dieselbe Leistung!

Es ist sehr zu hoffen, dass die dadurch erzielten Kosteneinsparungen nicht der wahre Hinderungsgrund für eine notwendige Anpassung an die gesetzlichen Forderungen sind.

Es ist endlich an der Zeit, mit einer Praxis aufzuhören, in der entweder approbiertes Personal „billig“ eingekauft wird oder gesetzliche Aufgaben von gesetzlich nicht berechtigten Berufsgruppen durchgeführt werden.

Die Psychotherapeutenkammer ist hier dringend gefordert, mit der Öffentlichen Verwaltung und den Personalvertretungen in einen Diskurs zu treten, der zur

Schaffung einer eigenen, einheitlichen Tarifgruppe für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führt, die der Eingruppierung von Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie entspricht.

Berlin, im März 2016



Ronald Schmidt,
ronpraxis@web.de,
vormals KJPD Reinickendorf und
Psychotherapiebeauftragter der
AG Berliner KJPD

Was ist die ganztägig-ambulante psychosomatische Rehabilitation?

In den zurückliegenden Jahren wurden seitens der Kostenträger von Rehabilitationsmaßnahmen vermehrt Anstrengungen unternommen, die Rehabilitationsangebote zu „flexibilisieren“, d. h. an die individuellen Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Neben den traditionellen „vollstationären“ Behandlungsmöglichkeiten wurden „ganztägig-ambulante“ (d. h. teilstationäre), aufgebaut, sowie auch ambulante Rehabilitationsangebote im eigentlichen Sinne, wie beispielsweise als Reha-Nachsorgemöglichkeiten das Curriculum Hannover, d. h. eine halbjährige, einmal wöchentlich stattfindende Gruppenpsychotherapie, oder auch psychotherapeutische Langzeitbehandlungen in der Sucht-Reha.

Das Kennzeichen einer „stationären“ psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung ist die Aufnahme der Patienten in ein „therapeutisches Milieu“ (Linden 2011), was besondere therapeutische Möglichkeiten eröffnet

oder auch selbst therapeutische Wirkungen entfaltet. Ein stationäres therapeutisches Milieu wirkt als Schutzraum (die Patienten sind von Therapeuten umgeben), als Entlastungsraum (Abstand von häuslichen Pflichten), als Motivationsraum (Kontakt mit anderen Patienten), als Therapieraum (mit mehrdimensionalen oder auch intensiveren Behandlungsoptionen), als Beobachtungsraum (zur Validierung sozialmedizinischer Urteile) oder auch als (ungefährliches) Erprobungsfeld für neue Verhaltensweisen. Die Behandlungskonzepte orientieren sich an den Erfordernissen des Einzelfalls und umfassen sozio-, somato-, pharmako- und psychotherapeutische Interventionen, wobei die psychotherapeutische Ausrichtung sich an den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren orientiert. Dies gilt für vollstationäre wie ganztägig-ambulante Reha-Maßnahmen gleichermaßen, im Gegensatz zu ambulanten Behandlungsformen, bei denen die Patienten nur einige definierte Anwendungen bekommen

und dann wieder nach Hause gehen, wie beispielsweise in der Rehabilitationsnachsorge oder auch bei jedem niedergelassenen Psychotherapeuten. Die ganztägig-ambulante (teilstationäre) Rehabilitation stellt somit einen Sondertyp der stationären Behandlung dar, da auch hier die Patienten untertags in einem therapeutischen Milieu sind. Allerdings gehen sie dann abends und an Wochenenden wieder nach Hause.

Es gibt Einrichtungen, die nur Ganztagsplätze vorhalten wie auch solche, die über vollstationäre und ganztägig-ambulante Plätze verfügen. In Berlin gibt es drei ausschließlich ganztägig-ambulante Einrichtungen für psychisch Kranke mit 108 Plätzen und in Brandenburg vier Einrichtungen mit ca. 60 Plätzen, die vollstationäre und ganztägig-ambulante Angebote vorhalten, wobei nur das Reha-Zentrum Seehof in Teltow über gesondert ausgewiesene Plätze für eine ganztägig-ambulante Rehabilitation verfügt (s. Kasten am Ende).

Nach Statistiken der DRV Bund wurden im Jahr 2014 in der Region 458 ganztägig-ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt. Die Antragstellung und Aufnahme erfolgt nach den üblichen Verfahrensweisen. Der Patient muss einen Antrag stellen, dem ein ärztlicher Befundbericht beizufügen ist. Im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts kann eine ganztägig-ambulante Behandlung beantragt werden. Die letztendliche Indikationsprüfung und Zuweisung in eine Klinik erfolgt dann über den Kostenträger.

Fachlich empfiehlt sich eine ganztägig-ambulante Rehabilitation dann, wenn der fortlaufende Kontakt zum häuslichen Milieu gewünscht wird. Manche Patienten sind zuhause nicht abkömmlich, so dass eine ganztägig-ambulante Rehabilitation die einzige Möglichkeit ist. Andere, wie manche Angstpatienten, fühlen sich durch eine vollstationäre Aufnahme überlastet. Bei Zwangspatienten mag es sinnvoll sein, wenn sie regelmäßig zuhause sind, da sich die Symptomatik wesentlich dort manifestiert. Einige Patienten kommen auch im Rahmen sozialmedizinischer, von den Krankenkassen, Rentenversicherungen oder Gerichten verlangter Rehabilitationen, zu denen sie nicht motiviert sind, so dass dann die ganztägig-ambulante Rehabilitation eine Art Kompromiss ist. Im Ergebnis sind daher Patienten in der ganztägig-ambulanten Rehabilitation vielfach sogar komplexere Fälle als in der vollstationären Reha. Ein wichtiger Vorteil der ganztägig-ambulanten Rehabilitation sind auch die im Vergleich zur vollstationären Rehabilitation geringeren Kosten, da nur die Anwesenheitstage, d. h. ohne die Wochenenden, gezählt werden und die Tagessätze ca. um ein Drittel geringer sind. Die Patienten sind zudem auch von Zuzahlungen befreit, weshalb es auch für sie billiger wird.

Eine Einschränkung der ganztägig-ambulanten Rehabilitation ist, dass es eine hohe Anforderung sein kann, den ganzen Tag in der Klinik therapeutischen Anforderungen ausgesetzt und abends mit allen häuslichen Pflichten wie Kindern, Haushalt oder sogar beruflichen Anforderungen konfrontiert zu sein.

Auch die gelegentliche Hoffnung auf eine bessere Kommunikation zwischen Patienten und ihren Partnern hat sich in der Praxis häufig nicht bestätigt, da die Doppelbelastung diese eher zusätzlich behindert. Schließlich ist auch Wohnortnähe kein Alleinstellungsmerkmal der ganztägig-ambulanten Rehabilitation, da dies auch bei einer vollstationären Behandlung möglich ist.



Kontakt: michael.linden@charite.de

Literatur

Linden, M. (Hrsg.). (2011). *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Prof. Dr. Michael Linden,
Forschungsgruppe Psychosomatische
Rehabilitation an der Charité
Universitätsmedizin Berlin

Ganztägig-ambulante Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke in Berlin und Brandenburg

Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR) Nanz Medico, Gartenstr. 5, 10115 Berlin (ganztägig-ambulante Einrichtung mit den Abteilungen Orthopädie, Neurologie, Uro-Onkologie und Psychosomatik, 40 Plätze Psychosomatik)

Berlin AHG Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit, AHG, Möllendorffstr. 48, 10367 Berlin (ganztägig-ambulante Einrichtung mit den Abteilungen Psychosomatik, MBOR Psychosomatik mit jeweils 40 Plätzen)

Berlin Tannenhof, Tannenhof, Blissestr. 2 – 6, 10713 Berlin (ganztägig-ambulante Einrichtung mit den Abteilungen Psychosomatik mit 25 Plätzen und Sucht mit 30 Plätzen)

Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow (Abteilung Psychosomatik mit 15 ganztägig-ambulanten Plätzen und 100 vollstationären Plätzen, Abteilung Kardiologie mit 15 ganztägig-ambulanten Plätzen und 80 vollstationären Plätzen)

Mittenwalde Fontane Klinik, EWGE, Fontanestr. 5, 15749 Mittenwalde (ganztägig-ambulante und stationäre Einrichtung mit insgesamt 81 Plätzen)

Neu Fahrland Heinrich-Heine-Klinik, EBEL, Am Stinthorn 42, 14476 Potsdam (ganztägig-ambulante und stationäre Einrichtung mit insgesamt 315 Plätzen)

Bernau Brandenburgklinik, MICHELS, Brandenburgallee 1, 16321 Bernau bei Berlin (stationäre Einrichtung mit insgesamt 200 Plätzen, ambulant-ganztägig Reha im Einzelfall)

Lindow Salus Klinik, DOMMA, Straße nach Gühlen 10, 16835 Lindow (Mark), (stationäre Einrichtung mit 72 Plätzen, ambulant-ganztägig Reha im Einzelfall)

Geschäftsstelle

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

Brauchen wir Weiterbildungen im Bereich Klinischer Somatopsychotherapie? Eine Diskussion auf der 34. Kammerversammlung der PK Bremen

Am 10.05.2016 fand die 34. Kammerversammlung der PK Bremen statt. Schwerpunkt der Veranstaltung war ein Vortrag über aktuelle Überlegungen zur Einrichtung weiterer Weiterbildungsgänge im Bereich der Somatopsychotherapie. Die PK Bremen konnte Frau Doktor Andrea Benecke als Vortragende gewinnen, die als Mitglied der BPtK-Kommission „Zusatzqualifizierung“ kompetent und mit hoher Informationsdichte über den Stand der Diskussion berichtete.



Frau Dr. Andrea Benecke leitet die Hochschulambulanz der Universität Mainz und den Weiterbildungsgang „Psychodiabetologie“. Sie ist Vizepräsidentin der Landeskammer Rheinland-Pfalz und im Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer.

Aufgaben der BPTK-Kommission „Zusatzqualifizierung“

Frau Benecke begann im ersten Teil ihres Vortrags, die Arbeit der Kommission „Zusatzqualifizierung“ der BPtK zu schildern. Diese hatte bereits im Jahr 2012 durch den 21. Deutschen Psychotherapeutentag den Auftrag erhalten, geeignete Bereiche für die Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten zu identifizieren und zu beschreiben.

Die Kommission habe im Rahmen ihrer Beratungen zunächst Evaluationskriterien entwickelt, durch die aus der Vielzahl möglicher Weiterbildungsgebiete relevante Bereiche ausgewählt werden sollten. Zu diesen Kriterien gehören bedarfsorientierte Kriterien wie eine hohe Prävalenz der körperlichen Grunderkrankung, eine hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen und die aktuelle Versorgungssituation der jeweiligen Patientengruppe.

Zusätzlich wurden inhaltliche Kriterien berücksichtigt, wie z. B. die Existenz von Behandlungsleitlinien für die entsprechende Grunderkrankung, die auf die Notwendigkeit psychotherapeutischer Mitbehandlung verweisen.

Auf Basis dieser Kriterien identifizierte die Kommission zunächst fünf Bereiche, die für die Einrichtung von Weiterbildungsgängen geeignet erscheinen. Diese Bereiche sind im Einzelnen:

- Palliativpsychotherapie,
- Psychotherapie bei Diabetes,
- Psychotherapie bei onkologischen Erkrankungen,
- Psychotherapie bei kardiologischen Erkrankungen und
- spezielle Schmerzpsychotherapie.

All diesen Bereichen sei gemein, dass die körperliche Symptomatik mit Einschränkungen einhergehe, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer Probleme erhöhen, oder dass psychologische Faktoren in der somatischen Behandlung berücksichtigt werden müssen. Bei Schwierigkeiten mit der Compliance bzw. der Notwen-

digkeit von Verhaltensänderungen oder um unnötige körperliche Schädigungen und Spätfolgen zu vermeiden, kann eine begleitende psychotherapeutische Behandlung notwendig werden. Gleichzeitig würden in diesen Bereichen entsprechende psychotherapeutische Angebote fehlen, insbesondere dann, wenn durch den medizinischen Fortschritt eine zunehmende Verlagerung der medizinischen Versorgung in den ambulanten Bereich stattgefunden habe, durch die die Multiprofessionalität wie in der stationären Behandlung nicht gegeben sei.

Weiterbildung in Klinischer Somatopsychotherapie: Vor- und Nachteile

Im weiteren Verlauf des Vortrags arbeitete Frau Benecke eine Reihe von Vorteilen einer curricularen Weiterbildung in Bereichen der klinischen Somatopsychologie heraus. Dazu zählte sie:

- Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Schaffung qualifizierter Angebote für bestimmte Patientengruppen,
- bessere Darstellbarkeit von Wissen und Qualifizierung durch Zusatztitel, die nur im Rahmen von anerkannten Weiterbildungsgängen erworben werden können,
- damit einhergehend auch eine höhere Attraktivität für Psychotherapeuten, sich weiter zu qualifizieren, sowie
- eine höhere Transparenz für Patienten und Überweiser auf der Suche nach geeigneten Behandlungsangeboten.

Neben dem individuellen Wunsch nach Weiterqualifizierung käme der Einrich-

tung entsprechender Weiterbildungs-gänge auch berufspolitische Bedeutung zu. Psychotherapeutische Leistungen im Bereich somatischer Erkrankungen könnten so besser abgebildet und in ihrer Bedeutsamkeit gestärkt werden, z. B. im Rahmen von Leitlinien, durch die Möglichkeit für Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen für die spezialisierte Versorgung. Für den stationären Kontext ist die bessere Abbildbarkeit psychotherapeutischer Leistungen im Entgeltsystem PEPP zu nennen.

Frau Benecke nannte auch Kontra-Argumente gegen entsprechende Weiterbildungsangebote. Diese bestünden vor allem im Bedenken, dass eine immer weiterführende Spezialisierung von Psychotherapeuten mit einer Abwertung der Approbation einhergehe. Frau Benecke setzte diesem Argument entgegen, dass die Weiterbildungen nicht zu einer Aus- oder Abgrenzung von einzelnen Behandlungsbereichen führe, d. h. entsprechende Weiterbildungen nicht als Voraussetzung für die Behandlung bestimmter Patientengruppen gelten. Auch Kollegen ohne entsprechende Weiterbildung könnten weiter mit den jeweiligen Patientengruppen arbeiten. Vielmehr seien sie die Grundlage für ein spezialisiertes Behandlungsangebot bei bestimmten Problemstellungen, ähnlich dem Zusatztitel „Sportmedizin“ bei Internisten oder Allgemeinärzten. Entsprechende Weiterbildungen könnten dazu beitragen, dass qualifizierte Psychotherapeuten die Leitung entsprechender ausgerichteter Behandlungseinrichtungen übernehmen könnten. Dies sei beispielsweise im Bereich der Schmerzpsychotherapie bereits der Fall. Ein zweites Gegenargument bestehe darin, dass Zusatztitel natürlich auch zu einer Differenzierung und Hierarchisierung in Behandlungsteams beitrage. Dies erachtete Frau Benecke allerdings durchaus auch als gewollt – höhere Qualifikation solle mit entsprechender Verantwortung und ggf. auch mit besserer Bezahlung einhergehen.

Im zweiten Teil ihres Vortrags schilderte Frau Benecke die Erfahrungen mit somatopsychologischen Weiterbil-



Die Kammerversammlung fand erstmals in neuer Umgebung im Kwadrat statt

dungsgängen in Rheinland-Pfalz, das als einziges Bundesland in seiner Weiterbildungsordnung zwei somatopsychologische Bereiche verankert hat: Die spezielle Schmerzpsychotherapie und die Psychodiabetologie. Frau Benecke fasste kurz Inhalte und Umfang dieser Weiterbildungsangebote zusammen und betonte, dass das Ziel der Weiterbildungen sei, spezialisierte Therapieangebote für Menschen zu schaffen, die vor allem Probleme mit ihrer körperlichen Erkrankung, z. B. durch ein mangelhaftes Krankheitsmanagement, haben. Frau Benecke stellte besonders heraus, dass durch die vermittelten medizinischen Kenntnisse eine Zusammenarbeit und Kommunikation mit Ärzten „auf Augenhöhe“ möglich sei. Zuweisende Ärzte seien froh über das Behandlungsangebot, da die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit schwierigen Behandlungsverläufen häufig unzureichend sei.

Im Anschluss an den Vortrag ergab sich eine lebhafte Diskussion über Vor- und Nachteile derartiger Weiterbildungen. Einige Kollegen mit Erfahrungen im Bereich Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen betonten die Wichtigkeit und den Wert fundierter medizinischer Kenntnisse. Gleichzeitig wurden die vorgestellten Weiterbildungen als zu aufwendig wahrgenommen und auf entsprechende Fortbildungsangebote hingewiesen.

Weitere Themen der Kammer-versammlung

Nach Abschluss der Diskussion wurde über einige Veränderungen der Satzung der PK Bremen abgestimmt. Diese Änderungen waren durch das Ende 2015 neu in Kraft getretene Heilberufsgesetz im Land Bremen notwendig geworden. Im Bericht des Vorstands berichtete Karl Heinz Schrömgens über den Stand der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie, die im Rahmen des 2015 eingeführten Versorgungsstärkungsgesetzes gefordert wurde. Wesentliche Veränderungen betreffen die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde, die als verpflichtend für die Aufnahme ambulanter Psychotherapie gelten soll, und die Einführung neuer Therapiekomponenten, wie Akutbehandlung oder expliziter Rezidivprophylaxe.

Aus Sicht der Bremer Kammer sind in den Vorschlägen begrüßenswerte Impulse, aber auch eine weitere Formalisierung und Einschränkung der freien Berufsausübung enthalten. Der Vorstand der PK Bremen hat daher im Zuge des Stellungnahmeprozesses detaillierte Rückmeldungen an die BPTK gegeben – die Kammerversammlung unterstützte diese Meinungsäußerung durch die Verabschiedung einer entsprechenden Resolution. Eine erste Entscheidung über die Neufassung der Richtlinien erfolgte

am 16. Juni dieses Jahres. Der Vorstand der PK Bremen wird nach der Sommer-

pause eine Informationsveranstaltung für Mitglieder durchführen und über In-

halte und Implikationen der neuen Richtlinien zu informieren.

Empfang der Heilberufe oder „Schöne neue Datenwelt?“

Am 09.05.2016 fand der Empfang der Bremer Heilberufe statt, zu dem traditionell die Ärztekammer, die Psychotherapeutenkammer, die Zahnärztekammer, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung einladen. Zur Einstimmung und zur Diskussionsanregung hielt die Vorsitzende des deutschen Ethikrates Frau Professor Christiane Woopen, als Hochschullehrerin für Ethik und Theorie der Medizin an der Uniklinik Köln tätig, einen aufrüttelnden Vortrag. Sie stellte folgende Überlegungen dar:

Es ist bereits möglich, den menschlichen Körper durch Implantate und äußerlich angebrachte Sensoren fast vollständig zu überwachen – die Gesamtauswertung wird dann an behandelnde Ärzte, Apotheken und Krankenversicherungen weitergeleitet zu dem Zweck einer optimalen medizinischen Betreuung inklusive Ernährungs- und Bewegungstipps, und vielleicht sogar an das Reisebüro, das dann den optimalen Urlaub empfiehlt. So können die Daten, die bereits in den sozialen Medien und bei Online-Einkäufen hinterlassen wurden, fast perfekt ergänzt werden und die bestmögliche medizinische Versorgung ist gesichert (leider auch die

Möglichkeit, dass ein BioHacker z. B. bei einem Diabeteskranken eine Insulinausschüttung entfesseln kann und die Träger eines bestimmten Pumpentyps massenweise per Tastendruck ermordet werden könnten). Die Vorteile einer solchen Totalüberwachung liegen für die Medizin auf der Hand – mit all dem Wissen können Patienten höchst individuell behandelt werden: Präzisionsmedizin.

Die naturwissenschaftliche Zergliederung des Patienten in seine Einzelteile ist damit zu Ende, stattdessen werden seine Körperfunktionen, kognitiven Fähigkeiten, sozialen Hintergründe und Verhaltensmuster etwa bei Ernährung und Sport integriert betrachtet und ein umfassendes Gesundheits- und Persönlichkeitsprofil erstellt, das es ermöglicht, präventive und therapeutische Strategien zu entwickeln.

Doch der gläserne Patient ohne Privatsphäre und die Bedrohung durch die unkontrollierbare Macht der Datensammler machen Angst. Die Vorstellung von der vollständigen Erfassbarkeit des Menschen und seiner Lebensweise in Form von Daten, Ziffern und Grafiken hat das

Bild vom Menschen verändert. Angestrebt werden einerseits die Perfektionierung des Menschen und andererseits seine völlige Erfassbarkeit für die Werbung.

Mithilfe von Big Data könnte das gesamte Privat- und Arbeitsleben in den Dienst der Gesundheit gestellt werden: Das Internet der den Körper umgebenden Dinge wird mit dem Internet des Körpers verbunden und zu einer sich bereits anbahnenden Verlagerung des Schwerpunkts in der Medizin von Diagnose und Therapie zunehmend zur Prädiagnostik und Prävention führen.

Der Gesundheit in allem, was man tut, die höchste Priorität zu geben, würde aber bedeuten, hinter der eigentlichen ethischen Dimension des Menschseins zurückzubleiben. Was nämlich überhaupt keine Relevanz bei diesen Betrachtungen hat, sind die für die Gesundheit ebenfalls bedeutsamen Dimensionen wie persönliche Beziehungen oder eine religiöse oder irgendwie spirituelle Verankerung.

Das Recht des Einzelnen, „wer wann was bei welcher Gelegenheit über ihn weiß“ ist durch das BVerfG geschützt. Wenn nun aber aufgrund ausgefeilter und letztlich nicht nachvollziehbarer Persönlichkeits- und Gesundheitsprofile die eigene Umwelt und alle Angebote für die gesundheitsoptimierende Lebensführung bereits vorgegeben sind, dient das nicht nur der selbstbestimmten Bedürfnisbefriedigung, sondern es werden auch Selbstbestimmungsmöglichkeiten genommen und überraschende Lebensentwürfe blockiert. Außerdem kann die angeblich so vielversprechende Effektivitätssteigerung im Versicherungswesen und in der Gesellschaft zu einer Entsolidarisierung beitragen.

Auf lange Sicht wird es bei dieser massiven Datenspeicherung drei Verlierergruppen geben: diejenigen, die sich weigern, ihre Daten weiterzugeben, diejenigen, die sich nicht an die Vor-



Der Vortrag von Frau Prof. Woopen stieß auf breites Interesse

schriften der Versicherungen bezüglich einer gesunden Lebensweise halten wollen, und diejenigen, die aufgrund von physischen, psychischen oder sozialen Voraussetzungen diese Kriterien nicht erfüllen können – also genau diejenigen, die unsere solidarische Unterstützung brauchen.

Big Data als Hoffnungsträger der Medizin? Ja, durch die Weiterentwicklung der personalisierten Medizin werden Patienten davon profitieren können.

Big Data als Irrweg? Ja, wenn keine Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Selbstbestimmung und Privat-

heit zu schützen und wenn keine soziale Gerechtigkeit gesichert wird.

Sowohl die Diskussionen im Plenum als später auch an den Stehtischen kreisten intensiv um das aufgeworfene Thema.

„Die menschlichen Probleme sind dieselben“ – Interview mit Frau Dr. Marianne Paetow zur psychotherapeutischen Arbeit mit Dolmetschern

Psychotherapie mit Flüchtlingen wird häufig durch die Sprachbarriere begrenzt. Dolmetscher sind daher notwendig, um dringend benötigte psychotherapeutische Hilfe zu leisten. Wir sprachen mit unserem Kammermitglied Frau Dr. Marianne Paetow, die seit 2015 mit Dolmetschern in der Therapie arbeitet, über ihre Erfahrungen.

Frau Paetow, was muss man aus Ihrer Sicht bei der Arbeit mit Dolmetschern beachten?

Mir scheint wichtig zu sein zu klären, wie man mit dem Patienten arbeiten will, und dies mit Patient und Dolmetscher zu besprechen. Als sehr hilfreich habe ich erlebt, dass der Dolmetscher mir kulturelle Besonderheiten auf Nachfrage erklären konnte. Da ich tiefenpsychologisch arbeite, ist es mir auch wichtig, die Übertragung des Patienten auf den Dolmetscher im Auge zu haben und den Dolmetscher darüber aufzuklären. Der Patient wird dabei ein- und nicht ausgeschlossen. Es darf nicht über ihn gesprochen werden, sondern mit ihm. Das ist für das Vertrauen sehr wichtig.

Welche Absprachen sind zwischen Ihnen und den Dolmetschern wichtig?

Außer den Formalien, wie Zeit, Ort und Honorar, die therapeutische Arbeitsweise, die Übertragung und eventuell die Gegenübertragung. Dann ist mir wichtig, dass der Dolmetscher seine Irritationen ausspricht, da er, jedenfalls in meiner Therapie, beide Kulturen kennt und mich darauf aufmerksam machen kann, wenn ich in Fettnäpfchen trete, zu sehr in die Intimsphäre eindringe usw. Dazu ein Beispiel: Ich habe einen jungen männlichen Afrikaner in Therapie. In seiner Kultur ist es unmöglich, sich mit einem älteren Menschen, zumal einer

Frau, auf Augenhöhe zu unterhalten. Er darf mich eigentlich nicht ansehen und nur sprechen, wenn er gefragt wird. Da der junge Mann aber sehr lernfähig und aufmerksam ist, ließ sich dieses Problem mit dem Dolmetscher klären und bereitet kaum noch Schwierigkeiten.

Wie wird Ihr therapeutisches Vorgehen durch die Arbeit mit Dolmetschern beeinflusst?

Durch den Dolmetscher fühle ich mich sicherer. Ihn kann ich fragen, wenn mir etwas unklar ist. Also in beide Richtungen: wenn der Patient etwas sagt, was ich nicht wirklich verstehe, und wenn ich unsicher bin, ob meine Fragen oder Antworten als übergriffig oder unangemessen empfunden werden könnten. Die Unsicherheit ist nicht mehr zu hemmend wie am Beginn, sondern ganz automatisch sind der Dolmetscher und ich aufeinander eingespielt und der Patient natürlich auch. Er nimmt mir meine Art nicht mehr übel und kann sich immer offener äußern und ich traue mich, nicht übervorsichtig zu sein.

Welche Voraussetzungen sollten Ihrer Meinung nach Dolmetscher erfüllen?



Dr. Marianne Paetow arbeitet als Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis

Ein Dolmetscher muss mehr können als nur die beiden Sprachen. Er muss sich auf eine Beziehung einlassen und gleichzeitig die professionellen Grenzen wahren. Dass er der Verschwiegenheit unterliegt, ist klar. Er muss belastungsfähig sein und auf seine Grenzen achten. Ich habe das Glück, mit einem sehr erfahrenen und geschulten Dolmetscher zu arbeiten, der ein gutes psychologisches Gespür hat und sehr engagiert ist. Und wir sind uns sehr sympathisch, was den Aufbau von Vertrauen sehr gefördert hat.

Was raten Sie Kollegen, die mit der Arbeit mit Dolmetschern beginnen möchten?

Ich möchte den Kollegen Mut machen. Eine Kollegin mit Migrationshintergrund hat mir mit den Worten Mut gemacht, dass es auch zwischen Plattdeutsch und Bayerisch sprachlich und kulturell große Unterschiede gibt, die menschlichen Probleme aber dieselben sind, nur in einem anderen Gewand. Ich bräuchte keine Angst zu haben, ich würde bereichert werden, wenn ich es probiere. Und die Kollegin hat Recht gehabt. Ich bin ihr sehr dankbar, dass sie mir diese Erfahrung durch ihr Zutrauen ermöglicht hat.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Wiebke Rappen, Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Hollerallee 22, 28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 00-0, Fax -2
Verwaltung@pk-hb.de, www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 10.00 – 14.00 Uhr
Mi: 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di: 12.30 – 13.30 Uhr

Sachverständigentätigkeit – Interview mit Herrn Dipl.-Psych. Wolfram Sabel

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg erarbeitet aktuell eine Fortbildungsrichtlinie für gutachterliche/forensische Tätigkeit und plant die Erstellung einer Liste der Kammermitglieder, die als Sachverständige qualifiziert sind. Hierfür hat sie u. a. Herrn Dipl.-Psych. Wolfram Sabel als Experten hinzugezogen. Herr Sabel ist seit 2009 Beauftragter für forensische Fragen der Psychotherapeutenkammer Hamburg und nimmt seither an den regelmäßigen Treffen der Arbeitsgruppe für Sachverständigentätigkeit der Landeskammern teil. Am 13.04.16 erfolgte die erste Lesung in der Delegiertenversammlung der PTK Hamburg.

Wozu benötigt die PTK Hamburg eine Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit und eine Liste derjenigen Kammermitglieder, die als Sachverständige qualifiziert sind?

Das ist schnell beantwortet. Mit der Fortbildungsrichtlinie und der Erstellung „einer Liste“ realisiert Hamburg eine gesetzliche Aufgabe.

Gemäß dem Hamburgischen Kammergesetz für die Heilberufe (HmbKGGH) besteht eine der Aufgaben der Psychotherapeutenkammer Hamburg darin, auf Verlangen der zuständigen Behörden und Gerichte Sachverständige zur Erstattung von Gutachten zu benennen.¹ Die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer² sowie die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg³ beschreiben die Rahmenbedingungen für eine Sachverständigentätigkeit etwas genauer.

Die Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit regelt schließlich den Umfang und das Verfahren zum Nachweis der Fortbildung im Detail.

Zur Geschichte der Richtlinie muss man wissen, dass bereits 2003 die nieder-

sächsische Psychotherapeutenkammer erste Schritte in Richtung einer Zertifizierung von Gutachtern unternahm. 2004 waren dort erste Kriterien für die Aufnahme auf einer entsprechenden Liste erstellt, um 2005 eine erste Fortbildungsrichtlinie zu verabschieden.

2006 etablierte der Länderrat der Bundespsychotherapeutenkammer eine Arbeitsgruppe zur Sachverständigentätigkeit, welche sich seither diesem besonderen Tätigkeitsbereich widmet und damals beispielsweise eine Musterfortbildungsrichtlinie zur Sachverständigentätigkeit erstellte. Jüngst berieten Mitglieder dieser Arbeitsgruppe die Bundespsychotherapeutenkammer im Zusammenhang mit der Erarbeitung von Mindestanforderungen an Gutachten im Kindschaftsrecht durch Vertreter juristischer, psychologischer und medizinischer Fachverbände sowie der Bundesrechtsanwaltskammer unter Begleitung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)⁴.

Die Sache ist also keineswegs neu. Heute führt die überwiegende Anzahl der Landeskammern Listen, auf denen von den jeweiligen Kammern anerkannte sachverständig tätige Kolleginnen und Kollegen aufgeführt sind. Zunehmend mehr Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*) absolvieren überregional die seitens zweier Kammern angebotenen curricularen Fortbildungsangebote⁵ und sind entweder bereits als Sachverständige tätig oder werden es zukünftig sein. Hamburger Kammermitglieder erhalten nun auch die Möglichkeit sich mit ihrer speziellen Qualifikation auszuweisen.

Für Behörden und Gerichte als Auftraggeber für Gutachten wird die Sachverständigenauswahl erleichtert, da die Sachverständigen der Psychotherapeu-



Dipl.-Psych. Wolfram Sabel

tenkammern einmal als Heilberufler, aber eben auch als Gutachter ihre wissenschaftlich fundierten Qualifikationen auf Dauer gewährleisten.

Aus berufsrechtlicher Sicht wird zudem, so denke ich, durch diesen erfreulichen Schritt eine weitere Facette psychotherapeutischer Kompetenz ins richtige Licht gerückt.

Was haben Kolleginnen und Kollegen davon, sich im Sinne der Sachverständigenliste zu qualifizieren? Werden die Voraussetzungen mit anderen Bundesländern kompatibel sein?

1 § 6 Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe (HmbKGGH)

2 § 27 der Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Bundespsychotherapeutenkammer

3 § 22 Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

4 www.bptk.de/uploads/media/20151006_Mindestanforderungen-20150930.pdf

5 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (daneben gibt es freie Anbieter)

Die zweite Frage beantworte ich zuerst; mit „ja“.

Wir alle kennen den Gegenstandskatalog für Prüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Definition, Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Indikationsstellung psychischer Störungen, Evaluation psychotherapeutischer Behandlungsverläufe, Methoden wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren, um nur wenige zu nennen). Dieses Expertenwissen ist in den unterschiedlichen Rechtsbereichen gefragt. Im Rahmen der Fortbildung werden im sog. Grundlagenmodul und in den Spezialisierungsmodulen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, welche es ermöglichen die vorhandene Sachkunde im Kontext von Gerichten, Behörden oder Institutionen zu vertreten. Dies kann einen erheblichen Zugewinn an Arbeitszufriedenheit mit sich bringen. Nicht zuletzt eröffnet die Sachverständigentätigkeit für Kolleginnen und Kollegen ohne Kassensitz oder Anstellung als Psychotherapeut, gute Möglichkeiten tätig zu werden.

Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um auf die Liste aufgenommen zu werden?

Wer anerkannt werden will, muss Kammermitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg sein, also approbiert

sein, die erforderliche Sachkenntnis besitzen und die erforderliche Zuverlässigkeit in seiner Person bieten. Kammermitglieder, die bereits vor dem Inkrafttreten der Fortbildungsrichtlinie als Sachverständige tätig waren, können einen Antrag auf Eintragung in die Liste als Sachverständiger stellen; die dafür notwendigen Voraussetzungen sind in einer Übergangsregelung festgehalten. Für Kolleginnen und Kollegen die außerhalb der Übergangsregelung aufgenommen werden wollen, gelten der Nachweis von festgelegten Unterrichtseinheiten im Grundlagen- und Spezialisierungsmodul, sowie der Nachweis einer festgelegten Anzahl von Gutachten, welche unter Supervision erstellt wurden.

Wird die Liste öffentlich sein? Wie wird sie dem Rechtswesen zugänglich gemacht?

Ja, die Liste wird veröffentlicht. Die Antragstellung beinhaltet eine Einverständniserklärung des Antragstellers, seine gutachterliche Spezialisierung und Tätigkeit als Gutachter öffentlich anzugeben. Spezialisierung, Name und Erreichbarkeit des Sachverständigen wird auf der Internetseite der Psychotherapeutenkammer Hamburg aufzufen sein. Daneben wird die Psychotherapeutenkammer diese Liste pflegen und in bestimmten zeitlichen Abständen dem Rechtswesen aktiv bekannt machen.

Für welche Rechtsgebiete wird die Liste erstellt? Wird es eine oder mehrere Listen geben und kann man dann auf mehreren Listen präsent sein?

Die Listen werden für die Rechtsgebiete

- Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht,
- Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage,
- Familienrecht,
- Sozialrecht, Zivilrecht, Verwaltungsrecht und
- Neuropsychologie

erstellt.

Es wird mehrere Listen geben, auf denen man je nach Anerkennung jeweils präsent sein kann.

Wie kann ich als Kammermitglied auf die Liste gelangen? Muss ich einen Antrag stellen?

Wer auf der Liste geführt werden will, kann einen Antrag an die Psychotherapeutenkammer stellen. Das entsprechende Formular dazu, einschl. näherer Informationen, wird auf der Homepage der Kammer zu finden sein.

Birte Westermann M. A.,
Dipl.-Psych. Wolfram Sabel

Tätigkeitsbericht der Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg 2014 – 2016

Die Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer hat die Aufgabe, die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie andere Wissenschaftler*) auf der Grundlage des geltenden Rechts und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft hinsichtlich der ethischen und fachrechtlichen Gesichtspunkte bei Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten und eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Dies geschieht vor allem zum Schutz der in die Klinischen Prüfungen einbezogenen Patienten, aber auch der Studienleitung.

In dem Zeitraum 2014 bis April 2016 wurden der Kommission insgesamt 43 Anträge zur Begutachtung vorgelegt.

Im Vordergrund der Beratung stand die Aufklärung der Studienteilnehmer zum Untersuchungsgegenstand, zu Fragen der Anonymisierung und Pseudonomisierung sowie zur Datenspeicherung und Löschung der Daten. Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass bei unvorhersehbaren unerwünschten Vorfällen die Möglichkeit einer Krisenintervention oder Beratung gegeben sein muss.

Zur Bearbeitung der Anträge tagt die Ethik-Kommission quartalsweise. Im Laufe des Berichtszeitraumes stellte die Kommission fest, dass einige Fragen während der Bearbeitung der Anträge wiederkehrend auftraten. Die Kommission beschäftigte sich somit in den letzten zwei Sitzungen intensiv mit Grundsatzfragen, wie z. B. der Frage nach dem gewährleisteten Datenschutz bei der Verwendung von Bildern in Online-Studien oder der Frage, ab welchem Alter Einwilligungserklärungen zur Teilnahme an Studien von Kindern bzw. Jugendlichen selbst

unterschrieben werden dürfen und müssen.

Ferner wurden in der letzten Sitzung die Gebühren für die Bearbeitung der Anträge neu diskutiert, die Ethik-Satzung überarbeitet und Vordrucke zur Einreichung der Anträge korrigiert und ergänzt.

Für die kommenden Sitzungen steht die Überarbeitung der Geschäftsordnung auf der Agenda. Des Weiteren ist ein Austauschtreffen mit der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg geplant.

Im Februar 2016 wurde die Ethik-Kommission parallel zum Beginn der neuen

Legislaturperiode der Kammer teilweise neu besetzt. Die neue Besetzung finden Sie unten.

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt,
Vorsitzende der Ethikkommission
Birte Westermann M. A.,
für die PTK HH

Neue Besetzung der Ethik-Kommission

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat am 20.01.2016 die Besetzung der Ethik-Kommission für eine Amtszeit von vier Jahren beschlossen.

Ordentliche Mitglieder

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt (*Vorsitzende*)

Dr. Michael Wunder (*stv. Vorsitzender*)

Prof. Dr. Gerhard Süß

Dr. Rainer Stelling (*Jurist*)

Stellvertretende Mitglieder

Prof. Dr. Tania Lincoln

Prof. Dr. Monika Bullinger

Dipl. Psych., cand. Ph.D. Susanne Hommel

Agnes Frfr. von Diepenbroick, LL. M. (Juristin)

Bericht von der 61. Delegiertenversammlung

Am 13.04.2016 begrüßte Präsidentin Heike Peper die Delegierten zur 61. Sitzung der Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg. Der Vorstand schilderte zu Beginn der Versammlung in seinem Bericht die Aktivitäten der vergangenen Monate, die sich über ein breites Themenspektrum erstreckten. Versorgungsfragen wie die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen, Psychotherapie im Wege der Kostenerstattung, Stand und Weiterentwicklung der Psychiatrie, die Diskussion neuer Versorgungsformen bis hin zur Notfallversorgung beschäftigten den Vorstand ebenso wie die Planung und Durchführung von Veranstaltungen und die Beantwortung diverser Fragen und Anliegen von Kammermitgliedern sowie behördliche Anfragen. Des Weiteren arbeitet der Vorstand intensiv an der Revision verschiedener Kammerordnungen und Satzungen sowie der Entwicklung von Richtlinien.

In einer 1. Lesung wurde auf der DV der Entwurf einer Fortbildungsrichtlinie zur

gutachterlichen Tätigkeit für Kammermitglieder vorgestellt. Die Richtlinie regelt Umfang und Inhalt einer curricularen Fortbildung zur Qualifizierung für eine Sachverständigentätigkeit sowie Übergangsregelungen für bereits gutachterlich tätige Kammermitglieder. Sie soll in der kommenden DV im Juni 2016 verabschiedet werden.

Als weiterer Punkt stand die Beratung und Beschlussfassung des Jahresabschlusses 2015 auf der Tagesordnung der DV. Der Rechnungsprüfungsausschuss legte in seinem Bericht dar, dass es keine Beanstandungen hinsichtlich der Rechnungslegung gebe, und sprach der Geschäftsstelle ein Lob für die vorbildliche Arbeit aus. Dem Antrag auf Entlastung des Vorstandes stimmten die Delegierten einstimmig zu.

Bereits im Bericht des Vorstandes hatte Präsidentin Peper über den aktuellen Stand der Diskussion zur Ausbildungsreform berichtet. Die Stellungnahme der PTK Hamburg zu den BPTK-Positionspapieren zum Approbationsstudi-

um, zur Weiterbildung und zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes war den Delegierten im Vorfeld der DV bereits übermittelt worden. Aus der Delegiertenschaft kamen weitere Anregungen und Hinweise bezüglich der Papiere, die in die Diskussion auf dem Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 23.4.2016 einfließen sollten.

Hinsichtlich der geplanten Satzungsänderungen der BPTK sprach sich die DV einhellig dafür aus, dass für die Berechnung der DPT-Delegiertensitze die Zahl aller Kammermitglieder (approbierte Mitglieder und PiA) zugrunde gelegt werden soll.

Am Ende der Sitzung wurde Frau Winterscheidt, Vertreterin der Aufsichtshörde, von der Präsidentin mit einem herzlichen Dank für die gute Zusammenarbeit verabschiedet. Frau Winterscheidt wird ab dem 1.6.2016 eine neue Aufgabe übernehmen und nahm daher zum letzten Mal an der DV teil.

Dipl.-Psych. Heike Peper

Ulrich Wirth verlässt den Redaktionsbeirat



Dipl.-Psych. Ulrich Wirth

Nach elf Jahren legt Ulrich Wirth seine Arbeit im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals nach der vorliegenden Ausgabe nieder. Zunächst als Mitglied des Vorstandes und dann als Beauftragter des Vorstands hat er engagiert und vertrauensvoll die Psychotherapeutenkammer Hamburg bei der Akquirierung, Sichtung, Beurteilung und Auswahl der Artikel vertreten. Von den Länderkolleginnen und -kollegen wie auch von den Redaktionsmitarbeiterinnen wurde er mit großer Anerkennung auf der letzten Sitzung des Redaktionsbeirates herzlich verabschiedet. Auch der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg dankt ihm sehr

für sein langes und unermüdliches Engagement zur ausgewogenen Gestaltung und Entwicklung dieses wichtigen Organs unseres Berufsstandes. Er hat daran mitgewirkt, dass die vielfältigen Stimmen unseres Berufsstandes angemessen zu Wort kamen. Als Nachfolger für Ulrich Wirth wird Torsten Michels die Psychotherapeutenkammer Hamburg ab der kommenden Ausgabe im Redaktionsbeirat vertreten.

Birte Westermann M. A.

16 Jahre Ethikrat – Bericht über die Tätigkeit von Dr. Michael Wunder

Dr. Michael Wunder, Psychologischer Psychotherapeut und Leiter des Beratungszentrums Alsterdorf, schied im April 2016 nach langjähriger Tätigkeit rotationsbedingt aus dem Deutschen Ethikrat aus. Zunächst gehörte Dr. Wunder der Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ im Deutschen Bundestag an, ab 2008 war er Mitglied im Deutschen Ethikrat in Berlin.

Tätig ist Michael Wunder in diesem Themengebiet bereits seit den 90er Jahren. Er publizierte zur Medizingeschichte und zur Kritik an der Bioethik und engagierte sich stark in der Bürgerbewegung gegen die Bioethik-Konvention des Europarates. Das große Interesse der Öffentlichkeit an diesem Thema führte dazu, dass Deutschland die Konvention nicht unterzeichnete und eine Enquetekommission eingerichtet wurde.

Zuständigkeiten und Aufgaben des Deutschen Ethikrates

Die Aufgaben dieser Enquetekommission und des später eingesetzten Ethikrats sind die Politikberatung und die Förderung der öffentlichen Diskussion zu Fragen der sogenannten Lebens-

wissenschaften. Diese umfassen beispielsweise biomedizinische Fragen im engeren Sinne, wie z. B. Stammzellenforschung, Embryonenspende oder Eingriffe in das menschliche Genom, aber auch weitergehende medizinethische Fragen wie Organtransplantation, Big Data im Gesundheitswesen oder Ethik im Krankenhaus. Zu vielen dieser Themen hat Michael Wunder Stellungnahmen und Empfehlungen für den Gesetzgeber verfasst oder an ihnen mitgewirkt. Zuständig war er in der Enquetekommission zum Beispiel für den Bericht zur Palliativmedizin, welcher zur Einrichtung der Palliative Care Teams geführt hat, sowie für den Bericht zur Patientenverfügung. Im Ethikrat lagen seine Schwerpunkte unter anderem bei den Stellungnahmen „Demenz und Selbstbestimmung“, „Intersexualität“ sowie „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“. Zudem war er Ansprechpartner für die Themen „Menschen mit Behinderung“ oder auch „Geschichte von Euthanasie und Eugenik“.

16 Jahre Ethikrat – eine Bilanz

Die Entscheidungen und Kompromissfindungen im Ethikrat beschreibt Michael Wunder als nicht immer einfach.



Dr. Michael Wunder, Foto: R. Zensen

Teilweise mussten sehr harte Diskussionen geführt werden, da die Positionen der Mitglieder weit auseinander gingen. Kompromisse konnten nicht immer gefunden werden. Hierbei habe der Ethikrat die Aufgabe, die unterschiedlichen Positionen auszuarbeiten und zu veröffentlichen, sodass die Politiker*) diese Ausarbeitungen als Entscheidungsgrundlage nutzen können und sich ebenso wie die interessierten Bürger selbst ein Urteil bilden können.

„Es ist gut, dass wir in Deutschland die ethischen Diskurse zu den lebenswissenschaftlichen Themen so öffentlich und auch so kontrovers führen“, so Michael Wunder. Dies sei ein Signal dafür, dass wir in einer pluralistischen

Gesellschaft leben, in der es viele Überzeugungen gibt, deren Stärke nur im Argument liegen kann. Wunder reflektiert die Arbeit im Deutschen Ethikrat als „16 gute Jahre“ und freut sich gleichzeitig darüber, dass mit seinem Nachfolger Prof. Dr. Andreas Kruse (Direktor des In-

stituts für Gerontologie der Universität Heidelberg) weiterhin die Psychologie im Ethikrat vertreten ist.

Wir wünschen Michael Wunder weiterhin alles Gute für seinen persönlichen und beruflichen Werdegang und

freuen uns, dass er seine Expertise als Mitglied der Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg dort weiterhin einbringt.

Birte Westermann M. A.

Ab sofort: Mailingliste für Angestellte

Auf dem 27. DPT im November 2015 wurde der neue PTI-Ausschuss (Psychotherapie in Institutionen) der BPtK gewählt. Von den insgesamt neun Ausschussmitgliedern sind dieses Mal sogar gleich zwei Vertreter* aus Hamburg mit dabei: Johannes Frey und Monika Scholz. Wir wollen die Expertise des Ausschusses und die damit verbundene bundesweite Vernetzung

nutzen, um die angestellten Hamburger Kammermitglieder über den Newsletter, aber auch über eine eigene Rubrik auf der Website der Kammer gezielt zu informieren. Zum anderen wollen wir über eine Angestellten-Mailingliste eine Plattform für einen hoffentlich regen Austausch installieren. Über folgenden Link kann man sich hierzu anmelden:

<http://lists.ptk-hamburg.de/mailman/listinfo/ptk-angestellte>

Tragen Sie sich dazu in das Feld „Abonnieren von PTK-Angestellte“ ein.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt hätten!

M. Sc. Johannes Frey,
Dipl.-Psych. Monika Scholz

6. Hamburger Psychotherapeutentag am 10.09.2016

6. Hamburger Psychotherapeutentag am 10.09.2016

Der 6. Hamburger Psychotherapeutentag findet am 10. September 2016 im Bildungszentrum „Tor zu Welt“ in Hamburg statt. (Krieterstraße 2d, 21109 Hamburg-Wilhelmsburg)

Er steht unter dem Titel

Zwischen Empathie und Abgrenzung

Psychotherapie im Kontext von Flucht- und Migrationsbewegungen
und gesellschaftlichen Polarisierungstendenzen

Bitte notieren Sie sich schon jetzt den Termin. Es erwarten Sie interessante Vorträge und Workshops!

Geschäftsstelle

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

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

KJP sowohl selbstständig als auch angestellt auf dem Niveau weitergebildeter Fachärzte tätig sind, wäre E 15 die Eingruppierung, die der Qualifikation und der Tätigkeit besser gerecht würde.

siebzehn Jahre nach Schaffung der beiden psychotherapeutischen Heilberufe PP und KJP haben sich die Tarifpartner ver.di und die Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände auf eine tarifliche Eingruppierung von PP und KJP einigen können. Oft schon waren die über Jahre festgefahrenen Verhandlungen scheinbar kurz vor dem Abschluss, jetzt gibt es endlich ein Ergebnis. Allerdings ist dieses Ergebnis mit der Eingruppierung in E 14 bestenfalls als Schritt in die richtige Richtung zu werten. Da PP und

Im Portemonnaie werden viele der angestellten Kolleginnen und Kollegen das Ergebnis des Tarifabschlusses nicht erkennen können. Dennoch ist positiv zu werten, dass für KJP wie auch für PP die Tätigkeit maßgeblich ist. Damit müsste insbesondere für KJP die Eingruppierung nach dem Grundberuf vom Tisch sein. Und auch für PP gibt es jetzt eine tarifliche Abgrenzung zu den nicht approbierten Psychologen. Immerhin! Für den nächsten Schritt, bei dem dann nicht nur die Richtung, sondern auch das Ergebnis, nämlich E 15, stimmen müsste, könnte die Ausbildungsreform eine Rolle spielen. Den zeitlichen Abläufen ist gemeinsam: Beides geht nicht von heute auf morgen.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger,
Kammerpräsident

Das Fremde – wie tragen wir zum Gelingen einer Inklusion bei?

Tausende Flüchtlinge kommen seit Monaten aus Ländern wie Syrien, Afghanistan, dem Irak oder Eritrea in die EU und auch zu uns nach Deutschland. Diese Ein- oder Durchwanderungsbewegung weckt bei den hier lebenden Menschen ganz unterschiedliche Gefühle – neben großer Offenheit, Empathie und tatkräftiger Hilfsbereitschaft auch Abwehr und Angst. Angst vor dem Anderen, Angst vor dem Fremden. Wenn Fremde kommen, verändert sich das Leben für alle, nicht nur für die, die kommen, sondern auch für die, die da sind. Die Fremden bringen „das Fremde“ in unser Leben. Sie erschüttern unsere bisherige Identität und die vermeintlich festgefühten alten Ordnungen, auf denen die Gesellschaft fußt und auf denen auch das Leben der Einzelnen beruht.

Fremdes begegnet uns als Fremderfahrung, als etwas Unbekanntes, Fernes, das plötzlich ganz nah ist. Es wird als eine Abweichung vom Gewohnten erlebt und löst affektiv getönte Erlebnisse wie Erstaunen, Fas-

zination oder Erschrecken aus. Erst im zweiten Schritt entscheiden wir, ob wir ablehnend oder zustimmend mit dem Fremden umgehen. Vieles Fremde haben wir uns angeeignet, haben z. B. eine Fremdsprache gelernt oder andere Gewohnheiten angenommen. Auch vormals unbekannte Speisen wie Pizza, Hamburger und Döner gehören heute so selbstverständlich zu unserem Alltag, wie es in Zukunft vielleicht einmal Sushi, Falafel und Kimchi sein werden. Das Fremde ist ein Konstrukt.

Im Fremden fürchten wir Aspekte des Fremden in uns selbst, Aspekte von uns, die wir ablehnen und die wir nicht als zu uns selbst gehörend anerkennen können. Indem wir das Problem des fremden Anteils in uns nach außen – auf den Fremden – verlagern, halten wir es von uns fern. So stellen wir an der Oberfläche unseres Alltagsbewusstseins eine „Ordnung“ her, die uns nicht zu einem Prozess der Neuanpassung unserer Identität herausfordert und uns die Auseinandersetzung mit unseren

ungeliebten Eigenschaften erspart. Die Wunde therapieren wir nicht bei uns selbst, sondern übertragen sie auf andere. Indem wir das Ungeliebte nach außen verlagern, versuchen wir letztlich, unsere eigenen Konflikte zu lösen. Dieser Vorgang, der beim Einzelnen beginnt, entspricht in der gesamten Gesellschaft einem Projektions- und Spaltungsprozess.



Yvonne Winter

Psychotherapie befasst sich nicht nur mit dem einzelnen Menschen, sondern auch mit seinem gesellschaftlichen Umfeld. Von A. Mitscherlich bis hin zu H. E. Richter wurde besonders an hessischen Hochschulen das Zusammenwirken von Gesellschaft und Individuum hervorgehoben. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Entwicklun-

gen und das psychische Erleben des Einzelnen unterliegen einer untrennbaren Wechselwirkung.

Uns alle stellt die gegenwärtige Migrationsbewegung vor die Herausforderung, zum Gelingen eines gemeinsamen Zusammenlebens beizutragen. Nach Aussagen des UNHCR sind weltweit 60 Millionen Flüchtlinge unterwegs. Kann „das Fremde“ bei uns aufgenommen werden und wie sieht eine erfolgreiche Integration aus? In Deutschland haben wir lange Erfahrungen gesammelt. Nach 1945 mussten 12–14 Millionen Flüchtlinge und Vertriebene ihre Heimat verlassen, acht Millionen ließen sich in den westlichen Besatzungszonen nieder. Bis zum Mauerbau 1961 kamen weitere 2,6 Millionen Flüchtlinge aus der DDR. Um die ökonomische Entwicklung Deutschlands zu erhalten, wurden ab 1955 die ersten Anwerbeverträge für Arbeitskräfte mit Italien, Spanien und Griechenland geschlossen, bis zuletzt 1967 mit Jugoslawien. Die Wiedervereinigung brachte einen verstärkten Zuzug von 3,4 Millionen deutschstämmigen Aussiedlern.

Begleitet wurden alle diese Bewegungen auch von zahlreichen Auseinandersetzungen, selten waren die verarmten und oft fremd wirkenden Menschen willkommen.

Wir als Psychotherapeuten sind hier ganz besonders gefordert, unser Wissen und unsere Kompetenzen einzubringen. Es reicht nicht aus, sich auf Versorgungsfragen zu konzentrieren, für die Flüchtlinge und Asylsuchenden gute Unterbringung, Finanzierung von Dolmetschern, ausreichende psychotherapeutische und medizinische Versorgung und spezielle Traumabehandlung zu fordern. Psychotherapeuten stehen auch in der Verantwortung, auf kritische psychosoziale Entwicklungen in der Gesellschaft aufmerksam zu machen. In einigen Teilen der Gesellschaft werden Rivalität und Neid geschürt, Menschen fühlen sich bedroht, sie fürchten, günstigen Wohnraum, Arbeit, Kita-Plätze und soziale Unterstützung teilen zu müssen, befürchten einen sozialen Abstieg. Diese sich abzeichnenden Umbrüche innerhalb der

Gesellschaft dürfen nicht ignoriert und übergangen werden. Sie beeinflussen die psychische Verfassung des Einzelnen wie auch die der Gemeinschaft nachhaltig. Selten wird bewusst, dass wir alle von den Wanderungsbewegungen auch profitieren. Ohne die heutige Zuwanderung wären wir schon in zehn Jahren eine geschrumpfte und überalterte Bevölkerung.

Partizipation und Inklusion sind komplexe Herausforderungen, auf die Politik und Gesellschaft angemessen reagieren müssen. Unsere Aufgabe als Psychotherapeuten ist es, auf die Wechselwirkungen zwischen psychosozialen und interkulturellen Entwicklungen hinzuweisen und von der Politik einen förderlichen und verantwortlichen Umgang einzufordern. Es ist in unser aller Interesse, trotz der drohenden Umbrüche, das Gelingen gesellschaftlicher Solidarität zu organisieren. Hier sollten wir uns einmischen.

Yvonne Winter,
Vorstandsmitglied

Psychotherapie als Tätigkeit und die Wahl der technischen Hilfsmittel

Die öffentliche Vorveranstaltung zur 11. Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen wurde am 18.03.2016 in Wiesbaden unter dem Titel „Nutzung elektronischer Medien bei Angeboten zur psychischen Gesundheit“ durchgeführt und gründete auf einem Arbeitspapier des QS-Ausschusses „Informationen zu ‚E-Mental-Health‘: Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen von Angeboten im Internet“.

In seiner Einleitung stellte **Jörg Wollstadt** (QS-Ausschuss) die Motive und den Arbeitsprozess des Ausschusses vor, der in den Vorschlag mündete, Nutzern im Internet Kriterien anzubieten, die ihnen bei ihrer Suche nach Unterstützung in psychischen Krisen helfen sollen.

Die Arbeit des Ausschusses an dem Thema setzte 2009 mit der Diskussion über einen Artikel in der FAZ zu „Online-Therapie gegen Depressionen“ ein. Da in diesem Artikel behauptet wurde, „Psy-

chotherapie, auch mittels eines Computerprogramms wie Deprexis, könne in vielen Fällen ebenso wirksam sein wie Medikamente und dabei billiger und ohne gefährliche Nebenwirkungen [...]“, begannen sich die Ausschussmitglieder mit diesem speziellen Programm sowie in der weiteren Arbeit grundsätzlicher mit Studien, die dieses und ähnliche Selbsthilfeprogramme in psychischen Krisen beforschen, auseinanderzusetzen.

Die (Struktur-, Prozess- und Ergebnis-) Qualität dieses Programmes wurde vom Ausschuss u. a. aufgrund rudimentärer diagnostischer Einstufung, problematischer Durchführungsbedingungen und eindimensionaler Ergebnismessung als nicht ausreichend eingeschätzt. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung und der rasanten Entwicklung von Hilfsangeboten im Internet wurde der Gegenstandsbereich der Diskussion erweitert. Der QS-Ausschuss entwickelte eine Taxonomie

entlang zweier Achsen „Indikation und Inhalte“ und „Setting und Kommunikationsform“. Daraus ergaben sich zwei thematische Schwerpunkte der Arbeit: therapieanaloge Selbsthilfeprogramme und Informationswebsites. Eine vom QS-Ausschuss erarbeitete Stellungnahme zum Thema E-Mental-Health wurde in der Ausgabe 1/2011 des Deutschen Ärzteblattes PP veröffentlicht.

Der QS-Ausschuss erwartet eine neutrale und interessensunabhängige Bewertung der Leistungsfähigkeit, der Risiken und der Qualität von E-Mental-Health. Die Konzepte und die Mittel müssen definiert und das Verhältnis von Internet-Selbsthilfeangeboten und heilkundlicher Psychotherapie sollte hinreichend geklärt werden. Dabei legen die Ausschussmitglieder übereinstimmend Wert darauf, dass ein therapeutischer Einsatz von E-Mental-Health-Elementen nur im Rahmen eines persönlichen Therapeut-Patient-Kontakts

denkbar werde. Dies solle den Nutzern bei der Orientierung und individuellen Entscheidung helfen.

In dem zweiten Beitrag des Abends stellte **Felicita Weis** (QS-Ausschuss) die wesentlichen Punkte des Arbeitspapiers des QS-Ausschusses vor.

Ziel des Papiers ist es, Hilfesuchenden bei der Vielzahl der Informationen im Internet Orientierungspunkte zu bieten. Dabei wird die Selbsthilfe sowohl als Chance, den Weg zur Psychotherapie zu finden, als auch als Risiko, die eigene Situation zu bagatellisieren, gesehen.

Der Nutzen von Gesundheitsinformationen im Internet ist durch die wachsende Bedeutung und Inanspruchnahme geprägt. Darunter finden sich hochwertige Informationsangebote, die valide Informationen liefern und durch Gütesiegel z. B. HON oder AFGIS) identifizierbar sind. Der anonyme Zugang ermögliche eine erste Annäherung an ein Problem und könne auch Selbsthilfeimpulse und Ressourcen aktivieren. Die Risiken solcher Gesundheitsinformationen, die nicht zertifiziert sind, dürften nicht unberücksichtigt bleiben. Bislang fehlen offizielle Regelungen zu Gestaltung, Inhalt und Qualität der Angebote und die mit der Informationsvermittlung verbundenen Interessen der Anbieter sind meist nicht transparent. Häufig fehlen Hinweise zu Behandlungsalternativen oder Nebenwirkungen.

Selbsthilfeprogramme bieten ebenfalls ein niedrigschwelliges Angebot. Attraktiv sind die Möglichkeiten der zeitlichen und räumlichen Unabhängigkeit sowie der Umgehung emotionaler und sozialer Barrieren wie Angst und Scham. Die Programme helfen beim Einstieg in die Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen und Möglichkeiten, sie können daher zur Stärkung der Autonomie und Selbstwirksamkeit des Patienten beitragen. Dies könnte zur Inanspruchnahme weitergehender Behandlungsangebote motivieren. Problematisch erschien dem QS-Ausschuss jedoch auch hier, dass häufig keine Möglichkeiten und Grenzen der Programme, mögliche Nebenwirkungen oder Behandlungsal-

ternativen aufgezeigt werden. Zudem sei die Haftung intransparent und die Sicherheit der Daten nicht hinreichend gewährleistet. Dass die Einordnung der Störung meist nur durch Selbstdiagnose erfolge, widerspreche den Grundsätzen einer validen Diagnostik und erlaube keine zuverlässige Indikation. Das Setting habe zudem häufig ein defizitäres Krisenmanagement und begünstige sozialen Rückzug und Vermeidung.

Den dritten Beitrag eröffnete der Justiziar und Geschäftsführer der Hessischen Kammer, **Johann Rautschka-Rücker**, unter der titelgebenden Frage „Was ist Psychotherapie?“. Aus der juristischen Perspektive präziserte er den Begriff „psychotherapeutische Tätigkeit“. Die Legaldefinition der Heilkunde nach § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz besagt, dass die „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes [...] jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ ist. Demzufolge seien – so Rautschka-Rücker – therapieanalogue Programme im Internet der Heilkunde zuzuordnen, wenn sie im Rahmen der Tätigkeit eines Psychotherapeuten angewandt werden. Diese Zuordnung ermögliche die Überprüfung und gegebenenfalls Sanktionierung der Programme, da es auch „verbotene“ heilkundliche Tätigkeiten gebe. Die Legaldefinition der Psychotherapie nach § 1 Abs. 3 PsychThG besagt, dass die „Ausübung von Psychotherapie [...] jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ darstellt. Der Begriff „Tätigkeit“ stelle klar, dass Psychotherapie ein aktives Tun erfordert. Aktivität zeichne demnach Personen aus, aber nicht Programme. Sobald Programme im Rahmen „personaler“ Tätigkeit eingesetzt werden, werden sie zu einem Element im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit. Da die Legaldefinition keine Aussage zur Kommunikation trifft, ergebe sich aus der Art der Kommunikation kein Hinweis darauf, ob es sich um Psychotherapie handelt.

Deutlich wird, dass Tätigkeiten, die der Diagnose oder Behandlung von Störungen mit Krankheitswert dienen sollen – vorbehaltlich weiterer Merkmale – Psychotherapie und nicht Beratung sind.

Zur Beurteilung der Qualität der Behandlung finden sich Anhaltspunkte sowohl in der Legaldefinition (wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren) wie auch in den Vorgaben der Berufsordnung (Behandlung im persönlichen Kontakt). Unabhängig von der Beurteilung der Qualität werden therapieanalogue Programme als Behandlung bezeichnet. Auch eine Behandlung ohne zureichende diagnostische Abklärung oder bei fehlerhafter Indikationsstellung sei im juristischen Sinne Psychotherapie, wenn auch kunstfehlerhaft.

Die Diskussion

Die anschließende lebendige und kontrovers geführte Diskussion knüpfte zunächst an die juristischen Überlegungen und die Konsequenzen, die sich daraus für die Zukunft der Psychotherapie ergeben, an. Die Programme wurden zum Teil als Behandlungshilfen verstanden und nicht als eigenständige therapeutische Maßnahmen. Auch die unterschiedliche Beurteilung der Forschungsstudien sowie die veränderte Sicht auf die juristische Definition der Psychotherapie, insbesondere im Zuge der Debatte um eine Veränderung der Legaldefinition, wurden diskutiert.

Offen blieb die Frage, ob unter den Therapeuten auch eine Furcht vorherrsche, dass Psychotherapie zukünftig von Programmen betrieben werden könne und ob die erworbenen Kompetenzen derzeitiger Psychotherapeuten in naher Zukunft überflüssig werden könnten. Offen blieb außerdem, wer im Falle einer Anwendung von internetgestützten Therapieprogrammen die Haftung übernimmt.

Die Diskussion ging weit über den geplanten Zeitrahmen hinaus, was verdeutlichte, welche Brisanz die Erörterung der aufgeworfenen Fragen hatte.

Prof. Dr. Ulrich Müller,
Vorstandsmitglied

Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen

Ausgehend von der Veranstaltung „Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ vom 07. November 2015, bei der ein Bedarf an Fortbildungen zum Thema Versorgung von Flüchtlingen deutlich wurde, veranstaltete die Psychotherapeutenkammer Hessen am 16. April 2016 eine Fortbildung zum Thema „Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen“.

Eine wichtige Aufgabe der Psychotherapeutenkammern sei es, Vorurteilen und Ressentiments gegen Flüchtlinge entgegenzutreten und unzulässige Erschwernisse für psychisch Kranke als Verstoß gegen Menschenrechte zu benennen, so **Alfred Krieger**, Präsident der *Psychotherapeutenkammer Hessen*. Die Breite der notwendigen Hilfsangebote sei nicht allein mit (Richtlinien-)Psychotherapie zu decken. Die Versorgungsrealität müsse dringend der Versorgungsnotwendigkeit angepasst werden.

Enis Gülegen, Vorsitzender der *Arbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte Hessen* (agah), warf in seinem Grußwort einen Rückblick auf frühere Flüchtlingsströme und warnte vor der Wiederholung früherer Fehler. Die derzeitige Situation sei eine Herausforderung aufgrund einerseits fehlender Behandlungskapazitäten und andererseits häufigen traumatischen Erfahrungen der Geflüchteten. Die Situation sei nicht neu, brauche allerdings zur Lösung eine Ausweitung der vorhandenen Ressourcen. Die Psychosoziale Unterversorgung führe derzeit zu einer Erhöhung der Einnahme von Psychopharmaka.

„Was bedeutet eigentlich psychosoziale Versorgung und was Integration?“ fragte **Dr. Nargess Eskandari-Grünberg**, Stadträtin und Dezernentin für Integration in Frankfurt a. M., in ihrem Vortrag „Flucht als Herausforderung und Chance für Politik und Gesellschaft“. Schutzsuchende seien keine homogene Gruppe und können daher auch nicht als solche behandelt werden. Eine offene Gesellschaft, die jedem Menschen einen Platz biete, bleibe eine Errungenschaft und könne nicht als selbstverständlich angesehen werden. Die Flüchtlinge in Deutschland arbeiten später häufig unter ihrer Qualifikation, Vielfalt brauche jedoch eine Begegnung auf Augenhöhe. Die nötigen Strukturen zur Versorgung müssen ausgeweitet werden. Für eine bessere Verständigung können Dolmetscher helfen. Frau Dr. Eskandari-Grünberg verwies auf den vom *Amt für multikulturelle Angelegenheiten* der Stadt Frankfurt eingerichteten Dolmetscherpool mit über 600 Dolmetschern.

Die rechtliche Situation von Geflüchteten legte Rechtsanwalt **Jens Dieckmann** dar. Anhand seines ausführlichen Skripts erläuterte Dieckmann unter anderem eindrücklich den Ablauf eines Asylantrages sowie des Dublin-Verfahrens und wies auf Spezifika und mögliche Probleme der Antragsstellung hin. Die ständigen Veränderungen der rechtlichen Lage erschweren die Beratungssituation. Deutlich werde außerdem eine hohe Bedeutung der gesundheitlichen Situation des Antragsstellers, sowohl auf den Antrag selbst als auch auf dessen Bewilligung. Dokumentation sei



Enis Gülegen



Dr. Nargess Eskandari-Grünberg

daher im Kontakt mit Flüchtlingen sehr wichtig, auch als Grundlage für spätere Verfahren.

Am Beispiel des *Traumatherapiezentrum Gießen* stellte **Dr. Markus Stingl** die Psychotherapie mit Geflüchteten vor. Allein in Hessen habe es im Jahr 2015 über 79.000 Asylanträge gegeben. Dabei seien Flüchtlinge aufgrund der Fluchtursachen eine Hochrisikogruppe für psychische und physische Gesundheitsprobleme, wobei die Flucht selbst und die Situation im Zielland ebenfalls hohe Belastungen darstellen. Die heterogene Datenlage zu Prävalenzen verhindere eine gerechte



Jens Dieckmann



Dr. Markus Stingl



Dr. Barbara Wolff



Jutta Bierwirth

Bedarfsplanung und Verteilung von Versorgungsstrukturen. Die Pilotstudie zum *Screening-Verfahren bei Asylsuchenden – Validierung und Etablierung (SAVE)* soll zur validen Erfassung psychischer Störungen und Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen beitragen. Dabei werde der *Refugee Health Screener-15 (RHS-15)* verwendet, welcher eine Untersuchung mithilfe unterschiedlicher Sprachen ermögliche. Bei der Behandlung von Traumata lege man am UKGM Gießen großen Wert auf ein gutes Gleichgewicht von Stabilisierung und Konfrontation.

Von der Beratung und Therapie mit Geflüchteten berichtete auch **Dr. Barbara Wolff** vom *Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V. (FATRA)* in ihrem Vortrag. Anhand anschaulicher Fallbeispiele zeigte sie die Breite unterschiedlich belastender sowie traumatisierender Erfahrungen von Flüchtlingen auf. Die traumatischen Erfahrungen dauern häufig über Jahre und beginnen oft be-

reits im Kindes- oder Jugendalter. In der Beratung und Therapie brauche es einen geschützten Raum, in dem es dem Flüchtling ermöglicht wird, sich zu öffnen und Erinnerungen zuzulassen. Die beratende Person solle die Rolle eines „Ohrenzeugens“ einnehmen, der das Leid und widerfahrene Unrecht benennt und anerkennt. Zu beachten sei eine angemessene Verständigung (möglichst mit Sprachmittlung über professionelle Dolmetscher) und eine ausreichende Dokumentation (auch für evtl. aufenthaltsrechtliche Verfahren). Dr. Wolff fordert einen Zugang von Flüchtlingen zu den Gesundheitsleistungen der GKV sowie eine Kostenübernahme für Dolmetscher und Förderung psychosozialer Zentren.

Auf die Arbeit mit Dolmetschern ging **Jutta Bierwirth** in ihrem Vortrag „Therapie zu dritt“ ein. Die Bezeichnung als Sprach-, Kultur- und Integrationsmittler bringe die Aufgaben eines professionellen Dolmetschers zum Ausdruck. Dieser helfe nicht nur bei der Übersetzung, sondern bedürfe spezifischer Qualifikationen. Bei der Wahl eines Dolmetschers und der Vorbereitung der Arbeit zu dritt müssen wichtige Punkte Beachtung finden. Darunter fallen eine gute „Passung“ von DolmetscherIn und PatientIn (bzgl. Sprache, Herkunft, Geschlecht, Unbefangenheit u. a.), eine Wort-für-Wort Übersetzung in der Ich-Form und eine Einhaltung der Rollen (Therapeut – Vermittler). Die Finanzierung der Dolmetscherhonorare sei je



Veronika Müller

Kommune unterschiedlich geregelt und müsse im Einzelfall beim zuständigen Sozialamt angefragt werden.

Als traumafokussiertes Therapieverfahren stellte **Veronika Müller** vom *Kompetenzzentrum Psychotraumatologie* der Universität Konstanz die *Narrative Expositionstherapie (NET)* vor. Das Erzählen von Geschichten komme in jeder Kultur vor und sei somit in unterschiedlichen Regionen einsetzbar. Müller stellte eindrücklich dar, welche Gehirnareale bei der PTBS relevant seien und wie NET darauf einwirke. NET ermögliche „eine chronologische Einbettung und Verankerung der traumatischen Erlebnisse in die Biografie“. Dadurch komme es zu einer Verbindung zur Gegenwart und einer kognitiven Neubewertung der Vergangenheit. So könne ein Verständnis für die Auswirkungen des Erlebten auf das heutige Leben und Verhalten aufgebaut werden.

Judith Naujoks,
wiss. Referentin

Psychosoziale Notfallversorgung

Psychosoziale Notfallversorgung beinhaltet Maßnahmen zur kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Zusammenhang von Großschadensereignissen oder Notfällen. Ein Thema, das gerade nach den Anschlägen von Paris und Brüssel hochaktuell ist. Zur Teilnahme an der Akutversorgung sind auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe verpflichtet und sie müssen sich dafür fortbilden. Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen hatte bereits 2006 unter dem Titel „Fortbil-

dingsstandards der Psychotherapeutenkammer Hessen für die Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall“ ein Fortbildungscurriculum verabschiedet. Hintergrund bildet das Hessische Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (Hessisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz – HBKG). Im § 37 sind dort die besonderen Pflichten von Angehörigen der Gesundheitsberufe beschrieben. Er sieht vor, dass diese im Rahmen des Katastrophenschutzes verpflichtet sind,

sich fortzubilden. Die Kammern haben für die Fortbildung der genannten Personen zu sorgen.

Am Freitag, dem 26. und am Samstag, dem 27. Februar 2016 fand mit einem ausgebuchten Workshop die Fortsetzung des Curriculums Psychosoziale Notfallversorgung statt. Im September 2014 hatte der erste Teil des Curriculums stattgefunden. Das Gesamtcurriculum wurde damit zum zweiten Mal in Hessen vollständig durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer



werden auf der Liste zur Psychosozialen Notfallversorgung der Kammer geführt und dem Hessischen Innenmi-

nisterium sowie dem Gesundheitsamt Frankfurt zur internen Verwendung im Fall von Großschadensereignissen übermittelt.

Der Workshop beinhaltete die praktische Anwendung und Vertiefung von Diagnostik und psychotherapeutischen Interventionen bei Erwachsenen und Kindern nach Großschadensereignissen oder Katastrophen. **Dr. Thomas Götz** und **Peter Waterstraat** vom *Gesundheitsamt Frankfurt* stellten ein Krisenorganisationsmodell, das sog. „Frankfurter Modell“ vor. Im zeitlich größten Teil des Workshops vermittelte **PD Dr. Christoph Kröger**, *Universität Braunschweig*, den psychotherapeutischen Umgang mit erwachsenen Opfern und Kindern in akuten Notfallsituationen. Dr. Kröger ist Experte für Akuttraumatisierung und Psychologische Erste Hilfe

und war für die BPTK am Konsensusprozess beteiligt, der vom *Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe* (BBK) und Vertretern der Hilfsorganisationen, der Bundesländer und Interessensgruppen angestrengt wurde. In vielen praktischen Beispielen und Übungen stellte Dr. Kröger dar, wie in konkreten Situationen vorgegangen wird. Dabei wurden in Rollenspielen praktische Fertigkeiten vermittelt und konkreten Situationen, wie z. B. Autobahnunfall mit Massenkarambolage, Attentat in öffentlichen Gebäuden oder Vorfall auf einem Flughafen geübt. Insgesamt eine spannende Fortbildungsveranstaltung, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als sehr informativ und hilfreich gelobt wurde.

Dr. Heike Winter,
Vizepräsidentin

Tätigkeitsbeschreibungen für angestellte Kolleginnen und Kollegen

Der Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ der Kammer erhielt wiederholt Anfragen zur Ausformulierung von Tätigkeitsbeschreibungen für PP und KJP. Als Material für die KollegInnen in den Einrichtungen hat der Ausschuss eine nicht abgeschlossene Zusammenstellung von möglichen Tätigkeiten formuliert. Sie kann genutzt werden im Sinne einer Checkliste, wenn Tätig-

keitsbeschreibungen z. B. im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Einrichtung formuliert werden müssen. Es war dem Ausschuss ein wichtiges Ziel, deutlich zu machen, dass PsychotherapeutInnen in Institutionen die Kompetenz haben, mehr als nur Psychotherapie auf sehr hohem qualitativem Niveau durchzuführen. Der Katalog muss auf die jeweilige Stelle und Einrichtung ab-

gestimmt werden. Die Liste kann über die Mailadresse des Ausschusses angefordert werden. Sehr gerne nimmt der Ausschuss Ergänzungen und Anregungen für Veränderungen entgegen.

Ralph Wohlfarth, Ausschussvorsitz
Karl-Wilhelm Höffler, Vorstandsmitglied
pti@ptk-hessen.de

Aufruf zur Kammerwahl im Juni 2016

Die Wahlperiode der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen endet zum 02. September 2016. Die Wahlzeit wurde auf den Zeitraum vom 03. Juni bis zum 29. Juni 2016 festgelegt.

Der Vorstand ruft alle wahlberechtigten Mitglieder auf, sich zu informieren und von ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen. Die Vorstellung der zur Wahl stehenden Listen finden Sie auf unse-

rer Homepage (<http://lppkjp.de/listen/>). Eine hohe Wahlbeteiligung schafft eine gute Basis für die demokratische Legitimation der Delegierten und deren Beschlüsse.

Öffentliche Bekanntmachung der Psychotherapeutenkammer Hessen

Änderung der Berufsordnung

Am 19. März 2016 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Berufsordnung (zuletzt geändert am 21. März 2015) beschlossen:

1. Es werden ein neuer Absatz 5 und 6 in § 7 der Berufsordnung eingefügt:

(5) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandeln während der laufenden Therapie in der Regel weder Partnerinnen und Partner, Familienmitglieder noch Personen, die in engen privaten oder beruflichen Beziehungen zu ihrer Patientin oder ihrem Patienten stehen, zusätzlich mit einer eigenen psychotherapeutischen Behandlung. Wird im Anschluss eine solche Maßnahme geplant, hat die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut das Für und Wider besonders sorgsam abzuwägen.

(6) Abs. 5 findet bei Paar- und Familientherapien keine Anwendung.

2. Es wird ein neuer Absatz 3 § 29 der Berufsordnung eingefügt:

(3) Die Vertraulichkeit der Selbsterfahrung in einer Aus-, Fort- oder Weiterbildung ist besonders zu schützen. Zwischen einer Leiterin oder einem Leiter und einer Teilnehmerin oder einem Teilnehmer einer Selbsterfahrung dürfen keine verwandtschaftlichen Beziehungen und keine wirtschaftlichen oder dienstlichen Abhängigkeiten bestehen. Eine Durchbrechung der Vertraulichkeit ist nur in Fällen analog § 11 (2) oder (4) dieser Berufsordnung zulässig.

Absatz 4 erhält folgende neue Fassung:

(4) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen keine Prüfungen bei Aus-, Fort- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und Aus-, Fort-, Weiterbildungsteilnehmern abnehmen, die bei ihnen in Selbsterfahrung oder Lehrtherapie sind oder waren.

Die nachfolgenden Absätze werden fortlaufend nummeriert.

Wiesbaden, den 19. April 2016

gez. Alfred Krieger
Präsident

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V2-18b2420-0003/2008/003

Die von der Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten am 19. März 2016 beschlossene Änderung der Berufsordnung wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, den 28. April 2016

Im Auftrag

gez. Dr. Stephan Hölz

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 19. März 2016 beschlossene Änderung der Berufsordnung, vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration genehmigt am 28. April 2016, Geschäftszeichen V2 – 18b 2420-0003/2008/003, wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal öffentlich bekannt gemacht.

Wiesbaden, den 09. Mai 2016

gez. Alfred Krieger
Präsident

Newsletter-Anmeldung

Wenn Sie regelmäßig unseren Newsletter erhalten und damit immer auf dem aktuellen Stand der Kammerarbeit sein möchten, können Sie ihn abonnieren unter: [lppkjp.de/newsletter/](http://ppkjp.de/newsletter/)

Redaktion

Alfred Krieger, Dr. Heike Winter,
Yvonne Winter, Judith Naujoks

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Hannelore Balzer, Frankfurt
Hans Marburger, Schöneck

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168 -0
Fax: 0611/53168 -29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Beiträge zur Regionalisierung der PKN: Beitritte zum Bündnis gegen Depression in den Landkreisen Schaumburg und Emsland

Der Vorstand der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer beschäftigt sich aktuell mit Möglichkeiten der Regionalisierung. Seit einigen Jahren gibt es auf kommunaler Ebene zunehmend Vernetzungsaktivitäten, die dazu dienen sollen, die Versorgung im psychosozialen und medizinischen Bereich zu verbessern. Als Kammer in einem Flächenland daran partizipieren zu wollen, stellt uns vor eine große Herausforderung, die wir nur in Kooperation mit unseren Mitgliedern bewältigen können. Wir sehen darin einen wichtigen Schritt, um die Rolle der PP und KJP in den verschiedenen Versorgungsbereichen zu stärken. Eine naheliegende Möglichkeit besteht darin, dass sich Mitglieder vor Ort an solchen Netzwerken beteiligen. Dafür wirbt der Vorstand der PKN mit diesem Artikel am Beispiel der regionalen Bündnisse gegen Depression.

Die Gründung regionaler Bündnisse gegen Depression z. B. in Hannover und Hildesheim steht in enger Kooperation mit dem „Deutschen Bündnis gegen Depression“ e. V. in Leipzig. In Nürnberg wurde im Jahr 2001 als bundesweit einzigartiges Modellprojekt des Kompetenznetzes Depressionen/Suizidalität das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ gestartet. In einer begleitenden Evaluation hat man als Parameter die regionale Suizidrate gewählt, um am Ende des Projektes Aussagen darüber treffen zu können, ob eine groß angelegte Aufklärungskampagne Auswirkungen auf die Suizidrate hat. Die Auswertung der Ergebnisse nach zwei Jahren Laufzeit in Nürnberg waren überzeugend und ermutigend,

die Suizidrate hatte sich deutlich verringert.

Derzeit sind bundesweit 65 regionale Projekte aktiv. Einen Überblick finden Sie auf der Homepage des Vereins „bündnis-depressionen.de“. Die Idee der Kampagne ist, auf die Bandbreite der Volkskrankheit „Depression“ sowie entsprechende Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten so vielfältig wie möglich aufmerksam zu machen.

Im Landkreis Schaumburg wurde die Idee von Prof. D. Dietrich (ärztlicher Direktor der Burghof-Klinik, Rinteln) in den Verbund für Sozialpsychiatrie im LK Schaumburg eingebracht. Prof. Dietrich hatte in der Vergangenheit schon bei der Initiierung der Bündnisse gegen Depression in Hannover und Hildesheim mitgewirkt. Der Sozialpsychiatrische Verbund nahm die Initiative gerne auf und organisierte eine entsprechende Vernetzung. In einer Planungsphase wurden alle relevanten Vertreter im Sozial- und Gesundheitswesen (stationär und ambulant) eingeladen, um die offizielle Initiierung im Oktober 2016 vorzubereiten. Als niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Mitglied des Vorstands der PKN wurde Götz Schwöpe vor Ort angesprochen und zur Mitarbeit geworben.

Rund 12% aller Jungen und 20% aller Mädchen leiden bis zu ihrem 18. Geburtstag mindestens einmal unter Depression, das sind 4% bis 8% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland – mindestens ein Kind in jeder Schulklasse. Nach Schätzungen wird die Hälfte der Erkrankungen auch wegen der viel-

fältigen Komorbidität gar nicht erkannt. In keinem anderen Lebensabschnitt begehen so viele Menschen Suizidversuche wie vor dem 25. Lebensjahr. Nach Verkehrsunfällen sind Suizide die zweithöchste Todesursache unter den 15- bis 20-Jährigen. Jeden zweiten Tag stirbt ein Jugendlicher durch die eigene Hand.

Nach reiflicher Überlegung hat sich auch der Landkreis Emsland in Initiative des sozialpsychiatrischen Dienstes dazu entschlossen, dem „Bündnis gegen Depression“ beizutreten. Zwar existiert bereits ein „Bündnis gegen Depression“ für den Bereich Weser-Ems. Allerdings ist das Gebiet zu groß, um als regionales Netzwerk sinnvoll arbeiten zu können. In einem Round-Table-Gespräch in Meppen tauschten sich Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen über die Situation im Emsland aus. Für die PKN hat als PP vor Ort Vizepräsidentin Felicitas Michaelis teilgenommen. In Planung ist eine Fortbildung für Hausärzte zum Thema Suizid, die Ende des Jahres stattfinden soll.

Wir werben gern dafür, dass sich niedergelassene und angestellte Kolleginnen und Kollegen an solchen regionalen Projekten und Kampagnen beteiligen. Zudem würden wir uns freuen, wenn sich Kolleginnen und Kollegen dazu eingeladen fühlen, auch von ihren regionalen Aktivitäten zu berichten. Berichte und Anregungen nehmen wir in der PKN Geschäftsstelle unter der bekannten E-Mail-Adresse entgegen und werden sie ggf. veröffentlichen.

Götz Schwöpe, Felicitas Michaelis

Bericht zur Kammerversammlung vom 16. April 2016

Am 16. April 2016 fand die zweite Sitzung der Kammerversammlung der PKN seit ihrer Neukonstituierung im Mai 2015 in den eigenen Räumen ihrer Geschäftsstelle in der Leisewitzstraße 47 in Hannover statt. Zwei Gäste wurden mit Eröffnung der Kammerversammlung durch den Präsidenten, Herrn Roman Rudyk begrüßt: Herr Dr. Thomas Horn, der das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vertrat und Herr Prof. Dr. Winfried Kluth, Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Nachdem der Präsident Herr Rudyk die ordnungsgemäße Einladung sowie die Beschlussfähigkeit der Kammerversammlung festgestellt hatte, übergab er die Sitzungsleitung an die Vizepräsidentin, Frau Felicitas Michaelis. Frau Michaelis berichtete im Anschluss über die Tätigkeit des Vorstandes im Berichtszeitraum vom 08. November 2015 bis 15. April 2016. So befasste sich der Vorstand weiterhin mit der Reform der Aus- und Weiterbildung, tauschte sich mit Vertretern von Ausbildungsinstituten und der niedersächsischen Hochschulen über die Vorbereitung der Novelle des Psychotherapeutengesetzes aus und plant eine weitere kontinuierliche Zusammenarbeit bei der Ausgestaltung der Weiterbildung.

Herr Rudyk, der als Präsident der PKN an der Bund-Länder-AG Transition teilnimmt, berichtete über den aktuellen Stand der Diskussion. Er benennt die Stellen, an denen sich gegenwärtig die Diskussion am intensivsten gestaltet. Hierzu gehört bezüglich der Reform des Psychotherapeutengesetzes die Legaldefinition. An dieser Stelle ist zu klären, ob mit einer sehr offen und knapp gehaltenen Fassung die Entwicklungsmöglichkeiten für die Profession möglichst weit offengehalten werden soll oder ob durch die Bezugnahme auf wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren bereits an dieser Stelle einer möglichen Beliebigkeit Grenzen gesetzt werden sollen.

Zentrale Diskussionspunkte der Ausbildungsreform sind, ob es ein neu konzipiertes Psychotherapiestudium von Beginn an geben soll oder das Bachelorstudium weitgehend mit Inhalten des bisherigen Psychologiestudiums gefüllt wird. Diskutiert wird auch, wie viele und wie stark vordefinierte Praxisanteile das Studium enthalten soll und inwieweit Regelungen aufgenommen werden sollen, die es den praxisorientierten Hochschulen (früher Fachhochschulen) deutlich erschweren könnten, dieses Psychotherapiestudium eigenständig anzubieten (Stichwort u. a. Promotionsrecht).

In Bezug auf die zu konzipierende Weiterbildung ist die zentrale Frage, inwieweit die jetzigen Ausbildungsinstitute nach ihrer Umwandlung in Weiterbildungsinstitute eine durchgängige Verantwortung für die Weiterbildung auch innerhalb der stationären Weiterbildungsteile erhalten sollen (Stichwort: Ausbildung aus einer Hand).

Des Weiteren hat sich der Vorstand zu einer Reihe von Stellungnahmen und Verordnungen beraten und selbst Stellungnahmen erarbeitet, so z. B. zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)“ sowie zur „Änderung der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung“.

Im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen verwies der Vorstandsbericht auf Fortschritte in der Homepage-Überarbeitung und schilderte Veranstaltungspläne: Die Vorbereitung des Niedersächsischen Psychotherapeutentags am 16. September 2016 in Hannover zum Themenschwerpunkt „Internettherapie und psychotherapeutische Beziehung“ ist im Gange, die Konzeption der Veranstaltung zur Begrüßung der Neuapprobierten am 28. Mai 2016 steht.

Auch über Neuerungen in der Geschäftsstelle wurde berichtet: Zu Beginn des Jahres hat die PKN Frau Dr. Isabella Jordan als wissenschaftliche Referentin eingestellt. Auf Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle findet in der PKN-Geschäftsstelle seit Februar 2016 eine fortlaufende Fortbildung durch die Mitglieder des Vorstandes über psychotherapeutische Themen und Arbeitsbereiche statt.

Mit der Gehaltssituation approbierter Mitglieder im Angestelltenbereich befasste sich der Vorstand anlässlich der Diskussion über das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und hat dazu ein Gespräch mit Herrn Bernd Westphal,



Vorstand der PKN



Blick in die Kammerversammlung

MdB (SPD, stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Gesundheit) geführt. Ein Bericht zu diesem Gespräch findet sich im PTJ, Ausgabe 01/2016.

Unter Einbezug von Vorschlägen aus den Reihen der Kammerversammlungsglieder werden von der PKN in den kommenden Wochen zwei Listen erstellt. In der einen werden die KollegInnen geführt, die für die Psychosoziale Notfallversorgung bereitstehen. In der zweiten Liste werden KollegInnen aufgenommen, die an der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Flucht-, Kriegs- und Migrationserfahrung interessiert sind. Beide Listen werden intern geführt und bei entsprechender Zustimmung der KollegInnen nur gezielt an Kooperationspartner wie

den Rettungsleitstellen bzw. dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. (NTFN) weitergegeben.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt des Vorstands war seine Einschätzung zum Landespsychiatrieplan Niedersachsen. Herr Andreas Kretschmar, Mitglied des Vorstands, trug zum aktuellen Stand des Landespsychiatrieplans vor und berichtete von den Ergebnissen aus der intensiven Zusammenarbeit mit Frau Gertrud Corman-Bergau, neben Herrn Kretschmar PKN-Vertreterin im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung. Als positive Entwicklung wurde in Gegenüberstellung zum Landespsychiatrieplan vor 25 Jahren die bessere Sichtbarkeit der

Berufsgruppen der KJP und PP nachgezeichnet, auch wenn in diesem Punkt immer noch und an vielen Stellen großer Bedarf besteht. Abschließend erfolgte eine kurze Darstellung der Arbeit in der Beschwerdestelle der PKN, vortragen von Vorstandsmitglied Herrn Götz Schwoppe.

Das Wort wurde an Herrn Prof. Dr. Winfried Kluth, Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Vorsitzender des Instituts für Kammerrecht e. V. gerichtet. Vor diesem fachlichen Hintergrund trug Herr Prof. Dr. Kluth zum Thema „Aufgaben der Kammerversammlung“ vor und bereicherte die Sitzung um Grundideen zum Kammerrecht.



von links: Prof. Dr. Kluth, Dr. Horn

Auszug aus dem Vortrag von Herrn Prof. Dr. Kluth: Aufgaben der Kammerversammlung

Ausgehend von der Grundidee der Kammerselbstverwaltung und ihrer Umsetzung im deutschen Recht in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeichnete der Vortrag die Leitgedanken nach, die noch für das heutige Kammerwesen bedeutsam sind. Dies ist die Übertragung hoheitlicher Aufgaben auf den Berufsstand zur Selbstverwaltung, um sowohl den vorhandenen Sachverstand als auch die Verwaltungskraft des Berufsstandes als ehrenamtliche Erfüllung dieser Aufgabe zu nutzen.

Damit die Entscheidungen der Kammer als repräsentativ gegenüber allen Mitgliedern gelten können und somit demokratisch legitimiert sind, ist die Pflichtmitgliedschaft der Mitglieder grundlegend. Auf der anderen Seite wird die Kammer als sachverständige Beratung staatlicher Stellen in die Pflicht genommen und trägt damit zur Wissensgenerierung und zu sachgerechten Entscheidungen bei.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Kammer ist die Interessenvertretung aller Mitglieder und deren Förderung. Sie steht als Körperschaft öffent-

lichen Rechtes unter viel strengeren Anforderungen als z. B. private Verbände.

Die Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung innerhalb der Kammer folgt aus dem Demokratieprinzip, und begründet sich aus der Wahl des Vorstandes durch die Kammerversammlung sowie der Wahl der Kammerversammlung durch die Berufsträger in ihrer Funktion als Mitglieder der Kammer. Entscheidungen über Grundsatzfragen und die Bildung der anderen Organe sind der Kammerversammlung als Repräsentationsorgan aller Mitglieder vorbehalten, die laufenden Geschäfte sind dem Kammervorstand und dem Präsidenten oder der Präsidentin in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle zugewiesen.

Im Vergleich zu Verbänden sind Kammern durch folgende legitimierende Funktionen gekennzeichnet: sie sind gesetzlich errichtet als Körperschaften öffentlichen Rechtes, und unterliegen einer gesetzlich geregelten Pflichtmitgliedschaft durch die Mitglieder, die – organisationssoziologisch gesprochen – durch „choice“ Einfluss nehmen können.

Kammern haben hoheitliche Befugnisse, auch in ihrer Zuständigkeit in Bereichen der Berufsaufsicht und Berufsgerichtbarkeit und sind an Gesetze sowie Grundrechte gebunden. Neben der neutralen, durch Distanz zu politischen Parteien geprägten Arbeit gilt in Bezug auf die Interessenvertretung Sachlichkeit und Ausgewogenheit. Gegenüber ihren Mitgliedern erfüllen sie Dienstleistungen und sind anders als Verbände nicht tariffähig.

Herr Prof. Dr. Kluth betonte am Ende seines Vortrags die Arbeit des Ehrenamts als zentrales Element der Selbstverwaltung. So werden alle

Leitungsfunktionen ehrenamtlich neben der eigentlichen Berufstätigkeit und ohne Vergütung nur mit einer Aufwandsentschädigung ausgeübt.

Der Vorstand ist dabei laut Niedersächsischem Kammergesetz für die Heilberufe (HKG), §27 gegenüber den Ausschüssen der Kammerversammlung, die beratende, nicht beschließende Funktion haben, zur Auskunft verpflichtet. Zum Schluss verwies Herr Prof. Dr. Kluth auf die Relevanz des gesellschaftlichen Vertrauens in die Kammern als Organe der beruflichen Selbstverwaltung, deren Arbeit nur auf der Grundlage dieses Vertrauens funktionieren kann.

In der Aussprache zum Bericht wurde übereinstimmend Dank an den Vorstand für seine umfangreiche und arbeitsintensive Tätigkeit ausgesprochen. Die Ausschüsse und Kommissionen berichteten über ihre Arbeitssitzungen der vergangenen Periode und schilderten Planungen für die zukünftige Arbeit. Der **Ausschuss für Finanz- und Beitragsangelegenheiten** berichtete aus seiner Tätigkeit und bescheinigte dem Vorstand die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Haushaltsführung. Auch aufgrund der Wirtschaftsprüfung wird der Vorstand für das Geschäftsjahr 2015 – einstimmig – entlastet. Einem vom Ausschuss eingebrachten Vorschlag zur Erhöhung der Aufwandsentschädigungen der Vorstandsmitglieder stimmte die Kammerversammlung zu. Der **Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik** gab einen Ausblick auf seine Tätigkeit, so wurde der Niedersächsische Psychotherapeutentag vorbereitet und sich mit dem Thema niedrigschwellige Beratung befasst. Der **Ausschuss für psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung** diskutierte anlässlich seiner Arbeit zur Weiterbildungsordnung die Pro- und Contra-Argumente einer Anpassung der Weiterbildungsordnung der PKN an die Musterweiterbildungsordnung.

Die Aufnahme weiterer wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren wurde angesichts der anstehenden Ausbildungsreform vertagt. Im **Ausschuss für Nachwuchsförderung** wurde an eine dort begonnene lebhaft Diskussion über Praxiswertberechnung angeschlossen und die unterschiedlichen Positionen argumentiert. Auch dieser Punkt konnte angesichts absehbarer Änderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nicht abschließend diskutiert werden. Der **Ausschuss für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement** richtete seine Arbeit u. a. auf die fachliche Überarbeitung der Qualitätsmanagement-Handbücher, eine rechtliche Prüfung folgt noch. Die **Kommission KJP** plant eine Fachtagung zum Thema Trennung und Scheidung in 2017 und diskutierte Fragen zur Schulbegleitung. Diese Themen werden auch bei einem gemeinsamen Austauschtreffen der PKN mit der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter der Länder Niedersachsen und Bremen im August behandelt.

In Vorbereitung auf den eine Woche später stattfindenden Deutschen Psychotherapeutentag in Berlin diskutiert die Kammerversammlung u. a. die Fra-

ge einer möglichen Begrenzung der Delegiertenzahl für den DPT sowie die in diesem Zusammenhang aufgekommene Debatte um den Einbezug der PiAs zum einen bei der Berechnung der Delegiertensitze und zum anderen bei der Berechnung der Zahlungen an die BPTK. Hierbei wird deutlich, dass viele Fragen noch offen sind.

Für den diskussionsreichen und konstruktiven Austausch während der Kammerversammlung dankte die Sitzungsleitung, Frau Michaelis und der Präsident Herr Rudyk und schlossen die Sitzung um 18.00 Uhr. Die nächste Sitzung der Kammerversammlung findet am 05. November 2016 statt.

Roman Rudyk, Dr. Isabella Jordan

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
E-Mail-Anschrift: info@pknds.de
www.pknds.de

Kammerversammlung am 15. April 2016 in Dortmund

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung, Aktivitäten der Kammer zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen, die Mitwirkung am Landespsychiatrieplan NRW sowie Änderungen der Weiterbildungsordnung in den Bereichen Gesprächspsychotherapie und Klinische Neuropsychologie waren einige der Themen, die in der 5. Sitzung der 4. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 15. April 2016 in Dortmund im Fokus standen.

Psychotherapeutenausbildung: Intensive Mitarbeit der Kammer

In seinem mündlichen Bericht informierte Kammerpräsident Gerd Höhner die Kammerversammlungsmitglieder, dass die PTK NRW aktiv in den Prozess zur Reform der Psychotherapeutenausbildung eingebunden ist. Mehrere Vorstandsmitglieder sind in den verschiedenen Arbeitsgruppen des Projekts Transition bei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vertreten; er selbst wurde zum Sprecher der Transitions-AG benannt. „Auch die Beratungsergebnisse unseres Ausschusses ‚Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft des Berufes‘ konnten beständig in den Beratungsprozess auf Bundesebene eingebracht werden“, so Gerd Höhner. Insgesamt befinde sich die Kammer zu den Reformbestrebungen in einem intensiven Austausch.

Hinsichtlich der Entwürfe für ein Psychotherapiestudium, welches nach sechs Semestern Grund- und vier Semestern Masterstudium mit der Approbation abschließen soll, gab der Kammerpräsident zu bedenken: „Bei der inhaltlichen Ausgestaltung reichen die Fachverbände diverse nachvollziehbare Partikularinteressen ein – mit Blick auf fünf Studienjahre plus Praxiserfahrung wird man sie jedoch bündeln müssen.“ Unter den



Gerd Höhner

noch zu klärenden Punkten hob er unter anderem die Überlegung hervor, wie rechtlich verbindlich die Weiterbildung verankert werden soll. Die vielfach geäußerte Sorge, dass Approbierte nach dem Studium diesen Weg gar nicht verfolgen könnten, teile er nicht, da kaum Arbeitsfelder zu erkennen seien.

Allerdings bliebe die Grundsatzdiskussion um die Definition von psychotherapeutischer Tätigkeit bestehen, betonte Gerd Höhner. „In den Ausschüssen zeichnet sich die Richtung ab, sich möglichst wenig festzulegen – je offener das Gesetz formuliert ist, umso größer bleibt der Gestaltungsraum.“ Ebenso zu klären sei die Besetzung und die Rolle des wissenschaftlichen Beirates. „Wir schätzen den ärztlich-therapeutischen Fachbeistand und wollen kooperieren. Wir wollen jedoch keine Einbahnstraße. Die Entscheidungen müssen für Ärzte und Psychotherapeuten gleichermaßen gelten.“

Psychotherapeutengesetz: Positive Grundlage, offene Fragen

Mit Blick auf die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes begrüßt der Vorstand der PTK NRW den Entwurf

eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), den das nordrhein-westfälische Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) vorgelegt hat.

Landespsychiatrieplan: Vernetzung und regionale Steuerung

Hinsichtlich der Entwicklung des Landespsychiatrieplans NRW erläuterte der Kammerpräsident die Notwendigkeit, die in den Regionen vielfältig aktiven Akteure und Gremien verbindlich zusammenzuführen „Nicht zuletzt bei der Frage, wie wir psychisch belasteten oder kranken Flüchtlingen helfen können, haben wir gesehen: Es gibt zahlreiche gute Ansätze und Beiträge – aber oft arbeiten die Beteiligten nebeneinander her.“ Abgesehen von einer stärkeren Vernetzung und der regionalen Steuerung sei eine verbesserte Zusammenarbeit von klinischem und ambulantem Sektor ein Ziel.

„Ebenso bekommt die Beschäftigung mit den Problemen älterer psychisch kranker Menschen eine andere Qualität“, so Gerd Höhner weiter. „Wir werden uns zunehmend damit befassen müssen, wie wir psychotherapeutische Behandlungsangebote für Ältere besser in die allgemeine Versorgung einbringen können. Erfreulicherweise steht die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin diesem Thema sehr aufgeschlossen gegenüber. Daher finden sich auch entsprechende Fragestellungen bei der Entwicklung des Landespsychiatrieplans NRW auf der Agenda.“

Flüchtlingsversorgung: Vielfältige Aktivitäten, aktuelle Umfrage

Der Kammerpräsident kam auch auf die vielfältigen Aktivitäten der PTK NRW zur psychotherapeutischen Versorgung

von Flüchtlingen zu sprechen. Er erläuterte, dass die Kammer gezielt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Verbindung stehe, um die bislang zögerliche Erteilung von Sonderermächtigungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten voranzubringen. In Zusammenarbeit mit dem Psychosozialen Zentrum (PSZ) Düsseldorf werden derzeit weitere Inhalte für die Homepage der Kammer erarbeitet. Sie sollen die dort bereits verfügbaren „Hilfen für die Helfer“ erweitern. Ebenso ist die Kammer mit der Konzeption von Fortbildungen zur Psychotherapie im interkulturellen Setting befasst. Auch hier besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem PSZ Düsseldorf. Im März hatte die PTK NRW darüber hinaus an alle Kammermitglieder eine Umfrage verschickt. Die Erhebung zielt darauf, ein Bild über die Aktivitäten in den Regionen zu gewinnen und die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure vor Ort zu fördern. Aktuell werden die bereits eingegangenen Rückmeldungen ausgewertet.

Aussprache: Viel Engagement, offene Debattenkultur

In der Aussprache trugen einige Kammerversammlungsmitglieder Schwierigkeiten bei der Beantragung von Ermächtigungen vor. Der Vorstand wurde aufgefordert, hierzu die Kassenärztlichen Vereinigungen gezielt anzusprechen. Zur Sprache kam, dass die Kammer dem gesellschaftlichen Auftrag verpflichtet sei, darauf hinzuwirken, dass die Flüchtlinge in angemessenen Grundverhältnissen leben können und sozialpsychologische Voraussetzungen erfüllt werden. Hinsichtlich der Entwicklung des Landespsychiatrieplans NRW wurde darauf hingewiesen, dass ein solcher Plan auch den Netzwerkgedanken festschreiben solle, beispielsweise die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe – nicht zuletzt als Basis für die Vergütung dieser Leistungen. Einige Mitglieder der Kammerversammlung äußerten den Wunsch, die Kammer möge sich intensiver für angestellte Psychotherapeuten einsetzen. Vorstandsmitglied Wolfgang Schreck betonte, dass die PTK NRW hier Lobbyarbeit leisten könne, Themen wie Tarifverhandlungen jedoch nicht zu

ihren satzungsgemäßen Aufgaben gehören. Insgesamt begrüßt wurde, dass der Vorstand einen Termin für einen Tag der Angestellten in Krankenhaus und Reha vorbereitet.

Haushalt: Große Akzeptanz der neuen Beitragsordnung

Einen Überblick über den Stand der Beitragserhebung zum Beitragsjahr 2015 und zum laufenden Beitragsjahr erhielten die Kammerversammlungsmitglieder von Andreas Pichler. „Wir sehen, dass der Mittelwert des Beitrags 2016 nach der Änderung der Beitragsordnung im letzten Herbst wieder auf der Höhe der Vorjahre ist“, informierte der Vizepräsident der Kammer. „Der durchschnittliche Kammerbeitrag hat sich somit nicht erhöht und die Deckungslücke im Haushalt von 2015 konnte aufgefangen werden. Die Auswertung der Rückmeldungen der Kammerangehörigen spricht zudem für eine außerordentlich große Akzeptanz der einkommensabhängigen Beitragsordnung.“ Aktuell ist die Geschäftsstelle der Kammer damit befasst, die 2016 eingegangenen Selbsteinschätzungsbögen zur Bemessung der Beitragshöhe stichprobenartig zu prüfen. „Die Ergebnisse der Stichproben aus diesem und aus dem letzten Jahr ermöglichen uns, Rückschlüsse über die Beschäftigungsfelder und die Beschäftigungsumfänge unserer Mitglieder zu ziehen. Aktuell streben wir an, im Herbst belastbare Daten vorzulegen.“



Andreas Pichler

Weiterbildungsordnung: Beratung und Beschlussfassung

Den Kammerversammlungsmitgliedern lagen in ihrer 5. Sitzung zwei Anträge des Vorstandes auf Änderung der Weiterbildungsordnung vor. Ein Antrag bezog sich auf



Anni Michelmann

den Bereich Gesprächspsychotherapie. „Mit unserem ersten, inhaltlich begründeten Vorschlag zu den zeitlichen Umfängen für Behandlungs- und Selbsterfahrungsstunden lagen wir über den in der Musterweiterbildungsordnung vorgesehenen Umfängen“, informierte Anni Michelmann, Fraktion DGVT, Vorsitzende des Ausschusses „Fort- und Weiterbildung“. „Das Landesgesundheitsministerium sah darin rechtliche Probleme und merkte an, es halte eine Orientierung an der Musterweiterbildungsordnung für sinnvoll. Um die Genehmigungsfähigkeit der Änderung der Weiterbildungsordnung sicherzustellen, ist daher eine entsprechende Reduzierung der Stundenumfänge zu erwägen.“ Nach intensiver Beratung verabschiedete die Kammerversammlung einen Antrag des Vorstandes, der 240 Stunden Behandlung unter Supervision von mindestens 60 Stunden und mindestens 65 Stunden Selbsterfahrung vorsieht.

Der zweite Antrag des Vorstandes galt der Weiterbildungsordnung für Klinische Neuropsychologie. „In der Vergangenheit ist deutlich geworden, dass die hohen strukturellen Anforderungen an die Weiterbildungsstätten durch die Weiterbildungsordnung zu Problemen bei der Umsetzung der Weiterbildung führen“, bilanzierte Vorstandsmitglied Barbara Lubisch. „Wir haben daher im Ausschuss die Angleichung an die Musterweiterbildungsordnung erarbeitet. Gestrichen wurde zum Beispiel, dass die Weiterzubildenden zwei Jahre klinische Tätigkeit

auf Weiterbildungsstellen für Klinische Neuropsychologie benötigen. Denn es ist schlicht illusorisch, dort feste Arbeitsplätze zu bekommen. Die Weiterbildung kann dann gar nicht funktionieren.“ Auch hierzu mündete die Beratung der Kammerversammlungsmitglieder in dem Beschluss, den Antrag anzunehmen.

Psychotherapie-Richtlinie: Klare Positionierung der Kammer



Monika Konitzer

Umfassend beraten wurde auch zu dem Antrag der Fraktion Kooperative starke Kammer, die vom Ausschuss „Psychotherapie in der ambulanten Versorgung“ vorgelegten

Überlegungen zur Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie zu beschließen. Im Juni soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hierzu entscheiden. „Der Ausschuss hält es für sehr wichtig, dass im Vorfeld die Vertretung des Berufsstandes sich mit eigenen Positionen zu Wort meldet“, hob Ausschussvorsitzende Monika Konitzer, Fraktion Kooperative starke Kammer, hervor. „Beraten wurde insbesondere zu den Themen Sprechstunde, frühzeitige diagnostische Abklärung und Förderung von Gruppentherapie.“ Die Kammerversammlung beschloss, die erarbeiteten Positivformulierungen unter der Überschrift „Positionierung zur Einführung der Sprechstunde in die Psychotherapie-Richtlinie“ in die BPTK einzuspeisen.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt war die Frage, ob Kammerversammlungen in Zukunft zweitägig abgehalten werden sollten. Als Diskussionshilfe hatte der Vorstand einen Überblick zu Mehrkosten und Zeitgewinn zusammengetragen. Die Diskussion von Aufwand und Nutzen endete mit dem Beschluss, die bisherige Länge der Versammlungen beizubehalten und gegebenenfalls

zu speziellen Themen einen „Großen Ratschlag“ einzuberufen, an dem alle interessierten Kammermitglieder teilnehmen können.

Berichte aus den Ausschüssen und Kommissionen

Zum Ende der Sitzung gab Vorstandsmitglied Bernhard Moors einen Zwischenbericht aus der Kommission „Standards der psychotherapeutischen Dokumentation.“ Die Kommission ist damit befasst, Mindestanforderungen für die Dokumentation zu erarbeiten. Generell sei es das Ziel, eine verfahrensübergreifende Dokumentation zu erstellen, sagte Bernhard Moors. Zu den Vorschlägen der Kommission gehört unter anderem, dass die einzelnen Elemente an verschiedenen Stellen dokumentiert sein könnten: in einem Abrechnungsprogramm, einer Patientenkartei oder -akte, einem Psychotherapieantrag oder einem Bericht an Überweiser.

Dr. Jürgen Tripp von der Fraktion Kooperative Liste informierte die Kammerversammlungsmitglieder über den aktuellen Arbeitsstand im Ausschuss „Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft des Berufes“. Hinsichtlich der Organisation der Weiterbildung betonte der Ausschussvorsitzende, dass sie aus einer Hand erfolgen müsse. Ebenso gelte es, einen stärkeren

Austausch und verbindlichere Absprachen mit den Kliniken zu implementieren. Zu den zentralen Diskussionspunkten gehöre auch, wie ein Gebiet in der Weiterbildung definiert werde. Zudem müsse man darauf achten, die Schwächen der medizinischen Ausbildung zu vermeiden – etwa die Abhängigkeit von einem Ausbildungsermächtigten, der gleichzeitig Arbeitsgeber ist. In der Aussprache bekräftigte das Plenum die Notwendigkeit der „Steuerung aus ei-



Dr. Jürgen Tripp



Bernhard Moors

ner Hand“. Explizit gefordert wurde ein ausführlicher Block in ambulanter Tätigkeit. Kammerpräsident Gerd Höhner merkte an, dass hier neue Aufgaben auf die Kammer zukommen: „Wir werden uns mit der Fachaufsicht über die Qualität der Ausbildung befassen müssen und überlegen, wie wir sie partizipativ regeln können.“

Für die nächste Kammerversammlung treffen sich die Mitglieder am 5. November in Düsseldorf.



Kammerversammlung in Dortmund

Erste Regionalversammlung in Bielefeld

Um mit ihren Mitgliedern ins Gespräch zu kommen und über aktuelle landes- und bundespolitische Aktivitäten zu informieren, plant die PTK NRW Regionalversammlungen in allen Regierungsbezirken des Landes anzubieten. Der Beschluss für diese regionalen Informations- und Diskussionsveranstaltungen zu aktuellen Themen für die Kammerangehörigen war auf der 4. Kammerversammlung im Oktober letzten Jahres gefasst worden. Den Auftakt bildete die 1. Regionalversammlung am 10. März 2016 in Bielefeld. Insgesamt waren 120 Kammermitglieder aus dem Regierungsbezirk Detmold der Einladung gefolgt.

Positionen und Ziele zur Ausbildungsreform

Eingangs kam Kammerpräsident Gerd Höhner auf die Herausforderungen bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung und die Anliegen der PTK NRW in diesem Prozess zu sprechen. „Wir möchten zum Beispiel die historische Bandbreite der Verfahren wieder stärken und Regelungen für Verfahren wie systemische Therapien oder familientherapeutische Angebote finden“, erklärte er. „Ebenso ist es uns ein Anliegen, eine praxisbezogene Ausbildung zu gestalten und Strukturen zu schaffen, die unserer Profession auch im komplementären Bereich wie der Jugendhilfe oder in Rehabilitationseinrichtungen attraktive Arbeitsfelder erschließen.“ Vor-

standsmitglied Wolfgang Schreck fügte hinzu: „Auch die Weiterbildung gilt es zu entwickeln. Die rechtliche Zuständigkeit hierfür liegt bei den Ländern. Das ist eine gute Chance, die wir als Kammer sehr aktiv nutzen werden.“

Austausch über Bedarfsplanung und Beitragsordnung

Neben den Aktivitäten der Kammer zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen und den Erfahrungen der Mitglieder im Regierungsbezirk Detmold tauschte man sich auch zum Thema Bedarfsplanung aus. Mit Blick auf die teilweise unzureichende psychotherapeutische Versorgung in den Regionen Nordrhein-Westfalens wurde hierbei unter anderem hervorgehoben, dass den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen stärker nachzukommen sei.

Ein weiteres Thema war die seit 2015 geltende einkommensorientierte Beitragsordnung der PTK NRW. „Es zeigte sich schnell, dass es bei dieser Regelung zu Mindereinnahmen von etwa 20 Prozent kommt“, informierte Gerd Höhner. „Nach intensivem Abwägen möglicher Lösungen hatte die Kammerversammlung daher im Oktober letzten Jahres die Kombination eines einkommensabhängigen Beitrags mit einem Sockelbeitrag von 70 Euro für jedes Mitglied beschlossen. „Wir hatten zwar gründlich vorgearbeitet, mussten



Wolfgang Schreck

aber feststellen, dass unsere Mitglieder weniger verdienen, als vorherige Stichproben vermuten ließen“, beleuchtete Wolfgang Schreck den Hintergrund. „Eine Beitragsunehrlichkeit unserer Mitglieder haben wir im Zuge umfangreicher Stichproben nicht ausmachen können.“

Konstruktiver Austausch und neue Kontakte

Das Resümee fällt nach der Regionalversammlung durchweg positiv aus. „Wir sind von den Mitgliedern vor Ort sehr herzlich empfangen worden und es sind viele neue Kontakte entstanden“, bilanziert Gerd Höhner. Auch bei Aspekten wie Beitragsfragen sei die Debatte offen und konstruktiv verlaufen. „Insgesamt haben wir eine lebendige Diskussion zu aktuellen Themen unseres Berufsstandes erlebt und die Veranstaltung als einen guten Beitrag für das Kammerleben empfunden. Wir freuen uns auf die nächste Veranstaltung.“ Die zweite Regionalversammlung wird Ende Juni im Regierungsbezirk Arnsberg stattfinden.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/52 28 47-0
Fax 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de



Regionalversammlung in Bielefeld

Psychotherapie bei Menschen mit Psychosen: OPK startet Fortbildungsreihe ab November 2016

„Wenn Du lange in den Abgrund blickst, blickt der Abgrund auch in Dich hinein.“ Dieser Satz könnte durchaus auch als eine Beschreibung der Entgrenzung gelesen werden, die kennzeichnend ist für psychotisches Erleben. Die Grenzen zwischen Innen und Außen verschwimmen. Die üblichen, lang gelernten Zusammenhänge gelten nicht mehr. Innere Stimmen werden als von außen kommend wahrgenommen. Äußere Eindrücke bestimmen die Selbstwahrnehmung. „Eine Psychose ist für mich Versinken in chaotischen und intensiven Farben und Bewegungen: Psychose ist Treiben auf stürmischer See ohne Kompass und mit unverständlichen Lauten aus dem Funkgerät.“ (Beschreibung einer Betroffenen) Solcherart wahnhaftes Erleben ist das kennzeichnende Element einer Psychose. Vor allem schizophrene und manische Störungen werden mit dem Wahn in Verbindung gebracht. Und ganz im Sinne der Auflösung der für die meisten Menschen üblichen Erlebnis- und Erkenntniswelten beschrieb auch einer der Pioniere der klinischen Beschreibung der schizophrenen Störungen, Eugen Bleuler, Anfang des 20. Jahrhunderts die „Lockerung der Assoziationen“ als den wesentlichen Kern der Erkrankung (Bleuler, 1911). Auch Friedrich Nietzsche, der den eingangs zitierten Satz in seinem Werk „Jenseits von Gut und Böse“ niederschrieb, litt an einer paranoiden Schizophrenie.

Bei einer Psychose handelt es sich nicht um eine abgegrenzte Krankheit, sie lässt sich vielmehr als Phänomen beschreiben. Im Bereich der psychischen Störungen leiden vor allem Patienten mit schizophrenen und bipolaren Störungen unter psychotischen Wahn-

zuständen. Innerhalb eines Jahres erkranken in Deutschland etwa 2,6% der Bevölkerung an einer psychotischen Störung nach DSM-IV (Wittchen & Jacobi, 2005).

Äußerst schwerwiegende Erkrankungen mit den meisten Lebensjahren in Behinderung

Bei den schizophrenen Störungen weichen Denken, Wahrnehmen und Fühlen in besonders schwerer und auffälliger Form vom Erleben der meisten Menschen ab, bis hin zum völligen Realitätsverlust. Die Lebenszeitprävalenz der schizophrenen Erkrankungen wird mit 1% angegeben. Derzeit leiden in Deutschland etwa 800.000 Menschen an einer schizophrenen Störung, jedes Jahr kommen etwa 15.600 neu erkrankte Menschen hinzu (Welham et al., 2006). Es handelt sich um äußerst schwerwiegende psychische Erkrankungen. Das wird auch daran deutlich, dass schizophrene Erkrankungen zu denjenigen fünf Erkrankungen gehören, bei denen die meisten Jahre in Behinderung verbracht werden (Murray & Lopez, 1997), und an der Zahl der Kontakte der Betroffenen zum Versorgungssystem. Über 72% von ihnen haben innerhalb eines Jahres Kontakt zum Versorgungssystem und erhalten „irgendeine“ Intervention. Im Vergleich dazu trifft dies bei depressiven Erkrankungen nur auf 20% der Betroffenen zu. Bei genauerer Betrachtung erweisen sich diese Zahlen aber nicht als Indikator für eine angemessene Versorgung. Denn es sind dann wiederum nur 10% der Betroffenen, die „mehr als drei Kontakte/Interventionen“ im Jahr erhalten (Wittchen & Jacobi, 2005).

Behandlung von Psychosen in Deutschland hauptsächlich stationär

Die Behandlung von Patienten mit Psychosen findet in Deutschland aktuell vor allem stationär statt. Patienten mit schizophrenen Störungen machen 18% der Patienten in psychiatrischen Stationen aus. Sie sind damit die größte Gruppe und bleiben mit durchschnittlich 32 Tagen auch besonders lange in stationärer Behandlung. Bei ihrer Behandlung wird dabei in der Mehrzahl alleine auf Psychopharmaka zurückgegriffen. So findet das „PSYCHIATRIE Barometer 2013“ in einer repräsentativen Befragung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, dass Schizophreniepatienten standardmäßig in 96% der Krankenhäuser medikamentös behandelt werden. Eine Kombination mit Verhaltenstherapie im Einzelsetting wird hingegen nur in 38% der Krankenhäuser, im Gruppensetting in 47% der Krankenhäuser regelmäßig durchgeführt. Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten die Patienten zusätzlich nur in 12% der Krankenhäuser.

Dagegen machen diese Patienten im ambulanten mit unter 1% nur einen Bruchteil der Behandlungsfälle von niedergelassenen Psychotherapeuten aus. Gemessen an der Zahl der existierenden Fälle und der Notwendigkeit einer langfristigen und vor allem auch kontinuierlichen Behandlung ist das zu wenig. Denn Psychotherapie – ambulante wie stationäre – sollte ebenso zu einem umfassenden Behandlungskonzept von psychotischen Störungen gehören. Eine leitliniengerechte Behandlung psychotischer Störungen sieht eine Kombination



Die Psychose: Hauptsächlich schizophrene und manische Störungen werden mit dem Wahn in Verbindung gebracht. „Jenseits von Gut und Böse“ schrieb Friedrich Nietzsche.

von Psychopharmaka und Psychotherapie vor. So empfiehlt die aktuelle Leitlinie Schizophrenie des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE), die Einführung von kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) und Familieninterventionen für alle Schizophreniepatienten in die Routineversorgung. Auch in Deutschland wird derzeit die S3 Leitlinie Schizophrenie überarbeitet und Kognitive Verhaltenstherapie soll dann nunmehr auch uneingeschränkt für die Behandlung aller Betroffenen mit psychotischen Erkrankungen empfohlen werden. Verschiedene Studien belegen die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen (z. B. Wykes, Steel, Everitt & Tarrier, 2008; Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2006).

Wenn die Patienten aus der stationären Behandlung entlassen werden, findet in den allermeisten Fällen im Anschluss keine ambulante Psychotherapie statt. Die derzeitige Versorgungssituation von an Psychosen erkrankten Menschen in Deutschland ist stark verbesserungswürdig. Dabei fehlt es nicht an modernen Behandlungsmethoden. Ein symptomfreies Leben ist für viele Betroffene möglich, lediglich die Umsetzung in der Praxis ist bisher noch nicht gelungen. Die schwer kranken Patienten werden

oft in der ambulanten Versorgung nicht erreicht.

Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung bildet regelrechten Bruch

Die Gründe für diese Situation sind natürlich vielfältig. Als ein wichtiger Grund konnte bisher die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie gelten. Denn diese empfahl Psychotherapie sehr eingeschränkt nur bei „psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ und schloss damit eine psychotherapeutische Behandlung in vielen Fällen aus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passte diese deshalb dem aktuellen Forschungsstand an. Seit dem 16.10.2014 ist Psychotherapie bei einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen sowie bei einer bipolaren affektiven Störung uneingeschränkt indiziert. Einer guten Versorgung stehen noch weitere Hindernisse entgegen. Denn insgesamt scheint die gesamte Struktur des Versorgungssystems nicht zu den Bedürfnissen der Psychose-Patienten zu passen.

Das stark sektorierte System kann zu einem schier unüberwindlichen Hin-

dernis für viele von ihnen werden. Der Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung bildet einen regelrechten Bruch. Eine angemessene und lückenlose Nachsorge ist schwierig zu organisieren. Erschwerend kommt noch hinzu, dass die spezifischen Belastungen der Patientinnen mit psychotischen Störungen oftmals dergestalt sind, dass sie mit einem solchen System besonders schlecht zurecht kommen. Denn das Versorgungssystem psychischer Erkrankungen verlangt von den Patienten (zu) viel Eigeninitiative, Veränderungswille und ein gewisses Aushalten von Übergängen. Die Komm-Struktur der Psychiatrie und das tiefverwurzelte Misstrauen vieler Patienten gegen Beziehungsangebote (von Haebler & Freyberger, 2013) machen es unwahrscheinlich, dass ein Patient von sich aus und selbständig den für sich optimalen Behandlungspfad durch das Dickicht der Versorgungslandschaft findet. Und wenn einer von ihnen es dann auf die eine oder andere Weise doch schafft sich nach einem Krankenhausaufenthalt in eine ambulante Psychotherapie zu begeben, ruft sein Erscheinen in der Folge bei nicht wenigen Psychotherapeuten ein gewisses Unbehagen hervor.

Denn lange galt die Grundüberzeugung, dass psychotische Störungen generell

nicht mit Psychotherapie zu behandeln seien. Und auch wenn dies nun als widerlegt gelten kann, so bahnen sich derlei Erkenntnisse oft nur langsam den Weg in die alltägliche, oft viele Jahre gelebte Praxis. Das betrifft dabei sowohl die niedergelassenen Psychotherapeutinnen, als auch die überweisenden Haus- oder Fachärzte. Und da darüber hinaus ein Großteil der niedergelassenen Psychotherapeuten überwiegend Störungen aus den Bereichen F3 und F4 behandelt (diese Diagnosegruppen machen etwa 90% der Behandlungsfälle aus; Kruse & Herzog, 2012), haben diese teilweise wenig Erfahrung mit Patienten mit psychotischen Störungen. Dies kann zu Unsicherheit führen: Wie soll ich diesen Patienten behandeln? Wie gehe ich mit den eigenen Erfahrungen um, die ich in der Behandlung mache? Kann ich das überhaupt? Was tue ich in Krisen? An wen kann ich mich mit meinen Fragen wenden?

OPK startet für zu verbessernde Patientenversorgung eine Fortbildungsreihe

Der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist es ein Anliegen, die Versor-

gung von Menschen mit psychotischen Störungen zu verbessern – im ambulanten wie im stationären Bereich. Wir bieten deshalb eine zweiteilige Fortbildung an, um Anregungen zur Behandlung zu geben, Kenntnisse zu erweitern und die Vernetzung untereinander zu ermöglichen. Auch Psychotherapeuten, die bislang noch nicht mit diesen Personengruppen arbeiten, werden umfangreich in Behandlungskonzepte eingeführt. In einem ersten Teil sollen Grundkenntnisse über Krankheitsbild, Störungsverlauf und verschiedene Behandlungsansätze vertieft werden und auf die Besonderheiten in der Arbeit mit dieser Patientengruppe eingegangen werden. In einem zweiten Teil werden verfahrensbezogene Behandlungsansätze vertieft, um Erfahrungswissen zu erweitern und Berührungspunkte abzubauen.

■ **Psychosenpsychotherapie I:** Krankheitsbild und Einführung
04./05.11.2016 in Leipzig
Referent: Prof. Dr. Stefan Klingberg, Psychologischer Psychotherapeut, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

■ **Psychosenpsychotherapie IIa:** Verhaltenstherapeutische Verfahren

07./08.04.2017, voraussichtlich in Leipzig

Referentinnen: Dr. phil. Anja Lehmann, Psychologische Psychotherapeutin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Dr. phil. Dipl.-Psych. Friederike Schmidt, Psychologische Psychotherapeutin, MVZ Pinel, Gruppentherapeutin für Menschen mit Psychoseerfahrung (Pinel/DGVT)

■ **Psychosenpsychotherapie IIb:** Psychodynamische Verfahren
28./29.04.2017, voraussichtlich in Leipzig

Referentin: Dr. med. Christiane Montag, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Referent: Dr. med. Bernhard Haslinger, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter des Früherkennungszentrums für beginnende psychotische Erkrankungen Berlin-Brandenburg (FeTZ), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Campus Mitte

Dr. Andrea Walter,
Wissenschaftliche Referentin

2. großer OPK-Angestelltentag am 28. September 2016 in Leipzig

Nachdem der 1. Angestelltentag 2014 auf so großes Interesse stieß, stehen Sie und Ihre Arbeitsbedingungen am 28. September diesen Jahres wieder im Fokus der Kammer. Unter dem Titel „Angestellter oder Psychotherapeut? – Der freie Beruf und die Zwänge der Institution“ lädt die OPK Sie erneut zum Erfahrungsaustausch, zur Diskussion sowie zur berufspolitischen Wegbereitung nach Leipzig ein.

Die Kammer möchte angestellte Psychotherapeuten in ihrem Selbstverständnis durch das Aufzeigen von Handlungsspielräumen und Herausstellen von Leuchtturmprojekten unterstützen. Zudem steht das Ziel, ein spezifisches Berufsprofil der angestellten Psychotherapeuten herauszuarbeiten, in dem die besondere Versorgungsqualität für Patienten hervorgehoben wird. Dabei

ist die diagnostische Kompetenz besonders erwähnenswert.

Mit dem 2. Angestelltentag bemüht sich die OPK verstärkt, die sehr verschiedenen Interessenlagen der Angestellten in ihren Arbeitsbereichen abzubilden und über die aktuellen berufspolitischen Entscheidungsprozesse zu informieren.

Zur Themenfindung des 2. Angestelltentages sagt Jürgen Golombek, der Vorsitzende des Ausschusses für die Angelegenheiten der angestellten Psychotherapeuten: „Der Beruf des Psychotherapeuten ist seiner Natur nach ein freier Beruf, auch wenn er in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Universitäten oder anderen Institutionen ausgeübt wird. Die Anforderungen an den freien Beruf, beispielsweise die besondere Verpflichtung auf das Pati-

entenwohl oder die beschränkte Weisungsgebundenheit, kollidieren aber nicht selten mit Organisationsstrukturen. Anders als für andere Heilberufe gibt es für Psychotherapeuten noch keine Traditionen und nur unzureichende rechtliche Rahmenbedingungen für ihre Rolle in den unterschiedlichen Einrichtungen. Dies betrifft oft schon das Führen der Berufsbezeichnung – Psychologe versus Psychotherapeut, die Definition von Dienststellungen, Aufgabenbereichen und Befugnissen oder das Tarifrecht. Es bleibt Aufgabe der Psychotherapeutenkammern, auf die Verbesserung dieser Rahmenbedingungen hinzuwirken.“

Die OPK möchte mit Vorträgen wie „Das Selbstverständnis von angestellten Psychotherapeuten – Berufspolitische Betrachtung und Berufsbild“ oder

mit Arbeitsgruppen wie „Wie kann ich mich in meinem Arbeitsumfeld etablieren?“, „Angestellte Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung“ und „Angestellte in Beratungsstellen: Selbstverständnis und Fortbildung im Spannungsfeld zwischen Kammer und Arbeitgeber“ gezielt Akzente setzen.

Auf Wunsch können sich Forensiker sowie angestellte KJP zum Erfahrungsaustausch anmelden.

Vom 2. Tag der Angestellten erhofft sich die Kammer ihrerseits einen verstärkten Informationsfluss aus dem Angestelltenbereich, eine größere Ver-

netzung und Austausch der Kollegen untereinander.

Das Programm des 2. Angestelltentages am 28. September 2016 in Leipzig sowie Ihre Anmelde-möglichkeit finden im OPK-Online-magazin unter www.opk-magazin.de.

„Konfessionen in der Psychotherapie: Tradition und Evolution“ – Der 3. Ostdeutsche Psychotherapeutentag im Lutherjahr 2017



Die Hygieia von Gustav Klimt ist das Leitmotiv des Ostdeutschen Psychotherapeutentages.

Die Planungen für den 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag sind bereits in vollem Gange. Die Referentinnen und Referenten werden sich am 17. und 18. März 2017 auf ganz unterschiedliche Weise der Frage annähern, wie es der-

zeit aussieht mit der Psychotherapie als Profession. In dem Fachkongress wird eine breite Palette an Themen für ein breites Publikum an praktisch tätigen Psychotherapeuten behandelt und vertieft. In den Key-Note-Vorträgen schlagen wir einen Bogen von der Frage, was Psychotherapeuten eigentlich ausmacht und wie man dazu werden kann (Prof. Jürgen Körner „Die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen“), über die grundlegende Zusammenschau neurologischer Wirk- und Veränderungsmechanismen (Prof. Gerhard Roth: „Allgemeine Psychotherapie aus neurologischer Sicht“), hin zu einem Überblick der Entwicklung verfahrensübergreifender Ansätze (Prof. Frank Jacobi: „Integration – Eklektizismus – Assimilation? Ein Überblick über Ansätze der letzten 30 Jahre, Psychotherapie schulen- bzw. verfahrensübergreifend zu gestalten“)

und einer Zusammenschau dessen, was in der Psychotherapie eigentlich wirkt (Prof. Jürgen Hoyer: „Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychotherapie: Was passiert, nachdem der Stein ins Rollen kommt? – Eine verfahrenstranszendierende Betrachtung). In praxisrelevant gestalteten Workshops können sich die Teilnehmer beispielsweise mit der transdiagnostischen Perspektive bei Expositionsverfahren (Dr. Peter Neudeck), mit Möglichkeiten, das Potential von Gruppenpsychotherapien besser zu nutzen (Prof. Bernhard Strauß) oder mit Interventionen bei Lern-Leistungsstörungen (Dr. Claudia Ruff) beschäftigen. Das vollständige Programm wird ab dem Sommer 2016 online sein und in den OPK-Medien veröffentlicht.

Wir freuen uns, Sie im Lutherjahr 2017 in Leipzig begrüßen zu dürfen!

2. KJP-Symposium am 23. und 24. September 2016 in Potsdam: Themenfeld sind Kinder und Jugendliche mit sehr komplexen Störungsbildern

Am 23. und 24. September geht die OPK in die Neuauflage des im vergangenen Jahr initiierten, sehr erfolgreichen KJP-Symposiums. Mit neuen praxisnahen Themen, namhaften Referenten und viel Vernetzung und Kommunikation sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wieder nach Potsdam eingeladen. Für das OPK Magazin wagt die Vorsitzende des OPK-KJP-Ausschusses, Cornelia Plamann, eine erste Vorausschau auf den September und auf „Halt mich – Kinder mit besonderen Erfordernissen“.

Frau Plamann, wie haben Sie zu den Themen des 2. KJP-Symposiums gefunden?

Cornelia Plamann (CP): Die Ideen und Themen zum 2. Symposium entstanden nach Auswertungen, Überlegungen und den Rückmeldungen der Kollegen, die am 1. KJP-Symposium teilgenommen haben. Außerdem haben wir uns ganz praxisnah aktuellen Fragestellungen, die sich täglich in unseren Praxen häufen, gestellt. Zudem werden die Anfragen und Behandlungswünsche von Patienten immer komplexer. Sie

erfordern von uns ein erhöhtes Basiswissen auch in anderen Bereichen, zum Beispiel auf dem somatischen Gebiet.

Mit welchen Patientengruppen beschäftigen Sie sich dabei?

CP: Wir haben dabei neben Patienten mit psychischen Störungen auch Kinder und Jugendliche mit somatischen Beschwerden im Visier. Auch um Kinder mit sehr komplexen Störungsbildern wird es intensiv auf dem Symposium gehen, die uns aufgrund ihrer Einschränkungen in der therapeutischen



Cornelia Plamann, niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Zschopau

Intervention vor immer neue Herausforderungen stellen. Wir schauen also ganz gezielt auf Patientengruppen, die ein erhöhtes Maß an psychotherapeutischer Kompetenz verlangen. Natürlich spielt ebenso die therapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern eine große Rolle in der Dramaturgie des Symposiums. Wir werden darauf einen berufspolitischen wie praktisch therapeutischen Blick werfen.

Können Sie schon Lust auf das Symposium durch Ankündigung einiger Referenten machen?

CP: Wir haben für das Symposium namhafte und interessante Referentinnen und Referenten gewinnen können. Da ist zum Beispiel

- Herr Professor Dr. Hans-Ludwig Spohr von der Berliner Charité

zu nennen, der für sein riesiges Engagement für alkoholgeschädigte Kinder

sowie seinen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung dieser Kinder im letzten Jahr mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt wurde. Herr Professor Spohr ist einer der führenden Wissenschaftler und Diagnostiker Deutschlands auf diesem Gebiet. Er wird einen der Plenumsvorträge sowie einen Workshop zum Thema „Das fetale Alkoholsyndrom“ halten. Es wird darin um Fragen der Grenzen der Diagnostik, um Probleme betroffener Kinder in der Schule sowie Ausbildung gehen.

Weiter möchte ich als Referentin des 2. KJP-Symposiums

- Frau Hanne Seemann

nennen. Sie ist Psychologische Psychotherapeutin und in der Aus- und Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung tätig. Zum Symposium wird sie der Frage psychosomatischer Störungen und funktioneller Schmerzen nachgehen.

Weiterhin möchte ich als Referentin

- Frau Professor Dr. Barbara Bräutigam von der Hochschule Neubrandenburg

vorstellen, die sich mit dem Einsatz von Kinderliteratur in der Psychotherapie befassen wird.

Und da ist zudem

- Frau Dr. Sabine Ahrens-Eipper

mit dem Vortrag „Kindern und Jugendlichen in Krisen Halt geben“ zu nennen. Sie wird darin Theorie und Praxis der Krisenintervention im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit vor-

stellen. Und es wird einen Workshop zur Thematik bindungsgestörter Kinder geben.

Wie hoch ist der KJP-Bedarf nach Austausch/Kommunikation und Vernetzung?

CP: Der Bedarf an Vernetzung und Kommunikation ist bei uns sehr hoch. Die niedergelassenen Kollegen sind in ihren Einzelpraxen-Strukturen gebunden, so dass es oft an Austausch fehlt. Aber der ist bei komplexen Störungsbildern oder schwierigen Konstellationen der Patienten dringend nötig, um sich zu vernetzen, um miteinander im Gespräch zu bleiben. Darüber hinaus sind berufspolitische Aspekte interessant und diskutierenswert. Zu diesem Zweck haben wir ein 2. KJP-Symposium aufgelegt.

Das Programm des Symposiums und Ihre Anmeldeöglichkeit finden Sie im OPK-Onlinemagazin unter www.opk-magazin.de.

*Antje Orgass,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit*

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de

Gedenkfeier für den verstorbenen Kammerpräsidenten Alfred Kappauf

Ministerpräsidentin Malu Dreyer hält bewegende Abschiedsrede



Ministerpräsidentin Malu Dreyer

Am 1. Februar 2016 ist der Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz Alfred Kappauf im Alter von 63 Jahren plötzlich und unerwartet verstorben. Im Rahmen einer bewegenden und würdevollen Gedenkfeier am 9. April verabschiedeten sich nun führende rheinland-pfälzische Gesundheitspolitiker, Vertreter von Krankenkassen und befreundeten rheinland-pfälzischen Kammern, Präsidenten und Vizepräsidenten der Psychotherapeutenkammern verschiedener Bundesländer, die Mitglieder der Vertreterversammlung, die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und viele Weggefährten und Kammermitglieder von ihm.

Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler und der SPD-Frak-



Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler und Geschäftsführerin der LPK RLP Petra Regelin

tionsvorsitzende Alexander Schweitzer nahmen an der Trauerfeier für den verstorbenen Präsidenten Alfred Kappauf ebenso teil wie die Ehefrau und die Tochter des verstorbenen Präsidenten.

Vor deutlich mehr als 100 Teilnehmern berichtete Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke in ihrer bewegenden Einführungsrede in Ausschnitten aus dem beruflichen und dem privaten Leben von Alfred Kappauf. Er habe ein sehr engagiertes Leben geführt voller Einsatz für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, für psychisch kranke Menschen und für bessere Lebensbedingungen für diejenigen, die selbst keine laute Stimme hätten. Sein letztes zeitintensives Engagement habe der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen gegolten. Alfred Kappauf wurde im Jahr 2001 in den Gründungsausschuss der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz berufen, er war ab 2002 ihr erster und bislang einziger Präsident. „Alfred war das Gesicht, das Herz und der Verstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Dieses Herz ist nun stehengeblieben und zurück bleibt eine große Leere“, so die Vizepräsidentin.

Ministerpräsidentin Malu Dreyer, die Alfred Kappauf noch aus ihrer Zeit als rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin gut kannte, hob in ihrer Gedenk-



LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke

de vor allem die kooperative und kluge, immer freundliche und sehr verlässliche Persönlichkeit von Alfred Kappauf hervor. „Sein besonderer Umgang mit den Menschen öffnete auch in der Politik die Türen. Die gesundheits-, versorgungs- und berufspolitischen Interessen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz waren deshalb bei ihm immer in den besten Händen“, so die Ministerpräsidentin.

Dr. Dietrich Munz, der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, machte deutlich, dass Alfred Kappauf die Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer engagiert mitgestaltet und deren Gremienarbeit durch sein konstruktives Wirken geprägt habe.

Dr. Peter Heinz, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, sprach offen davon, dass es langjährige Schwierigkei-



SPD-Fraktionsvorsitzender Alexander Schweitzer

ten bei der Integration der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung gegeben habe. Die Vertreter der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer hätten jedoch eine gute Wahl getroffen, als sie Alfred Kappauf zu ihrem Präsidenten machten. Denn Alfred Kappauf hätte Freude an Herausforderung

gehabt, scheinbar unlösbare Probleme seien von ihm angenommen und von allen Blickwinkeln durchleuchtet worden. „Wir entwickelten ein Gefühl füreinander und entdeckten die Gemeinsamkeit im Handeln für den Patienten“, so Dr. Heinz.

Zum Abschluss der Gedenkfeier überreichte Dr. Benecke gemeinsam mit den

Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle einen sehr umfangreichen Sammelband mit den gesammelten Beileidsbekundungen, die die Kammer zum Tode ihres Präsidenten erreicht haben, an die Familie von Alfred Kappauf. Wir verneigen uns vor seinem Lebenswerk und werden ihn niemals vergessen!

Austausch und Vernetzung beim Runden Tisch „Psychotherapie mit Flüchtlingen“ – Große Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz

Über 40 engagierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kamen auf Einladung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zum Runden Tisch „Psychotherapie mit Flüchtlingen“. Ziel des Treffens war es, allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in Rheinland-Pfalz Erfahrungen mit der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen haben, einen Austausch über inhaltlich-fachliche Fragen und über die Abrechnungsmöglichkeiten und -grenzen ihrer Leistungen zu ermöglichen. Der Runde Tisch wurde von der LPK gemeinsam mit dem Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen und der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz organisiert und ausgerichtet. Das Integrationsministerium hat die Veranstaltung finanziell unterstützt.

Mit dabei waren auch vier von insgesamt sieben Psychotherapeuten, die in Rheinland-Pfalz von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere psychische,

physische oder sexuelle Gewalt erlitten haben, ermächtigt worden sind. Außerdem waren einige Mitarbeiter aus den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge dabei. Der Austausch machte deutlich, dass in Rheinland-Pfalz, ebenso wie im gesamten Bundesgebiet, sehr große Defizite in der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge existieren.

In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts erhalten Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, medizinische Leistungen nach dem AsylbLG. In dieser Zeit kann bei der zuständigen Sozialbehörde (z. B. Gesundheitsamt) eine Psychotherapie beantragt werden, unabhängig davon, ob der behandelnde Psychotherapeut einen Kassensitz hat oder in einer Privatpraxis oder einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer tätig ist. Die Gewährungspraxis ist in den verschiedenen Sozialbehörden sehr unterschiedlich. Insgesamt werden Psychotherapien nach dem AsylbLG jedoch viel zu selten gewährt, häufig mit Verweis darauf, dass psychische Erkrankungen nicht akut behandlungsbedürftig seien oder eine medikamentöse Behandlung ausreiche. Häufig kommt es nach Einschätz-

zung der betroffenen Kollegen zu einer Fehlbeurteilung psychischer Erkrankungen durch die Sozialbehörden.

Nach den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland haben Flüchtlinge Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr Leistungsanspruch gleicht dem anderer GKV-Versicherter und schließt insbesondere auch die Psychotherapie ein. Die Kosten für die Psychotherapie und alle anderen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen werden von den Krankenkassen übernommen, die die entstehenden Aufwendungen vom zuständigen Sozialhilfeträger erstatten bekommen. Auf der Veranstaltung wurde jedoch berichtet, dass Krankenkassen den Organisationsaufwand scheuten und dass deshalb nur ganz selten Psychotherapie für Flüchtlinge genehmigt werde. Außerdem finanzierten die Krankenkassen keine Therapie zu dritt, also mit Sprach- oder Kulturmittler. Das erweise sich in der Praxis häufig als eine weitere Hürde in der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen.

Ermächtigung von Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung



Um Flüchtlingen, die seit 15 Monaten in Deutschland leben, eine psychotherapeutische Behandlung ermöglichen zu können, bedarf es mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mit der GKV abrechnen können. Deshalb hat der Gesetzgeber klargestellt, dass Psychotherapeuten, Ärzte und Psychosoziale Zentren für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Flüchtlingen von den Zulassungsausschüssen ermächtigt werden müssen. Die Zulassungsaus-

schüsse sind zur Ermächtigung verpflichtet worden. In Rheinland-Pfalz sind dies bislang sieben LPK-Mitglieder. Die in Rheinland-Pfalz ermächtigten Kollegen berichteten jedoch, dass eine Ermächtigung bislang **nicht** dazu beitrage, die Versorgung von Flüchtlingen zu verbessern. Denn: Ermächtigte dürften nur Flüchtlinge behandeln, die mindestens 15 Monate lang in Deutschland und gleichzeitig nicht als Asylbewerber anerkannt seien. Dieser Personenkreis sei extrem gering.

Ein wichtiges Ziel des Runden Tisches „Psychotherapie mit Flüchtlingen“ war es auch, die Gründung regionaler Runder Tische zu initiieren. Dies ist gelungen: Vier regionale Runder Tische haben sich *gegründet*.

HINWEIS: Die nächste Schulung zu diesem Thema findet am 13. Juli in Bitburg statt. Anmeldung über unsere Homepage unter „Aktuelles“.

Wie gründe ich eine Praxis? Die LPK informiert ihre Mitglieder zur Existenzgründung



LPK-Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub



Gerade die Approbationsurkunde frisch in der Hand, hochmotiviert, psychotherapeutisches Wissen anwenden und damit auch Geld verdienen. Aber wie und was ist zu beachten bei der Gründung einer Privatpraxis? Um die Fragezeichen im Kopf aufzulösen, veranstaltet die LPK RLP mindestens einmal jährlich ein Existenzgründungsseminar.

Dieses Jahr fand es im Mai mit knapp 50 Teilnehmenden in Mainz statt. Im ersten Teil erläuterte das Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub in Vertretung der erkrankten Kollegin Gisela Borgmann-Schäfer die Rahmenbedingungen einer Privatpraxis. Suchworte sind hier: Finanzierung, Praxisräume, Firmierung, wichtige Institutionen und

deren Regelwerke, Kostenerstattung, Beihilfebehandlung, die richtigen Formulare, Vorgaben der Berufsordnung und des Patientenrechtegesetzes. Den Nachmittag eröffnete **Thorsten Schwartz** vom Landesverband Mitte der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung mit seiner Darstellung des Psychotherapeutenverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Er berichtete über das bundeseinheitliche Modellverfahren zur frühzeitigen Erkennung psychischer Gesundheitsschäden und zur Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse bei traumatisierten Menschen. Zum Abschluss bot Steuerberater **Wolfgang Steidl** eine fundierte Einführung in das Steuerrecht für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Das nächste Seminar wird im Herbst 2016 stattfinden.

Wahl zur Vertreterversammlung



Im Herbst 2016 wird die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz neu gewählt. Die Wahl wird nach den Regelungen der neuen Wahlordnung (**siehe Einhefter in dieser Ausgabe des PTJ**) durchgeführt. Zur Vorbereitung der Wahl hat der Vorstand bereits einen Wahlausschuss berufen und einen

Wahlkalender aufgestellt. Die Wahl findet in der Zeit vom 28.10.2016 bis 16.11.2016 statt. Nähere Informationen finden Sie demnächst auf unserer Homepage unter der Rubrik „Über uns – Wahlen“. Außerdem erhalten unsere Mitglieder verschiedene Informationsschreiben sowie die Wahlunterlagen per Post.

Save the date

Fachtagung und Herbstfest am 24. September 2016: „Gefühle fetzen – Psychotherapie im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter“

Auch in diesem Jahr laden wir wieder zu einer interessanten Fachtagung mit anschließendem Herbstfest ein. In diesem Jahr werden wir uns dem herausfordernden Thema der Psychotherapie im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter widmen. Anschließend feiern wir traditionsgemäß das Herbstfest der Landeskammer bei guter Speiß' und Trank. Bitte merken Sie sich den Termin schon einmal vor. Sobald das Programm zusammengestellt ist, werden alle Mitglieder selbstverständlich noch einmal gesondert eingeladen. Wir freuen uns auf Sie!

Datum: 24. September 2016

Ort: Atrium Hotel Mainz

Beginn: 14:00 Uhr

Anmeldung über unsere Homepage unter „Aktuelles.“

Unsere Mitglieder werden selbstverständlich noch einmal gesondert eingeladen.



Seminar am 05. November 2016: „Austausch rund um die Abgabe und Übernahme von psychotherapeutischen Praxen“

Die LPK RLP organisiert auch in diesem Jahr wieder das Seminar „Austausch rund um die

Abgabe und Übernahme von psychotherapeutischen Praxen“. Herr Diederichs, stellv. Leiter der Abteilung Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung, wird unter anderem über aktuelle versorgungspolitische Entwicklungen und das Praxisnachbesetzungsverfahren (halber Sitz/ganzer Sitz) referieren. Herr Steidl, Geschäftsführer der ADVIMED Steuerberatungsgesellschaft mbH, wird über die steuerrechtlichen Grundlagen rund um die Abgabe und Übernahme von psychotherapeutischen Praxen informieren.

Datum: 05. November 2016

Ort: LPK RLP

Dauer: 11:00 Uhr – 16:30 Uhr

Anmeldung über unsere Homepage unter „Aktuelles“.

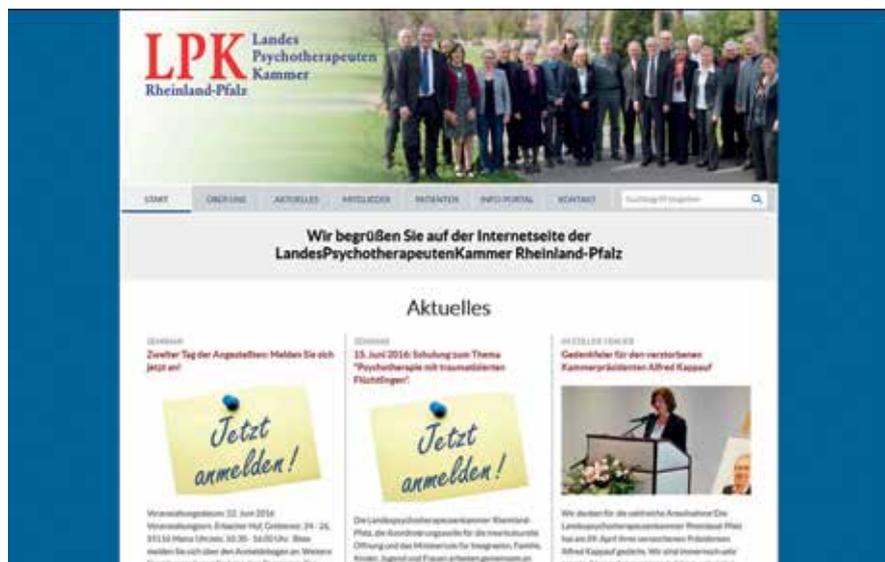
Unsere Mitglieder werden selbstverständlich noch einmal gesondert eingeladen.

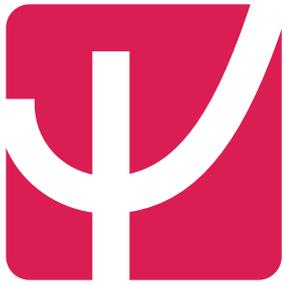
Per Mausklick zu Ihrer Kammer!

Die LPK RLP hat eine neue Homepage. Unter www.lpk-rlp.de stehen Ihnen ab sofort in neuem Design alle Informationen der Kammer online zur Verfügung. Besuchen Sie uns auf unserer neuen Website. Wir freuen uns auf Sie!

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.rlp-lpk.de





pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Großes Interesse an der PKS-Veranstaltung „Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Flüchtlinge“

Kulturelle und sprachliche Unterschiede

Im Bus sitzt der Deutsche gerne alleine. Sprich ihn nicht an, er könnte das als Belästigung empfinden! Wenn du bei einem Deutschen zu Besuch bist und du möchtest auf Toilette gehen, dann frage nicht nach dem „bathroom“ – deine Gastgeber nehmen sonst irrtümlicherweise an, dass du ein Bad nehmen möchtest. Diese Informationen über Gepflogenheiten und kulturelle wie sprachliche Unterschiede, die unbedingt beachtet werden sollten, wenn man Deutschland besucht, sind einem beliebten Buch entnommen, das zur Fußballweltmeisterschaft 2006 in Großbritannien erschienen war und gedacht für Engländer, die das Gastgeberland der WM besuchen möchten. Wir müssen nicht bis nach Syrien oder Afghanistan schauen, um uns davon zu überzeugen, dass die Begegnung mit Menschen anderer Herkunft, Geschichte und Sprache nur funktionieren kann, wenn wir mit Sensibilität und Rücksicht miteinander umgehen.

Es hätte nicht dieser kleinen Anekdote bedurft, um sich der Aufmerksamkeit der Zuhörer zu versichern, die am 25. Februar zur Veranstaltung „Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Flüchtlinge“ in die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes gekommen waren. Susanne Münnich-Hessel, Mitglied des Vorstandes der PKS und Migrationsbeauftragte, referierte knapp zwei Stunden vor rund 50 Mitgliedern der PKS und anderen Interessierten über Trauma und Traumafolgestörungen bei

Flüchtlingen, rechtliche Hintergründe von Versorgungsansprüchen, verschiedene Behandlungsmodelle sowie Aktivitäten der PKS und der Bundeskammer. Unterstützt wurde sie von Dr. Frank Paulus, Leitender Psychologe an der Uniklinik Homburg und Mitglied der Vertreterversammlung der PKS, der anschließend die Frage- und Diskussionsrunde moderierte.

Nachdem sich auf die Einladung der PKS hin schnell gezeigt hatte, dass die Zahl der Anmeldungen die Kapazitäten der Räumlichkeiten in der Geschäftsstelle bei Weitem übersteigen würde, erklärte Münnich-Hessel sich bereit, zeitnah eine Wiederholung der Fortbildungsveranstaltung anzubieten. Auch beim zweiten Termin, an dem der Präsident der PKS, Bernhard Morsch, die Moderation übernahm, war der Raum mit knapp 30 Teilnehmern gut gefüllt.

Hintergrundinformationen

Münnich-Hessel begann ihren Vortrag mit einigen grundlegenden Hintergrundinformationen, die halfen, die darauffolgenden fachspezifischen Ausführungen besser zu verstehen und einzuordnen. Gemäß Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention ist ein Flüchtling „eine Person, die sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor



Susanne Münnich-Hessel, Dr. Frank Paulus

Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann“. Während Asylbewerber Menschen mit einem laufenden Asylerkennungsverfahren sind, werden anerkannte Asylbewerber als „Asylberechtigte“ oder „anerkannte Flüchtlinge“ bezeichnet.

Bei den ca. 1 Mio. Flüchtlingen, die in den letzten zwölf Monaten nach Deutschland gekommen sind, ist aufgrund bedrückender Erlebnisse in der Heimat und auf der Flucht von einer hohen Zahl psychisch erkrankter, vor allem traumatisierter Flüchtlinge mit PTBS auszugehen; Münnich-Hessel erläuterte Ursachen, Symptome und Folgen von PTBS ausführlich. Sie wies darauf hin, dass die Angaben zur Häufigkeit je nach Quelle recht unterschiedlich sind; diese reichen von rund 30% bis 70%.

Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung

Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, haben in den ersten 15 Monaten



ihres Aufenthaltes, in denen sie meist in Sammelunterkünften untergebracht werden, nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einen beschränkten Anspruch auf medizinische Leistungen. Psychotherapie kann in diesem Zeitraum beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt werden, wird in der Praxis allerdings selten gewährt. Da es sich um keine vertragsärztliche Leistung handelt, kann diese auch durch einen Psychotherapeuten, der in einer Privatpraxis oder in einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer tätig ist, durchgeführt werden.

Nach den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland haben Flüchtlinge denselben Anspruch wie andere GKV-Versicherte auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und erhalten eine elektronische Gesundheitskarte. Die Kosten für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen werden von den Krankenkassen übernommen, die die entstehenden Aufwendungen vom zuständigen Sozialhilfeträger erstattet bekommen. Dies kann also zu der Situation führen, dass eine zunächst genehmigte Therapie nach dem AsylbLG nach Ablauf der Aufenthaltsdauer von 15 Monaten abgebrochen und bei der Krankenkasse erneut beantragt werden muss. Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge gelten nicht als Asylbewerber; sie haben nach § 40 SGB VIII (Jugendhilfe) in Verbindung mit 47 ff SGB XII (Sozialhilfe) weitgehend den gleichen Behandlungsanspruch wie gesetzlich Versicherte.

Münnich-Hessel erläuterte, warum die notwendige Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen dennoch unzureichend ist: So ist beispielsweise die Finanzierung der zur Zeit 30 psychoso-

zialen Beratungsstellen nicht verlässlich gesichert; nur fünf der Zentren können Psychotherapien mit den Sozialämtern bzw. Krankenkassen abrechnen, wobei die Ablehnungsquote extrem hoch ist. Auch wenn Psychotherapeuten mit einem Kassensitz Flüchtlinge im Rahmen der GKV-Versorgung regulär psychotherapeutisch behandeln dürfen, so gibt es doch eine große Versorgungslücke angesichts der bundesweit langen Wartezeiten. Neben diesen finanziellen und organisatorischen Problemen gibt es auch sprachliche und kulturelle Erschwernisse, die einer erfolgreichen Therapie im Wege stehen. Die Referentin hält daher einen Katalog von Maßnahmen für dringend erforderlich, darunter vor allem Institutsermächtigungen für Psychosoziale Behandlungszentren, eine unkomplizierte Regelung für die Abrechnung notwendiger ambulanter Psychotherapien in den freien Praxen, Finanzierung des Dolmetschereinsatzes sowie die Förderung der Zulassung muttersprachlicher Therapeutinnen und Therapeuten. Wünschenswert sind Fort- und Weiterbildungen von Psychotherapeuten in transkultureller Psychotherapie, Konzepte für Schulungen auch für Mitarbeiterinnen in der Erstaufnahme und schließlich auch eine Finanzierung von Supervision durch Einrichtungen z. B. für Mitarbeiter.

Psychoedukation

Zum Abschluss des detailreichen Vortrages erläutert Münnich-Hessel die Bedeutung von Psychoedukation und ihren Methoden und Grundlagen, um das Verständnis für PTBS und die Symptome herzustellen. Mit einem Hinweis auf verschiedene wichtige Links und Fachliteratur schließt sie ihren Vortrag und gibt das Wort an Dr. Frank Paulus, der die Diskussionsrunde er-

öffnet. Trotz der inzwischen recht fortgeschrittenen Stunde ergibt sich ein spannender Austausch zwischen Referentin und Teilnehmern, aber auch zwischen den Teilnehmern untereinander, die über unterschiedliche Erfahrungen über Beantragung und Durchführung von Psychotherapie mit Flüchtlingen verfügen.

Dolmetscher und Sprachmittler

Ein wichtiges Thema, das bereits im Vortrag angesprochen wurde, taucht in den Diskussionsbeiträgen immer wieder auf: Möglichkeiten und Aspekte der Psychotherapie mit Dolmetschern und Sprachmittlern sowie die gesetzlichen Grundlagen für die Beantragung von Dolmetscherleistungen (siehe hierzu auch FORUM 60, S. 9, Artikel zum „Treffen der Koordinierungsstelle mit Mitgliedern der PKS“). Eine psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen ist ohne Dolmetscher nicht möglich, wenn nicht der Therapeut selber über muttersprachliche Kenntnisse verfügt. Bei der Variante, sich einer „dritten, neutralen“ Sprache wie z. B. Englisch zu bedienen, so der Vorschlag eines Teilnehmers, sieht Münnich-Hessel Schwierigkeiten, da gerade in der Psychotherapie Gefühle und Erlebnisse unter Berücksichtigung aller möglichen Nuancen benannt werden müssen. Eine psychotherapeutische Behandlung sollte daher in der Muttersprache erfolgen, sofern dies möglich ist, oder mithilfe von qualifizierten Sprachmittlern.

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes von Flüchtlingen in Deutschland kann die Übernahme von Kosten für Dolmetscherleistungen nach dem AsylbLG bei den zuständigen Sozialbehörden beantragt werden, wobei der

Therapeut den Patienten natürlich unterstützen kann. Nach 15 Monaten Aufenthalt ist die GKV zwar für die Kosten der Therapie, nicht aber für die des Dolmetschers zuständig. Der Flüchtling kann die Übernahme von Dolmetscherkosten beim Sozialamt beantragen oder – bei Leistungsbezug durch das Jobcenter – einen Antrag auf Mehrbedarf stellen.

Wolf B. Emminghaus, Psychologischer Psychotherapeut, der mehr als 30 Jahre beim DRK-Landesverband Saarland tätig war und dort das psychosoziale Beratungszentrum für Flüchtlinge (PSZ) mit Sitz in Saarbrücken-Burbach und in der Landesaufnahmestelle Lebach aufgebaut hat, berichtet von seinen Er-

fahrungen mit Beantragungsverfahren: Wo jetzt die Krankenkasse zuständig sind, waren es im Jahr 1995 noch die Sozialämter, die die Therapien für z. B. traumatisierte Flüchtlinge aus Bosnien geprüft und gegebenenfalls genehmigt haben. Er weist auf den Dolmetscherpool hin, der auf der Homepage des Paritätischen Landesverbandes Rheinland-Pfalz/Saar sowie auch über das Zuwanderungs- und Integrationsbüro (ZIB) Saarbrücken zur Verfügung gestellt wird. Ingrid Scholz, PP in der Psychosozialen Beratung Baris, ergänzt die Ausführungen von Emminghaus mit ihren eigenen sehr positiven Erfahrungen: Der Dolmetscher öffnet die Tür in einen anderen Kulturkreis, so Scholz; er

stellt ein „Gütesiegel“ für eine erfolgreiche Therapie dar.

Es ist gleichzeitig Herausforderung und Chance, die drei Hauptversorgungssysteme – medizinischer Bereich (z. B. Kliniken, niedergelassene Psychotherapeuten), psychosozialer Bereich (z. B. Beratungsstellen, Jugendhilfe) und schulischer Bereich – zu koordinieren mit dem Ziel, eine gemeinsame Plattform zu finden; so Paulus, der die Wortmeldungen seiner Kollegen und Kolleginnen am Ende der Veranstaltung zusammenfasst und sich bei allen Beteiligten – allen voran natürlich der Referentin – für die interessanten Beiträge und Anregungen bedankt.

Fotoprojekt von Stefanie Zofia Schulz „Duldung“ – Ausstellung in der Geschäftsstelle der PKS



Haareglätten

„Am Rande der Kleinstadt Lebach befindet sich im Saarland die Landesaufnahmestelle für Asylsuchende. Es handelt sich dabei um eine der größten ihrer Art in ganz Deutschland, wenn nicht sogar um die größte. Offiziell soll hier ein Flüchtling nicht länger als für die maximale Dauer eines Jahres bleiben, bis ihm eine Kommune zugeteilt wird. Während meiner Zeit im ‚Lager‘ traf ich auf Menschen, die seit über 14 Jahren in der Erstaufnahmestelle leben. Für die Jugendlichen ist es zu ihrem Zuhause

geworden. Sie wollen es so schnell und so weit weg wie möglich verlassen. Und doch fällt es ihnen schwer, ‚ihr Lager‘, wie sie es nennen, physisch und psychisch hinter sich zu lassen. Hier kennen sie die Regeln, die Sprache, den Code, der hier alle zusammenschweißt und doch jedem den Atem zum freien Luftholen nimmt ...“

Mit diesen Worten leitet die 28-jährige, in Saarbrücken und Berlin lebende Fotografin Stefanie Zofia Schulz die Be-

schreibung ihres Fotoprojektes ein, das sie 2013 in der Landesaufnahmestelle für Flüchtlinge und Asylsuchende in Lebach/Saarland gemacht hat.

Wir sind sehr stolz, dass wir die preisgekrönte und sehr gefragte Fotoausstellung in den Räumen unserer Geschäftsstelle zeigen können.

Anlässlich der gut besuchten Vernissage zur Ausstellung am 18. Mai 2016, bei der auch die Künstlerin selbst anwesend war, hielten Ingrid Scholz und Süheyla Şahin einen Fachvortrag zum Thema „Psychotherapie und Migration – momentaner Stand, Ausblicke und Forderungen für die Zukunft“. Ingrid Scholz, Psychologische Psychotherapeutin und langjährige Mitarbeiterin von „BARIŞ – Leben und Lernen e. V. – Verein zur Förderung des Zusammenlebens von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund“, verfügt über umfangreiche Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund und in der Psychotherapie zu Dritt. Die kurdische Sprachmittlerin Süheyla Şahin hat selbst lange in Lebach gelebt und gearbeitet.

Kontakt von Stefanie Zofia Schulz: stefaniezofia@web.de www.schulzstefanie.de

Klein aber Oho – der neue Hosentaschenflyer für Grundschul Kinder

Hier kannst du Hilfe finden

Phoenix
Beratung gegen sexuelle Ausbeutung von Jungen

Schubertstraße 6
66111 Saarbrücken
0681/7619685
phoenix@lvsaarland.awo.org

Nelo
Beratung gegen sexuelle Ausbeutung von Mädchen

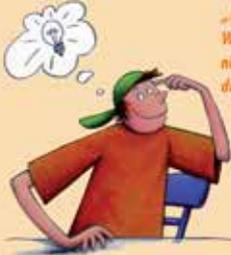
Dudweilerstraße 80
66111 Saarbrücken
0681/32043
nelo-sb@t-online.de

 **AWO Saarland**
Sozialpädagogisches Netzwerk SPN

Nein-Sagen

Du hast das Recht, „Nein“ zu sagen, wenn du etwas nicht möchtest oder jemand dich auf eine Art berührt, die dir unangenehm ist. Es ist hilfreich „Nein“ zu sagen, wenn du Berührungen nicht magst. Dies gilt gegenüber jedem – anderen Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen. Manchmal fassen Jugendliche oder Erwachsene Kindern einfach so an den Po, an den Penis, an die Scheide oder an die Brust. Das ist gemein und verboten und steht sogar so im Gesetz. Auch wenn es jemand ist, den du kennst und den du eigentlich magst, darfst du „Nein“ sagen und mit jemandem, dem du vertraust, darüber reden.

*Jedes Kind hat das Recht „NEIN“ zu sagen!!!
Wenn jemand dein NEIN nicht akzeptiert, darfst du dir Hilfe holen!*

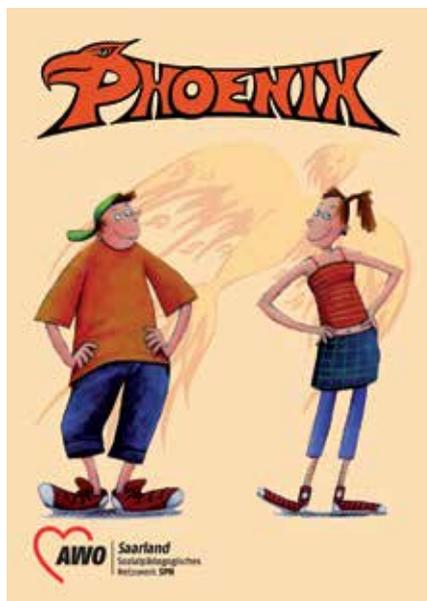


Hilfe holen

Alleine fällt es manchmal schwer, sich gegen Erwachsene oder Stärkere zur Wehr zu setzen. Darum hol dir Hilfe! Auch wenn du versprochen hast, es keinem weiterzuerzählen, darfst du dir Hilfe holen. Du hast keine Schuld! Schuld hat immer derjenige, der etwas mit dir macht, was du nicht willst oder dir unangenehm ist. Wenn dir nicht gleich geglaubt wird, wende dich an jemand anderen, bis dir geholfen wird. Überlege, wer dir in schwierigen Situationen helfen könnte.

Jedes Kind hat das Recht, sich Hilfe zu holen!!!





Phoenix ist eine Fachberatungsstelle gegen sexuelle Ausbeutung von Jungen in Saarbrücken, die saarlandweit tätig ist. Sie bietet Jungen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, sowie deren Umfeld fachliche Hilfe und Unterstützung an. Neben der Beratung von Betroffenen werden auch Präventionsveranstaltungen in Kindergärten, Schulen und anderen Einrichtungen durchgeführt.

Da in den meisten Fällen sexueller Missbrauch bereits zwischen dem fünf-

ten und zehnten Lebensjahr beginnt, will Phoenix Lehrkräfte und Eltern motivieren, frühzeitig mit der Prävention und der Ich-Stärkung zu beginnen. Dabei sind Grundschulen besonders geeignet, den Schutz vor sexuellem Missbrauch und sexualisierter Gewalt zu verbessern, denn sie sind neben der Familie die wichtigste Informations- und Sozialisationsinstanz für Mädchen und Jungen dieser Altersgruppe. Allerdings können auch Schulen selbst Ort von sexuellen Misshandlungen durch andere Schüler oder auch Lehrkräfte sein.

Dieser Flyer wendet sich deshalb direkt an die Grundschüler, um diese zu sensibilisieren für Grenzverletzungen in diesem Umfeld. Kinder werden in diesem kleinen Flyer mit Zeichnungen und Texten über sexuelle Ausbeutung, Hilfsmöglichkeiten und Adressen informiert; auch ein kleines Frage-Antwort-Spiel zum Thema ist darin enthalten.

Das Team der Beratungsstelle hat den neuen Flyer selbst entworfen. Der Flyer ist in einem Format, das gerade Grundschüler besonders anspricht, nämlich klein und bequem im „Hosentaschenformat“. Also lesen – und dann einfach in die Hosentasche stecken, dem Ort für Geheimnisse, Schätze und Helfer

von Grundschulkindern. Und wenn er beim Hosenwaschen entdeckt wird, ist dies sicher ein Anlass, dass Eltern mit ihrem Kind über sexuelle Misshandlungen und Grenzverletzungen reden können.

Der Flyer ist zu beziehen bei:
Phoenix Beratung gegen sexuelle Ausbeutung von Jungen
Schubertstraße 6
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681/7619685
phoenix@lvsaarland.awo.org

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maïke Paritong, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681-9545556
Fax: 0681-9545558
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



wir leben in einer medial sehr schnelllebigen Zeit. War vor einigen Monaten die Flüchtlingskrise das beherrschende Thema in den Medien, so wird aktuell nur noch sehr selten darüber berichtet. Doch bedeutet das auch, dass alle Flüchtlinge versorgt sind und kein Bedarf mehr für psychotherapeutische Behandlungsangebote da ist? Das Gegenteil ist der Fall! Noch immer gibt es viele bedürftige Menschen, die aus Kriegs- und Krisengebieten zu uns kommen und

denen lediglich eine medizinische Basisversorgung zugestanden wird. In den Rahmenbedingungen für diese Versorgung wird sogar behauptet, dass eine posttraumatische Belastungsstörung als ein „normales und hinnehmbares“ Leiden dieser Menschen betrachtet werden kann, das keine Therapiebedürftigkeit begründet und auch deren Abschiebung nicht verhindern kann. Wir Psychotherapeuten sehen das zum Glück anders und kritisieren derartige Regelungen auch öffentlich. So hat die Kammerversammlung der PKSH Ende März einstimmig eine Resolution verabschiedet, in der wir die Verharmlosung psychischer Erkrankungen

als vollkommen inakzeptabel kritisieren und uns gegen jegliche Diffamierung und Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, unabhängig jeglicher Herkunft, wenden.

Weitere Themen: Wir berichten über Aktivitäten des Vorstands, auf kommunaler Ebene die Forderung nach einer gerechten und angemessenen Vergütung unserer angestellten Mitglieder zu unterstützen. Der aktuelle DAK-Gesundheitsreport bescheinigt, dass Frauen wesentlich häufiger psychisch erkranken als Männer. Zu einer Erklärung dieses Phänomens wurde der Präsident der PKSH, Dr. Rogner, für das Schleswig-Holstein Magazin des NDR befragt. Gerade Ausbildungskandidaten zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben Schwierigkeiten, einen geeigneten Platz für das sogenannte Psychiatriejahr zu finden. Der Vorstand der PKSH weist auf diesen Missstand hin und ist bemüht, Auswege hierfür zu finden. Einzelne Krankenkassen versuchen gezielt, bei der Psychotherapie im Wege der Kostenerstattung nach § 13 III SGB V den Honoraranspruch auf einen Satz deutlich unterhalb des GKV-Niveaus zu drücken. Die PKSH gibt Hinweise, worauf zu achten ist. Schließlich weisen wir auf ein neues Merkblatt zur Einwilligung beider Elternteile bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen hin.

Es grüßt Sie herzlich im Namen des Vorstands
 Dr. Oswald Rogner
 Präsident

Eingruppierung in den TVöD

In Vorfeld der Tarifverhandlungen hat sich die PKSH mit einer Petition an die Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände auf Bundesebene gewandt und eine angemessene Eingruppierung für die angestellten KollegInnen gefordert.

Bei den jüngsten Tarifverhandlungen ist jedoch nur die Eingruppierung der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in die Entgeltgruppe 14 erreicht worden. Der Vorstand der Kammer hat daraufhin auf Landesebene in einem Treffen mit Herrn Kley, Verband

der kommunalen Arbeitgeber (KAV) in Schleswig-Holstein, dieses Ergebnis kritisiert und bleibt bei der Forderung der längst überfälligen tariflichen Einordnung im TVöD, analog der üblichen fachärztlichen Eingruppierung (Facharztтарif, vergleichbar in Entgeltgruppe 15 bzw. in den entsprechenden ärztlichen Vergütungsgruppen.)

Herr Kley (KAV) zeigte im Gespräch Verständnis für die Forderung der PKSH.

Es wurde im Gespräch weiterhin deutlich, dass es für den Kampf um eine Höhergruppierung analog der Fachärzte

von Vorteil sein kann, wenn auch PsychotherapeutInnen zukünftig Medikamente verordnen können. Wir werden in den nächsten Jahren weiterhin jede Gelegenheit nutzen, um unsere Position deutlich zu machen.

Es muss zukünftig eine Eingruppierung für unsere angestellten Mitglieder geben, die ihrer Ausbildung und ihren qualifizierten Tätigkeiten gerecht wird. Dafür werden wir uns auch weiterhin konsequent einsetzen.

4. Norddeutscher Psychotherapeutentag

Vielfalt in der Psychotherapie

**Sonnabend, 24. September 2016 von 9.00 bis 18.00 Uhr
 im Wissenschaftszentrum Kiel, Fraunhoferstraße 13 (Westring)**

Die Themen der Workshops sind:

- Mediales Suchtverhalten
- Psychoanalytische Paartherapie
- Behandlung traumatisierter Flüchtlinge
- Elternschaft – Bedeutung für die Elternarbeit bei Kinderpsychotherapien und Psychotherapien von Eltern
- Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie
- Burn-out bei Patienten und Therapeuten
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie
- Empowerment für Angestellte

Infotische (09.00 – 11.00 Uhr):

- für PsychotherapeutInnen in Ausbildung
- für Studierende



Weiteren Infos und
 Anmeldung online unter
bit.ly/1T91cJH



Interview des Präsidenten der PKSH zum DAK-Gesundheitsreport 2016

Der aktuelle Gesundheitsreport der DAK widmet sich dem Thema von Unterschieden beim Krankenstand und beim Diagnosespektrum zwischen Männern und Frauen. Danach waren im Jahr 2015 psychische Erkrankungen wieder einmal der dritthäufigste Grund für Krankschreibungen nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und der Atemwegserkrankungen. Insgesamt leiden Frauen häufiger unter psychischen Erkrankungen und sind deswegen auch länger krankgeschrieben als Männer.

Der Präsident der PKSH, Herr Dr. Rogner, wurde vom NDR gebeten, für die Sendung Schleswig-Holstein Magazin

hierzu Stellung zu beziehen. Er konnte aus der Sicht des praktisch tätigen Psychotherapeuten bestätigen, dass sich in der Tat mehr Frauen als Männer in eine psychotherapeutische Behandlung begeben, und führte dies unter anderem darauf zurück, dass Frauen aufgrund ihrer Erziehung und ihres Rollenverständnisses mehr über ihre psychische Befindlichkeit reden und im Zuge dessen auch eher Gefühle wie Traurigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung benennen können als Männer. Dies wiederum führe im Praxisalltag dazu, dass Hausärzte, die zumeist für die Krankschreibung zuständig sind, frühzeitiger eine psychische Erkrankung erkennen und

ihre Patientinnen in eine Psychotherapie überweisen.

Dass Frauen länger krankgeschrieben werden als Männer, führte Dr. Rogner auf die Doppelbelastung der Frauen durch Familie und Beruf zurück und darauf, dass sie wesentlich häufiger in sozialen Berufen arbeiten, was wiederum oftmals mit erheblichen emotionalen Belastungen verbunden ist. Er konnte aber auch deutlich machen, dass die frühzeitige Aufnahme einer Psychotherapie nicht nur das Leiden der Betroffenen zu lindern vermag, sondern dass es auch aus volkswirtschaftlicher Sicht zu einer Kostensparnis im Gesundheitswesen beiträgt.

Flaschenhals „Psychiatriejahr“ in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

In der Ausbildung zu Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gibt es viele Unwägbarkeiten, die es zu meistern gilt. Dazu können wahrscheinlich alle AusbildungskandidatInnen der verschiedenen Ausbildungsinstitute unseres Landes etwas berichten. Zu vielen Stolpersteinen der Ausbildung wurden in den vorherigen Ausgaben des Psychotherapeutenjournals und in vielen anderen Fachzeitschriften und Internetforen Artikel geschrieben, die den Frust und den Ärger der AusbildungskandidatInnen dargestellt und wiedergegeben haben.

Es scheint, in den letzten Jahren habe sich in Schleswig-Holstein ein weiteres Problem eingeschlichen, welches in der Diskussion über die schlechte Vergütung der AusbildungskandidatInnen während der praktischen Tätigkeit in Kliniken und Psychiatriepraxen ein bisschen untergegangen ist. Immer mehr AusbildungskandidatInnen haben das Problem, überhaupt einen Praktikumsplatz in einer stationären Einrichtung zu bekommen. Die Grundlage für das sogenannte Psychiatriejahr von 1.200 Stunden bildet der § 2 der Ausbildungs-

und Prüfungsverordnung (PsychTh-APrV). Bekannt dürfte auch sein, dass von den 1.200 Stunden mindestens 600 Stunden in einer stationären Einrichtung abgeleistet werden müssen. Da scheint es gerade in der Ausbildung zu Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen einen Flaschenhals zu geben, der sogar dazu führt, dass KandidatInnen sich nicht zur Approbationsprüfung anmelden können, weil ihnen die 600 Stunden praktische Tätigkeit in eine stationären Einrichtung fehlen.

Jetzt werden wahrscheinlich einige LeserInnen denken, dass der Grund dafür die hohe Anzahl von AusbildungskandidatInnen sein könnte, die sich auf die Praktikumsplätze in den Kliniken bewerben. Das scheint aber nicht der Grund zu sein. Denn der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein wurden Informationen von AusbildungskandidatInnen bereitgestellt, dass sie aufgrund ihres Grundstudiums der Diplom-Pädagogik und der Sozialpädagogik von den stationären Kliniken für das praktische Jahr abgelehnt wurden. Die Kliniken haben ihre Ablehnung damit begründet, dass sie keine Einsatzmöglichkeiten für die AusbildungskandidatInnen mit den

genannten Grundstudiengängen hätten.

Anders sieht es aber in den Praxen der Kinder- und Jugendpsychiater und den Tageskliniken im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich aus. Die scheinen sehr wohl die AusbildungskandidatInnen einsetzen zu können, aber leider werden nur 600 Stunden in diesen Einrichtungen für die Ausbildung anerkannt. Die AusbildungskandidatInnen für den Bereich der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen befinden sich demnach in der Situation, per Gesetz (PsychTh-APrV) ein Praktikum absolvieren zu müssen, das sie real nicht absolvieren können. Das Landesamt für soziale Dienste und das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein sind über diesen Missstand informiert. Leider ist bis jetzt aber keine grundlegende Lösung für dieses Nadelöhr gefunden worden, sodass sich viele AusbildungskandidatInnen mit ihrem Problem, das praktische Jahr in einer stationären Klinik absolvieren zu müssen, allein gelassen fühlen dürften.

Haluk Mermer
Vorstandsmitglied

Beauftragte für den Bereich „Psychiatrie“ neu berufen

In seiner Sitzung am 01.03.2016 hat der Vorstand der PKSH Frau Maria Könemann als Beauftragte für den Bereich „Psychiatrie“ neu berufen.

Frau Könemann wird die PKSH in der AG Psychiatriebericht des Landes Schleswig-Holstein beim Sozialministerium vertreten. Außerdem wird sie für das Thema „Pauschalierendes Entgeltssystem für Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) zuständig sein und den Vorstand in diesem Bereich beraten.



*Dipl.-Psych. Maria Könemann,
*1987, Diplom-Psychologin seit 2013, seit
2015 in Ausbildung (KVT, IFT Nord), aktuell
tätig im ZIP Kiel auf der Station für Krisenin-
tervention*

IKK und außervertragliche Psychotherapie

Die IKK Nord in Schleswig-Holstein steht auf dem Standpunkt, dass aufgrund einer erteilten Leistungszusage gegenüber PsychotherapeutInnen ein Gebührenanspruch auf den einfachen Satz der GOÄ beschränkt sei.

Gemäß §11 GOÄ, die der GOP gleich ist, sind Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses zu berechnen, wenn ein Leistungsträ-

ger im Sinne des SGB I oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet. Der Hinweis auf die Gebührensätze bedeutet zeitgleich, dass nur der einfache Satz gezahlt wird!

Ein Betrag wird von der Kasse genannt. Geht der Psychotherapeut auf dieses Angebot ein, wird später kein höherer Betrag mehr in Rechnung gestellt werden können.

Wir werden uns mit der IKK in Verbindung setzen, um zu verhindern, dass dieses Vorgehen Schule macht. Bis dahin heißt es jedoch für die KollegInnen in der Kostenerstattung achtsam zu sein und auf solche Angebote der IKK nicht einzugehen. Klären Sie im Vorfeld mit Ihren Patienten, welchen Betrag Sie abrechnen werden.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Neues Merkblatt auf der Homepage eingestellt

In der Praxis begegnen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen regelmäßig unterschiedliche Konstellationen: Elternpaare zusammen mit dem Kind, Eltern und Geschwister zusammen mit dem erkrankten jungen Patienten, ein Elternteil mit dem Kind, getrennt lebende oder geschiedene Eltern, Jugendliche oder Heranwachsende ohne Beisein der Eltern usw. Hier ist dann nicht allein nur die vielfältige und weitgefächerte psychotherapeutische

Kompetenz der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gefragt. Aus den meisten Konstellationen ergeben sich auch immer wieder rechtliche Besonderheiten, die es unbedingt zu beachten gilt. Zur Frage der Einwilligung beider Eltern bei Aufnahme einer Psychotherapie – und hierzu sind auch schon die Probatorischen Sitzungen und die Diagnostikphase (Testpsychologische Leistungen) zu zählen – hat die PKSH jetzt ein Merkblatt auf ihrer Homepage eingestellt (www.pksh.de/index.php/service-fuer-mitglieder/info-selbstaendige-mitglieder.)

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Ulrich Müller (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-

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

15. Jahrgang, Ausgabe 2/2016

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

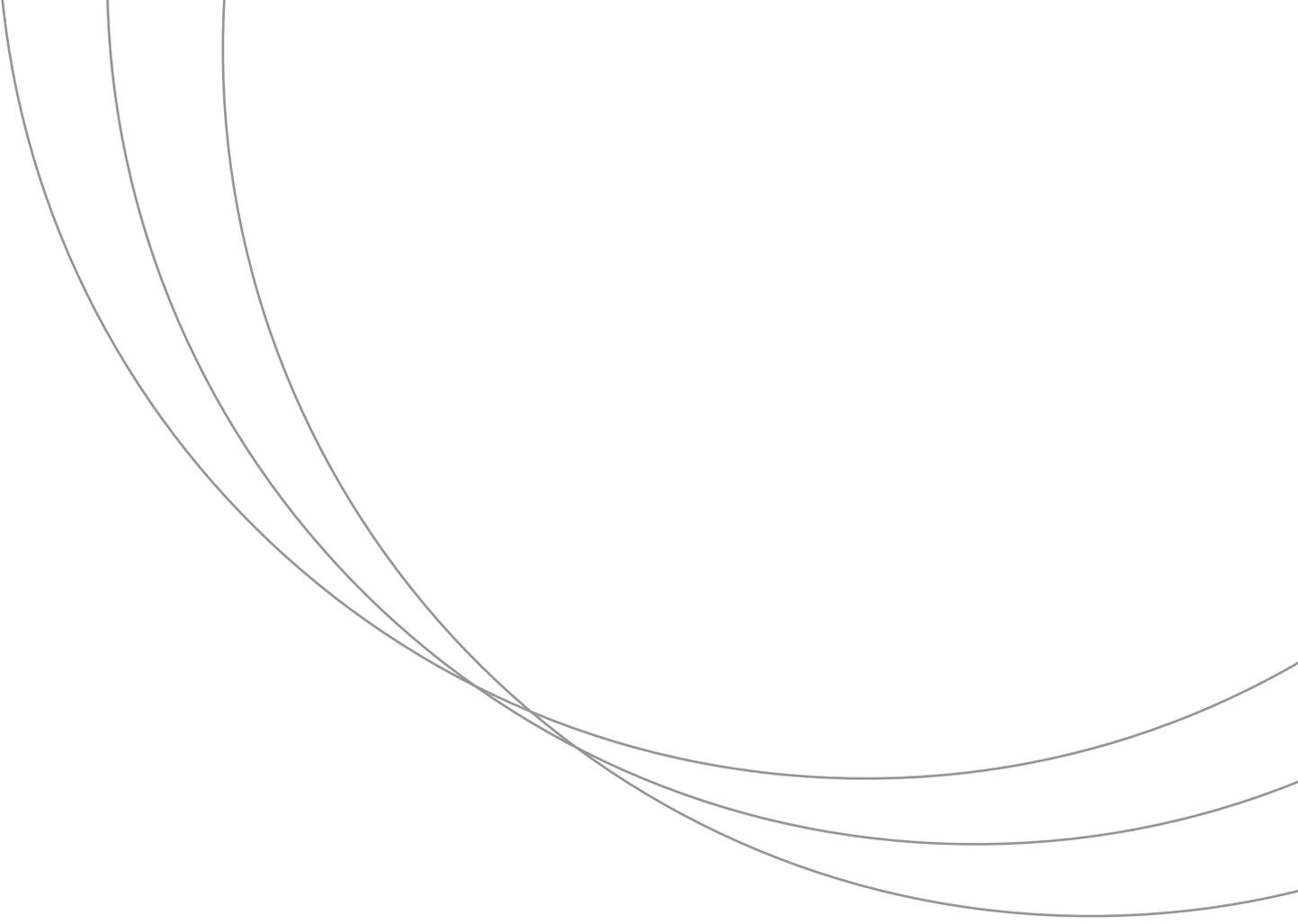
Redaktionsschluss für Ausgabe 3/2016 ist der 20. Juni 2016 und für Ausgabe 4/2016 der 23. September 2016. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen/-kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere fürervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

