

# *Psychotherapeuten- journal*

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

**3/2013**

18. September 2013 (S. 227-344)

- **Schwerpunkt: Psychotherapie im Maßregelvollzug**
- **Philosophische Behandlung von Psychotherapie – Indikationen, Risiken und Nebenwirkungen**
- **Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**
- **Schwerpunkt: Diskussion zur Reform der Psychotherapieausbildung**
- **Das neue Bundeskinderschutzgesetz – ein Thema für Psychotherapeuten?**
- **Reinhard Tausch – ein Nachruf**



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kurz nach Redaktionsschluss hat uns die traurige Nachricht erreicht, dass Reinhard Tausch, Wegbereiter der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, am 8. August 2013 verstorben ist. Friedemann Schulz von Thun würdigt in einem Nachruf Leben und Verdienst dieses für viele Kolleginnen und Kollegen wichtigen Pioniers und Lehrers.

Mit dieser Ausgabe halten Sie ein Doppelschwerpunktheft in Händen: Zwei Beiträge befassen sich mit der Psychotherapie im Maßregelvollzug – ein Themenfeld, das vielen Kolleg(inn)en kaum vertraut ist. Unser anderer Schwerpunkt ist *das* Thema 2013 für die Psychotherapeut(inn)en: die notwendige Reform der Psychotherapieausbildung. Zahlreiche Autor(inn)en befassen sich in mehreren Artikeln mit diesem wichtigen Thema. Dazu finden Sie noch weiteres Interessantes aus Praxis und Forschung – mit einem Wort: eine abwechslungsreiche Ausgabe des PTJ!

Anne Springer führt in den kleinen Schwerpunkt dieses Heftes ein: das psychotherapeutische Tätigkeitsfeld im Maßregelvollzug. Christian Hartl und Wiltrud Schepp beschreiben zunächst die besonderen Arbeitsbedingungen. „Wie kann man da nur arbeiten?“ – Diese Frage wird sich so nach der Lektüre nicht mehr stellen. Anschaulich stellen die Autoren Konzept und Erfolge der Behandlung anhand von Fallbeispielen dar. Stefan Kriegisch reflektiert in seinem Beitrag die verborgenen Gefahren, die in der Tendenz stecken, das Sexualstrafrecht zu verschärfen. Er fordert uns – die Fachwelt – auf, sich sachlich fundiert in die öffentliche Debatte einzumischen, die medial eher reißerisch stattfindet!

In die philosophische Betrachtungsweise der Psychotherapie führt uns Matthias Kettner ein und begründet damit das Ziel einer schulenübergreifenden Psychotherapiewissenschaft.

Soll man Eltern in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen einbeziehen? Ja, natürlich! Aber wie geschieht dies und unter welchen Bedingungen? Dieser Frage gehen Susanne Knappe und Kolleginnen mit ihrer Befragung sächsischer Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en nach und beleuchten dabei auch Hindernisse für die als notwendig und hilfreich erachtete Beteiligung der Eltern.

Betrifft uns eigentlich das neue Bundeskinderschutzgesetz? Selbstverständlich! Was mache ich, wenn ich den Verdacht habe, ein Kind sei (in seiner Familie o. ä.) gefährdet? Wie löse ich den Konflikt mit der Schweigepflicht? Der Gesetzgeber führt eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ ein: zur Beratung und Unterstützung der Gefährdungsabschätzung. Was daraus für unseren Berufsstand folgt, beschreibt Jörg Hermann und betont die Relevanz sowohl für Psychologische Psychotherapeut(inn)en als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en.

Das für unseren Berufsstand aktuell wohl bedeutsamste Thema ist die zukünftige Gestaltung der Psychotherapieausbildung! Viele von Ihnen denken vielleicht jetzt zunächst: „Was geht mich das noch an? Ich habe ja meine Approbation!“ Umso erfreulicher ist es, dass sich immer mehr Kolleg(inn)en aktiv in die Diskussion um unseren Beruf einbringen und Berufs- und Fachverbände Tagungen dazu abhalten, nachdem bereits der Deutsche Psychotherapeutentag, der BPTK-Länderrat und der BPTK-Vorstand intensiv diskutieren. In der Diskussion geht es um eine Abwägung der verschiedenen Interessen von Ausbildungsteilnehmer(inne)n, Dozent(inn)en, Instituten, Kliniken, Krankenkassen, Verwaltung und nicht zuletzt den psychisch kranken Menschen, die behandelt sein wollen und sollen.

Jürgen Hardt geht in seinem Beitrag – einer „besorgten Polemik“ – auf Rainer Richters Artikel zur berufspolitischen Diskussion des zukünftigen Berufsbildes (PTJ 2/2013) ein. Er beleuchtet diese Diskussion vor dem Hintergrund der politisch-gesellschaftlichen Entwicklung und stellt wissenschaftlich-philosophisch fundiert die Frage: Wo wollen wir mit unserem Beruf und Selbstverständnis hin? Und er mahnt kritisch an zu bedenken, wie unser Beruf als Heilberuf erhalten werden kann, wenn sich das Ideal der Marktorientierung zunehmend durchsetzt. Diesen Beitrag lege ich Ihnen besonders ans Herz.

Robin J. Siegel befasst sich mit den Prüfungs- und Absolventenzahlen der vergangenen neun Jahre. Er analysiert diese gründlich und interpretiert auch im Vergleich mit früheren Prognosen dazu, z. B. von Landeskammern und BPTK. Dabei geht er der Frage nach, wie der Bedarf an Nachwuchs realistisch abgebildet werden kann.

Während noch nicht klar ist, ob eine universitäre Direktausbildung sinnvoll ist und wie sie gestaltet werden kann, beschäftigen sich Walter Ströhm und Kollegen mit der Frage, wie die daran anschließende Weiterbildung überhaupt aussehen könnte. Weiterbildung ist hierbei analog zur fachärztlichen Systematik gemeint. Ausgehend von definierten Prämissen stellen die Autoren ein Modell vor, das Lösungen zur Struktur und Finanzierung der Weiterbildung beinhaltet sowie mögliche „Störvariablen“ darlegt.

Wie sehen das eigentlich die Fachgesellschaften und -verbände? Dies stellen Anni Michelmann und Kolleg(inn)en in ihrem Tagungsbericht dar. Und sie stellen Forderungen auf, welche Probleme vor einer Reform noch zu lösen sind.

Theresa Unger und Thomas Fydrich gehen mit einer interessanten empirischen Studie der gelegentlich geäußerten Hypothese nach, dass die Zusammenführung von Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einer zukünftigen gemeinsamen Ausbildung dazu führen würde, dass es kein Interesse mehr an einer Spezialisierung auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gäbe.

Die Redaktion freut sich auf die Diskussionsbeteiligung aus der Leserschaft!



*Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein),  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	227
<b>Originalia</b>	
<b>Schwerpunkt:</b>	
<b>Psychotherapie im Maßregelvollzug – Eröffnung einer Diskussion</b> . . . . .	230
<i>Anne Springer</i>	
Redaktionelle Vorbemerkung . . . . .	230
<i>Christian Hartl &amp; Wiltrud Schepp</i>	
<b>Wie kann man da nur arbeiten? Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Maßregelvollzug</b> . . . . .	230
Der psychotherapeutischen Arbeit im Maßregelvollzug wird oft mit Vorurteilen begegnet. Daher soll der Artikel ein realistischeres Bild von dieser Tätigkeit vermitteln. Es werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs dargestellt, Behandlungsergebnisse präsentiert und anhand von zwei Fallbeispielen Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit aufgezeigt.	
<i>Stefan Kriegisch</i>	
<b>Verborgene Gefahren – Kommentar zur Tendenz, das Sexualstrafrecht immer weiter zu verschärfen</b> . . . . .	236
Das Sexualstrafrecht wurde in den letzten zwei Jahrzehnten mehrfach verschärft. In diesem Trend, der noch nicht zum Erliegen gekommen ist, lauert auch eine Gefahr.	
<i>Matthias Kettner</i>	
<b>Philosophische Behandlung von Psychotherapie – Indikationen, Risiken und Nebenwirkungen.</b> . . . . .	239
Psychotherapie bedarf theoretischer Reflexion, aber von der richtigen Art. Zwischen Philosophen und Psychotherapeuten gab und gibt es produktive Allianzen, aber auch massive Missverständnisse. Nur wenn wir Gefühle und rationale Gründe nicht mehr als Gegensätze sehen und schulenübergreifende Psychotherapiewissenschaft für wünschenswert halten, sind die Bedingungen für heilsame Wechselwirkungen gegeben.	
<i>Susanne Knappe, Nicole Müller &amp; Samia Härtling</i>	
<b>Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Status quo, Nutzen und Barrieren aus Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen</b> . . . . .	246
Niedergelassene sächsische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden – aus vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutischer Perspektive – zu Umfang, Nutzen und Barrieren des praktischen Einbezugs von Eltern befragt. Sie berichteten überwiegend über positive Erfahrungen und deutliches Interesse am Einbezug der Eltern, allerdings zeigen sich auch Probleme bei der Terminfindung, Ablehnung vonseiten der Familien sowie wenig flexible Abrechnungsbestimmungen.	
<b>Schwerpunkt:</b>	
<b>Diskussion zur Reform der Psychotherapieausbildung.</b> . . . . .	253
<i>Jürgen Hardt</i>	
<b>Zur aktuellen Berufsbilddiskussion von „Psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“</b> . . . . .	253
Eine besorgte Polemik.	
<i>Robin J. Siegel</i>	
<b>Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung. Entwicklung und mögliche Implikationen für den Berufsstand.</b> . . . . .	256
Vor dem Hintergrund von Schätzungen zur Mindestanzahl an neuapprobierten Psychotherapeuten und den problematischen Ausbildungsbedingungen werden die Absolventenzahlen der schriftlichen IMPP-Prüfung der vergangenen neun Jahre vorgestellt, analysiert und diskutiert. Der deutliche Anstieg der Absolventenzahlen wirft dabei Fragen zum realen Bedarf an neuapprobierten Psychotherapeuten auf.	
<i>Walter Ströhm, Ulrich Schweiger &amp; Jürgen Tripp</i>	
<b>Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie.</b> . . . . .	262
Als Beitrag zur Diskussion um eine Direktausbildung werden die Implikationen dargestellt, die sich für eine Weiterbildung im Anschluss an eine Direktausbildung ergeben. Es werden Konsequenzen für Struktur und Finanzierung der Weiterbildung beschrieben und daran anschließend ein Modell einer möglichen Weiterbildung in Psychotherapie skizziert sowie Vor- und Nachteile diskutiert.	

*Anni Michelmann, Günter Ruggaber, Helene Timmermann, Sabine Trautmann-Voigt, Susanne Walz-Pawlita, Birgit Wiesemüller & Felix Hoffmann*  
**„Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung. . . . .** 269

Bei einer Fachtagung in Berlin kommentierten die ausbildenden Verbände die vom Bundesministerium für Gesundheit geplante Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Die Veranstaltung war sehr gut besucht und ermöglichte mit großer Beteiligung des Publikums streitbare Diskussionen.

*Theresa Unger & Thomas Fydrich*  
**Im Rahmen eines „Ein-Beruf-Modells“ wäre der Weiterbildungsschwerpunkt „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ stark gefragt. . . . .** 272

In einer Online-Umfrage wurden Psychologiestudierende nach ihrem Interesse für den Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie befragt. Die Umfrageergebnisse entkräften die Befürchtung, dass durch ein Direktstudium „Psychotherapie“ die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährdet sein könnte.

*Jörg Hermann*  
**Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen – ein Thema für Psychotherapeuten? . . . .** 275

Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz präzisiert und erweitert den staatlichen Auftrag, Kinder zu schützen und Eltern bei Bedarf frühzeitig passgenaue Hilfen bei der Umsetzung ihres Erziehungsauftrages anzubieten. Der Gesetzgeber hat zur Beratung und Unterstützung der Gefährdungsabschätzung eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ eingeführt. Im Artikel wird dargestellt, was daraus für unseren Berufsstand folgt.

**Aktuelles aus der Forschung**

*Nina Sarubin*  
**Sport als begleitende Maßnahme bei der Psychotherapie depressiver Patienten. Implikationen für die psychotherapeutische Praxis . . . . .** 278

**Nachruf**

*Friedemann Schulz von Thun*  
**Facilitator einer menschlichen Haltung – zum Tod von Reinhard Tausch . . . . .** 283

**Leserbrief . . . . .** 284

**Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern**

Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .	286	Niedersachsen . . . . .	317
Baden-Württemberg . . . . .	290	Nordrhein-Westfalen . . . . .	321
Bayern . . . . .	296	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .	326
Berlin . . . . .	301	Rheinland-Pfalz . . . . .	330
Bremen . . . . .	305	Saarland . . . . .	334
Hamburg . . . . .	309	Schleswig-Holstein . . . . .	338
Hessen . . . . .	313		

**Impressum Psychotherapeutenjournal. . . . .** 343

**Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages . . . . .** A1

**Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages. . . . .** A17

**Hinweise:**

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

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

- Nordrhein-Westfalen: Änderung einer Verwaltungsvorschrift

# Psychotherapie im Maßregelvollzug – Eröffnung einer Diskussion

## Redaktionelle Vorbemerkung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit den beiden folgenden Texten laden wir Sie zur Beschäftigung mit einem besonderen Tätigkeitsfeld Psychologischer Psychotherapeuten und -therapeutinnen ein: der Psychotherapie im Maßregelvollzug.

Die Autoren thematisieren in ihren Beiträgen aus der Perspektive eigener psychotherapeutischer Arbeit mit schweren Straftätern die gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie die Chancen und speziellen fachlichen und emotionalen Herausforderungen ihrer Tätigkeit. Sie fordern aber auch – besonders Stefan Kriegisch – eine kritische Distanz zur eigenen Tätigkeit und betonen die Notwendigkeit, sich nicht nur in der Fachöffentlichkeit, sondern auch im Diskurs der veröffentlichten Meinung, der besonderen Verantwortung im Umgang mit undifferenzierten Forderungen nach weiteren Strafverschärfungen, die teils bis hin zum Schüren von „Progrimmungen“ gegen psychisch kranke Straftäter gehen, bewusst zu sein.

Beide Texte verdeutlichen, in welchem Ausmaß die im Maßregelvollzug behandelten Täterinnen und Täter nicht nur die dort arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die gesamte Institution, sondern auch die Zivilgesellschaft insgesamt vor die belastende Herausforderung stellen, nicht „Volkes Stimme“ nachzugeben, sondern die Realität von Chancen und Grenzen, Möglichkeiten und Unmöglichkeiten dieser schwierigen Arbeit im Blick zu behalten und zu würdigen.

Wir empfehlen Ihnen die Lektüre dieser Artikel und hoffen damit, die Auseinandersetzung mit einem wichtigen Thema der Psychotherapie im PTJ zu eröffnen. Ihre Beiträge zur Debatte sind uns willkommen!

*Für den Redaktionsbeirat  
Anne Springer, Berlin*

## Wie kann man da nur arbeiten? Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Maßregelvollzug

Christian Hartl & Wiltrud Schepp

**Zusammenfassung:** Da viele Psychotherapeuten<sup>1</sup> negative Vorstellungen über die Arbeit mit Straftätern im Maßregelvollzug (der „Forensik“) haben, möchte der Artikel ein realistischeres Bild von dieser Tätigkeit vermitteln. Zunächst werden die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen dargestellt, bevor in zwei weiteren Abschnitten die beiden unterschiedlichen Bereiche der Behandlung von psychisch kranken Straftätern nach § 63 StGB und von suchtkranken Delinquenten nach § 64 StGB beschrieben werden. Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen werden beispielhaft zwei Fälle geschildert und die damit verdeutlichten Arbeitsbedingungen diskutiert. Behandlungsergebnisse, die zum Teil in der Regensburger Klinik gewonnen wurden, in der die Autoren tätig sind, werden dargestellt, und Aussagen von Kollegen werden zitiert, warum sie (gerne) in der Forensik arbeiten. Ein Fazit über die Arbeit von Psychologischen Psychotherapeuten im Maßregelvollzug schließt den Artikel ab.

der in einer forensischen Klinik arbeitet. Als forensischer Mitarbeiter hat man besonders häufig das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, warum man gerade in diesem Bereich arbeitet.

Vergleichbar zu Psychotherapeuten in anderen Arbeitsfeldern kommt es auch bei forensisch Tätigen vor, dass von Berufskollegen der jeweils andere Tätigkeitsbereich als besonders schwierig oder belastend eingeschätzt wird. „Du arbeitest in der Forensik? Das stelle ich mir total schwierig

„Wie kann man denn nur mit solchen Menschen arbeiten?“, „Wie kann man in der Forensik arbeiten, wenn man selbst Kinder

hat?“ lauten oft geäußerte Fragen in Gesprächen, nachdem man sich als Psychologischer Psychotherapeut „geoutet“ hat,

<sup>1</sup> Zur einfacheren Lesbarkeit wird im Artikel jeweils nur die männliche Form verwendet, gleichwohl sind Männer und Frauen gemeint.

vor.“ Allerdings scheint der Anteil der Bewunderung für diesen Tätigkeitsbereich deutlich seltener zu sein („Wie kann man denn nur ...?!“). In der Arbeit mit Tätern, sei es im Maßregelvollzug, im Strafvollzug oder auch in ambulanten Behandlungssettings, stößt man auf viele Vorbehalte: „Die haben’s doch bei euch viel besser als im Knast!“, „Und wer denkt eigentlich an die Opfer?“ Häufig wird von Außenstehenden, manchmal auch von Berufskollegen gemutmaßt, dass den Psychotherapeuten, die mit Tätern arbeiten, diese wichtiger seien als die Opfer. Es besteht der Verdacht, dass das noch so verwerfliche Verhalten dieser Menschen von den Psychotherapeuten zu Unrecht verharmlost und Ursachen in der Kindheit oder in den Umständen gesucht würden. Die Straftaten oder die Täter würden somit entschuldigt. „Das bringt doch nichts, Straftäter zu therapieren! Die werden doch immer wieder rückfällig!“ Eine weitere oft anzutreffende Einschätzung ist die vermeintlich schlechte Behandelbarkeit von Deliktrisiken oder von psychischen Erkrankungen, die maßgeblich zu den Delikten beigetragen haben.

Unser Beitrag beschäftigt sich mit den Hintergründen des Maßregelvollzugs und mit verschiedenen Aspekten der Arbeit mit Straftätern im Rahmen der Tätigkeit als Psychologischer Psychotherapeut in einer forensischen Klinik. Das Ziel dieses Artikels ist es, über dieses Arbeitsfeld zu informieren und Antworten auf die genannten Fragen und Vermutungen zu geben.

## Psychotherapeutische Arbeit im Maßregelvollzug

Die im blauen Kasten dargestellten Rahmenbedingungen zeichnen in erster Linie auch die Arbeit als Psychotherapeut in diesem Bereich aus. In der Täterbehandlung ist die erste und eine sehr wichtige Phase die Motivationsphase zu Beginn, da die überwiegende Anzahl der Täter ihre Behandlung ohne große Veränderungsmotivation beginnt. Sehr häufig werden von Tätern in dieser Phase Taten external und situativ attribuiert, was im subjektiven Modell nicht für die Notwendigkeit einer persönlichen Veränderung spricht. So werden beispielsweise äußere

### Was bedeutet Maßregelvollzug?

Straftaten ziehen Rechtsfolgen nach sich, die in Deutschland nach dem Strafgesetzbuch (StGB) geregelt sind. Dies können Strafen (wie Freiheitsstrafen und Geldstrafen) sein. Daneben gibt es verschiedene „Maßregeln der Besserung und Sicherung“, von denen wiederum zwei die Grundlagen des psychiatrischen Maßregelvollzugs darstellen. Hintergrund dieser Regelung ist dabei die Sicherung und Therapie von Straftätern, die aufgrund einer psychischen Störung nicht oder nur vermindert schuldfähig (§ 63 StGB) oder suchtkrank sind (§ 64 StGB). Die Kliniken, in denen die genannten Maßregeln vollzogen werden, sind forensisch-psychiatrische Fachkliniken oder entsprechende Abteilungen an psychiatrischen Kliniken. Hierbei werden die Begriffe „Maßregelvollzug“ und „Forensik“ in der Regel synonym verwendet.

### Unterbringung in der Psychiatrie – § 63 StGB

Einer der beiden großen Hauptbereiche im Maßregelvollzug ist die Unterbringung in einer Psychiatrie nach § 63 StGB. Eine Unterbringung in der Psychiatrie wird dabei zeitlich unbefristet angeordnet und erst dann beendet, wenn keine Gefahr mehr besteht, dass der Untergebrachte erneut straffällig wird. Dabei muss eine psychiatrische Grunderkrankung vorliegen, die den sogenannten juristischen Eingangskriterien einer krankhaften seelischen Störung, einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, dem Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit zuzuordnen ist. Deutschlandweit sind in Maßregelvollzugskliniken am häufigsten Patienten mit Schizophrenien (40%) und Persönlichkeitsstörungen (44%) anzutreffen (Dessecker, 2005; Leygraf, 1996), deutlich seltener minderbegabte Patienten (6%). In einer eigenen Stichprobe zeigt sich eine insgesamt ähnliche Verteilung mit etwas mehr intelligenzgeminderten Patienten (13%; Hartl, 2013). Die begangenen Straftaten sind dabei fast immer Gewalt- oder Sexualstraftaten, weil diese so schwerwiegend sind, dass sie die einschneidende Maßnahme einer unbefristeten Unterbringung rechtfertigen.

### Unterbringung in der Entziehungsanstalt – § 64 StGB

Der zweite Hauptbereich im Maßregelvollzug dient der Behandlung von Straftätern, die den Hang haben, übermäßig Alkohol oder andere berauschende Mittel zu konsumieren. Voraussetzung für die Unterbringung ist, dass die Straftat im Rausch begangen wurde oder auf den Hang zurückgeht (z. B. Beschaffungskriminalität). Ein Unterschied zur Unterbringung nach § 63 StGB besteht darin, dass diese Maßregel nur angeordnet wird, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht auf Therapieerfolg besteht. Anders als die Unterbringung in der Psychiatrie nach § 63 StGB kann diese Maßregel auch abgebrochen werden, wenn sich im Laufe der Therapie herausstellt, dass ein positiver Abschluss nicht zu erwarten ist. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass die Dauer der Unterbringung nach § 64 StGB zeitlich begrenzt ist. Diese Höchstdauer steht im Zusammenhang mit der meist zusätzlich vorliegenden Freiheitsstrafe, beträgt jedoch mindestens zwei Jahre. Das Spektrum der zur Anordnung der Maßregel führenden Straftaten unterscheidet sich ebenfalls vom § 63 StGB: Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und Eigentumsdelikte sind häufiger als Gewalt- und Sexualdelikte. Neben der Suchterkrankung liegen bei den nach § 64 StGB untergebrachten Tätern häufig noch weitere Diagnosen vor, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, aber auch jegliche Form von Achse-I-Störungen.

ßere Umstände wie die Verursachung einer konflikthaften Auseinandersetzung durch andere, vorhergehende Provokationen, Beeinflussung durch andere oder auch Zwang zur Erklärung herangezogen. Nicht selten wird die Schuld auf eine Ausnahmesituation („die praktisch nie wieder vorkommen kann“) oder auch auf Wirkungen von Subs-

tanzen, z. B. Alkohol, als alleinige Ursache geschoben. Diese erste Motivationsphase kann unter Umständen sehr lange dauern, wird andererseits aber durch die äußeren Bedingungen in einer Forensik unterstützt, die eine Entlassung erst bei nicht mehr bestehender Gefährlichkeit für andere Menschen (insbesondere bei den Patienten, die

unbefristet nach § 63 StGB untergebracht sind) in Aussicht stellen. Für die Psychotherapeuten bedeutet das zuerst einmal, mit Menschen zu arbeiten, die nicht selbst aus eigenem Antrieb um Hilfe ersuchen. Ganz im Gegenteil wird der Psychotherapeut in dieser Phase oft als Teil eines feindlichen und strafenden Systems erlebt.

Obwohl es auch in anderen Feldern der Psychotherapie vorkommt, dass Patienten aus Scham oder Gefühlen der sozialen Erwünschtheit nicht nur wahrheitsgemäße Angaben machen oder die subjektive Wahrheit aus verschiedenen Gründen von objektiv beobachtbaren Gegebenheiten abweicht, ist dies für Psychotherapeuten und die Psychotherapeuten in der Forensik ein besonders häufiges Problem. Einerseits ist die Scham über begangene Straftaten besonders groß, andererseits können Menschen sich nicht sofort auf einen „Wahrheitsmodus“ in der Psychotherapie umstellen, wenn sie zuvor über längere Zeit im Zusammenhang mit Prozesstaktik eine andere Wahrheit „produzieren“ mussten, selbst wenn sie nun den Entschluss dazu gefasst haben. Der Umgang mit Fremdinformationen, z. B. aus den Ermittlungsakten oder aus Beobachtungen im Stationsalltag, ist hier konfrontativer als in anderen psychotherapeutischen Bereichen, muss aber auch in der Forensik sorgfältig abgewogen werden. Die Konfrontation darf keinen Selbstzweck erfüllen, sondern wird dosiert zum Motivationsaufbau oder zur Unterstützung risikosenkender Veränderungen eingesetzt.

Es wird von Psychotherapeuten oft als besonderer Vorteil gesehen, dass in der Forensik, gerade im Bereich der §-63-Unterbringungen, mit weniger Zeitdruck gearbeitet wird. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur Entlassung liegt in unserer Klinik sowie deutschlandweit im Bereich § 63 StGB bei ungefähr sechs Jahren (Leygraf, 2006), im Bereich § 64 StGB bei unter zwei Jahren (Hartl, 2013).

### Therapie im Bereich des § 63 StGB

Ein **Fallbeispiel** soll exemplarisch einen Behandlungsverlauf eines nach § 63 StGB untergebrachten psychiatrischen Patienten schildern:

*Ein Patient mit einem pädosexuellen Delikt war von seiner Tat selbst sehr erschüttert und begann sehr schnell, motiviert an seiner Psychotherapie zu arbeiten. Der Patient zeigte sich bereits bei Behandlungsbeginn sehr offen, so dass frühzeitig eine tragfähige Delikthypothese entwickelt werden konnte. Aufgrund seines sehr geringen Selbstwertes, u. a. infolge einer lieblosen und teilweise gewalttätigen Erziehung, eines selbst erlebten sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und einer Sprechstörung, entwickelte der Patient eine Persönlichkeitsstörung mit vor allem selbstunsicheren Anteilen. Er begann unangenehme Gefühle und vor allem auch das Fehlen angenehmer Gefühle durch die Beschäftigung mit Sexualität zu kompensieren. Dies verstärkte sich im Erwachsenenalter durch das Fehlen einer für ihn befriedigenden partnerschaftlichen Beziehung und durch ausgeprägten Stress an seiner Arbeitsstelle. Schritt für Schritt führte das zu einer exzessiven Beschäftigung mit Sex und Pornografie, was aber auch nicht zu einer zufriedenen Lebensgestaltung führte und im Sinne eines Teufelskreises nach immer stärkeren oder ausgefalleneren Reizen verlangte und letztendlich zur Straftat führte.*

*Im Rahmen der Psychotherapie konnten über einen mehrjährigen Behandlungszeitraum viele Aspekte dieser Delinquenzgenese herausgearbeitet und dem Patienten selbst verdeutlicht werden. An vielen Stellen konnten sichtbare Erfolge erzielt werden. Der Patient erlangte ein besseres Selbstwertgefühl durch eine Besserung seiner Sprechstörung, durch ein besseres Abgrenzungsvermögen, durch deutlich verbesserte soziale Kompetenzen und Fähigkeiten des Stressmanagements. Durch bessere Fähigkeiten in der Realität musste er weniger in Fantasien (sexuelle, aber auch andere) für Ausgleich sorgen.*

*Trotz dieser guten Fortschritte wurde der Patient in einer Lockerungsstufe, die ihm unbegleitete Ausgänge über mehrere Stunden ermöglichte, mit einem exhibitionistischen Vorfall rückfällig.*

Für das gesamte Behandlungsteam und für den Psychotherapeuten war dieser Rückfall eine Belastung. Anders als in anderen (psycho)therapeutischen Bereichen wird diese Belastung nicht dadurch ausgeglichen, dass gleichzeitig viele Behandlungserfolge für den Psychotherapeuten sichtbar werden. Immerhin werden einzelne Patienten oft über sehr lange Zeit psychotherapeutisch begleitet und erzielen dabei nur langsam sichtbare Erfolge. Ein Rückfall, der bei einer anderen Psychotherapie als „normaler“ Verlaufsbestandteil gesehen würde, stellt hier die mehrjährigen Anstrengungen infrage und wirkt so besonders frustrierend. Die beim geschilderten Patienten erzielten Erfolge im Bereich seines Selbstwertgefühls, seiner Alltagsbewältigung und seiner Sexualität können aufgrund des Rückfalls nur schwer gewürdigt werden. Anders als bei anderen psychischen Problemen, bei denen Rückfälle auftreten und in einer Rückfallbearbeitung aufgegriffen werden, besteht diese Möglichkeit bei Straftaten häufig nicht.

Unzufriedenheit entsteht aufseiten der Behandler einerseits bei negativen Behandlungsverläufen. Aber auch im Falle regelgerechter Verläufe können lange Behandlungszeiträume über viele Monate oder mehrere Jahre dazu führen, dass erreichte Fortschritte nur wenig wahrgenommen werden. Für den geschilderten Fall ist zu konstatieren, dass auch die bereits erzielten Fortschritte nicht zu vernachlässigen sind und der weitere Verlauf sehr von der Analyse des Rückfalls abhängt und davon, ob es dem Patienten gelingt, die in diesem Vorfall aufgetretenen Aspekte zu bearbeiten. Zum anderen stehen diesem „negativen Verlauf“ auch viele Behandlungen mit positivem Ergebnis – wenn auch zum Teil mit hohem Zeitbedarf – gegenüber.

Der beispielhaft dargestellte Fall bezieht sich auf die Behandlung eines Sexualstraf Täters. Zwischen 10% und 30% der §-63-Patienten werden nach der Begehung von Sexualdelikten behandelt (Hartl, 2013; Leygraf, 2006; Seifert, 2007). Für Psychotherapeuten stellt sich in diesem Bereich die Frage, ob sie sich die Arbeit mit diesem Themengebiet grundsätzlich vorstellen können. In psychotherapeutischen Gesprächen müssen dabei sexuelle The-

men, teilweise auch bizarre Fantasien oder abstoßende Tatverläufe bearbeitet werden. Andererseits steht bei der Reduzierung des Deliktrisikos in dieser Patientengruppe die Bearbeitung der Sexualität nicht alleine im Vordergrund. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität stellt aber für hier tätige Psychotherapeuten eine besondere Anforderung dar.

### Therapie im Bereich des § 64 StGB

Ein weiteres **Fallbeispiel** verdeutlicht die Arbeit im forensischen Suchtbereich:

*Eine Patientin wurde wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) neben einer Freiheitsstrafe zum zweiten Mal zur Unterbringung nach § 64 StGB verurteilt. Unter anderem aufgrund einer Legasthenie tat sich die Patientin in ihrer Kindheit in der Schule sehr schwer und sie wurde von ihren Mitschülern häufig gehänselt. Sie internalisierte die abwertenden Aussagen der anderen und entwickelte einen niedrigen Selbstwert. Später lernte sie einige ältere Jungen und Mädchen kennen, die ihr sporadisch Anerkennung zukommen ließen, wenn sie Mutproben bestand oder kleinere Aufträge von ihnen ausführte. Die Mutproben bestanden z. B. im Rauchen von Zigaretten und Trinken von Bier und Schnaps. Bei den Aufträgen handelte es sich anfangs um Zigarettenklauen und schließlich um erste Botengänge als Drogenkurier. So kam sie in den Kontakt sowohl mit Drogen als auch mit einem kriminellen Umfeld. Mit 12 Jahren rauchte sie Zigaretten und trank bald regelmäßig Alkohol, mit 13 Jahren rauchte sie Cannabis und mit 15 Jahren konsumierte sie das erste Mal Heroin, das sie bald intravenös injizierte. Sie hatte sich damit die langersehnte Zugehörigkeit zu einer Gruppe verschafft, was ihren Selbstwert steigerte. Die Realität ertrug sie in nüchternen Phasen immer weniger und sie entwickelte depressive Episoden. Ihre erste Therapie im Maßregelvollzug absolvierte sie mit 25 Jahren. Sie konnte die Therapie anfänglich gut für sich nutzen und eine klare Abstinenzentscheidung gegenüber illegalen Drogen aufbauen.*

*Sie lehnte es jedoch vehement ab, an ihrer Alkoholproblematik zu arbeiten. Da sie schließlich in der Resozialisierungsphase wiederholt mit Alkohol rückfällig wurde, wurde die Therapie nach 1,5 Jahren abgebrochen. Den Rest ihrer Freiheitsstrafe musste sie in der Justizvollzugsanstalt (JVA) absitzen. Sie konsumierte bald wieder Heroin und wurde erneut straffällig. Mit 32 Jahren wurde sie erneut zur Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB verurteilt. Dieses Mal hatte sie von Beginn an eine höhere Therapiemotivation, insbesondere auch bzgl. ihrer Alkoholabhängigkeit, mit der sie sich nun auch auseinandersetzte. Sie informierte sich über das Thema Depression, erarbeitete sich Strategien im Umgang damit, begann z. B. regelmäßig Fahrrad zu fahren und nahm auch eine antidepressive Medikation ein. Sie beobachtete ihre automatischen Gedanken und erkannte den Zusammenhang zwischen ihrer depressiven Erkrankung, ihrer Einsamkeit, den internalisierten Sätzen ihrer Kindheit und ihrem geringen Selbstwert. Auch hier erarbeitete sie sich funktionalere Kognitionen, was durch die Arbeit mit ihrem „inneren Kind“ gestärkt wurde. Die depressiven Symptome verschwanden. Da sie die Struktur von außen durch den Maßregelvollzug in ihren Fortschritten deutlich unterstützte und ihr Sicherheit gab, wurde für die Resozialisierung ein Übergang geplant, der diese Unterstützung vorübergehend fortführte: Sie nahm an einer berufsfördernden Maßnahme teil, über die sie in ein reguläres Arbeitsverhältnis fand, und wohnte zunächst in einer therapeutisch begleiteten Wohngemeinschaft, mit dem Plan, längerfristig in eine eigene Wohnung zu ziehen.*

An diesem Fallbeispiel wird deutlich, dass teilweise mehrere Anläufe notwendig sind, damit eine Therapie zum Erfolg führen kann. Über die forensisch-psychiatrische Ambulanz der Klinik findet die ambulante Weiterbehandlung der Patientin nach ihrer Entlassung statt. Es wird sich zeigen, ob die Patientin es schafft, das im stationären Setting Gelernte auf ihren Alltag zu übertragen.

Vielfach haben drogenabhängige Patienten damit zu kämpfen, in ein „cleanes Umfeld“ hinein- und sich dort zurechtzufinden. Häufig sind ihnen dessen implizite Regeln und Normen nicht (mehr) geläufig. Daher ist es schon im Rahmen des Maßregelvollzugs wichtig, die Patienten durch geeignete Schritte darauf vorzubereiten. Es ist eine gestufte Hinführung in die z. T. neuen sozialen Situationen notwendig. Dazu gehören z. B. milieutherapeutische Maßnahmen wie Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung durch die Pflegekräfte, die in der Forensik kotherapeutische Aufgaben übernehmen, die Entdeckung eigener Handlungsmöglichkeiten durch die Ergotherapie sowie eine an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete Resozialisierungsplanung durch den Sozialdienst. Daher ist eine enge Verzahnung der psychotherapeutischen Tätigkeit mit der Arbeit anderer Berufsgruppen wie Pflegedienst, Sozialdienst, Medizin, Ergo- und Bewegungstherapie notwendig. In der Regel ist der Bezugspsychotherapeut dafür verantwortlich, die verschiedenen Bereiche so zu koordinieren, dass sie sich sinnvoll ergänzen.

### Bringt die Behandlung etwas?

In nahezu allen Behandlungsbereichen der Medizin wird mittlerweile das Prinzip der evidenzbasierten Medizin verfolgt. Man verlässt sich nicht mehr nur darauf, was einzelne meinungsbildende Koryphäen an Behandlungsempfehlungen abgeben. Vielmehr sollen Daten zur Effektivität von Behandlungen gesammelt und bewertet werden. Im besten Falle werden die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen in Meta-Analysen zusammengefasst und zu Behandlungsleitlinien weiterentwickelt.

In der Regensburger Klinik werden nun seit über zehn Jahren Daten zum poststationären Verlauf von Patienten gesammelt. Bei den ehemals nach § 63 StGB Untergebrachten zeigt sich nach einem Jahr in Freiheit, dass gut 85% der Probanden bezüglich ihrer psychischen Erkrankung stabil oder sogar in einem besseren Zustand als bei der Entlassung sind (Hartl, 2013). Je nach Schätzmethode haben etwa 90%

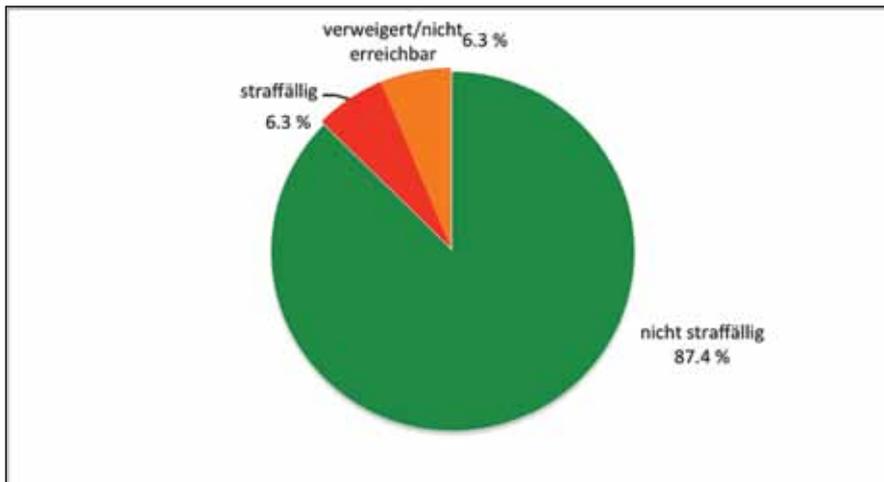


Abbildung 1: Straffälligkeit ein Jahr nach Entlassung, §-63-Patienten (n = 80), Erläuterung im Text.

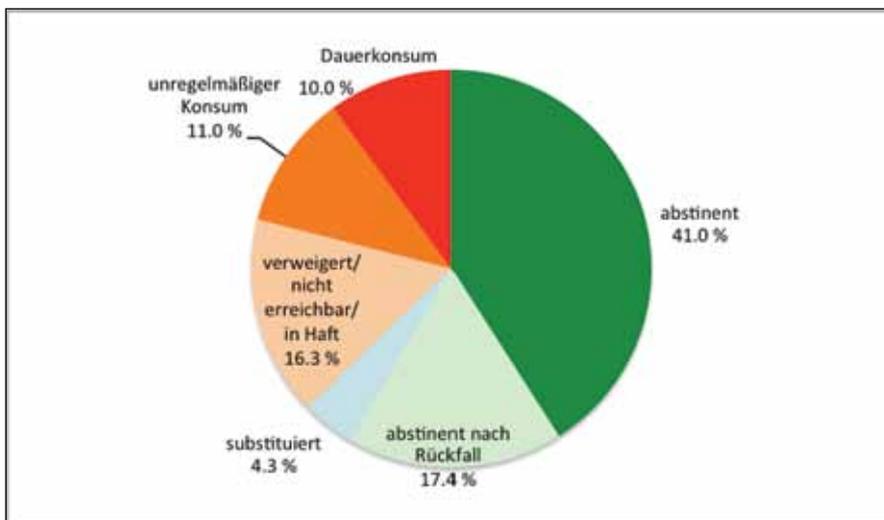


Abbildung 2: Suchtverlauf nach einem Jahr, bedingt entlassene §-64-Patienten (n = 300).

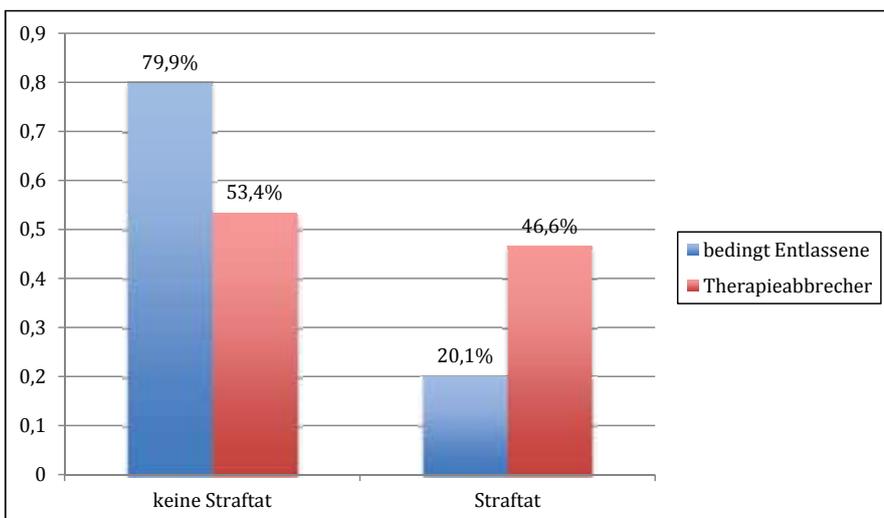


Abbildung 3: Straffälligkeit ein Jahr nach Entlassung, §-64-Patienten (bedingt Entlassene: n = 139; Therapieabbrecher: n = 118).

keine weiteren Straftaten begangen (Abbildung 1), die verübten Delikte sind Weisungsverstöße, Diebstähle und Verstöße

gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und somit geringfügiger als die Anlassdelikte. Der Anteil erneut Straffälliger nach

drei Jahren weist ebenfalls eine positive Richtung auf. Vier von fünf Probanden werden als straffattfrei und als überwiegend psychisch stabil eingeschätzt. Viele der untersuchten Patienten sind besser sozial integriert als vor ihrer Behandlung, sei es in Bezug auf die Tagesstruktur, auf die berufliche Wiedereingliederung oder auch hinsichtlich der Wohnsituation. Die Rücklaufquote beträgt nach einem Jahr 95% und nach drei Jahren noch 73% (Hartl, 2013).

Bei den Patienten, die zuvor aufgrund einer Suchterkrankung nach § 64 StGB behandelt worden waren, erscheinen die Zahlen auf den ersten Blick etwas ungünstiger. Teilweise mehr als jeder Zweite schafft die Therapie nicht, was zu einem Abbruch und einer Verbüßung der Reststrafe in einer Justizvollzugsanstalt führt. Von den Probanden mit abgeschlossener Therapie können ein Jahr nach ihrer Entlassung aber selbst nach der ungünstigsten Schätzmethode zwei Drittel abstinent bleiben, was einen deutlichen Erfolg darstellt (Abbildung 2). Bei genauerer Analyse der Nicht-Abstinenten zeigt sich auch in dieser Gruppe oft ein Teilerfolg im Sinne eines weniger ausgeprägten Konsummusters oder auch einer verbesserten sozialen Integration. Beispielsweise wird eine deutlich geringere Menge konsumiert oder eine legale Substanz wie Alkohol anstatt einer illegalen Droge (Bezzel, 2008; Hartl, 2013).

Im Vergleich zur ebenfalls nachuntersuchten Gruppe, die die Therapie nicht erfolgreich absolvierte, unterscheiden sich die Ergebnisse signifikant (Abbildung 3). Die Legalbewährungsquote (Anteil der Probanden ohne erneute Straftaten) bei den erfolgreich Behandelten, die auf Bewährung in Freiheit entlassen wurden, liegt bei 80% gegenüber 53% bei Therapieabbrechern. Der Hauptanteil der Rückfalldelikte ist dabei krankheitsbedingt, es handelt sich überwiegend um erneute Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz.

Insgesamt muss aufgrund dieser Zahlen und auch anderer Ergebnisse aus vergleichbaren Untersuchungen davon ausgegangen werden, dass die Behandlungen nach den §§ 63 und 64 StGB im Maßregelvollzug nachvollziehbare Verbesserungen bringen.

## Warum arbeite ich im Maßregelvollzug? – Statements von Kollegen

- „Im Vergleich zu anderen Tätigkeitsbereichen im Angestelltenverhältnis haben Psychologen bzw. Psychologische Psychotherapeuten eine sehr wichtige Rolle und arbeiten überwiegend eigenverantwortlich.“
- „Man arbeitet intensiv im multidisziplinären Team. Man ist kein Einzelkämpfer.“
- „Der Aufgabenbereich ist sehr vielfältig. Es geht um Diagnostik, Behandlungsplanung und Therapie. Aber auch Prognose und Kommunikation mit der Justiz spielen eine wichtige Rolle. Zudem findet auch Case-Management statt, weil man als Psychotherapeut für die interdisziplinäre Umsetzung der Interventionen zuständig ist. Es besteht die Möglichkeit, außer den Einzel- und Gruppentherapien weitere Faktoren mit zu gestalten, die auf den Patienten wirken (z. B. Stationsmilieu, Resozialisierung etc.).“
- „Man hat sehr viel Zeit für die Behandlung. Es besteht kein Druck durch die Krankenkassen. Die Behandlung dauert so lange wie nötig.“
- „Man hat ein breites Behandlungsspektrum unterschiedlicher Diagnosen. Es wird nicht eintönig.“
- „Ich arbeite mit Tätern, weil es ein wichtiger Bestandteil der Opferprävention ist. Straftäter müssen sich mit ihren Delikten auseinandersetzen und lernen, ihre Risikofaktoren zu ändern oder zu kontrollieren.“
- „Man bekommt interessante Einblicke bei Personen und in Lebensbereiche, die man sonst nicht kennenlernt.“
- „Es ist spannend, mit ‚schwierigen‘ Patienten zu arbeiten. Weder Patient noch Psychotherapeut können die Behandlung einfach abbrechen, sodass entstandene Konflikte geklärt und bearbeitet werden müssen. Gerade auf Beziehungsebene ist hier ein unermüdlicher Einsatz erforderlich, was die Arbeit sehr interessant und herausfordernd macht. Ich freue mich sehr, wenn es gelingt, Veränderungen zu erzielen.“

## Fazit und abschließende Gedanken

Trotz der aufgeführten Spannungsfelder scheint für viele Kollegen, die mit Straftätern arbeiten, ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit möglich zu sein. Die abwechslungsreiche Vielfalt der Arbeit, die hohe Eigenverantwortung als Psychotherapeut und das gemeinsame Arbeiten im Team führen dazu, dass viele Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten gerne im Maßregelvollzug arbeiten.

Der ethische Hintergrund, vor dem diese Tätigkeit stattfindet, macht eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Tun besonders wichtig. Beauchamp und Childress (2008) formulierten die auch für die Psychotherapie gültigen vier Prinzipien der Medizinethik: Respekt vor der Autonomie des Patienten, Nicht-Schaden, Fürsorge sowie Gleichheit und Gerechtigkeit. Die Dilemmata zwischen diesen vier Prinzipien bestimmen die alltägliche Arbeit im Maßregelvollzug in besonderem Maße: Die Patienten sind zur Therapie verurteilt und kommen nicht freiwillig. Vor allem zu Beginn der Unterbringung nehmen Patienten den Maßregelvollzug und damit die Psychotherapeuten als Teil der sie „verfolgenden“ Justiz wahr. Sie sitzen hinter Gittern und erhalten nur dann Stück für Stück mehr Freiheitsgrade, wenn sie sich den von außen vorgegebenen Anforderungen stellen. Vor diesem Hintergrund eine „freiwillige“ Entscheidung für die Psychotherapie, für die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den eigenen Straftaten und eine intrinsische Veränderungsmotivation zu entwickeln, ist ein hoher Anspruch an Patient und Psychotherapeut. Dieses Spannungsfeld immer wieder zu betreten und Schritt für Schritt darin vorwärts zu gehen, ist eine große Herausforderung für alle Beteiligten.

Als Psychotherapeut steckt man dabei beständig in einer Rollenkonfusion als Therapeut und Gutachter. Die Macht, die der Psychotherapeut über den Patienten hat, ist erheblich und führt zu einem ausgesprochen asymmetrischen Beziehungsgefüge. Um vor diesem Hintergrund eine erfolgreiche Psychotherapie durchführen zu

können, sind Transparenz, klare Absprachen mit dem Patienten sowie die regelmäßige Überprüfung des eigenen Handelns unabdingbar. Nicht zuletzt daher sind kontinuierliche Supervision, Fallbesprechungen und Fortbildungen für Psychotherapeuten und für das gesamte Behandlungsteam im Maßregelvollzug von besonderer Bedeutung.

## Literatur

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edition. New York: Oxford University Press.
- Bezzel, A. (2008). *Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten* (§§ 63 und 64 StGB). Dissertation: Universität Regensburg.
- Dessecker, A. (2005). Die Überlastung des Maßregelvollzugs: Folge von Verschärfungen im Kriminalrecht? *Neue Kriminalpolitik*, 17, 23-28.
- Endrass, J., Rossegger, A. & Braunschweig, M. (2012). Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hartl, C. (2013). *Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße*. Dissertation, Universität Regensburg.
- Leygraf, N. (1996). Praxis des Maßregelvollzugs in den alten Bundesländern. In R. Egg (Hrsg.), *Der Aufbau des Maßregelvollzugs in den neuen Bundesländern*. Wiesbaden: Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle.
- Leygraf, N. (2006). Psychiatrischer Maßregelvollzug (§ 63 StGB). In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Seifert, D. (2007). *Gefährlichkeitsprognosen. Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Darmstadt: Steinkopff.



*Dr. Christian Hartl ist Psychologischer Psychotherapeut in der Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Regensburg. Er arbeitet dort überwiegend mit psychisch kranken Straftätern (§ 63 StGB) und leitet die Katamnesestudie zur Evaluation der Therapieerfolge.*

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Christian Hartl**

medbo Medizinische Einrichtungen des  
Bezirks Oberpfalz  
Bezirksklinikum Regensburg  
Klinik für Forensische Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Universitätsstr. 84  
93053 Regensburg  
christian.hartl@medbo.de



*Dr. Wiltrud Schepp ist als Psychologische Psychotherapeutin im Maßregelvollzug am Bezirksklinikum Regensburg tätig. Sie arbeitet auf einer gemischtgeschlechtlichen Station für Patienten mit Drogenabhängigkeit, die nach § 64 StGB untergebracht sind.*

**Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.  
Wiltrud Schepp**

medbo Medizinische Einrichtungen des  
Bezirks Oberpfalz  
Bezirksklinikum Regensburg  
Klinik für Forensische Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Universitätsstr. 84  
93053 Regensburg  
wiltrud.schepp@medbo.de

## Verborgene Gefahren – Kommentar zur Tendenz, das Sexualstrafrecht immer weiter zu verschärfen

Stefan Kriegisch

**Zusammenfassung:** Das Sexualstrafrecht ist in den letzten zwei Jahrzehnten mehrfach verschärft worden und es ist nicht erkennbar, dass dieser Trend zum Erliegen gekommen ist. Es gibt Gründe für die Annahme, dass eine Fortsetzung dieses Trends nicht nur das Ziel, Sexualstraftaten zu verringern, verfehlt, sondern sich die Wahrscheinlichkeit schwererer Straftaten erhöht.

Berichte über Sexualstraftaten und Sexualstraftäter erfreuen sich sowohl bei den Me-

dien als auch bei deren Konsumenten ungebrochen großer Beliebtheit und nicht selten wird sich im Schulterschluss gemeinsam in der Empörung über die Verbrechen gesuhlt und werden mit martialischem Impetus immer härtere Strafen gefordert. Die Berichterstattung ist oft sensationslüstern und dämonisierend, mitunter auch mit einer mehr oder weniger subtilen Konnotation, die Verständnis dafür signalisiert, die Maßregelung des Delinquenten selbst in die Hand zu nehmen. Vor dem Hintergrund solch einer Stimmung ist es auch nicht als ein Zufall zu betrachten,

dass sich schließlich ein lynchbereiter Mob vor den Toren einer Polizeidienststelle fand, der die Herausgabe eines Verdächtigen forderte, um die nach deren Ansicht einzig angemessene Strafe ohne weitere Prüfung gleich selbst zu vollstrecken. Interessanterweise lässt sich eine derartige Zuspitzung bei Mord- und Totschlagsdelikten nicht beobachten.

Es ist schon besorgniserregend genug, dass bei dem Umgang mit Sexualstraftätern immer mehr Bürger eines Rechtsstaates dazu bereit sind, rechtsstaatliche Prinzi-

pien aufzugeben – weitaus besorgniserregender ist aber, dass die Fachwelt nahezu verstummt und die Politik die von den Medien erzeugte Pogromstimmung zur Grundlage ihrer Entscheidung macht.

Bereits in den 1990er-Jahren wurden im Sexualstrafrecht die Straffrahmen erhöht und die Straftatbestände erweitert. 2004 wurden die Strafanrohungen erneut verschärft. Die nachträgliche Sicherungsverwahrung wurde eingeführt, Strafzumessungsregeln wurden geändert und neue Straftatbestände eingeführt. 2008 erfolgte wieder eine Verschärfung des Sexualstrafrechts. Auch wenn ein Teil der mit heißer Nadel gestrickten Gesetzesänderungen zurückgenommen werden musste, ist der Trend zu weiteren Verschärfungen nicht beendet. So schwadronierte ein Oberstaatsanwalt auf einer öffentlichen Anhörung im Reichstagsgebäude in Berlin im März 2010 zum Thema „Lösungen und Wege im Kampf gegen die Kinderpornographie“ darüber, wie Internetnutzer, die Kinderpornographie anklicken, härter bestraft werden könnten, und stellte fest, dass jedes Anklicken gleichsam ein Herunterladen sei und nach jetzigem Strafrecht mit bis zu drei Monaten Freiheitsentzug geahndet werden könnte. Da ein Internetnutzer nicht selten bei der Suche im Internet in kurzer Zeit 20-, 30- oder 100-mal etwas angeklickt habe, lägen viele Einzelstrafatbestände vor, die jeweils mit drei Monaten Freiheitsentzug bestraft werden könnten, und daraus ließe sich locker eine Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren bilden, was ausreichen würde, jeden Erwischten einer Maßregel zuzuführen. Auch wenn der Beifall des Auditoriums dazu nicht besonders groß ausfiel, in der Fachwelt herrschte betretenes Schweigen.

### **Der wissenschaftliche Diskurs ist in der Defensive**

Der öffentliche Diskurs hinsichtlich dieses Themas ist inzwischen so wirkmächtig geworden, dass die politischen Steuerungsversuche fast ausschließlich reaktiv danach ausgerichtet werden. Der wissenschaftliche Diskurs, der in der Regel über die größte Wirkmächtigkeit verfügt, ist hinsichtlich des Umgangs mit Sexualstraftä-

tern nahezu wirkungslos. Die Fachwelt traut sich kaum noch, sich öffentlich differenziert dazu zu äußern. Wagt es doch jemand, setzt derjenige sich einem erheblichen persönlichen Risiko aus, als Verharmloser und Sympathisant von Pädophilen gebrandmarkt zu werden. Dabei ist eine fachlich differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema vonnöten, allein schon deswegen, um Ängste, die in keinem angemessenen Verhältnis zum tatsächlich vorhandenen Risiko stehen, nicht noch unnötig zu schüren, aber mehr noch, um nicht durch aktionistische Maßnahmen unser Strafrecht zu verschlimmbessern.

Der anhaltende Trend zu immer härteren Strafen im Sexualstrafrecht, der zwangsläufig zu unverhältnismäßigen Strafen führt, ist nicht nur aus einer rechtsphilosophischen Perspektive betrachtet problematisch. Das durch Strafverschärfungen anvisierte Ziel kann nicht nur verfehlt werden, sondern es könnte auch ein dem beabsichtigten Ziel gegenläufiger Effekt dabei herauskommen. Mit dem Strafrecht, einem komplexen Normen- und Sanktionskatalog, wird innerhalb eines komplexen Gesellschaftssystems versucht, auf den einzelnen Menschen, der selbst ein komplexes System darstellt, steuernd einzuwirken. Dabei vereinigt das deutsche Strafrecht u. a. unterschiedliche Prinzipien wie Vergeltung, Sühne, General- und Spezialprävention, um eine Rechtsordnung aufrechtzuerhalten und den Einzelnen zum gesetzeskonformen Verhalten anzuhalten.

### **Lineares Denken vereinfacht die Wirklichkeit**

Mit der Forderung und Realisierung, die Strafen immer weiter zu verschärfen, wird nur eine Dimension der Steuerungsmöglichkeiten herausgegriffen, in der Annahme, dass eine Einhaltung der Gesetze allein mit dem Strafmaß erzwungen werden könne. Dieses Denken folgt dem linearen Muster, je härter die Strafe für den Bruch einer Rechtsnorm ausfalle, desto weniger wird diese Rechtsnorm gebrochen. Wenn dem so wäre, dann hätte es im Mittelalter mit den drastischen Körperstrafen kaum noch Verstöße gegen die Rechtsnorm geben dürfen. Wir wissen, dass es nicht so war und dass es uns wohl kaum gelingen

wird, eine Gesellschaft zu konstruieren, in der es keine Gesetzesbrüche mehr gäbe – und dennoch vergeht kaum ein Tag, an dem nicht in irgendeinem Medium härtere Strafen im Sexualstrafrecht gefordert werden. Der Hinweis darauf, dass die Realisierung derartiger Forderungen unser um Ausgewogenheit bemühtes Strafrechtssystem aushöhlt, indem z. B. die Strafzumessung unverhältnismäßig wird und die Rechtssicherheit verloren geht (nachträgliche Sicherungsverwahrung), wird häufig damit gekontert, dass solche Maßnahmen doch nur die betraffenen, die straffällig geworden seien, und da träfe es die Richtigen, die seien schließlich selbst Schuld an ihrer Lage und dürften sich nicht beklagen, wenn sie die volle Härte des Gesetzes träfe.

Abgesehen davon, dass dies ein seltsames Rechtsverständnis ist, dass es erlaubt sei, für bestimmte Gruppen unser Rechtssystem zu verbiegen, verkennt es die Tatsache, dass dieses eindimensionale Steuerungsinstrument in ein komplexes Netz von Variablen eingebettet und mit anderen komplexen Systemen vernetzt ist, sodass wir noch nicht einmal genau sagen können, in welchem Bereich die lineare Kausalität – härtere Bestrafung und als Folge geringere Kriminalität – Gültigkeit hat.

### **Gefahr durch stetige Verschärfung der Strafzumessung**

Im Sexualstrafrecht kommt aber mit einer bedrohlichen Kraft das eben beschriebene lineare Konzept zur Anwendung. Dabei wird offensichtlich nicht berücksichtigt, dass delinquentes Verhalten ein Ergebnis von spezifischen menschlichen Bedürfnissen ist, deren Kontrolle von unterschiedlichen Variablen abhängt, wobei die Strafanrohung nur eine von vielen Variablen ist, die das menschliche Verhalten steuern. Die Strafanrohung kann bewirken, dass sich in einem uns nicht bekannten Wirkungsspektrum der Mensch gegen einen Gesetzesverstoß entscheidet, sie kann aber nicht bewirken, dass spezifische problematische Bedürfnisse des Menschen nicht mehr existieren. Setzt sich ein problematisches Bedürfnis aufgrund seiner Abhängigkeit von unterschiedlichen Bedingungen doch mal durch und mündet in

ein deliktisches Verhalten, dann ist es nicht unwahrscheinlich, dass unter der Bedingung exorbitanter Ächtung und Strafzumessung etwas völlig Neues entsteht, und zwar Folgen, die ursprünglich weder vom Gesetzgeber noch vom Delinquenten beabsichtigt waren. Denn in einem komplexen System, in dem unterschiedliche Kräfte aufeinander wirken, können sich Ursache und Wirkung im Sinne der nichtintendierten Folgen umkehren; das, was als Maßnahme zur Verringerung von Straftaten gedacht war, wird zur Ursache noch schwererer Straftaten.

Auch wenn es aktuell noch nicht verifiziert werden kann – und man kann nur hoffen, dass die Zahl der sogenannten Verdeckungsmorde so klein bleibt, dass eine statistische Verifikation schwierig bleibt –, gibt es Grund zu der Annahme, dass derartige Delikte aufgrund einer extremen Ächtung und Bestrafung der Sexualstraftäter wahrscheinlicher werden und dass ein weiteres

Drehen an der Strafverschärfungsschraube den sexuellen Missbrauch nicht mehr weiter reduziert, dafür aber eher neue und schwerere Straftaten evoziert. Folgt man diesem Gedanken, dann wird plausibel, dass in einer stetigen Verschärfung des Sexualstrafrechts eine Gefahr lauert, die dem ausschließlich linear denkenden Menschen verborgen bleibt. Alle im Mainstream der aufrichtigen Bürger sich Wählenden, die immer noch schärfere Strafen fordern und auch nicht davor zurückschrecken, sadistische Bestrafungsszenarien zu fantasieren, und besonders die Entscheidungsträger, die meinen, sie müssten dem öffentlichen Druck durch entsprechende Maßnahmen folgen, sollten bedenken, dass sie ihren Zielen möglicherweise einen Bärendienst erweisen – weil mit weiteren Strafverschärfungen die Zahl der Sexualdelikte kaum noch weiter verringert werden kann, sich aber die Wahrscheinlichkeit für noch schwerere Straftaten zwecks Verdeckung eines Sexualdeliktes erhöht.



*Diplom-Psychologe **Stefan Kriegisch** ist als Psychologischer Psychotherapeut im Maßregelvollzug tätig und therapiert schwerpunktmäßig Sexualstraftäter.*

**Dipl.-Psych. Stefan Kriegisch**

Goslarsche Landstraße 60  
31135 Hildesheim  
skri.for@hildesheim.ameos.de

# Philosophische Behandlung von Psychotherapie – Indikationen, Risiken und Nebenwirkungen

Matthias Kettner

**Zusammenfassung:** Psychotherapieformen sind praktische Kunstlehren, bedürfen aber theoretisch angeleiteter Reflexion. Philosophie, anders als empirische Outcome-Forschung, kann durch Distanz und Dezentrierung blockierende Mythenbildungen auflösen und ideologisch fixierte Dichotomien hinterfragen, die nicht der Sache, sondern den Omnipotenzansprüchen konkurrierender Psychotherapieschulen geschuldet sind. Die Geschichte der modernen Psychotherapie kennt Positivbeispiele: Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre und Søren Kirkegaard haben mit Psychiatern und Psychoanalytikern<sup>1</sup> wie Ludwig Binswanger, Medard Boss und Alice Holzhey-Kunz die Chancen vorgeführt. Andererseits haben Philosophen wie William James, Ludwig Wittgenstein, Karl Popper, Alasdair MacIntyre und Adolf Grünbaum besonders die Psychoanalyse massiv kritisiert. – Halten wir am Projekt schulenübergreifender Psychotherapiewissenschaft und der unabgeholten Idee einer Wissenschaft vom Menschen fest, dann dürfen wir von der Devise „Kooperation vor Konfrontation“ eine heilsame Wirkung nicht nur für Psychotherapie und Psychologie erwarten, sondern auch für die Philosophie.

Die „Wissenschaft vom Menschen“ ist der Titel für ein Desiderat der europäischen Aufklärung.<sup>2</sup> Ganz wesentlich war die europäische Aufklärung seit der Mitte des 18. Jahrhunderts eine *anthropologische* Wende – eine Wende innerhalb aller damals als zeitgemäß, aufschlussreich und achtbar geltenden Erkenntnisdisziplinen hin zur Enttheologisierung, hin zur Naturalisierung, hin zur Historisierung des Menschen. Fortschreitendes Erfahrungswissen über die Menschen und ihre Lebensvollzüge sollte das überkommene Offenbarungs-„wissen“ über das Menschengeschöpf ablösen.

Aber was ist daraus geworden? Die Wissenschaft vom Menschen bildet heute ein bloß noch nominelles Dach über naturwissenschaftlichen, sozialwissenschaftlichen, kulturwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen Theoriebildungen über alle möglichen Phänomene, die für Wesen wie uns, Mitglieder der Spezies *homo sapiens*, typisch sind. Diese vielfältigen, natur-, geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlich ausdifferenzierten Theoriebildungen über den Menschen und über je be-

sondere Ausschnitte seiner Zweiten Natur, die sich durch die menschliche Aktivität produziert und reproduziert, z. B. ökonomische Theoriebildung über die Welt wirtschaftlicher Prozesse und Institutionen, liegen teils in Konflikt, teils kooperieren sie miteinander. Sie bilden neuartige Allianzen, bevorzugt mit jenen Wissenschaften, die gerade vom Zeitgeist modisch bevorzugt werden (man denke an neue Disziplinen wie „Neuro-Ökonomik“, „Verhaltensökonomik“, „Neuro-Psychoanalyse“ und „Kognitionswissenschaft“).

Sie bilden aber auch fragwürdige Allianzen und Mesallianzen. Fragwürdig erscheint mir z. B. das Werben der Psychoanalyse um die Gunst der neurowissenschaftlichen Hirnforschung. Denn die neurowissenschaftliche Erforschung des menschlichen Zentralnervensystems muss methodisch die versachlichende Perspektive der Dritten Person, des Es der Objektivierung einhalten, während es in der Psychotherapie gleich welcher „Schulrichtung“ stets um Zugänge zur personalisierenden Perspektive der Ersten und Zweiten Person geht, Zugänge zum Ich

und Du der Subjektivität. Subjektivität lässt sich also solche nicht objektivieren.<sup>3</sup>

## Warum ist die philosophische Behandlung von Psychotherapie indiziert?

Natürlich gehören auch alle Versuche der Theoriebildung über seelische Störungen und deren Psychotherapie zur Menge der vielfältigen, natur-, geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlich ausdifferenzierten Theoriebildungen über den Menschen und seine Zweite Natur. Gewiss, die Ausübung von Psychotherapie, gleich welcher Richtung, ist immer auch eine Kunst, deren Ausübung gelehrt, und nie nur ein theoretisches Wissen, das technisch angewandt wird. Doch wie das, was psychotherapeutisch wirken soll, wirklich wirkt und wie sich seine Wirksamkeit (oder Unwirksamkeit) begründet, dies sind zweifelsfrei theoriefähige Fragen. Warum also sollte es keine „Psychotherapiewissenschaft“ geben können?

Offenbar kommt alles darauf an, zwischen unangemessenen und angemessenen Wei-

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

2 Der Text ist die Ausarbeitung eines Vortrags, der beim Workshop „Philosophie und Psychotherapie“ in München am 27. Oktober 2012 gehalten wurde. Weitere Beiträge des Workshops sind unter [www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/li\\_fobi\\_philosophie.html](http://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/li_fobi_philosophie.html) dokumentiert.

3 Eine immer noch glänzende philosophische Argumentation gegen die vermeintliche Objektivierbarkeit des Subjektiven stammt von Nagel, 1984.

sen der Theoriebildung unterscheiden zu können. An dieser Stelle lässt sich eine klare Aufgabe für die philosophische Reflexion benennen: Philosophische Reflexion kann bei der Stärkung der Abwehrkraft gegen unangemessene Theoriebildung helfen. Allerdings ist ihr Nutzen nicht garantiert, denn wie jedes kräftige Therapeutikum kann auch die philosophische Problematisierung paradox wirken und ist nicht ohne Risiken.

Wenn das so ist – *muss* Psychotherapie überhaupt theoretisiert werden? Tut Psychotherapiewissenschaft Not? Diese Fragen drängen sich auf, denn man kann sich durchaus psychotherapeutisch wirksame Verfahren denken, deren Verfechter eine erklärtermaßen antitheoretische Haltung einnehmen. Jeder von uns könnte Beispiele für vermeintlich oder wirklich theoriefreie Richtungen innerhalb des breiten Spektrums von Psychotherapien nennen. Doch wird man als Philosoph damit rechnen, dass bekennende Antitheoretiker und A-Theoretiker, statt von aller Theorie wegzukommen, vielmehr nur zur leichten Beute von zeitgeistigen Theorie-Gemengelagen werden, in denen sie unreflektiert „leben, weben und sind“. Und so kann für denkende Psychotherapeuten, gleich welcher Richtung, die Frage eigentlich nicht sein, *ob*, sondern nur *wie* sie ihre impliziten und expliziten Theorien über Störung, Krankheit und Heilung reflektieren.

Als philosophischer Pragmatist in einer Denktradition, die von Georg Wilhelm Friedrich Hegel über John Dewey zu Karl-Otto Apel und Jürgen Habermas reicht, denke ich, dass eine Theorie und eine von ihr mitbestimmte Praxis miteinander verwoben sind, sodass sich Unzulänglichkeiten der Theorie früher oder später immer auch in der betreffenden Praxis als praktische Probleme manifestieren. Theorieprobleme sind Symptome von Praxisproblemen *et vice versa*. Bemühungen zur Verbesserung der Reflexion der Theorie bieten daher Aussicht auch auf die Verbesserung der korrespondierenden Praxis. Wir Pragmatisten betreiben Theoriereflexion nicht um ihrer selbst willen, sondern um die von ihr imprägnierte Praxis zu verbessern. Oder wie der Sprachforscher Karl Bühler einmal sagte: Nichts ist so praktisch

wie eine gute Theorie. Theorien werden durch philosophische Kritik in der Regel besser. Philosophische Reflexion kann insbesondere zu jener Distanz und Dezentrierung verhelfen, deren es bedarf, um blockierende Mythenbildungen aufzulösen und ideologisch fixierte Dichotomien zu hinterfragen, die nicht der Sache, sondern den Omnipotenzansprüchen der miteinander konkurrierenden Psychotherapieschulen geschuldet sind. Ob Psychotherapie störungsorientiert oder personenzentriert sein sollte und auch nur entweder das eine oder das andere sein kann; ob Ressourcenorientierung oder diagnoseabhängige Defizitorientierung die passende Behandlungsperspektive darstellt und nur eine dieser Orientierungen die wirklich richtige sein kann; ob die psychotherapeutische Beziehung als spontanes zwischenmenschliches Geschehen oder aber durch psychotherapeutische Technik bestimmt sein sollte – dies sind nur drei Beispiele für Fragen, die für die Zukunft der Psychotherapie von erheblicher Bedeutung sind,<sup>4</sup> aber durch empirische Forschung nicht zu entscheiden sind, sondern einer umfassenden und auf die Voraussetzungen reflektierenden Verständigung bedürfen. Philosophie kann solche Paradigmen Diskurse anregen, fördern und erleichtern.

Das bisher Gesagte sollte als eine positive Indikation genügen für die philosophische Behandlung von Psychotherapie und den diversen Theoriefeldern, die die diversen Praktiken der psychotherapeutischen Behandlung umgeben. Bevor wir zu den Risiken und Nebenwirkungen kommen, ein kurzer Blick auf tonische Wirkungen.

### **Die Ausnahme: Eine freundliche Allianz von Philosophie und Psychotherapie**

Martin Heidegger ist der einzige Philosoph, der positiv und direkt in die Entwicklung von Psychotherapieverfahren und Psychotherapielehren hineingewirkt hat. Bekanntlich hat Heideggers spätes Ereignis-Denken die Therapierichtung der maßgeblich von Medard Boss entwickelten „Daseinsanalyse“ mitgeprägt (Boss, 1979, 2006, 2007). Die Namensgebung „Daseinsanalyse“ greift auf Heideggers Hauptwerk *Sein und Zeit* aus den 1920er-Jahren zurück: auf Heideggers Konzeptualisierung des Menschen als des

Wesens, dem es in seinem Sein wesentlich um dieses Sein selbst geht. Dieses eigentümliche Selbstverhältnis hat Heidegger damals terminologisch als „Dasein“ markiert. Medard Boss versuchte in den 1970er-Jahren in seinem Hauptwerk *Grundriss der Medizin und der Psychologie* in die gesamte Medizin und Psychologie ein neues Denken einzuführen, welches den, wie er es nennt, modernen „possessiven Subjektivismus“ überwindet (Boss, 1999). Boss meint damit gleichsinnig wie Heidegger eine in der Neuzeit zur Übermacht gekommene Geisteshaltung, die gesunde wie kranke Menschen zu Objekten eines technischen Verfügungswissens macht. Heideggers Gedanken über „Gelassenheit“ als angemessenes, reifes „Sichzusichverhalten“ der Person in der gegenwärtigen seinsgeschichtlichen Epoche haben nicht nur Theologen, sondern auch Psychotherapeuten sehr angezogen.<sup>5</sup>

Die Daseinsanalyse ist im deutschen Sprachraum von Alice Holzhey-Kunz so weiterentwickelt worden, dass auch Sigmund Freuds Entdeckung des unbewussten Sinns psychopathologischer Symptome, der mit hermeneutischen Methoden verstanden und gedeutet werden kann, in die Daseinsanalyse Eingang gefunden hat. Medard Boss und Ludwig Binswanger hatten sich hiergegen noch gesperrt (Holzhey-Kunz, 1994, 2002; Längle & Holzhey-Kunz, 2008). Bei der Holzhey-Kunzschen Richtung der daseinsanalytischen Psychotherapie haben über Heidegger hinaus noch weitere Philosophen Hebammendienste leisten dürfen – oder leisten müssen. Die neue daseinsanalytisch-hermeneutische Auffassung seelischen Leidens steht unter dem philosophischen Einfluss von Søren Kierkegaard und Jean-Paul Sartre. Seelisches Leiden ist nach Auskunft der Daseinsanalyse ein „Leiden am eigenen Sein“, nämlich an Grundbedingungen menschlicher Existenz. Alice Holzhey-Kunz geht sogar noch einen Schritt weiter, wenn sie Zusammenhänge herstellt zwischen seelischem Leiden und einer „existenziellen Vulnerabilität“, einer individuell beson-

4 Diese Beispiele diskutiert Fiedler (2010) im letzten Kapitel seines interessanten Buchs „Verhaltenstherapie mon amour. Mythos – Fiktion – Wirklichkeit“.

5 Siehe z. B. den Sammelband von Döring & Kaufmann, 1981.

ders ausgeprägten Hellhörigkeit für die Abgründigkeit und Unheimlichkeit des menschlichen Daseins. Daseinsanalytisch muss man sich den seelisch leidenden Menschen gewissermaßen als einen „Philosophen wider Willen“ vorstellen.

Die Allianz von Philosophen wie Heidegger, Sartre und Kierkegaard mit Psychiatern und Psychoanalytikern wie Binswanger, Boss und Holzhey-Kunz veranschaulicht die Chancen dieser Konstellation.

Nun war diese (in den 1940er-Jahren) begonnene Aufnahme gewisser Philosopheme der Genannten der gewiss sehr seltene Fall von freundlichen Übernahmen, von denen beide Seiten etwas hatten. Häufiger haben sich die Verhältnisse so gestaltet, dass Philosophen mit unfreundlichen Absichten in das Feld psychotherapeutisch-psychologischer Theoriebildung interveniert haben. Der Begründer des naturwissenschaftshörigen Kritischen Rationalismus, Karl Popper, hat dieses Feld sogar mit der Mine des Terminators betreten und versucht, speziell die psychoanalytische Psychologie zu exkommunizieren: als einen Aberglauben vom Schlege der Astrologie und als eine Weltanschauung, die auf ebenso tönernen Füßen stehe wie der Marxismus.<sup>6</sup>

## Risiken und Nebenwirkungen: Vier Meisterdenker gegen die Tiefenpsychologie

Im Folgenden resümiere ich einige wenig erfreuliche Episoden der Geschichte, wie die Psychoanalyse unter die Philosophen fiel (Levy, 1996). Vermutlich lassen sich ähnliche Geschichten auch für andere Richtungen der Psychotherapie und deren jeweilige Reflexionstheorien erzählen, etwa für die Gesprächs- und die Verhaltenstherapie. Die Gesprächspsychotherapie hat philosophisch-humanistische Reflexionstheorien angezogen. Die Verhaltenstherapie zehrte vom philosophischen Empirismus, der auch die Ausdifferenzierung der wissenschaftlichen Disziplin Psychologie im 19. Jahrhundert zuerst befeuerte und dann beschränkte, und – besonders in ihren neueren rational-emotiven Ausfä-

cherungen – von antiken Strömungen des philosophischen Stoizismus (Schorr, 1984; Robertson, 2010). Doch hat wohl gerade die Psychoanalyse mit ihrem herausfordernden Anspruch, eine Tiefenpsychologie, eine tiefer als die übliche dringende Psychologie zu sein, die auch vor der Hinterfragung der künstlerischen, wissenschaftlichen und auch der philosophischen Denktätigkeit nicht Halt macht, noch stärker zur intellektuellen Gegnerschaft provoziert als andere Richtungen.

Philosophische Mäkeleien und Einwände speziell gegen Freuds Versuche, unbewusstes Seelenleben zu konzeptualisieren, begleiten die Psychoanalyse von Geburt an. Es ist wahrscheinlich nicht übertrieben zu sagen, dass die prominentesten derjenigen Kritiker, die die Philosophen als die ihren anerkennen, die folgenden vier sind: Ludwig Wittgenstein und William James, beides Zeitgenossen Freuds, der eine Österreicher, der andere Amerikaner, sowie Alasdair MacIntyre und Adolf Grünbaum, zwei heutige amerikanische Philosophen, MacIntyre ein kritischer christlich-aristotelischer Kommunitarist, Grünbaum ein empiristischer Wissenschaftstheoretiker hohen Ranges.

Der Philosoph William James ist heutigen Studierenden der Psychologie, falls sie noch in den Genuss von Unterricht in der Wissenschaftsgeschichte ihres Fachs gekommen sind, nur als Psychologe bekannt, nämlich als der Autor eines monumentalen Klassikers, der *Principles of Psychology* (James, 1890). Unter heutigen Philosophen hingegen genießt James den Ruhm eines Mitbegründers (James, 1909) des amerikanischen Pragmatismus neben Charles Sanders Peirce und John Dewey, also jener bedeutenden Linie im philosophischen Diskurs der Moderne, die zuletzt durch Richard Rorty<sup>7</sup> innerhalb der akademischen Welt ebenso wie außerhalb ihrer große Beachtung gefunden hat.

Ludwig Wittgenstein ist den allermeisten bekannt als der Autor des *Tractatus logico-philosophicus*. In diesem Frühwerk versucht Wittgenstein nichts Geringeres als die Offenlegung der logischen Tiefenstruktur der Welt als des Inbegriffs aller bestehenden Sachverhalte (Wittgenstein, 1998).<sup>8</sup> Das Subjektive lässt sich freilich in diesem Be-

griffsrahmen nicht anders denken denn als die *Grenze der Welt* (a. a. O.).<sup>9</sup> Später hat Wittgenstein seine metaphysische Hybris abgelegt, eine Kehre vollzogen und die *Philosophischen Untersuchungen* verfasst. Dieses erst posthum kompilierte, Ende der 1950er-Jahre erschienene Spätwerk arbeitet in ebenso labyrinthischen wie unermüden Anläufen die Grundidee aus, dass die kulturelle Vergemeinschaftung der Menschen als Gewimmel von unzähligen, nicht scharf abgrenzbaren, nur durch Familienähnlichkeiten verbundenen und stets nur fallweise analysierbaren „Sprachspielen“, wie Wittgenstein das nennt, zu beschreiben sei. Diese Grundidee hat vor allem der Sprachphilosophie des zwanzigsten Jahrhunderts so fruchtbare Anregungen gegeben, dass heutige Sprachphilosophen Wittgenstein im Pantheon der Philosophie gerne auf ein benachbartes und ebenso hohes Podest stellen, wie Existenzialphilosophen das mit Heidegger zu tun pflegen (Wittgenstein, 2001 [orig. 1953], 1991).

Was sind Risiken für die Psychotherapie, wenn Philosophen sie philosophisch behandeln? Blickt man heute auf die Speerspitzen der Einwände zurück, die William James, Ludwig Wittgenstein, Alasdair MacIntyre und Adolf Grünbaum, die vier Hauptfiguren der philosophischen Psychoanalysekritik, gegen Konzepte des Unbewussten vorgebracht haben, dann werden wir Verteidiger des Denkwegs von Freud uns eigentlich recht gut gewappnet sehen. Allerdings haben wir vorerst keinen Grund, an einen dauerhaften Frieden mit Friedensdividende für alle zu glauben. Die *Science Wars* sind nicht zu Ende.<sup>10</sup> Nur die

6 Siehe bes. S. 35ff. in Popper, 1962.

7 Von Rorty (1988) gibt es einen interessanten Aufsatz zu Freud: „Freud und die moralische Reflexion“ (S. 38-81).

8 Ein guter Kommentar zu diesem Werk ist das Buch von Tetens, 2009.

9 „Das Subjekt gehört nicht zur Welt, sondern es ist eine Grenze der Welt.“ (a. a. O., S. 90)

10 Mit diesem Etikett werden Auseinandersetzungen bezeichnet, die zunächst in den 1990er-Jahren zwischen postmodernistischen Kulturtheoretikern und modernen Naturwissenschaftlern über den Status von Naturwissenschaften und Kulturwissenschaften geführt wurden. Dem Projekt einer Psychotherapiewissenschaft droht dabei Gefahr von beiden Seiten. Entlarvung als Anpassungs- und Herrschaftstechnologie hier, Abwertung als Pseudowissenschaft dort. Zu den Science Wars generell siehe

Angriffslinien und -taktiken ändern sich. Die Schusslinien, in denen Psychotherapierichtungen – die psychoanalytische ebenso wie die verhaltenstherapeutische und andere – sich befinden, wechseln, aber es bleiben Schusslinien.

Schweifen wir kurz ab. Politologen warten mit der überraschenden und beruhigenden Beobachtung auf, dass seit dem Zweiten Weltkrieg reife Demokratien kaum je noch mit anderen reifen Demokratien Krieg geführt haben. Psychologen aber haben für denselben Zeitraum den uns allen bekannten, sehr beunruhigenden Befund zu berichten, dass reife ebenso wie unreife Psychotherapierichtungen – und sogar innerhalb der Hauptrichtungen die vielen, durch Variation, Mutation, Sezession und Retention sich bildenden psychotherapeutischen „Schulen“ und „Lager“ – in der Regel miteinander im Krieg, mindestens aber im Clinch liegen. Um die Lage metaphorisch zu erhellen, könnte man auch auf das antike Griechenland anspielen und von Polis und Kolonie, von Völkern und Königreichen sprechen. Es sei jedem selbst überlassen, welche der beiden Hauptrichtungen der in Deutschland kassenärztlich bezahlten Psychotherapie wir dem Königreich der Spartaner und welches wir der Athenischen Allianz zuordnen wollen, zwei Kontrahenten, die sich in langwierigen Kriegen bekanntlich gegenseitig ruinierten.

Zurück zu Ludwig Wittgenstein. Zwar hat Wittgenstein in seinem Spätwerk die intersubjektive Welt der kulturellen Praktiken entdeckt. Aber auch in seinem Spätwerk bleibt Wittgensteins Denkens das mit der subjektlosen Objektivität der logischen Strukturen anfang, vor der Welt der Subjektivität stehen. Wittgensteins Einwände gegen wissenschaftliche Psychologie und speziell gegen die Versuche der Verbegrifflichung des Unbewussten, so erscheint es uns heute, sind letztlich eher auf eine merkwürdige Art religiös geprägt als hart wissenschaftlich (Wittgenstein, 2000).

Bei William James stellen wir im Rückblick fest, dass James in seiner philosophischen Psychologie viel zu wenig berücksichtigt, wie all das, was wir psychodynamisch als „Widerstand“ bezeichnen, in bewusstes und unbewusstes Seelenleben eingeht –

und wie im Feld der psychologisch-psychotherapeutischen Theoriekonstruktion die vertrackte Psychodynamik von vielfältigen Abwehrprozessen eine entscheidende Rolle spielt für alle empirisch interessanten Konzeptualisierungen von unbewussten seelischen Prozessen. William James und Sigmund Freud haben sich leider nur ein einziges Mal im direkten Gespräch getroffen – 1909 bei der Jubiläumsfeier der Clark University in Massachusetts. Obwohl wir James heute als einen aufregenden Vordenker der Psychologie der Aufmerksamkeit, des Bewusstseinsstroms und der Erinnerung neu entdecken sollten, müssen wir seine Argumente gegen den wissenschaftlichen Sinn von Konstrukten einer bewusstseinsfreien geistig-seelischen Aktivität doch als vorschnell und unnötig zurückweisen.<sup>11</sup>

Alasdair MacIntyres Verständnis von freudianischen Begriffen des Unbewussten leidet, wie er interessanterweise im philosophischen Rückblick selbst sieht, an einer Fixierung auf die vermeintliche Nichtbeobachtbarkeit des von Freud postulierten Unbewussten. Tatsächlich: Ein Nichtbeobachtbares muss das Unbewusste jedenfalls für alle Beobachter bleiben, die den verengten, auf Wahrnehmung durch die fünf Sinne eingeschränkten Beobachtungsbegriff des logischen Empirismus lange Zeit so vor sich her getragen haben wie katholische Priester die Monstranz mit der kleinen weißen Hostie. Alasdair MacIntyres 1958 erschienene Studie *The Unconscious: A Conceptual Analysis* verharrte zu sehr in diesem engen Blickwinkel des logischen Empirismus, wie MacIntyre im Vorwort zur Neuauflage 2004 selbstkritisch vermerkt (MacIntyre, 1958). Infolge dieser Fixierung vergaß MacIntyre, die Erkenntnisressourcen der hermeneutischen Methode des freien Assoziierens und des Deutens angemessen zu würdigen – was er rückblickend bedauert, aber heute auch nicht wieder gutmachen kann.

Adolf Grünbaum, der seit 1980 für die philosophischen *Credentials* der Psychologie des Unbewussten verderblichste philosophische Kritiker, hat einen Teil seiner Angriffe nun gegen die Erkenntnisressourcen der hermeneutischen Methode des freien Assoziierens und des Deutens gerichtet

(Grünbaum, 1988; 1993). Der scharfzüngige intellektuelle Journalist Karl Kraus, ein Zeitgenosse und Landsmann Freuds, erklärte einst in einem bekannten *bonmot*, die Psychoanalyse sei selbst die Krankheit, für deren Therapie sie sich hält. Der philosophische Wissenschaftstheoretiker Adolf Grünbaum – übrigens gleichfalls gebürtiger Österreicher – behandelt Freuds Theoriebildung selbst als die große Rationalisierung, für deren Auflösung sie sich hält. Grünbaum diagnostiziert nämlich eine Anfälligkeit der hermeneutischen Methode des freien Assoziierens und des Deutens für zirkuläre Selbstbestätigungen: Analytiker und Analysand, wenn sie diese Methode zusammen handhaben, sind nicht dagegen gefeit, latenten Sinn weniger zu finden als zu machen, und zwar so zu machen, dass sie vor allem finden, was sie vorweg schon an Sinn investieren (vgl. Grünbaum, 1988, bes. Teil II: „Der Eckpfeiler des psychoanalytischen Gebäudes. Ist die Freudsche Verdrängungstheorie wohlbegründet?“, S. 285-288, sowie Kettner, 1998). Für den Analytiker heißt das: dass er findet, was er vorweg schon an Sinn investiert hat, gelenkt durch die Hintergrundannahmen derjenigen theoretischen Position, mit der er sich eben identifiziert. Kurz gesagt: Wer aus theoretischen Gründen an strukturellen Penisneid bei Frauen glaubt, wird ihn bei Analysandinnen auch finden; wer das theoretische Konzept einer „paranoid-schizoiden Position“ verwendet, wird beim Interpretieren von Phantasieleben dieses Konzept bestätigen können.

Stellen wir uns für einen Moment auf den Standpunkt gewiefter Konstruktivistinnen und Intersubjektivistinnen. Dann werden wir vielleicht sagen, solche Zirkularität der Sinnbildung schade gar nicht, sei im Gegenteil die psychotherapeutisch hilfreiche Konstruktion eines gemeinsamen seelischen Raums von Psychotherapeut und Patient und diene in letzter Instanz der lebensförderlichen Neuerfindung des Patienten in dessen Narration über sich selbst (vgl. z. B. Hinz, 2000 oder Orange, Atwood & Stolorow, 2001). Vermut-

<http://sciencewars.tripod.com/> sowie den Artikel des Evolutionsbiologen Stephen Jay Gould [http://www.stephenjaygould.org/library/gould\\_science-wars.html](http://www.stephenjaygould.org/library/gould_science-wars.html) (aufgerufen 1.11.2012).

<sup>11</sup> Siehe hierzu Levy, 1996, S.82-80.

lich könnte sogar Adolf Grünbaum so viel Konstruktivismus und Intersubjektivismus akzeptieren. Nur würde er entgegen – und das bleibt ein Stachel –, dass zirkuläre Sinnbildung womöglich im Kontext von Psychotherapie hilfreich sein, in dem ganz anderen Kontext der Datengewinnung für die wissenschaftliche Theoriebildung sich aber nur fatal auswirken kann. Was zum Zweck der Psychotherapie gut ist, ist deshalb nicht auch schon gut für die Theorie. Grünbaum spricht hier von „Kontamination“ und „Suggestionanfälligkeit“ der klinisch erhobenen Daten. Zu einem der schärfsten, von philosophischen und auch psychologischen Feinden der Psychoanalyse begierig aufgegriffenen Einwände Grünbaums gegen die Psychologie des Unbewussten wurde daher Grünbaums Behauptung, dass nur – und nur – die „extraklinischen“ Vergewisserungsweisen geeignete und wissenschaftlich anerkennungswürdige Verfahren wären, um die wichtigsten psychoanalytischen Annahmen und Konzepte zu testen. Als „extraklinisch“ bezeichnet Grünbaum solche hypothesentestenden Verfahren, die nur Daten und Evidenzen von außerhalb der klinischen Psychotherapiesituation verwenden – z. B. Daten aus der nachträglichen qualitativ-quantitativen Erforschung von dokumentierten Psychotherapieprozessen oder unabhängig erhobene epidemiologische Daten.

Grünbaums Behauptung, das können wir im Rückblick sagen, beruht allerdings auf einer sehr fragwürdigen Dichotomie zwischen extraklinischen und intraklinischen Daten und ihrer jeweiligen wissenschaftlichen Vertrauenswürdigkeit und Belegkraft.<sup>12</sup>

Grünbaums Kritik der Grundlagen der Psychoanalyse enthält neben einigen guten Herausforderungen viele Missverständnisse. Allerdings hat die überwiegende unfreundliche Aufnahme seiner Argumente in den Reihen der Kritisierten ebenfalls massive Missverständnisse produziert. Zum Beispiel haben die Angegriffenen leider kaum bemerkt, dass Grünbaum einem früheren „Gegner der Psychoanalyse“ seiner Geschäftsgrundlage beraubt: Sir Karl Raimund Popper, der einst die schrille Warnung vor der angeblich unfalsifizierbaren „Pseudowissenschaft“ Psychoanalyse aus-

gab, wird von Grünbaum mit guten Argumenten abserviert.<sup>13</sup>

Natürlich hat auch die Verhaltenstherapie philosophische, gewisse Grundannahmen infrage stellende Kritik erfahren.<sup>14</sup> Eine Übersicht über die wichtigsten philosophischen Problematisierungen würde leider den Rahmen des vorliegenden Texts sprengen.

### Chancen auf beiden Seiten: Kooperation vor Konfrontation

Soweit Philosophieren ein Nachdenken ist, das sich so radikal wie möglich und so wenig borniert wie möglich für die relative Vernünftigkeit menschlicher Praxis interessiert – was für eine Praxis auch immer dies sei –, soweit darf praktisches und theoretisches Philosophieren über die Realitäten der menschentypischen Lebensform nicht vornehm tun gegen das reichhaltige, über viele Jahrzehnte im großen Felde der Psychotherapien akkumulierte Erfahrungswissen. Deshalb wäre von der Devise „Kooperation vor Konfrontation“ eine heilsame Wirkung nicht nur für Psychotherapie und Psychologie zu erwarten, sondern auch für die Philosophie.

Wer z. B. philosophisch über die kapitalistische Marktwirtschaft nachdenken will, etwa im Rahmen kritischer Wirtschaftsethik, dabei aber nur die Rationalitätsfiktionen der Märkte oder die Normativität von rechtlichen Rahmenordnungen thematisiert, jedoch das psychoanalytische Wissen über Gier, Neid, Rivalität und Fetischismus ignoriert, der kann nur wirklichkeitsunterbietend philosophieren.

Wer über Demokratie, über die Inklusion und Exklusion von Menschen, über die Fragilität von Multikulturalismus „philosophisch analytisch“ nachdenkt, wer die Emergenz normativer Ordnungen von Völker- und Menschenrechten philosophisch begründen und rationalisieren möchte, dabei aber das psychoanalytische Wissen über die Störbarkeit der Entwicklung von Wir-Identität und Ich-Identität, über Verachtung, Fremdenhass und Selbsthass ig-

noriiert, der kann nur wirklichkeitsunterbietend philosophieren.

Wer über Emotionen und Affekte philosophiert, dabei aber das psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Wissen über menschliches Gefühlsleben ignoriert, wird nur alten Wein in neuen Schläuchen produzieren oder, weil unsere philosophische Professionalität uns unweigerlich zu *sophisticated technicalities* treibt, viele terminologisch gespreizte Banalitäten.

Wer schließlich in der philosophischen Ethik über die motivationale Seite des moralischen Sollens, über die Grundlagen moralischer Normen und die Entwicklung des menschlichen Moralbewusstseins nachdenkt, wird psychoanalytische Einsichten einbeziehen müssen (Scheffler, 1992).

Wir Philosophen, das sei jetzt *adversos academicos* gesagt, sollten die Diskursheerheit nicht denjenigen unter uns überlassen, die sich selbst als die harten Rationalisten inszenieren. Wir sollten vielmehr für die Erschließung und Kartierung alles Seelischen, Subjektiven und Geistigen die Erfahrung derjenigen zu Rate ziehen, die als Psychotherapeuten professionell mit Leiden umgehen – mit den Leiden, die aus gestörten Verhältnissen entspringen, unter denen die Menschen als stets nur begrenzt der Selbststeuerung (Autonomie) mächtige Personen zurechtkommen müssen. Unsere stets nur begrenzte Autonomie macht, dass wir in konfliktiver Spannung leben zwischen einerseits dem Leben, das wir tatsächlich führen, und andererseits dem Leben, das wir führen würden, wenn wir wüssten, was wir wirklich wollen, oder auch nur wüssten, was uns davon abhält, dies zu wissen und zu können.

<sup>12</sup> Vgl. Levy (1996), bes. S.173-177, zur Kritik an Grünbaums missverständliche Behauptung, beobachteter Therapieerfolg liefere keinerlei Gründe für die Erhärtung der in die Therapie investierten psychologischen Theorie.

<sup>13</sup> Vgl. bes. Kapitel 11, „Koda zur exegetischen Mythenbildung in Karl Poppers Anklage gegen die klinische Bestätigung der Psychoanalyse“ in Grünbaum, 1988.

<sup>14</sup> Zum Beispiel werden die in der VT gängigen Konzeptualisierung des „Kognitiven“ als lebensweltlich unpassend kritisiert, siehe McEachrane, 2009.

Was ist nun schlimmer? Wirklichkeitsverdünntes Philosophieren – oder philosophisch verdünntes Psychotherapieren? Die beste Devise ist sicher, nach Möglichkeit beide Mängel zu vermeiden.

Wer als Psychologe eine psychotherapeutisch relevante „integrative“ Theorie des Denkens entwerfen will, wie z. B. Wilfred Bion, oder eine Theorie der Mentalisierung, wie Peter Fonagy, es dabei aber unterlässt, sich tiefer mit dem zeitgenössischen philosophischen Diskurs über das „Denken des Denkens“, etwa in der Philosophie des Geistes,<sup>15</sup> auseinandersetzen, wird philosophisch fadenscheinige psychologische Theorie produzieren. Wer über Achtsamkeit, Selbstaufmerksamkeit und Körperbewusstsein etwa im Feld einer „erweiterten“ oder „integrativen“ Verhaltenstherapie nachdenkt,<sup>16</sup> aber die reichen Erträge philosophischer und philosophisch-psychiatrischer Forschungen zur betreffenden Phänomenologie kaum kennt,<sup>17</sup> wird bestenfalls neue Terminologien und Kräuselungen auf der Oberfläche der „Psychotherapierichtungen“ und „Psychotherapieschulen“ bewirken.

## Anthropologie und Rationalität: Schnittstelle und Baustelle

Kommen wir auf das alte Projekt einer Wissenschaft vom Menschen zurück, das ich eingangs als ein Desiderat der europäischen Aufklärung erwähnt hatte. Dieses Projekt erscheint weder sinnlos noch gescheitert, sondern nur aufgeschoben. Die Wissenschaft vom Menschen ist ein unvollendetes Projekt der Moderne. Und wir können versuchen, es weiterzubringen.

Ich meine, die psychotherapeutische Aufklärung sollte massive Folgen für die *anthropologischen Prämissen* haben, die ja unweigerlich in *alle* Humanwissenschaften eingehen, ob die Humanwissenschaften ihre Grundannahmen über das für Menschen angeblich Normale und Natürliche nun beherzt einbekennen oder aber aus falscher Scham vor dem scharfen Blick heutiger Antihumanisten und radikaler wissenschaftlicher Naturalisten, die im Zeitgeist gerade den Ton angeben, solche

Grundannahmen und Menschenbilder verdecken zu müssen glauben.

Wo sind Indikationen für die Behandlung der Philosophie mit Mitteln der psychotherapeutischen Aufklärung auszumachen? Wo innerhalb der Philosophie wäre ansetzen und weiterzubehandeln?

Am besten direkt am Zentralkomplex der Philosophie, das ist: die philosophische Theoriearbeit über Vernunft, Verstand, Rationalität. Philosophie war und ist selbstkritische Erforschung der menschlichen Vernunft durch diese selbst, also Vernunftselbsterforschung. Wer philosophisch auf der Höhe der Zeit ist, wird aber Vernunft kaum mehr abgetrennt von der bio-psycho-kulturellen Verfassung menschlich sozialisierter Personen denken wollen. Philosophisch aussichtsreich erscheint heute die Strategie, menschliche Vernunft an ihren Wurzeln mit den Praktiken des Ergründens und Gründegebens zusammenzudenken, mit Praktiken also, die sich als solche nicht unter den Gehirnschalen menschlicher Lebewesen abspielen, sondern sich nur in zwischenmenschlichen Kommunikationsgemeinschaften menschlicher Lebewesen verwirklichen können.

In der Philosophie der Rationalität und der Psychologie der Psychotherapie sollten wir keine Antipoden sehen. Von der neueren, kognitiv und attentiv gewendeten Verhaltenstherapie, wie schon in der verhaltenstherapeutischen Richtung, die sich „rational-emotive Therapie“ nannte und auf die philosophische Anthropologie der antiken Stoiker zurückbezog, bis hin zu psychoanalytischen Auffassungen von seelischer Gesundheit, den Möglichkeiten ihres Schwindens und ihrer Rückgewinnung – überall hat man es mit Konzeptualisierungen zu tun, in die neben Annahmen über emotionale Vorgänge auch Annahmen über menschliche Fähigkeiten der vernünftigen Selbststeuerung (Autonomie) eingehen. Gefühle, auch unbewusste, wie besonders die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie zeigt, gehören durchaus zum Fundus der rationalisierbaren Motivation von Personen. Gefühle, auch unbewusste Gefühle, haben Gründe und zugleich geben sie den Personen, die die Gefühle haben, Gründe zu allerlei. Insofern sind Gefühle

kein Jenseits des Spiels der Gründe, sondern gehören mitten hinein in dieses Spiel. Auch Gefühle sind kritisierbar, empfänglich für Handlungs- und Bewertungsgründe. Unser Gefühlsleben ist mehr oder weniger *reason-responsive*.<sup>18</sup> Menschliche Affektivität und rationale menschliche Motivation, auch wenn sie nicht ineinander aufgehen, bilden keinen Gegensatz. Blaise Pascal hatte Recht: *Le coeur a ses propres raisons qui la raison ne connaît point*.

Gefühle können ihrerseits auch Gründe besetzen und verschaffen diesen dadurch gleichsam fühlende Körper (Kettner, 2009). An gewissen Handlungs- und Bewertungsgründen kann einem sehr viel liegen, sie können Gewicht erlangen, zu festen Überzeugungen werden, die man vielleicht um keinen Preis aufgeben will und an denen – im pathologischen Extrem – zwanghaft und wahnhaft festgehalten wird. Andere Gründe können einem verhasst sein, man will sie nicht wahr haben. Wieder andere Gründe können einen völlig unberührt lassen, wenn sie in der subjektiv-intersubjektiven Welt all der Gründe, die ein Individuum richtig, wichtig und gültig findet und die insofern „seine“ Welt ist, keine Resonanz, keine Spur von persönlicher Denkbarekeit finden.

Und so können wir nicht nur sagen, dass Gefühle für Gründe empfänglich sind (*reason-responsiveness*, Fischer & Ravizza, 1998), sondern wir können dies mit der wichtigen Umkehrung ergänzen, dass Gründe ihrerseits auch *emotion-responsive* sind – empfänglich für Gefühle.

Das *animal rationale* ist eben nicht bloß das Tier, das seine Gründe hat. Vielmehr ist das *animal rationale* dasjenige Tier, das zudem Gefühle und auch für diese noch seine Gründe hat (Kettner, 2012).

## Literatur

Boss, M. (1979). *Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Wege zu einem*

<sup>15</sup> Eine auch für die Psychologie und Psychotherapie interessante Synthese versucht der Philosoph Wolfgang Detel, 2011.

<sup>16</sup> Als Überblick über die aktuelle Deregulierung der VT siehe Hayes, Folette & Lineham (Hrsg.), 2012.

<sup>17</sup> Vgl. z. B. Thomas Fuchs, 2010.

<sup>18</sup> Aktuell siehe hierzu Slaby, Stephan, Walter & Walter, 2011.

- neuen Selbstverständnis. Zürich: Europaverlag.
- Boss, M. (1999). *Grundriss der Medizin und der Psychologie. Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie, Therapie und zu einer daseinsgemässen Präventiv-Medizin*. Bern: Huber Verlag.
- Boss, M. (Hrsg.) (2006). *Zollikoner Seminare: Protokolle – Zwiegespräche – Briefe* (3. Aufl.). Frankfurt: Klostermann.
- Boss, M. (2007). *Psychanalyse et analytique du Dasein*. Paris: Librairie Philosophique Vrin.
- Detel, W. (2011). *Geist und Verstehen*. Frankfurt: Klostermann.
- Döring, H. & Kaufmann, F.-X. (Hrsg.) (1981). *Kontingenzerfahrung und Sinnfrage*. Freiburg: Herder Verlag.
- Fiedler, P. (2010). *Verhaltenstherapie mon amour. Mythos – Fiktion – Wirklichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Fischer, J. M. & Ravizza, M. (1998). *Responsibility and Control: A Theory of Moral Responsibility*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fuchs, T. (Hrsg.) (2010). *The embodied self. Dimensions, coherence and disorders*. Stuttgart: Schattauer.
- Grünbaum, A. (1988). *Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik* (Original erschienen 1984: The Foundations of Psychoanalysis). Stuttgart: Reclam.
- Grünbaum, A. (1993). *Validation in the Clinical Theory of Psychoanalysis: A Study in the Philosophy of Psychoanalysis*. Michigan: International Universities Press.
- Hayes, S. C., Folette, V. M. & Lineham, M. M. (Hrsg.) (2012). *Achtsamkeit und Akzeptanz. Das Erweitern der kognitiv-behavioralen Tradition*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Hinz, H. (2000). „Konstruktion – Rekonstruktion“ des Psychoanalytikers. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 389-393). Stuttgart: Kohlhammer.
- Holzhey-Kunz, A. (1994). *Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene*. Wien: Verlag Passagen.
- Holzhey-Kunz, A. (2002). *Das Subjekt in der Kur. Über die Bedingungen psychoanalytischer Psychotherapie*. Wien: Verlag Passagen.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York/London: Holt and Macmillan.
- James, W. (1909). *The meaning of truth, a sequel to "Pragmatism"*. New York/London: Longmans, Green & Co.
- Kettner, M. (1998). Zur Semiotik der Deutungsarbeit. Wie sich Freud mit Peirce gegen Grünbaum verteidigen läßt. *Psyche* 7, 619-647.
- Kettner, M. (2009). Was macht gute Gründe zu guten Gründen? In P. Janich (Hrsg.), *Naturalismus und Menschenbild. Deutsches Jahrbuch Philosophie* (Bd. 1, S. 257-275). Hamburg: Felix Meiner.
- Kettner, M. (2012). Gründe und Affekte. In J. Nida-Rümelin & E. Özmen (Hrsg.), *Welt der Gründe. Deutsches Jahrbuch Philosophie* (S. 444-454). Hamburg: Felix Meiner.
- Längle, A. & Holzhey-Kunz, A. (2008). *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: Facultas-WUV.
- Levy, D. (1996). *Freud amongst the philosophers. The Psychoanalytic Unconscious and its Philosophical Critics*. New Haven: Yale University Press.
- McEachrane, M. (2009). Capturing emotional thoughts: the philosophy of cognitive-behavioral therapy. In Y. Gustafsson, C. Kronqvist & M. McEachrane (Eds.), *Emotions and Understanding. Wittgensteinian Perspectives* (S. 81-100). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- MacIntyre, A. (1958, revised edition 2004). *The Unconscious: A Conceptual Study*. London: Routledge.
- Nagel, T. (1984). Das Subjektive und das Objektive. In Ders., *Die Grenzen der Objektivität. Philosophische Vorlesungen* (S. 99-127). Stuttgart: Reclam.
- Orange, D. M., Atwood, G. E. & Stolorow, R. D. (2001). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Popper, K. P. (1962). *Conjectures and Refutations*. N. Y.: Basic Books.
- Robertson, D. (2010). *The philosophy of cognitive behavioural therapy (CBT). Stoic philosophy as rational and cognitive psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Rorty, R. (1988). *Solidarität oder Objektivität. Drei philosophische Essays*. Stuttgart: Reclam.
- Scheffler, S. (1992). Psychoanalysis and Moral Motivation. In J. Hopkins & A. Savile (Hrsg.), *Psychoanalysis, Mind and Art: Perspectives on the Philosophy of Richard Wollheim* (S. 87-100). Oxford: Blackwell.
- Schorr, A. (1984). *Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Weinheim: Beltz.
- Slaby, J., Stephan, A., Walter, H. & Walter, S. (2011). *Affektive Intentionalität. Beiträge zur welterschließenden Funktion der menschlichen Gefühle*. Paderborn: mentis.
- Tetens, H. (2009). *Wittgensteins ‚Tractatus‘. Ein Kommentar*. Stuttgart: Reclam.
- Wittgenstein, L. (1991). *Vorlesungen über die Philosophie der Psychologie 1946/47*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Wittgenstein, L. (1998). *Logisch-philosophische Abhandlung, Tractatus logico-philosophicus. Kritische Edition*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Wittgenstein, L. (2000). *Vorlesungen und Gespräche über Ästhetik, Psychoanalyse und religiösen Glauben*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Wittgenstein, L. (2001 [orig. 1953]). *Philosophische Untersuchungen. Kritisch-genetische Edition*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.



Prof. Dr. Matthias Kettner, Dipl.-Psych., lehrt Praktische Philosophie an der Universität Witten/Herdecke. Er forscht über Kulturtheorie, Psychoanalyse, Ethik und Rationalität.

**Prof. Dr. Dipl.-Psych. Matthias Kettner**

Private Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
58448 Witten  
kettner@uni-wh.de

# Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

## Status quo, Nutzen und Barrieren aus Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen

Susanne Knappe, Nicole Müller & Samia Härtling

**Zusammenfassung:** Psychische Störungen treten bereits ab der frühen Kindheit auf, weshalb u. a. elterliche psychische Störungen und familiäre Umwelten für ihre Entstehung und Aufrechterhaltung diskutiert werden. Zugleich liegen nur limitierte Wirksamkeitsnachweise bezüglich des Einbezugs von Eltern bei Präventions- und Interventionsmaßnahmen vor. Dies war Anlass für eine Befragung aus vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutischer Perspektive zu Umfang, Nutzen und Barrieren des elterlichen Einbezugs im Praxisalltag niedergelassener sächsischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Ergebnisse zeigen überwiegend positive Erfahrungen und deutliches Interesse am Einbezug der Eltern. Als häufigste Barrieren wurden Probleme bei der Terminfindung, Ablehnung des Einbezugs vonseiten der Familien sowie die als starr empfundene Struktur der Abrechnungsbestimmungen benannt. Forschungsbemühungen zum elterlichen Einbezug in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollten daher den „praktischen Sektor“ explizit einbeziehen, um die Translation und Dissemination wissenschaftlicher Befunde zu stärken.

### Einführung und Hintergrund

Knapp 14% der 7- bis 17-jährigen deutschen Kinder und Jugendlichen berichten mindestens eine psychische Erkrankung, die mit Beeinträchtigungen und Behandlungsbedarf einhergeht (Ravens-Sieberer et al., 2008). Diese beachtlichen Raten zeigen, dass psychische Störungen bereits früh in der Lebensspanne auftreten und damit maßgebliche Folgen für die weitere Lebensführung haben können. Eine umfangreiche Literatur zeugt vom Bemühen, Prädiktoren für den Beginn und Verlauf psychischer Störungen zu ermitteln, um Strategien für eine gezielte Prävention, frühzeitige Diagnostik und Intervention zu optimieren.

### Was können familiäre Faktoren zu unserem Verständnis von psychischen Störungen beitragen?

Familien- und Hochrisikostudien zeigen eine familiäre Häufung, u. a. von Angst- (Boer, Lindhout, Silverman & Treffers, 2001; Knappe, Lieb et al., 2009), depressiven (Eley et al., 2004; Lieb, Isensee, Höfler, Pfister & Wittchen, 2002), Substanz- (Kendler, Davis & Kessler, 1997) und psychotischen Störungen (Steinhausen, Faldager, Perto & Munk-Jorgensen, 2009). In diesem Zusammenhang werden neben genetischen Faktoren auch Faktoren der familiären Umwelt wie z. B. Bindungs- oder Erziehungsverhalten, Familienklima und Kohärenz (z. B. Bögels & Brechman-Toussaint, 2006) diskutiert, die allesamt

untereinander interagieren oder korrelieren können.

Es ist naheliegend anzunehmen, dass sich elterliche psychische Störungen ungünstig auf den Verlauf von kindlichen psychischen Störungen auswirken (Knappe, Beesdo et al., 2009; Lieb et al., 2002), z. B. wenn Kinder durch die psychische Erkrankung der Eltern eine erhöhte Symptombelastung erfahren oder die elterliche Erkrankung bzw. anhaltendes dysfunktionales elterliches Verhalten als zusätzliche Stressoren einen Behandlungserfolg gefährden. Damit wäre eine (psychotherapeutische) Behandlung einer kindlichen psychischen Störung aussichtsreicher, wenn derartige familiäre Faktoren berücksichtigt würden, zum Beispiel durch den Einbezug der Eltern (bzw. der assoziierten Parameter wie Kommunikation, Bindung). Indirekt könnten sich dadurch möglicherweise auch förderliche Effekte etwa auf die Erziehungskompetenz der Eltern (z. B. psychische Gesundheit von Geschwisterkindern), auf das allgemeine Stresslevel innerhalb der Familie und/oder die psychische Gesundheit der Eltern ergeben.

### Status quo zur Einbeziehung von Eltern in die kindliche Psychotherapie

Eine Einbeziehung von Eltern (oder ggfs. anderer Sorgeberechtigter) bei der psychotherapeutischen Behandlung Minderjähriger ergibt sich in Deutschland rein

formal durch die notwendige Einwilligung in den Behandlungsvertrag (§ 1629 BGB). Darüber hinaus ist eine Einbeziehung von Bezugs- oder Kontaktpersonen (Sozialpartner) zu jeder vierten Behandlungseinheit möglich (bei Kurzzeittherapie jedoch insgesamt nicht für mehr als sechs, bei Langzeittherapie jedoch nicht für mehr als elf Bezugspersonenstunden) und wird durch die derzeitigen Abrechnungsbestimmungen geregelt (GOP; KBV). Der Einbezug der Eltern kann als antragspflichtige Leistung nach der Psychotherapie-Richtlinie abgerechnet werden. Die Entscheidung darüber, ob und in welchem Ausmaß die zusätzliche Beteiligung der Eltern/anderer Bezugspersonen einem Behandlungserfolg zuträglich ist, wird häufig vom Psychotherapeuten getroffen (zum Überblick siehe Mattejat, Quaschner & Remschmidt, 2006). Alle vier (großen) Grundorientierungen der Psychotherapie (kognitiv-verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch, humanistisch) bieten einen theoretischen und weitestgehend auch methodisch-technischen Bezugsrahmen für die Einbeziehung von Bezugspersonen. Nach Psychotherapie-Richtlinie sind bislang die Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie als Therapieverfahren innerhalb der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie abrechenbar. Seit 2002 ist auch die Gesprächspsychotherapie und seit 2008 die Systemische Therapie als „wissenschaftlich anerkanntes Verfahren“ bewertet worden, die Behandlung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen nach diesen beiden Verfahren wird derzeit von den gesetzlichen Krankenkassen aber noch nicht bezahlt. Für die Prävention von externalisierenden, affektiven und Angstsymptomen bzw. -störungen sind im deutschen und internationalen Sprachraum im Bereich der Verhaltenstherapie eine Reihe von Programmen für Kinder im Vor- und Grundschulalter erschienen (z. B. „GO!“, „The Coping Cat“; zur Übersicht siehe Döpfner, 2006a). Diese Präventionsprogramme enthalten im Allgemeinen themenspezifische Handouts, Module zur Informationsvermittlung oder Übungsanteile zu Fertigkeiten zum sozialen Umgang wie etwa Problemlöse- und Stressbewältigungsstrategien (Junge & Bittner, 2004). Einige Programme ent-

halten Module, in denen Eltern über die Programminhalte informiert und z. B. zum Umgang mit Ängsten ihrer Kinder aufgeklärt werden. Bei einigen Trainings, etwa zu externalisierenden Verhaltensweisen, ist der Anteil der Elternarbeit auch umfassender (z. B. explizite Verhaltenstrainings, welche die elterlichen Kompetenzen im Umgang mit auffälligem Verhalten steigern). Andere Trainings bestehen aus reinen Elterntrainings ohne Einbezug der Kinder (zur Übersicht siehe Döpfner, 2006a). Die kurz- und langfristigen Effekte auf die psychische Gesundheit der Kinder sind für die meisten Programme – wie bei Präventionsprogrammen im Allgemeinen – als höchstens moderat zu beurteilen (zur Übersicht siehe Dadds & Roth, 2008).

Interessanterweise wird die Eltern-/Familienelemente mit zunehmendem Alter der Kinder weniger berücksichtigt. Im Vor- und Grundschulalter bzw. in der sehr frühen Adoleszenz findet ein Einbezug in strukturierten Programmen aus dem Bereich der Verhaltenstherapie deutlich häufiger statt als in der späteren Adoleszenz (Ihle & Jahnke, 2005). Nun sind Art und Umfang der elterlichen Einbeziehung auch davon abhängig, ob es sich um ein Kind im Vor- oder Grundschulalter oder um einen Jugendlichen handelt. Dennoch ist es bemerkenswert, dass mit dem Eintritt in die Hochrisikophase z. B. für Angststörungen und vor dem Hinblick auf ihre familiäre Transmission scheinbar kaum Angebote für betroffene Jugendliche und ihre Eltern verfügbar sind. Dabei gibt es Hinweise darauf, dass eine direkte Einbindung der Eltern und die Berücksichtigung der elterlichen Psychopathologie die Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme etwa bei Angstsymptomen unter 7- bis 14-Jährigen erheblich und längerfristig erhöhen kann (Cobham, Dadds & Spence, 1998): Im Rahmen einer Psychoedukation wurde die besondere Rolle elterlichen Verhaltens für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen bei den Kindern betont; zusätzliche Eltern-Module beinhalteten kognitive Umstrukturierung, Entspannungstrainings und Kontingenzmanagement. Über die bloße Informationsvermittlung hinaus übten Eltern anhand konkreter (eigener) Beispiele alternative Verhaltensweisen ein. Zwar wiesen Kinder ängstlicher

Eltern im Gesamtergebnis geringere Effektivitäten hinsichtlich einer Symptomreduktion auf als Kinder nichtängstlicher Eltern; allerdings profitierten ängstliche Eltern mehr durch den hohen Übungscharakter des Präventionsprogramms als nichtängstliche Eltern, was sich wiederum positiv in langfristigen Präventionseffekten aufseiten der Kinder widerspiegelte (ebd.).

### **Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter**

Bei der *Behandlung* psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter gibt es unterschiedliche Herangehensweisen und Definitionen für den Einbezug der Eltern wie z. B. Elterngespräche, direkte Beratung, Verhaltenstrainings und die Arbeit mit Videofeedback, zirkuläres Fragen, szenisches Verstehen o. ä. Insgesamt mangelt es allerdings an randomisierten Kontrollgruppenstudien, welche die Effektivität und klinische Nützlichkeit des Einbezugs der Eltern bzw. von Familientherapien für den Behandlungserfolg methodisch fundiert und systematisch untersuchen (zur Kritik, cf. Cottrell & Boston, 2002). Eine Meta-Analyse (Ihle & Jahnke, 2005) berichtet, dass der Einbezug der Eltern in kontrollierten Wirksamkeitsstudien bisher fast ausschließlich im Rahmen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen realisiert wurde. Bisher konnte ein Vorteil familienbezogener Interventionen gegenüber der reinen Jugendlichenpsychotherapie nicht konsistent nachgewiesen werden (Breinholz, Esbjorn, Reinholdt-Dunne & Stallard, 2012). Allerdings wurde hier nicht danach unterschieden, ob Eltern selbst psychisch erkrankt waren oder ob sich – abgesehen von psychischen Symptomen aufseiten der Kinder – auch sekundäre Effekte, z. B. im Hinblick auf familienbezogene Variablen wie Eltern-Kind-Beziehungen, Kohäsion o. ä. ergaben. Neuere Befunde deuten tendenziell auf einen positiven Effekt der Elternarbeit bei der Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter hin, wenn gleich auch hier aufgrund inhaltlicher Unterschiede, unterschiedlicher Dauer der Elternarbeit, Stichprobencharakteristika (z. B. Alter der Kinder und Jugendlichen) und Ergebnismaße die Generalisierbarkeit

limitiert ist. Somit erscheinen systematische Bemühungen um die Berücksichtigung familiärer Faktoren bei der Prävention und Intervention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter lohnenswert, um eine Diskussion und letztlich Schlussfolgerungen zum möglichen Nutzen von Elternarbeit bei der Behandlung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen zu erlauben. Vor allem fehlen empirisch fundierte Aussagen über die Anwendbarkeit und Durchführbarkeit des elterlichen Einbezugs in der klinischen Praxis. Die Erfahrungen und Interessen niedergelassener Psychotherapeuten, auch unabhängig von den Regelungen durch die Psychotherapie-Richtlinie, sollten bei der Diskussion um den elterlichen Einbezug bei der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen nicht unberücksichtigt bleiben.

Es wurde deshalb eine Fragebogenuntersuchung unter niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt, um zu explorieren, (i) inwiefern Eltern aktiv in die psychotherapeutische Behandlung ihrer Kinder einbezogen werden, (ii) in welcher Form diese Einbeziehung geschieht und (iii) welche Gründe aus der Sicht der Psychotherapeuten für oder gegen eine solche Einbeziehung sprechen.

## Methoden

Es wurde ein Fragebogen – vorrangig aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Perspektive – erstellt, der neben Psychotherapeuten- und Patientenmerkmalen den Status quo zum Einbezug von Eltern, die bisherigen Erfahrungen zum Elterneinbezug sowie Einstellungen und Erwartungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfassen sollte. Dieser Fragebogen wurde an einem Stichtag allen N=134 in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (Stand: 09/2011) registrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (mit/ohne Zulassung für die Behandlung Erwachsener)<sup>1</sup> einschließlich eines Incentives zur Motivation (sog. Fingerfalle) zugesandt. Die Bearbeitung des Fragebogens dauerte ca. 20 Minuten; zusätzlich wurde die Rücksendung des Fragebogens binnen vier Wo-

chen mit einem Gutschein in Höhe von 15 Euro (entsprechend ca. ein Viertel des aktuellen Kassensatzes für eine Behandlungseinheit von 50 Minuten plus zehn Minuten für Organisation) honoriert. Fehlende Rückläufe wurden einmalig telefonisch kontaktiert und zur Teilnahme motiviert bzw. wurden Ablehnungsgründe erfragt. Die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen erfolgte pseudonymisiert. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden gestattete die Durchführung der Fragebogenerhebung ohne Auflagen (EK-Nr. 226062011). Die Auswertung erfolgte ausschließlich deskriptiv mittels SPSS 19.0, um Erfahrungen und das Meinungsbild zur Anwendbarkeit und Durchführbarkeit des elterlichen Einbezugs in der klinischen Praxis zu beschreiben.

## Ergebnisse

Von den 134 angefragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sandten 57 den Fragebogen zurück (Rücklauf 42.5%); Gründe für Nichtteilnahme waren u. a. Zeitmangel, kein Interesse oder Befürchtungen zur Wahrung der Schweigepflicht. Zwei Fragebögen wurden wegen Unvollständigkeit in mehr als 50.0% der Fragen ausgeschlossen. Von den 55 ausgewerteten Datensätzen wurden 61.4% der Fälle von Diplom-Psychologen, 38.6% von Diplom-/Magister-, Sozial-, Musik- und Heilpädagogen beantwortet. 76.4% der Befragten hatten die Fachkunde der Verhaltenstherapie, 25.4% Befragte die Fachkunde der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und 5.5% Befragte die Fachkunde der Analytischen Psychotherapie. Eine Zusatzausbildung darüber hinaus hatten 74.5% der Befragten, davon 31.7% in einer systemischen oder Familientherapie. Die Befragten, überwiegend Frauen (87.0%), waren im Mittel 44.3 Jahre alt (SD = 8.6, range 31-70 Jahre) und arbeiteten zumeist in eigener Niederlassung in Einzelpraxis (69.1%).

### (i) Aktiver Einbezug der Eltern

Insgesamt berichteten 94.7% der befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (über die gesetzlich vorgeschrie-

bene Zustimmung zum Behandlungsvertrag hinaus), Eltern einzubeziehen und vorrangig Mütter nach einem Einbezug zu fragen. Eltern werden nach Angaben der Befragten bei der Diagnostik und Behandlungsplanung, bei der Behandlungsdurchführung und zur Rückfallprophylaxe jeweils in mehr als 80.0% der Fälle einbezogen. Umgekehrt wünschten 57.9% der Eltern von sich aus ausdrücklich einen Einbezug bei der Psychotherapie ihrer Kinder.

### (ii) Formen und Mittel des aktiven Einbezugs der Eltern

Fand eine Einbeziehung der Eltern statt, geschah dies vorrangig (89.1%) im Einzelsetting und nur selten in Form einer Gruppentherapie; überwiegend (74.4%) nahmen Mütter an der Behandlung ihrer Kinder teil. Die Befragten schätzten den Anteil der teilnehmenden Väter im Mittel auf 22.9% und die Teilnahme beider Eltern auf 34.4%. Während Mütter in der Regel (94.5%) viermal oder häufiger teilnahmen, nahmen von den Vätern lediglich 36.4% viermal oder häufiger an der Psychotherapie teil. Nicht unerheblich wurde der Anteil anderer teilnehmender Personen geschätzt (18.2% viermal oder häufiger; z. B. Großeltern, andere Sorgeberechtigte). Eltern wurden häufiger einbezogen bzw. nahmen häufiger teil, je jünger die Kinder waren. Abbildung 1 zeigt die Mittel des Elterneinbezugs, basierend auf den Angaben der befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

### (iii) Nutzen und Barrieren des aktiven Einbezugs der Eltern

Die befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schrieben dem Einbezug der Eltern einen erheblichen Nutzen zu: Sowohl für Anamnese und Befunderhebung, Behandlungsdurchführung als auch für die Rückfallprophylaxe wurde der

<sup>1</sup> Angefragt wurden ausschließlich nicht-ärztlich tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus einer Gesamtmenge von N = 673 in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen registrierten psychologischen Psychotherapeuten (Erwachsene oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie); N = 134 (von 673) wiesen die Zulassung (= Abrechnungsbefähigung lt. KV Sachsen) als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut aus und wurden zur Teilnahme an der Befragung postalisch eingeladen.

Nutzen des Elterneinbezugs in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als hoch bzw. unabdingbar beurteilt. Lediglich für die Behandlungsplanung wurde der Nutzen von 27.3% als mäßig und von 65.4% der Befragten als hoch bzw. unabdingbar betrachtet (Abbildung 2).

Die Mehrzahl der Befragten erachtete die Einbeziehung von Eltern bei einer Reihe von Themen als wichtig und als realistisch umsetzbar (Abbildung 3).

Es könnte angenommen werden, dass der Einbezug der Eltern mit einem Mehraufwand einhergeht, räumliche, personelle oder zeitliche Ressourcen aber begrenzt sind. Befragt nach möglichem Mehraufwand, berichteten lediglich 13.3%, dass überhaupt ein Mehraufwand bestünde. Die Psychotherapeuten sahen den Mehraufwand bei den Terminabsprachen mit allen Beteiligten (70.9%), in der Vorbereitung (47.3%) bzw. Durchführung (36.6%) von Behandlungseinheiten und zu einem geringen Anteil bei der Beantragung (3.6%) und der Abrechnung (3.6%) der Behandlung. Alle befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stimmten zu, diesen Mehraufwand in Kauf zu nehmen. Auch berichtete die Mehrzahl der Befragten (87.0%), über die notwendigen Ressourcen (Platzangebot, Mobiliar und Ausstattung, personelle Unterstützung) zu verfügen.

Befragt nach Art und Häufigkeit von etwaigen Schwierigkeiten (Abbildung 4, S. 250), berichteten Psychotherapeuten in einem Drittel der Fälle, Schwierigkeiten beim Einbezug der Eltern zu haben. In etwas mehr als einem Drittel der Fälle lehnen Eltern den Einbezug ab. In ca. einem Drittel der Fälle lehnen 76.4% der Kinder den Einbezug der Eltern ab. 65.5% der Befragten berichteten, dass bei ca. zwei Dritteln ihrer Fälle hohe Erwartungen der Eltern an das Kind die Gestaltung der Therapie erschweren würde. Darüber hinaus erscheint kritisch, dass etwa ein Drittel der Eltern keine Zeit zur Teilnahme hat, etwa aufgrund der Berufstätigkeit oder Betreuung von Geschwisterkindern.

Auch die Abrechnungsbestimmungen wurden als hinderlich erachtet; am häufigsten

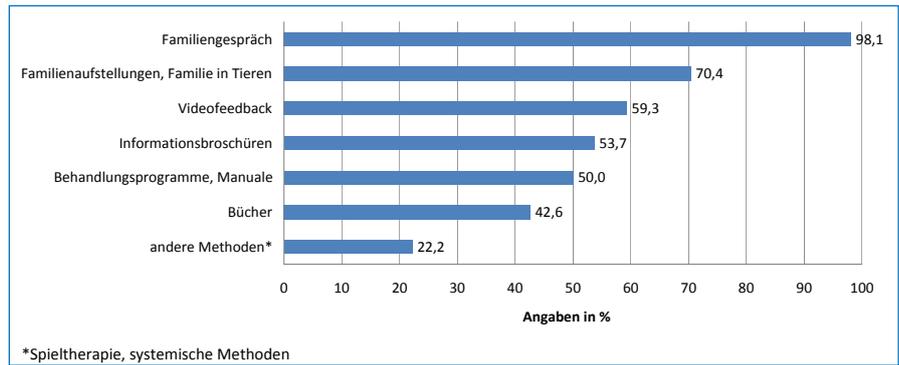


Abbildung 1: „Wenn ich Eltern in die Behandlung einbeziehe, nutze ich ...“ (vorgegebene Antwortoptionen, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich).

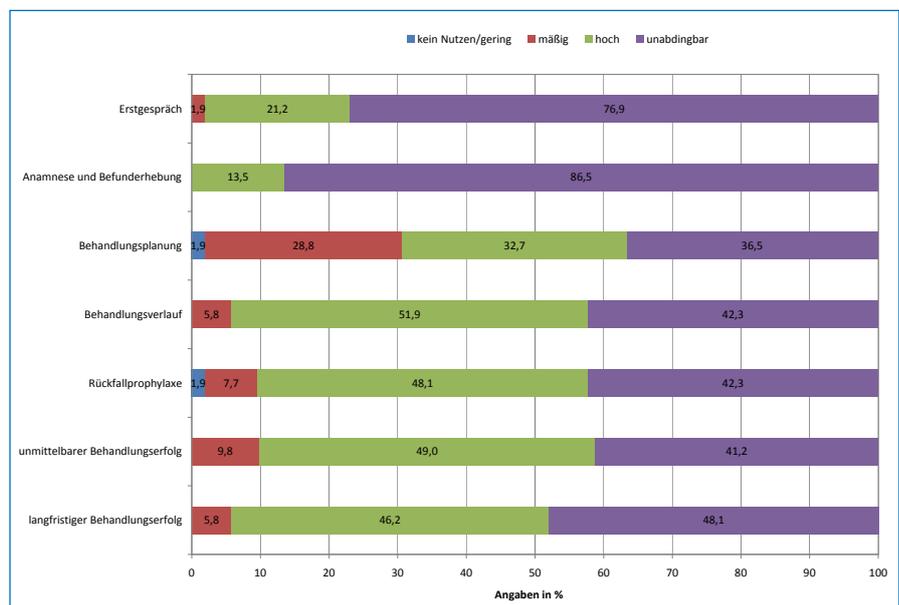


Abbildung 2: „Wie beurteilen Sie den Nutzen von der Einbeziehung der Eltern ...“ (Angaben in Prozent, 4-stufige Skala).

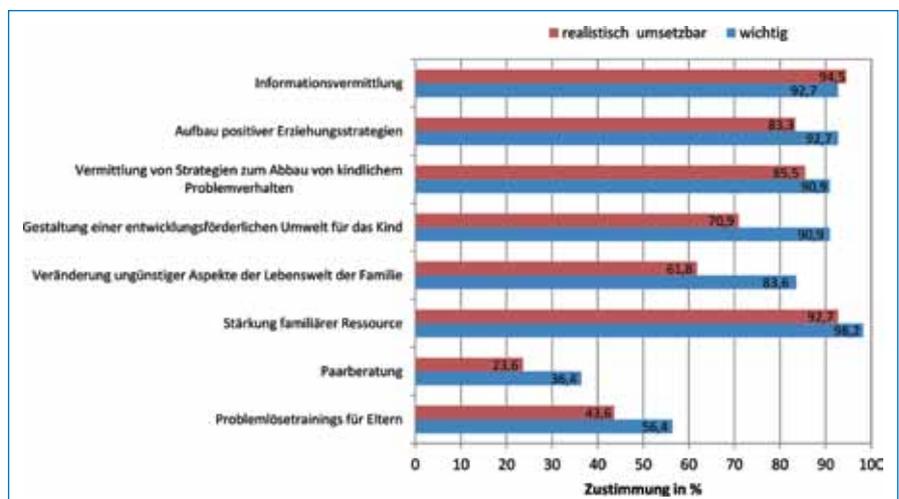


Abbildung 3: „Ich erachte die Einbeziehung folgender Themen bei der Elternarbeit als... [wichtig] bzw. [realistisch umsetzbar]“ (Zustimmung in Prozent).

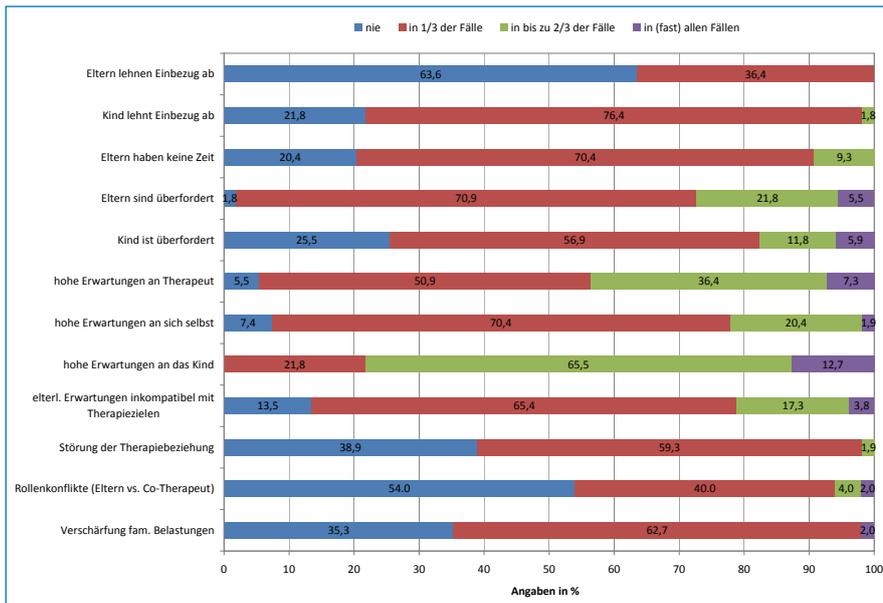


Abbildung 4: „Welche Schwierigkeiten sind Ihnen beim Einbezug von Eltern bisher begegnet?“ (vorgegebene Optionen, Angaben in Prozent, 4-stufige Skala).

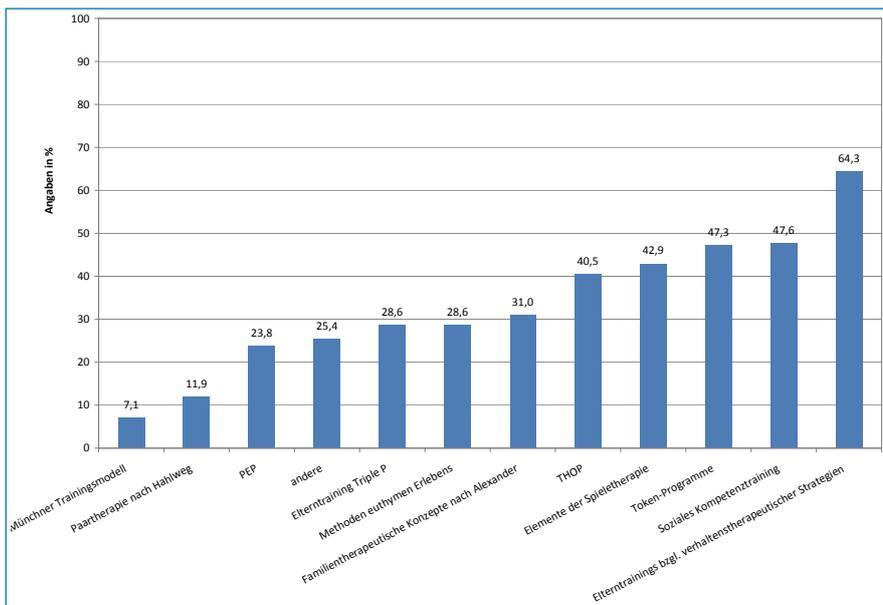


Abbildung 5: „Auf welche Weise würden Sie Eltern mehr in die Behandlung ihres Kindes einbeziehen wollen?“ (vorgegebenen Antwortoptionen, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich).

wurde hier der Wunsch geäußert, mehr Freiheitsgrade bei zeitlichen Einteilungen (Häufigkeit) des elterlichen Einbezugs zu haben, unabhängig vom derzeitigen Behandlungsschlüssel von 1 zu 4.

Abschließend fragten wir nach Wünschen und Erwartungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, um dem Wunsch nach häufigerer (56,9%) und intensiverer (62,3%) Elternarbeit zu entsprechen: Abbildung 5 zeigt, auf welche Weise ein solcher Einbezug stattfinden

könnte. Zu weiteren Informationen bezüglich der genannten Programme und Strategien siehe Döpfner (2006a, b).

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten würden für einen häufigeren Einbezug von Eltern plädieren, wenn eine höhere Vergütung geboten (51,7%; geforderter Mindest-Kassensatz zwischen 80-150 €, M = 100,00 €, SD = 16,60 €), mehr Aus-/Fortbildungen angeboten (48,3%) oder mehr Wirksamkeitsnachweise berichtet (20,7%) würden. Ferner gaben die Befrag-

ten an, mehr Stunden (Anzahl, Aufteilung unabhängig vom Versorgungsschlüssel) anbieten zu wollen.

## Diskussion und Ausblick

Die Befragung niedergelassener sächsischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zielte darauf ab, Erfahrungen und ein Meinungsbild zur Anwendbarkeit und Durchführbarkeit des elterlichen Einbezugs im klinischen Praxisalltag zu erfassen, wobei hier vor allem eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektive eingenommen wurde.

Die Ergebnisse der Befragung legen nahe, dass zum Einbezug von Eltern überwiegend positive Erfahrungen und ein deutliches Interesse niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestehen. Dieser Befund beinhaltet – aus Sicht der Praktiker – möglicherweise wenig Neues. Aus einer forschungsorientierten Perspektive aber zeugt er von der Aufgeschlossenheit und den vorhandenen Ressourcen zum Einbezug von Eltern in die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Eltern nehmen häufig an der Behandlung ihrer Kinder teil, nicht nur im Rahmen der Diagnostik und Befunderhebung, sondern auch und teilweise sehr aktiv mittels psychoedukativer und aktiv-übender Elemente in der Behandlungsdurchführung und Rückfallprophylaxe. Aus Sicht der Psychotherapeuten bestehen in ca. einem Drittel der Fälle Schwierigkeiten beim elterlichen Einbezug, z. B. wenn (zu) hohe Erwartungen aufseiten der Eltern oder Ablehnung vonseiten des Kindes bestehen. Hinderlich wurden außerdem das Prozedere zur Terminfindung und der über die Gebührenordnung geregelte Versorgungsschlüssel angesehen. Gewünscht wird hier vor allem mehr Flexibilität beim Einbezug der Eltern über den bestehenden Versorgungsschlüssel von 1 zu 4 hinaus. Ähnliches wurde 2011 im Rahmen einer Stellungnahme zu Besonderheiten in der Berufsausübung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gefordert (Fallis, 2011), da die enorme Vielfalt und hohe Flexibilität der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie längerfristig eine flexiblere Gestaltung der Ab-

rechnungsmodalitäten erfordern, um u. a. eine stärkere Einbeziehung des sozialen Bezugssystems der minderjährigen Patienten in der Abrechnung gerecht zu werden. Ferner wurde eine deutlich beweglichere Gestaltung der Zeitstrukturen im Rahmen der Psychotherapien gefordert (Fallis, 2011). Dies verlangt jedoch auch auf wissenschaftlicher Ebene weiterführende Bemühungen um den Nachweis der kurz- und langfristigen Wirksamkeit des elterlichen Einbezugs für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Angesichts der hohen Relevanz psychischer Störungen für das Gesundheitssystem erscheinen Senkungen der Erkrankungsraten und die Optimierung verfügbarer Behandlungsstrategien wünschenswert. Folgt man den Befunden zur familiären Häufung und Annahmen zu zugrunde liegenden Mechanismen und Prozessen ist allerdings zu fragen, welche Veränderungsprozesse (und -modelle) beim Einbezug von Eltern in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angestrebt werden sollten. So kann der Fokus auf elterlichen Einstellungen und Kognitionen, auf elterlichen Verhaltensweisen im Rahmen der Eltern-Kind-Interaktion, Beziehungserwartungen, Veränderungen innerhalb des familiären Klimas o. ä. liegen – entsprechend vielfältig, wie diese Ansätze sind, waren auch die eingesetzten Inhalte und Strategien elternbezogener Interventionen in den befragten Praxen.

Möglicherweise profitieren v. a. Kinder psychisch kranker Eltern vom elterlichen Einbezug (Legerstee et al., 2008); denkbar ist, dass selbst betroffene Eltern für eine Partizipation besonders motiviert sind. Die befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schätzten den Anteil von psychisch kranken Eltern ihrer Patienten bei 39.4% (range 0-90%) für ein bzw. bei 9.2% (range 0-60%) für zwei betroffene Elternteile. Dennoch sollten auch mögliche ungünstige Effekte nicht außer Acht gelassen werden. So wird auch berichtet, dass Kinder dann nicht mehr vom elterlichen Einbezug profitieren, wenn Eltern selbst schwer beeinträchtigt und Adhärenz

und Compliance auf Elternseite vermindert sind (Strauss et al., 2012). Folglich besteht die Gefahr, dass Eltern durch einen Einbezug überfordert werden. Umgekehrt ist zukünftig auch zu prüfen, ob Psychotherapie bei Erwachsenen (Eltern) positive Effekte auf die psychische Gesundheit der Kinder hat.

Die Ergebnisse der Umfrage müssen auch kritisch betrachtet werden. So beschränkte sich die Befragung aus Zeit- und Kostengründen auf niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Sachsen. Andere Institutionen wie etwa integrative Familienhilfen oder teil- und vollstationäre Angebote, ärztliche Kollegen sowie Kollegen in anderen Bundesländern wurden nicht befragt. Die Rücklaufquote von 42.5% wird angesichts der Vielzahl von Anfragen an niedergelassene Psychotherapeuten von unterschiedlichsten Institutionen als zufriedenstellend erachtet (Ochs, Bleichhardt, Klasen et al., 2012). Vermutlich machten die befragten Psychotherapeuten ihre Angaben eher intuitiv, ohne Aktendurchsicht. Dies mag zu einer Über- bzw. Unterschätzung der tatsächlichen Beteiligung der Eltern geführt haben. Auch Effekte sozialer Erwünschtheit können nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Da der Fragebogen vor allem aus der eigenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Perspektive angelegt war und vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Kollegen an der Befragung teilnahmen, ist die Aussagekraft für tiefenpsychologisch bzw. analytisch arbeitende Kollegen eingeschränkt. Systematische Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Schulen wurden in den vorliegenden Zahlen jedoch nicht beobachtet. Die bisherige Wirksamkeitsforschung zu Interventionen im Kindes- und Jugendalter ist in ähnlicher Weise bisher vor allem verhaltenstherapeutisch orientiert. Zu psychoanalytischen/tiefenpsychologischen (z. B. Richter, 2012) sowie eltern- und familienorientierten Psychotherapiekonzepten sind eher wenige Untersuchungen verfügbar (Beelmann & Schneider, 2003). Die Berücksichtigung systemischer Perspektiven und anderer Institutionen, die an der Ge-

staltung familiärer Beziehungen beteiligt sind, ist weiter erstrebenswert. So ist anzunehmen, dass andere Perspektiven der Psychotherapie andere Fragen oder Items formuliert hätten. Einige Items, etwa zu Störungsbildern oder Altersgruppen, bei denen der Einbezug der Eltern besonders häufig oder wichtig sei, lieferten leider wenig brauchbare Informationen aufgrund von Deckeneffekten. Auch bleibt unklar, warum aktuelle bzw. an Forschungseinrichtungen konzipierte und gut evaluierte Modelle sich wenig in der Praxis niederschlagen. Die Gründe können vielfältig sein und reichen von Unbekanntheit, geringer Akzeptanz bis hin zu strukturellen Barrieren wie Zeit- oder Platzmangel.

Insgesamt konnte unsere Fragebogenstudie zeigen, dass die Einstellungen und Erfahrungen der befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Einbezug von Eltern in die Psychotherapie der Kinder überwiegend positiv waren und Ressourcen zur Umsetzung vorhanden sind. Intensive Forschungsbemühungen zum elterlichen Einbezug in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollten daher den „praktischen Sektor“ explizit einbeziehen, um letztlich die Translation und Dissemination ihrer Befunde zu stärken.

**Anmerkungen:** Die Fragebogenstudie „Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapie: Status quo, Nutzen und Barrieren aus Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen“ wurde aus Sachmitteln der Fachrichtung Psychologie der TU Dresden (Anschubfinanzierung) finanziert. Wir bedanken uns bei Rosanna Wendel für die Unterstützung zur Manuskriptgestaltung. Ganz besonders gilt unser Dank allen sächsischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für ihre Teilnahmebereitschaft.

## Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



*Dr. **Susanne Knappe**, Dipl.-Psych., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden und befindet sich seit 2007 in Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie). Ihre Forschungsinteressen umfassen die Besonderheiten der familiären Transmission von Angststörungen und deren Translation in die klinische Praxis, die Epidemiologie, Klassifikation und Diagnostik von Angst- und anderen psychischen Störungen.*



*Dipl.-Psych. **Nicole Müller** ist seit 2012 in Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) und ist derzeit als Psychologin in Ausbildung im Klinikum Pirna tätig.*



*Dr. **Samia Härtling**, Dipl.-Psych., ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) und Lehrkoordinatorin des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden. Seit 2012 ist sie Mitglied im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals.*

**Korrespondenzadresse:**

**Dr. Dipl.-Psych. Susanne Knappe**

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden  
Chemnitzer Str. 46  
01187 Dresden  
knappe@psychologie.tu-dresden.de

# Zur aktuellen Berufsbilddiskussion von „Psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“

## Eine besorgte Polemik

Jürgen Hardt

*„Das Geld ist der allgemeine, für sich selbst konstruierte Wert aller Dinge. Es hat daher die ganze Welt, die Menschheit, wie die Natur ihres eigentümlichen Wertes beraubt.“*  
Karl Marx

Rainer Richter hat den Stand der institutionalisierten Diskussion über das Berufsbild der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PP) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten<sup>1</sup> (KJP) zusammengefasst und zu einer breiten Diskussion aufgerufen (Psychotherapeutenjournal 2/2013, S. 118-120). So ist sein Beitrag als Eröffnung eines Austauschs anzusehen. An der Diskussion sollen sich möglichst viele beteiligen, denn das Berufsbild soll von „innen“ (von der Berufsgruppe selbst) und von „unten“ (von der Praxis aus) entwickelt werden, um die Mängel eines von „außen“ und von „oben“ oktroyierten Bildes zu beseitigen, wie bei der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes geschehen. Dieser Schritt ist überfällig!

In vielem ist dem Bericht Rainer Richters über die Lage der PP und implizit der KJP zuzustimmen und es ist eine Mahnung, endlich die längst fällige Diskussion intern (autonom und autark) zu führen. Außerdem stellt er analog einer Tagesordnung die zu entscheidenden Punkte auf.

Diese zusammenfassende Darstellung des bisherigen Diskussionsprozesses geht al-

lerdings über grundsätzliche Auseinandersetzungen hinweg, die in den Gremien der Psychotherapeutenschaft – auf dem Psychotherapeutentag, im Länderrat und in einzelnen Kammern – geführt worden sind. Sie werden großzügig übergangen, als seien sie längst erledigt. Dabei handelt es sich um grundsätzliche Fragen, mit denen die neuen Heilberufe von Beginn an konfrontiert waren und die sich im Laufe ihrer gesellschaftlich noch unvollständigen Etablierung verschärft stellen.

Durch das Psychotherapeutengesetz eröffneten sich den neuen Berufen zwei unterschiedliche Felder (Berufsrecht und Sozialrecht), die schwer zu vereinbarende oder gar widersprechende, zumindest spannungsvolle Aufgaben stellten (Hardt, 2012). Es ging einerseits darum, sich im Kreis der Heilberufe zu verorten, das heißt im Austausch mit den anderen Heilberufekörperschaften ein eigenes Berufsprofil mit eigener Ethik und selbstständiger Vertretung zu entwickeln. Zugleich galt es andererseits, einen angemessenen Platz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erringen. Welche der beiden Aufgaben vordringlich sein sollte und welche die vorragende Rolle bei der Definition der neuen Berufe übernehmen sollte, war von Beginn an strittig.

Offensichtlich dominiert jetzt in den Gremien die Sichtweise, als seien die sozialrechtlichen Belange (Integration in die GKV), die im Psychotherapeutengesetz

bestimmend waren, vorrangig und im impliziten Berufsbild bereits implantiert. Es stellt sich aber die Frage, ob damit eine förderliche Basis für die Explikation eines eigenständigen Berufsverständnisses gegeben ist oder ob nicht sinnvollerweise dieser Gegensatz als gesellschaftlicher/kultureller Konflikt verstanden werden muss, um sich dann zu positionieren.

Es handelt sich bei dieser Spanne um ein Produkt der postmodernen Auseinandersetzung zwischen System und Lebenswelt (Habermas, 1981, S. 171-293) und darum, wie sich die beiden neuen Heilberufe in ihr lokalisieren. Habermas Befürchtung war, dass sich im Prozess der gesellschaftlichen politischen Umgestaltung das effektive System von Wirtschaft, Verwaltung und Rechtsprechung, das ursprünglich die Lebenswelt des Menschen schützen und befördern sollte, von der Lebenswelt ablöst, wegen seiner überlegenen Effektivität die Lebenswelt unterdrückt, um sie schließlich auszubeuten und zu kolonialisieren.

Dieser Kulturkampf, der in seiner Härte dem bismarckschen Kulturkampf nicht nachsteht – auch, wenn es um andere Inhalte geht – hat Fronten gebildet, in denen sich die Psychotherapeuten sowie auch die anderen Heilberufe wegen ihrer le-

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend die männliche und weibliche Form genannt. Selbstverständlich sind immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

bensweltlichen Aufgaben verorten müssen.<sup>2</sup>

Die GKV, das heißt die solidarische Krankenversicherung, in die die beiden neuen Berufe eingetreten sind, ist inzwischen in eine Gesundheitswirtschaft transformiert worden. Dort werden nicht mehr Kranke behandelt, was ursprünglich die Aufgabe der Heilberufe war, sondern es wird Gesundheit produziert. Diesem Gesichtspunkt wird in den Ausführungen von Rainer Richter zwar Rechnung getragen, er wird aber nicht in seiner grundsätzlichen Schärfe bedacht. Das zeigt sich besonders im Absatz über die „Berufsbilder der Gesundheitsberufe“, weil der Titel „Gesundheitsberufe“ – anstelle von „Heilberufe“, und damit Diktion und Logik der Gesundheitsökonomie – übernommen wird.

Die Übernahme des Namens kann man als eine Kapitulationserklärung in den Auseinandersetzungen zwischen System und Lebenswelt verstehen. Deren Diskrepanz ist aber unausweichlich und eine Grundspannung, die sich im Berufsbild der neuen Heilberufe darstellt und ausgeglichen werden muss. Wenn die Bezeichnung der „Heilberufe“ als „Gesundheitsberufe“ eine Kapitulation ist, stellt sich noch die Frage, ob es eine geordnete Kapitulation ist, die dem Unterlegenen einen ehrenvollen Rückzug und die Bewahrung seiner Identität erlaubt, oder eine bedingungslose Kapitulation, die dazu führt, dass alles, was dem Unterlegenen vorher gehörte, schamlos ausgebeutet werden und fremder Nutzung zugeführt werden kann; sowie dass die Besiegten die Bezeichnung der Sieger für sich übernehmen und ihr Selbstbild entsprechend transformieren müssen. Wenn so etwas geschehen ist, entspricht dies dem Kolonialisierungskonzept von Habermas (vgl. Die *Aufgabe* der Psychotherapie in der Gesundheitswirtschaft, Hardt & Müller, 2009).

Der Konflikt zwischen System und Lebenswelt ist virulent und wird sich trotz vorläufiger Beruhigung fortsetzen. Die freien Berufe mit ihren Standesvertretungen (Kammern) sind Entwicklungsbremsen in der Globalisierung der Märkte und es gibt politische Bestrebungen, sich ihrer zu entledigen. Das drückt sich darin aus, dass die

selbstständigen Heilberufe zu Leistungserbringern in der Gesundheitswirtschaft wurden, die den Wettbewerbsgesetzen eines weitgehend entfesselnden Marktes (F. Hengsbach) gehorchen sollen (Hardt, 2012).

Die unverkennbar neoliberale Version einer Gesundheitsversorgung unterliegt einer nur noch geringen und gewissen politischen Steuerung:<sup>3</sup> dem New Public Management (NPM), das von Politikern wie Margret Thatcher und Ronald Reagan als politische Agenda initiiert, von gemäßigt linken Politikern wie Bill Clinton, Tony Blair und Gerhard Schröder als notwendige Reform durchgesetzt worden ist (Was als Modernisierung angepriesen wurde, war aber der Rückbau moderner Errungenschaften!). Das NPM verlangt, die „Gemeinschaftsaufgaben“, wie z. B. Bildung und Krankenversorgung, aus der gemeinschaftlichen Kontrolle zu „befreien“ und dem Markt auszusetzen, um damit den nicht mehr bezahlbaren Fortschritt in der „Versorgung“ für die Gesellschaft finanzierbar zu machen. Dass mit dieser Transformation keine Kostendämpfung, wohl aber eine Umverteilung der Gewinne zuungunsten der „Leistungserbringer“ erfolgte, kann man an den unterschiedlichen Einkommensentwicklungen deutlich erkennen. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz hat nicht den versprochenen Effekt erreicht, wie bei allen neoliberalen Reformmaßnahmen zu beobachten – die eingetretene Beruhigung hängt wohl eher mit einer Resignation vor der Übermacht zusammen.

Man kann die Skizze von Rainer Richter wie eine Kapitulationserklärung in diesem Kulturkampf verstehen: Die Sprache des Systems hat sich durchgesetzt. PP und KJP sind zuerst „Gesundheitsberuf“. Sie sind nicht mehr zuerst und wesentlich ein selbstständiger und selbstbewusster Heilberuf, der seinen Kern im Ethos des Heilens und der Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft hat und dessen Identität in der selbstverantwortlichen Kammer demokratisch artikuliert wird, sondern sie sind wettbewerbliche „Leistungserbringer“ in einer Gesundheit produzierenden Industrie (Wirtschaft) geworden, die nach freien Marktgesetzen ihr Geschäft betreibt.

So weit, so schlimm: eine bedauerliche Entwicklung, die vielleicht nur dadurch zu erklären ist, dass viele glauben, die Wahrheit liege bei den siegenden Mächten und dem Kapital. Um sich zu definieren, sind PP und KJP in die Auseinandersetzung mit der Gesundheitswirtschaft gezogen und haben sich nicht gegen die Mittel, mit denen der Kampf ausgetragen wurde, gewehrt, sondern sind dem Gesetz des Stärkeren freiwillig gefolgt, dem sie schließlich unterlegen sind. Sich als Mitgewinner (etablierter Gesundheitsberuf) zu sehen, ist eine Illusion, denn die Entwicklung eines entfesselten Marktes folgt den Gesetzen des Kapitals und den zu erwartenden Gewinnen der Parteien. PP und KJP sind aber auf diesem Markt eine äußerst schwache Partei. Sie können nur ihre eigene Leistung einbringen. Das große Geld wird von anderen Gesundheitsanbietern bewegt. PP und KJP sind nur lästige Kostenverursacher.

Wie kann in einer solchen Lage die Explikation eines eigenständigen Berufsbildes gelingen? Wie ist es möglich, sich von Fremdbestimmungen zu befreien oder wie ist das implizite Verständnis der Praxis autonom zu explizieren? Welche Aufgaben sehen Psychotherapeuten in ihrem Beruf, geht es um Heilbehandlungen von Patienten oder Klienten oder auch um die Bedingungen, unter denen sie geleistet werden? Geht es nur darum, dass PP und KJP eine milde kritische Distanz zum System einhalten und dessen Reparatur oder Umformung verlangen, sodass die Psychotherapie darin einen mehr oder weniger angenehmen Platz hat, oder gehört eine „gesellschaftskritische“ Haltung zum Beruf? Ist die dezentrierte Position, die wir gegenüber dem Patienten einnehmen müssen, auch der Gesellschaft gegenüber einzuhalten?

2 Die Hessische Psychotherapeutenkammer hat sich in dieser Auseinandersetzung deutlich zur Lebenswelt bekannt, wie aus den „Grundsätzen der Kammerarbeit“, dem „Geisenheimer Manifest“ (LPPKJP Hessen, 2005), zu entnehmen ist. Außerdem ist durch ihre Anregung die Arbeitsgemeinschaft „Heilen und Helfen“ der hessischen Heilberufekammern entstanden, die sich gegen die Transformation der lebensweltlich-solidarischen Krankenbehandlung in eine entfesselte Gesundheitswirtschaft gewendet hat (Hardt, 2007).

3 Zum Folgenden eine um Sachlichkeit bemühte Übersicht in Steger & Roy, 2010 sowie Walpen, 2004.

ten und besonders gegenüber einer Gesundheitswirtschaft, in der wir unser Auskommen suchen?

Gesellschaftskritik von einem psychotherapeutischen Standpunkt aus – dem des Lebens – gehört zum Beruf der Psychotherapeuten; ohne dies werden sie zu willfährigen „Leistungserbringern“ einer Marktgesellschaft, die das psychotherapeutische Wissen und Können zur Befriedung entwicklungsnotwendiger Konflikte missbraucht. Die PP und KJP müssen die kritische Aufgabe annehmen und durch ihre Ausbildung dazu befähigt sein, sich mit gesellschaftlichen Prozessen auseinanderzusetzen. Wir sollten die kritische Situation der Gesellschaft als Chance ansehen und diese Chance ergreifen und uns nicht einfach fügen, denn das System der freien globalen Marktwirtschaft ist an den Rand seiner Leistungsfähigkeit geraten und stolpert trotz aller Heilsversprechen von Krise zu Krise, wie überall zu beobachten ist.

Die PP und KJP sind aus eigenem Interesse gut beraten, wenn sie kritischen Abstand zu einem System halten, das sich

seinem Ende, denen des Wachstums, nähert.

### Literatur

- Habermas, J. (1981/85). *Theorie des kommunikativen Handelns* (Bd. 2): „Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft“. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hardt, J. (2007). Heilen und Helfen. *info.doc*, 6 und *DHZ, LZÄKH*, 12.
- Hardt, J. (2012). Die Aufgabe der Psychotherapie in unserer Zeit. In K.-J. Bruder et al. (Hrsg.), *Macht – Kontrolle – Evidenz*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hardt, J. & Müller, U. (2009). Die Aufgabe der Psychotherapie in der Gesundheitswirtschaft. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3), 271-277.
- LPPKJP Hessen (2005). *Geisenheimer Manifest*. Verfügbar unter: [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)
- Steger, M. B. & Roy, R. K. (2010). *Neoliberalism: A very Short Introduction*. New York: Oxford University Press.
- Walpen, B. (2004). *Die offenen Feinde und ihre Gesellschaft*. Hamburg: VSA-Verlag.



Dipl.-Psych. **Jürgen Hardt**, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker (DPV, IPA, DGPT), ist Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen und Mitglied des Redaktionsbeirats des *Psychotherapeutenjournals*.

### Dipl.-Psych. Jürgen Hardt

Goethestr. 10  
35578 Wetzlar  
[juergenhardt@t-online.de](mailto:juergenhardt@t-online.de)

# Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung

## Entwicklung und mögliche Implikationen für den Berufsstand

Robin J. Siegel

**Zusammenfassung:** Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schätzte 2006, dass mindestens 1.000 neuapprobierte Psychotherapeuten<sup>1</sup> pro Jahr notwendig seien, um die Zahl der Psychotherapeuten in Deutschland konstant zu halten. Gleichzeitig wurde in den letzten Jahren wiederholt auf die problematischen Ausbildungsbedingungen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund werden die vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) veröffentlichten Prüfungsdaten der letzten neun Jahre vorgestellt. So stieg die Teilnehmerzahl der schriftlichen staatlichen Prüfung kontinuierlich von bundesweit 625 Prüfungsteilnehmern im Jahr 2005 auf 1.853 in 2012. Insgesamt haben seit 2004 rund 11.000 Psychotherapeuten die schriftliche IMPP-Prüfung bestanden. Diese Absolventenzahlen werfen neue Fragen auf, etwa wie viele neuapprobierte Psychotherapeuten pro Jahr tatsächlich benötigt werden, inwiefern die steigende Anzahl an Ausbildungsteilnehmern sich auf die Ausbildungsbedingungen auswirkt und wie dies bei der aktuellen Diskussion um die Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) berücksichtigt werden kann. Dabei sind auch Veränderungen des Berufsbildes und des Tätigkeitsspektrums von Psychotherapeuten zu beachten.

### Einleitung

Der Diotima-Preisträger von 2012 Prof. Dietmar Schulte warf vor gut elf Jahren mit Wolf Lauterbach (2002) folgende Frage auf: „Wie groß wird der Bedarf an Psychologischen Psychotherapeuten in der Zukunft sein?“ In ihrem Bericht prognostizierten sie, dass 1.059 neu ausgebildete Psychotherapeuten pro Jahr notwendig sein würden, um die Lücke an Psychotherapeuten, die altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden, zu schließen. Da der reale Bedarf an neuen Psychotherapeuten (z. B. aufgrund einer Ausweitung der Berufsfelder) deutlich über dieser Schätzung liegen dürfte, kamen die Autoren zu dem Schluss, dass es wahrscheinlich sei, dass „in Deutschland ebenso wie in England in den kommenden Jahren ein Mangel an approbierten Psychotherapeuten entstehen wird.“

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schätzte 2006, ausgehend von der Altersverteilung der Kammermitglieder, dass et-

wa 1.000 Neuapprobationen pro Jahr notwendig seien, um die Zahl der Psychotherapeuten in Deutschland konstant zu halten. Dabei beschrieb sie, dass „vielerorts die ersten Ausbildungsgänge noch nicht abgeschlossen“ seien und für die „nächsten Jahre ein Anstieg der Prüfungen auf über 1.000 zu erwarten“ sei. Kritisch wurden dabei die Umstellung auf die Bachelor-/Masterstudiengänge aufgrund der Bologna-Reform und die damit einhergehende Quotierung der Masterplätze betrachtet.

Auf Landesebene zeigen Nübling, Schmidt und Munz (2010), wie sich die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg bis 2030 darstellen lässt. In ihren Schätzungen kommen sie aufgrund der Altersverteilung der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Landes zu dem Schluss, dass Baden-Württemberg für den Zeitraum 2011 bis 2020 durchschnittlich 135 neuapprobierte Psychologische Psychotherapeuten (PP) pro Jahr, im Zeitraum 2021 bis 2025

durchschnittlich 166 neuapprobierte PP pro Jahr und im Zeitraum 2026 bis 2030 durchschnittlich 144 neuapprobierte PP pro Jahr erforderlich sind. Sie stellen fest, dass sich die Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg von 2010 bis 2030 bei einer pessimistischen Schätzung der Ausbildungsteilnehmer um 17,4% verkleinert bzw. bei einer optimistischen Schätzung ihre Mitgliederzahl in etwa halten kann. Auch die Psychotherapeutenkammer Bayern ließ in ihrem Bericht von 2007 (Kümmeler, Tritt & Vogel, 2007) die notwendigen jährlichen Neuapprobierten schätzen: Je nach zugrunde gelegter Modellprämisse gingen sie dabei von 163 bzw. 228 notwendigen Neuapprobierten aus. Weitere Zahlen liegen für Schleswig-Holstein mit geschätzten 33 notwendigen Neuapprobierten pro Jahr (PTK Schleswig-Holstein, 2007) und Hessen (Walz-Pawlitza, 2008) mit mindestens 140 notwendigen Neuapprobierten pro Jahr vor.

Die zwischen 2006 und 2010 veröffentlichten und hier vorgestellten Schätzungen wiesen überwiegend auf einen potenziellen Mangel an Absolventen aufgrund der Quotierung von Masterplätzen im Zuge der Bologna-Reform hin. Unberücksichtigt blieben dabei mögliche Veränderungen des Berufsbildes (vgl. Richter, 2013) und eine damit verbundene Erweiterung des Tätigkeitsspektrums von Psychotherapeuten. Der tatsächliche Bedarf an Psychotherapeuten sollte auch weiter steigen, wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung besser diagnostisch erkannt und behandelt werden würden (vgl. Nübling,

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

2009). Auf der anderen Seite könnten sich die zum Teil katastrophalen Bedingungen insbesondere bei der Finanzierung der Ausbildung durch die mangelnde Vergütung der Praktischen Tätigkeit (Busche, Mösko, Kliche, Zander & Koch, 2006; Hölzel, 2006; Strauß et al., 2009) negativ auf die Absolventenzahlen auswirken, sodass sich die Diskrepanz zwischen notwendigen Neuapprobieren und Absolventen weiter erhöhen würde.

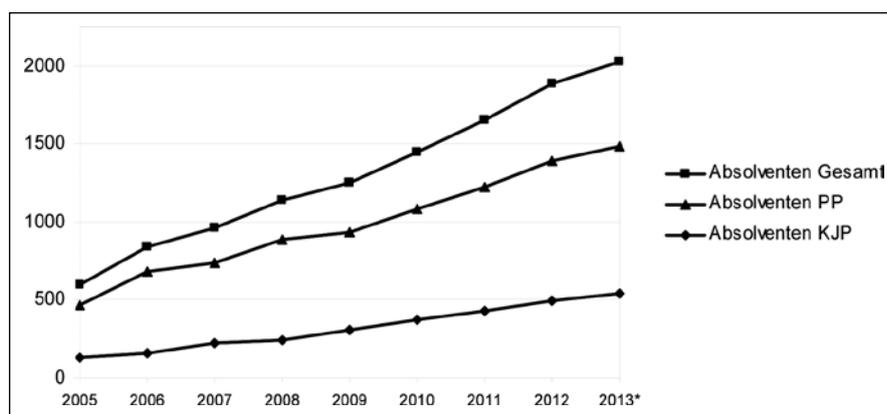
Wie sieht es also vor diesem Hintergrund elf Jahre nach der ersten Schätzung von Schulte und Lauterbach (2002) mit den Absolventenzahlen aus? Lassen sich ausreichend Psychologen, Pädagogen und Sozialpädagogen für die Ausbildung zum Psychotherapeuten begeistern? Hierfür werden im Folgenden anhand der vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) veröffentlichten Daten zu den schriftlichen Staatsexamensprüfungen für PP und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) die Entwicklung der Prüfungsergebnisse und Absolventenzahlen der letzten neun Jahre analysiert. Abschließend folgt ein Resümee dieser Entwicklung vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen um die Reform der Psychotherapieausbildung.

## Methodik

Die vom IMPP (2013) zu den 18 Prüfungszeiträumen (Herbst 2004 bis Frühjahr 2013) veröffentlichten Prüfungsdaten wurden systematisch gespeichert und aggregiert. Die veröffentlichten Daten enthalten Informationen zur Anzahl der Prüfungsteilnehmer im Bundesgebiet und für jedes Bundesland sowie die Misserfolgsquote, die Anzahl der gewerteten Prüfungsfragen und die Bestehensgrenze. Seit der Frühjahrsprüfung 2005 werden darüber hinaus die Punkteverteilung, Mittelwert, Median, Minimum, Maximum, Standardabweichung, Schiefe und Exzess veröffentlicht. Um diese Daten mit den Zahlen der approbierten Psychotherapeuten zu vergleichen, wurden die aktuellsten Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)) erfasst sowie die dazugehörige Verteilung auf die Landes-

**Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Misserfolgsquoten für die Prüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für den Zeitraum Herbst 2004 bis Frühjahr 2013.**

	N	Richtig gelöste Aufgaben in %		Misserfolge	
		M	SD	N	%
PP	8582	80,8	8,9	220	2,56 %
KJP	2.871	76,0	10,5	208	7,24 %
<b>Gesamt</b>	11.453	79,6	9,6	428	3,74 %



**Abbildung: Entwicklung der jährlichen Absolventenzahlen für die Prüfung zum PP und KJP von 2005 bis 2013\*.**

\* Die erwarteten Absolventenzahlen für 2013 wurden aus den Zahlen der Frühjahrsprüfungen und den darauf aufbauenden Schätzungen für die Herbstprüfung 2013 berechnet.

kammern bei der BPTK erfragt (Stand Dezember 2011).

## Ergebnisse

Die Auswertung erfolgt in drei Abschnitten. Im ersten Abschnitt werden allgemeine bundesweite Daten über die Prüfungsergebnisse und Misserfolgsquoten aufgeführt. Im zweiten Abschnitt wird die Entwicklung der Teilnehmer- und Absolventenzahlen im Bundesgebiet aufgezeigt, bevor im letzten Abschnitt eine Auswertung auf der Ebene aller Bundesländer bzw. Landeskammern erfolgt.

### Prüfungsergebnisse

Zunächst wurden anhand der vorliegenden Daten zu jeder einzelnen Prüfung der Gesamtmittelwert und die Gesamtstandardabweichung für alle Prüfungsteilnehmer von Herbst 2004 bis Frühjahr 2013 für die Prüfung zum PP, zum KJP und beide

Prüfungen zusammen berechnet. Die Ergebnisse sowie die berechneten Misserfolgsquoten (Personen, die die Prüfung nicht bestanden haben) sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Ein  $t$ -test ( $t(11.451) = 20,89; p < 0.001$ ) zeigt, dass sich die Leistungen in den PP-Prüfungen signifikant zu den Leistungen in den KJP-Prüfungen bei einer mittleren Effektstärke von  $d = 0,51$  (bei gepoolter Varianz nach Cohen, 1988) unterscheiden.

### Absolventenzahlen für das Bundesgebiet

Als erster Schritt der Analyse der Absolventenzahlen wurden die Daten der letzten zehn Jahre aggregiert. Seit der Herbstprüfung 2004 haben insgesamt 11.453 Personen an den Prüfungen teilgenommen. Von diesen haben 8.582 (74,8%) die Prüfung für PP und 2.871 (25,2%) die Prüfung für KJP absolviert. Für die weiteren Berechnungen wurden die Daten entsprechend der Durchfallquoten bereinigt, sodass von

**Tabelle 2: Prüfungsteilnehmerzahlen in den Jahren 2005, 2009 und 2012 sowie kumuliert für den Zeitraum Herbst 2004 bis Frühjahr 2013 sowie Quoten an Teilnehmern der KJP-Prüfungen in den einzelnen Bundesländern bzw. Prüfungsbezirken sowie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK).**

	Anzahl Prüfungsteilnehmer PP + KJP			Kumuliert 2004 – 2013	
	2005	2009	2012	N	Anteil KJP
Baden-Württemberg	54	122	172	1073	18,8%
Bayern	67	145	279	1523	23,8%
Berlin	68	153	220	1285	20,2%
Bremen	2	16	23	136	17,6%
Hamburg	13	38	72	344	11,6%
Hessen	58	142	186	1079	26,5%
Niedersachsen	74	89	151	955	40,6%
Nordrhein-Westfalen	150	321	465	2704	24,1%
Rheinland-Pfalz	46	90	104	708	22,6%
Saarland	8	10	17	99	20,2%
Schleswig-Holstein	15	28	30	191	14,1%
OPK*	64	149	214	1340	33,5%
Brandenburg	13	24	28	240	73,8%
Mecklenburg Vorpommern	0	12	27	135	3,7%
Sachsen	36	95	109	691	19,7%
Sachsen-Anhalt	0	6	17	87	46,0%
Thüringen	15	12	34	187	48,7%
Gesamt	625	1305	1923	11453	25,1%

\* OPK = Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

insgesamt 11.025 Absolventen (davon PP = 8.362 (75,8%); KJP = 2.663 (24,2%)) auszugehen ist. Die vorgestellten Absolventenzahlen beziehen sich ausschließlich auf die schriftliche staatliche Prüfung. Aufgrund der geringen Durchfallquoten der mündlichen Prüfungen (Ruggaber, 2008) werden diese im Folgenden vernachlässigt.

Die Entwicklung der Absolventenzahlen (siehe Abbildung S. 257) zeigt eine kontinuierliche Steigerung von 598 Absolventen (PP = 464, KJP = 134) im Jahr 2005 auf 1.934 Absolventen (PP = 1.428, KJP = 506) im Jahr 2012. Prozentual ausgedrückt ergibt dies seit 2006 eine Erhöhung von durchschnittlich 16,8% (PP = 16,2%; KJP = 19,4%) zum jeweiligen Vorjahr. Anhand der Frühjahrsprüfung 2013 und der Unter-

schiede zwischen Frühjahrs- und Herbstprüfungen in den Vorjahren ist auch eine Schätzung der Absolventenzahl für 2013 möglich. Bei den Herbstprüfungen gab es durchschnittlich 2,4% weniger Absolventen im Vergleich zu den früheren Frühjahrsprüfungen, wobei dieser Trend ausschließlich auf die PP-Prüfungen zurückgeht. Hier zeigt sich bei den Herbstprüfungen eine durchschnittliche Verringerung der Absolventenzahlen um 6,2%, während es bei den Frühjahrsprüfungen eine Steigerung um durchschnittlich 22,1% zum jeweils davor liegenden Prüfungszeitraum gibt. Bei den KJP-Prüfungen findet sich hingegen sowohl bei den Frühjahrs- als auch bei den Herbstprüfungen eine Steigerung um durchschnittlich 8,5% bzw. 10,3% im Vergleich zu den davorliegenden Prüfungszeiträumen. Ausgehend von

diesen Unterschieden ergibt sich für die Herbstprüfung 2013 eine Schätzung von 1.019 Prüfungsteilnehmern (PP = 709; KJP = 310) bzw. 968 Absolventen (PP = 695; KJP = 273). Damit dürften 2013 erstmals über 2.000 Psychotherapeuten die schriftliche Approbationsprüfung erfolgreich bestehen (Schätzung: PP = 1.486, KJP = 540; Gesamt = 2.026).

Die Analyse der Absolventenzahlen zeigt auch, dass sich das Verhältnis von Absolventen der PP-Ausbildung zu Absolventen der KJP-Ausbildung verändert. Waren in den sechs Prüfungszeiträumen von Herbst 2004 bis Frühjahr 2007 insgesamt 19,7% der Absolventen KJP, waren es im Zeitraum von Herbst 2007 bis Frühjahr 2010 schon 23,9% und in den letzten sechs Prüfungszeiträumen (Herbst 2010 bis Frühjahr 2013) insgesamt 26,1%. Insgesamt waren 24,2% der Absolventen KJP.

### Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Ländervergleich

Für den Ländervergleich können keine bereinigten Absolventenzahlen angegeben werden, da das IMPP für einzelne Bundesländer keine Misserfolgsquoten veröffentlicht. Hier werden somit lediglich die Teilnehmerzahlen dargestellt. Um die Entwicklung in den Bundesländern zu verdeutlichen, wurden exemplarisch die Jahre 2005, 2009 und 2012 herausgegriffen.

Aus Tabelle 2 wird deutlich, dass in allen Bundesländern die Teilnehmerzahlen der schriftlichen Prüfung zwischen 2005 und 2012 gestiegen sind. Darüber hinaus variiert das Verhältnis von KJP- zu PP-Absolventen in den Bundesländern zum Teil beträchtlich. So werden in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie Niedersachsen verhältnismäßig am meisten KJP ausgebildet. Spitzenreiter bei der Anzahl der Prüfungsteilnehmer sind Nordrhein-Westfalen, Bayern und Berlin.

Vergleicht man die Mitgliederzahlen der Psychotherapeutenkammern von 2005 und 2011 (Tabelle 3), so haben in diesem Zeitraum alle Kammern an Mitgliedern gewonnen. Es zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den Landes-kammern im Hinblick auf das Verhältnis der Prüfungsteil-

nehmer zur Mitgliederzahl der Psychotherapeutenkammer. So gab es 2012 in den Bundesländern der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer insgesamt 7,75, in Rheinland-Pfalz 7,25 und in Berlin 6,11 Prüfungsteilnehmer pro 100 Kammermitglieder. Schlusslicht ist Schleswig-Holstein mit nur 2,66 Prüfungsteilnehmern pro 100 Kammermitglieder.

In Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg wurden die in der Einleitung beschriebenen Schätzungen zu notwendigen Anzahl neuapprobierter PP in 2012 nahezu erreicht (Schleswig-Holstein: Schätzung = 27 vs. Prüfungsteilnehmer = 26; Baden-Württemberg: Schätzung = 135 vs. Prüfungsteilnehmer = 134), während die Schätzung in Bayern und Hessen inzwischen weit übertroffen wurden (Bayern: Schätzung = 134 vs. Prüfungsteilnehmer = 214; Hessen: Schätzung = 140 vs. Prüfungsteilnehmer = 186).

## Diskussion

Zunächst einmal bestätigen die Prüfungsergebnisse ein relativ gutes Abschneiden der Prüfungsteilnehmer mit durchschnittlich knapp 80% richtig gelöster Antworten. Die Durchfallquote ist auch für die Teilnehmer der Prüfung zum KJP relativ gering. Der signifikante Unterschied zwischen den Ergebnissen der Prüfungen von KJP und PP dürfte auf die unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung zum PP und KJP und die große inhaltliche Schnittmenge zwischen den Inhalten eines Psychologiestudiums und dem Gegenstandskatalog der IMPP-Prüfungen zurückzuführen sein. Die Absenkung des Qualifikationsniveaus bei der Ausbildung zum KJP durch die Bologna-Reform und die damit in einzelnen Bundesländern verbundene Zulassung von Bachelorabsolventen in Pädagogik und Sozialpädagogik zur Ausbildung könnte diesen Unterschied in den Prüfungsergebnissen noch einmal verstärken. Da der Gegenstandskatalog der Prüfung vielfach kritisiert wurde (vgl. Hoffmann & Margraf, 2003; Ruggaber, 2008), bisher keine Validierungsstudien für die schriftlichen IMPP-Prüfung vorliegen und es zweifelhaft ist, ob man mit der schriftlichen IMPP-Prüfung die psychothe-

**Tabelle 3: Mitgliederzahlen der Landespsychotherapeutenkammern und Bundespsychotherapeutenkammer im Dezember 2005 und Dezember 2011 sowie Anzahl der IMPP-Prüfungsteilnehmer und das Verhältnis von Prüfungsteilnehmern pro 100 Psychotherapeuten im Jahr 2012.**

	Psychotherapeuten Dez. 2005 (nach BPtK, 2006)	Psychotherapeuten Dez. 2011	Prüfungsteilnehmer 2012	Prüfungsteilnehmer / Psychotherapeuten in %
Baden-Württemberg	3977	4888	172	3,52
Bayern	4706	5540	279	5,04
Berlin	3246	3602	220	6,11
Bremen	480	502	23	4,58
Hamburg	1272	1529	72	4,71
Hessen	2614	3271	186	5,69
Niedersachsen	2932	3128	151	4,83
Nordrhein-Westfalen	6852	8219	465	5,66
Rheinland-Pfalz	1222	1434	104	7,25
Saarland	405	456	17	3,73
Schleswig-Holstein	982	1129	30	2,66
OPK*	k. a.	2774	215	7,75
<b>Gesamt ohne OPK*</b>	28688	33698		
<b>Gesamt</b>		36472	1934	5,30

\* OPK = Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

rapeutische Kompetenz erfassen kann, ist allerdings keine Aussage darüber möglich, ob Personen mit schlechteren Noten in der schriftlichen IMPP-Prüfung sich auch tatsächlich schlechter für den Beruf des Psychotherapeuten eignen.

Die Auswertungen der Absolventenzahlen belegen, dass derzeit in Deutschland kein gravierender Mangel an neu ausgebildeten Psychotherapeuten besteht, wie es von Schulte und Lauterbach im Jahr 2002 prognostiziert wurde. Lediglich in einzelnen Bundesländern wie Schleswig-Holstein werden nur die als minimal eingeschätzten Absolventenzahlen erreicht, was jedoch durch die hohe Anzahl an Absolventen anderer Bundesländer kompensiert werden dürfte.

Insgesamt hat der Beruf des Psychotherapeuten trotz der zum Teil widrigen Umstände in der Ausbildung nicht an Attraktivität verloren. Im Gegenteil: Es scheinen immer mehr Absolventen eines Psychologie-, Pädagogik oder Sozialpädagogikstudi-

ums mit der Ausbildung zu beginnen. Wie weit die Absolventenzahlen in den nächsten Jahren weiter steigen, bleibt abzuwarten. Zumindest ist aber nicht davon auszugehen, dass die Psychotherapeutenkammern zukünftig zu schrumpfen drohen, wie auch die Erhöhung der Mitgliederzahlen im Zeitraum von 2005 bis 2012 zeigt. Ob diese Erhöhung allerdings primär auf die Zunahme der Absolventenzahlen oder aber auf eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit (durch die Aufhebung der Altersbeschränkung für niedergelassene Psychotherapeuten bzw. die Veränderung des Renteneintrittsalters) zurückzuführen ist, kann hier nicht geklärt werden. Auch die Quotierung von Masterplätzen scheint weit weniger problematisch ausgefallen zu sein, als ursprünglich befürchtet (vgl. Frensch, 2013). Dabei ist ohnehin fraglich, inwiefern die Verfügbarkeit von deutschen Studienabschlüssen eine solide Basis für eine Schätzung der Ausbildungsteilnehmer darstellt, da inzwischen aufgrund des hohen Numerus Clausus für Psychologie in Deutschland Interessenten zunehmend

auf die weniger restriktiven Studiengänge der Nachbarländer (v. a. Niederlande, Schweiz, Österreich) ausweichen.

### **Gibt es zu viele Absolventen?**

Was die reale notwendige Absolventenzahl angeht, so sollte der Bedarf an Psychotherapeuten sicherlich nicht ausschließlich durch die aktuelle Mitgliederstärke der Kammern definiert werden. Der Fehler, den Ist-Wert zum Soll-Wert zu erklären, wie er beispielsweise 1999 auch bei der Berechnung der Bedarfszahlen für niedergelassene Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung gemacht wurde (sog. Bedarfsplanung), sollte an dieser Stelle nicht wiederholt werden. Vielmehr sind auch soziodemographische Faktoren und aktuelle Entwicklungen der Versorgungslandschaft (z. B. Entwicklungen in der ambulanten Psychotherapie bzw. bei den Zahlen der Vertragspsychotherapeuten) zu berücksichtigen. Die Diskussion um ein sich veränderndes Berufsbild (Richter, 2013) verdeutlicht zudem, dass inzwischen zunehmend mehr Psychotherapeuten in neue Tätigkeitsfelder eingedrungen sind und weiter eindringen, die bei der Verabschiedung des PsychThG noch nicht im Fokus standen.

Zusätzlich könnte der Bedarf an neuen Psychotherapeuten auch durch veränderte Lebensmodelle der neuapprobierten Psychotherapeuten steigen. So schätzen Nübling et al. (2010), dass sich das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Psychotherapeuten in Baden-Württemberg von ursprünglich 63 zu 37 auf ca. 80 zu 20 im Jahr 2030 verändern wird. Eine solche Entwicklung ist in der Medizin unter dem Begriff „Feminisierung“ bekannt und geht mit einer erhöhten Nachfrage nach Teilzeitstellen einher (Köhler, Trittmacher & Kaiser, 2007; Kopetsch, 2008 zitiert nach Schneider, 2010) und führt aufgrund von Schwangerschaft und Elternzeiten zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Lebensarbeitszeit (Baumhove & Kirchner, 2012). Ähnliche Trends sind auch in der Psychotherapeutenchaft sichtbar. So ermitteln Ruoff, Ochs, Jeschke und Peplau (2012) in ihrer Befragung von neuapprobierten Psychotherapeuten aus sechs Landespsychotherapeutenkammern, dass 63,1% der

neuapprobierten angestellten Psychotherapeuten nur in Teilzeit (< 36h/Woche) arbeiten bzw. die durchschnittliche Arbeitszeit der neuapprobierten niedergelassenen Psychotherapeuten nur 26,8 Stunden pro Woche beträgt. Ob diese Entwicklung aber tatsächlich auf die Wünsche der neuapprobierten Psychotherapeuten oder evtl. fehlende berufliche Möglichkeiten zurückzuführen ist, muss weiter untersucht werden.

Hinsichtlich der Arbeitsmarktsituation zeigt sich, dass 2012 durchschnittlich 338 nicht-ärztliche Psychotherapeuten bei der Bundesagentur für Arbeit (BfA) arbeitslos gemeldet waren (BfA, 2013). Dem gegenüber standen 254 Stellenangebote. Da nicht alle Stellen den Arbeitsagenturen gemeldet werden und Arbeitgeber auch auf anderen Wegen Mitarbeiter suchen, liegt die tatsächliche Nachfrage wohl um einiges höher (BfA, 2012). Darüber hinaus gab es 2012 für die Berufe in der klinischen Psychologie (eine getrennte Gruppe in den Statistiken der BfA) einen Überschuss an Stellenangeboten. Hier waren 2012 durchschnittlich 1.383 Psychologen arbeitslos gemeldet. Demgegenüber standen 2.110 gemeldete Arbeitsstellen. Dies zeigt auch, dass die Approbation als Psychotherapeut bisher bei Stellenausschreibungen wenig berücksichtigt wird und geht mit den Ergebnissen der Angestelltenbefragung der BpTK (2013a) einher, in der u. a. festgestellt wurde, dass bei knapp 60% bis 75% der angestellten Psychotherapeuten die Approbation keinen Einfluss auf den Arbeitsvertrag bzw. die Vergütung hat. In der ambulanten Versorgung zeigt sich, dass die Kostenerstattung nach SGB V §13 Absatz 3 einen wichtigen Arbeitsmarkt darstellt. Knapp 50% der neuapprobierten selbstständigen Psychotherapeuten arbeiten in privater Praxis (Ruoff et al., 2012). Das Fehlen attraktiver Arbeitsalternativen insbesondere in der Niederlassung aufgrund zu weniger Praxissitze und hoher Praxiskaufpreise durch die hohe Nachfrage bei Neuapprobierten könnte hierfür mitverantwortlich sein (vgl. Siegel, 2013a) und für den deutlichen Anstieg an Leistungen durch Kostenerstattung (BpTK, 2013b) gesorgt haben.

Zwar scheint es derzeit auf dem Arbeitsmarkt bezüglich der Verfügbarkeit von Arbeitsmöglichkeiten noch nicht zu einem Überangebot an Psychotherapeuten gekommen zu sein. Es fehlen aber Arbeitsmöglichkeiten, die der hohen Qualifikation der neuapprobierten Psychotherapeuten Rechnung tragen. Insofern ist aus meiner Sicht bei einer kritischen Betrachtung des Anstieges der Absolventenzahlen, welcher 2013 noch nicht abgeschlossen sein wird, zumindest zu diskutieren, ob derzeit nicht zu viele Psychotherapeuten ausgebildet werden und wie viele Psychotherapeuten wir tatsächlich benötigen, um zukünftig bei veränderten Tätigkeitsfeldern, neuen Lebensmodellen und der epidemiologischen Entwicklung psychischer Störungen die psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen.

### **Implikationen für die Ausbildung**

Unabhängig von dieser Frage ist es meines Erachtens dringend erforderlich, den Zusammenhang der Absolventenzahlen bzw. der Anzahl an Ausbildungsteilnehmern mit den Bedingungen während der Psychotherapieausbildung zu hinterfragen. Zur Vergütungssituation von Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) zeigt sich, dass gerade in Ballungsgebieten mit vielen Ausbildungsstätten wie Köln, Berlin oder Hamburg die finanzielle Situation besonders problematisch ist, während in anderen ländlicheren Regionen wie Ostwestfalen, dem Münsterland oder dem Sauerland relativ gute Bedingungen geschaffen wurden.<sup>2</sup> Natürlich lassen sich die genauen Zusammenhänge zwischen Absolventenzahlen und Arbeitsbedingungen nur vermuten. Es ist aber kaum vorstellbar, wie beispielsweise in Köln ca. 200 PP-Ausbildungsteilnehmer pro Jahr von den sieben Kölner Ausbildungsinstituten (Landesprüfungsamt NRW, 2013) an fünf Kölner Psychiatrien die Praktische Tätigkeit unter angemessenen Rahmenbedingungen sowohl hinsichtlich der Qualität der Betreu-

<sup>2</sup> Vgl. Klinikbewertungen auf [www.pt-ausbildungscheck.de/uk\\_out\\_1.php](http://www.pt-ausbildungscheck.de/uk_out_1.php).

ung als auch hinsichtlich der Finanzierung absolvieren können.

Insofern möchte ich auch bei der aktuellen Diskussion um ein vernünftiges Ausbildungssystem, wie es ja derzeit ausführlich im Berufsstand diskutiert wird, die Frage aufwerfen, wie viele neue Psychotherapeuten wir pro Jahr ausbilden müssen bzw. sollten. Wo liegen Untergrenzen und wo liegen Obergrenzen? Wie können wir für diese Anzahl an Ausbildungsteilnehmern ausreichend Ausbildungskapazitäten mit angemessenen Rahmenbedingungen schaffen? Diese Fragen stellen sich bei allen Reformkonzepten, unabhängig davon, ob es sich um eine Weiterentwicklung eines postgradualen Ausbildungsmodells oder die Einführung einer sogenannten Direktausbildung handelt. Auch bei einer Direktausbildung müssten ausreichend Studienplätze sowie für die vertiefte Weiterbildung sog. Weiterbildungsplätze in psychiatrischen Einrichtungen geschaffen werden, sofern nicht gänzlich auf eine Qualifizierung im stationären Bereich verzichtet werden soll. Sowohl in dem aktuellen Ausbildungssystem als auch bei einer Einführung eines neuen unerprobten Systems ist es also wichtig, konkrete Schätzungen über die Anzahl verfügbarer Aus- bzw. Weiterbildungsstellen und deren Finanzierungs-

möglichkeiten (sowohl ambulant als auch stationär) zu machen, um diesen Fehler des PsychThG nicht zu wiederholen.

Davon abgesehen bleibt abzuwarten, wie sich die – aus meiner Sicht sehr begrüßenswerte – aktuelle Rechtsprechung zur Bezahlung der Praktischen Tätigkeit (Förster & Siegel, 2013; Siegel, 2013b) und ein möglicherweise bestätigendes Urteil des Bundesarbeitsgerichtes im kommenden Jahr auf die Anzahl der Klinikplätze für die Durchführung der Praktischen Tätigkeit und damit auch mittelfristig auf die Anzahl der Absolventen auswirken wird. Vielleicht führt dies zu einer zum Teil notwendigen Reduzierung der Ausbildungsteilnehmer und damit auch der Absolventenzahlen. Und falls es dadurch tatsächlich zu dem von Schulte und Lauterbach (2002) prophezeiten Engpass an Absolventen kommen sollte, könnte dies zumindest auch die Bundespolitik zu einer Reform des PsychThG drängen, um eine flächendeckende Versorgung durch Psychotherapeuten sicherzustellen.

### Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



*Dipl.-Psych. Robin J. Siegel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Witten/Herdecke und dort für die Konzeption und Organisation der neuen Studiengänge „Psychologie und Psychotherapie“ (B. Sc.) und „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ (M. Sc.) zuständig. Er ist Sprecher der Vertretung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) im VPP/BDP und war von 2011 bis 2013 Sprecher der Bundeskonferenz PiA.*

### Dipl.-Psych. Robin J. Siegel

Universität Witten/Herdecke  
Department für Psychologie und Psychotherapie  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
58448 Witten  
Robin.Siegel@uni-wh.de

# Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie

Walter Ströhm, Ulrich Schweiger & Jürgen Tripp

**Zusammenfassung:** In der Psychotherapeutenchaft wird zurzeit intensiv und kontrovers über eine mögliche Direktausbildung in Psychotherapie diskutiert. Mit diesem Artikel soll ein Beitrag zu dieser Diskussion geleistet werden, indem wir uns genauer mit den Implikationen beschäftigen, die sich aus einer Direktausbildung für die darauf aufbauende Weiterbildung ergeben. Dazu beschreiben wir Prämissen, die aus unserer Sicht wichtig für die Umsetzung einer Weiterbildung in Psychotherapie erscheinen. Es werden die Grundmerkmale von heilberuflicher Weiterbildung beschrieben und die Konsequenzen daraus für die Struktur und die Finanzierung einer Weiterbildung diskutiert. Daran anschließend wird ein mögliches Modell einer zukünftigen verfahrensbezogenen Weiterbildung in Psychotherapie skizziert und es werden die Vor- und Nachteile eines solchen Modells diskutiert.

## Einleitung

Seit einigen Jahren wird über eine Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten<sup>1</sup> (PP) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Berufsstand rege diskutiert. Insbesondere die veränderten Zugangsvoraussetzungen durch die Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse im Zuge der Bologna-Reform und die schwierigen finanziellen Bedingungen für die Ausbildungsteilnehmer gaben Anlass, über eine Neuordnung der Psychotherapieausbildung zu diskutieren, und lassen eine Reform als dringend notwendig erscheinen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) legte mit Beschluss des 16. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) ein Konzept zur Reform der postgradualen Ausbildung vor. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) signalisierte jedoch, dass es eine Angleichung der Psychotherapieausbildung an die Ausbildungsstrukturen in anderen Heilberufen favorisiert und eine Direktausbildung mit einem Studium, das zur Approbation führt, und einer anschließenden Weiterbildung zur Erlangung der Fachkunde für die geeignetste Lösung hält.

Die Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (Rief, Fydrich, Margraf & Schulte, 2012) und die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) (Lubisch, 2012) legten Modelle für eine solche Direktausbildung vor, die sich eher am bisherigen Psychologiestudium mit klinischem Schwerpunkt orientieren. Kömer (2013) diskutiert ein Modell aus psychoanalytischer Sicht, welches bereits einen Verfahrensbezug im Studium vorsieht. Beutel, Porsch und Subic-Wrana (2013) schlagen ein Modell einer psychosomatischen Direktausbildung vor, das an medizinischen Fakultäten angesiedelt wäre, und Benecke (2012) präsentiert ein zum DGPs-Vorschlag alternatives Modell einer Direktausbildung an einem psychologischen Institut. Die Gemeinsamkeit dieser Modelle besteht darin, dass sie eine Approbation als Psychotherapeut nach einem einschlägigen Studium der Psychotherapie bzw. Psychotherapiewissenschaften vorsehen, mit einer anschließenden Vertiefung der praktischen Kenntnisse in einer Weiterbildung. Differenzen zwischen den Modellen bestehen vor allem darin, in welchem Ausmaß die Psychologie als zentrale Grundlagenwissenschaft der Psychotherapie angesehen wird, und dem Anteil, den andere

Grundlagenwissenschaften demgegenüber ausmachen sollten.

Weiterhin herrscht Uneinigkeit darüber, wie und in welchem Umfang Praxiserfahrung und Selbsterfahrung in der universitären Direktausbildung organisiert werden kann und sollte und ob eine Grundausbildung möglich ist, die verfahrensübergreifend bzw. ohne Verfahrensbezug ist.

Den Modellen der Direktausbildung ist gemeinsam, dass sie gute Lösungen für die Probleme der Zugangsvoraussetzungen und der finanziellen Situation der Ausbildungsteilnehmer bieten, sie werden jedoch im Berufsstand auch kritisch diskutiert, da befürchtet wird, dass die Umsetzung neue Probleme aufwerfen könnte und die notwendigen Strukturen an den Universitäten nicht zu realisieren seien (BDP, 2012; Gleiniger, 2013; Lehndorfer & Timmermann, 2013; Janta, Walz-Pawlita, Unruh, Muntz & Rothe-Kirchberger, 2013).

Neben der Lösung der beiden zentralen Probleme böte eine Reform der Psychotherapieausbildung in Form einer Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung jedoch auch die Chance, das Berufsbild des Psychotherapeuten neu zu gestalten und so auf neue Anforderungen im Gesundheitswesen zu reagieren bzw. auf bereits jetzt eintretende Veränderungen im Berufsbild des Psychotherapeuten in der Ausbildung besser vorzubereiten.

Richter (2013) stellt fest, dass dem Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1998 ein

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

implizites Berufsbild zugrunde liegt, dessen Prototyp der niedergelassene Psychotherapeut darstellt, der in eigener Praxis tätig ist. So wurden die niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten (PP & KJP) weitgehend den niedergelassenen Ärzten gleichgestellt, während die Stellung der Psychotherapeuten als neuer Heilberuf in der stationären Behandlung durch die Gesetzesänderungen im Zuge der Einführung des Psychotherapeutengesetzes nicht eindeutig geregelt wurde (vgl. Bracher, 2001; Hermes, 2004; Jordan et al., 2011b). Jordan et al. (2011b) sehen als Ursache hierfür Defizite in Qualifikation und Ausbildung im Studium und sehen ein Masterstudium zum „medizinischen Psychotherapeuten“, also auch eine Art der Direktausbildung, als mögliche Lösung an. Insbesondere im Kontext eines zunehmenden Ärztemangels in der Psychiatrie und Psychosomatik gibt es Überlegungen, die Aufgabenverteilungen und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen, die hier an der stationären Behandlung beteiligt sind, neu zu regeln (Jordan et al., 2011a; Jordan et al., 2011b). Daher erscheint es uns notwendig, mit einer zukünftigen Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung ein breit angelegtes Berufsbild zugrunde zu legen, das insbesondere auch die Anforderungen psychotherapeutischer Tätigkeiten in einem stationären und teilstationären Umfeld einschließt.

Da schon verschiedene Konzeptionen für das Studium im Rahmen einer Direktausbildung vorliegen, die Ausgestaltung einer anschließenden Weiterbildung jedoch zumeist nur recht knapp beschrieben wurde, wollen wir uns im Folgenden mit Fragestellungen und Problemen der Umsetzung einer verfahrensbezogenen Weiterbildung in Psychotherapie befassen und ein Modell hierzu vorstellen. Wir gehen dabei von einigen Prämissen aus, die für uns grundlegend für die Gestaltung einer Weiterbildung im Rahmen eines Direktausbildungsmodells sind.

## Prämissen

1. Bei einer zukünftigen Direktausbildungsstruktur sollte die im Studium stattfindende Ausbildung bis zur Approbation ohne Vertiefung in einem Verfahren erfolgen und Grundlagen aller

wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren gleichermaßen vermitteln. In der anschließenden verfahrensbezogenen Weiterbildung sollten dann vertiefte Kenntnisse in einem Psychotherapieverfahren erworben werden, die dazu befähigen, dieses Verfahren auf einem qualitativ hohen Niveau selbstständig anwenden zu können.

2. Die Qualität der aktuellen Psychotherapieausbildung soll auch in einer zukünftigen an die Direktausbildung anschließenden Weiterbildung erhalten bleiben und weiter ausgebaut werden. Die Qualität der bisherigen Ausbildung wird im strukturierten curricularen Ablauf und in der inhaltlichen Koordination der Ausbildungsbausteine gesehen.
3. Die Weiterbildung soll auf ein breit definiertes psychotherapeutisches Berufsbild vorbereiten, welches alle Bereiche der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung umfasst, in denen Psychotherapie zum Einsatz kommt, sowie auch Prävention und Rehabilitation. Die Grundlage hierfür sollte bereits im zur Approbation führenden Studium gelegt und in der anschließenden Weiterbildung vertieft werden.
4. Es muss für die Weiterbildung Strukturen geben, die den Psychotherapeuten stationär und ambulant eine hauptberufliche Tätigkeit ermöglichen. Dies kann im ambulanten Bereich nur dadurch gesichert werden, dass der § 117 SGB V so geändert wird, dass die Ambulanzen der bisherigen Ausbildungsinstitute auch im Kontext einer Weiterbildung ermächtigt bleiben.
5. Die Weiterbildung soll zu einem dem Niveau der Fachärzte vergleichbaren Qualitätsniveau und Status führen.

## Grundmerkmale von heilberuflichen Weiterbildungen und Konsequenzen für eine zukünftige psychotherapeutische Weiterbildung

Weiterbildung erfolgt in praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung und ist angemessen zu vergüten. Sie wird

an einer anerkannten Weiterbildungsstätte unter Anleitung befugter Berufsangehöriger absolviert (vgl. § 36 HeilBerG NRW; MWBO-BÄK). Kennzeichnend für eine Weiterbildung ist also eine berufliche Tätigkeit, die dadurch weiterbildenden Charakter bekommt, dass sie nach Maßgabe einer Weiterbildungsordnung in einem Anstellungsverhältnis bei einer Weiterbildungsstätte unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten erfolgt und von theoretischer Unterweisung begleitet wird. Nach Vorgabe der meisten Landesheilberufsgesetze darf die Dauer der Weiterbildung in einem Gebiet drei Jahre nicht unterschreiten. Dieses Grundmerkmal von heilberuflichen Weiterbildungen hat Konsequenzen zum einen für die Struktur und Strukturqualität der Weiterbildung und zum anderen für die Finanzierung der Weiterbildung. Auf diese beiden Aspekte soll im Folgenden vertieft eingegangen werden.

## Konsequenzen für die Struktur einer Weiterbildung in Psychotherapie

Bisher ist in der Psychotherapieausbildung immer das Ausbildungsinstitut die Ausbildungsstätte, egal ob ein Ausbildungsteilnehmer gerade in der Ambulanz des Instituts, in einer kooperierenden Klinik oder einer Lehrpraxis tätig ist. Das Ausbildungsinstitut sorgt für einen strukturierten curricularen Ablauf der Ausbildung, dafür, dass alle Ausbildungsbestandteile organisatorisch und inhaltlich aufeinander abgestimmt sind, und überwacht die Qualität der einzelnen Ausbildungsbestandteile. Bei einer Weiterbildung in Psychotherapie wäre jedoch die Weiterbildungsstätte zunächst immer die Einrichtung der Patientenversorgung, in welcher der Weiterbildungsassistent gerade tätig ist. Also wären sowohl Kliniken als auch Praxen und Ambulanzen jeweils für sich als Weiterbildungsstätten anzuerkennen. Wenn ein Weiterbildungsassistent im Laufe der Weiterbildung verschiedene Versorgungssettings kennenlernen soll, so führt dies zwingend dazu, dass die Weiterbildungsstätte im Verlauf der Weiterbildung gewechselt werden müsste. Es wäre zu befürchten,

dass so die Weiterbildung zu einem Stückwerk aus verschiedenen Abschnitten und Bestandteilen wird, die ohne übergeordneten Zusammenhang aufeinander folgen und in ihrer Qualität sehr unterschiedlich sein können.

Um einen strukturierten curricularen Ablauf ähnlich wie in der heutigen Psychotherapieausbildung zu erreichen, könnten folgende Maßnahmen in einer (Muster-) Weiterbildungsordnung getroffen werden:

- Die praktische Weiterbildung im Rahmen einer Berufstätigkeit an einer Weiterbildungsstätte könnte parallel stattfinden zu weiteren Weiterbildungsbausteinen (Theorieseminare, Selbsterfahrung), welche an einem Weiterbildungsinstitut zu absolvieren wären, das ein Curriculum für den kompletten Umfang der Weiterbildung anbietet – sodass die Weiterbildung quasi zwei Säulen hätte: die praktische Berufstätigkeit und die begleitende Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut.
- Die Weiterbildungsbefugnis und Anerkennung als Weiterbildungsstätte könnte entweder für den vollen Umfang der Weiterbildung vergeben werden oder es könnten, wenn eine Weiterbildungsstätte oder ein Weiterbildungsbefugter nicht die Voraussetzungen dafür erfüllt, begrenzte Weiterbildungsbefugnisse vergeben werden in Verbindung mit der Verpflichtung, mit anderen Weiterbildungsstätten zu kooperieren, die die Durchführung der restlichen Weiterbildungsbestandteile gewährleisten (vgl. Weiterbildungsordnung der LPK Baden-Württemberg für den Bereich systemische Therapie).
- Die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für einen Supervisor oder einen Praxisanleiter an einer Weiterbildungsstätte könnte an die Bedingung geknüpft sein, dass dieser bei einem Weiterbildungsinstitut akkreditiert sein muss.

Ein Weiterbildungsteilnehmer wäre also im Verlauf seiner Weiterbildung an verschiedenen Weiterbildungsstätten beschäftigt (Ambulanz eines Weiterbildungsinstitutes, Klinik, Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten), würde allerdings parallel

dazu über den gesamten Verlauf der Weiterbildung an einem Theoriecurriculum bei einem Weiterbildungsinstitut teilnehmen. Die Weiterbildungsstätten für die praktische Berufstätigkeit und das Weiterbildungsinstitut müssten durch Kooperationsverträge belegen, dass sie die Organisation des gesamten Ablaufs der Weiterbildung gewährleisten können, und die Weiterbildungsbefugten bzw. Supervisoren an den Weiterbildungsstätten müssten vom Weiterbildungsinstitut akkreditiert sein.

### Konsequenzen für die Finanzierung der Weiterbildung

In allen Landesheilberufsgesetzen ist vorgeschrieben, dass die Weiterbildung in angemessen vergüteter hauptberuflicher Tätigkeit stattfinden muss. Als angemessene Vergütung dürfte dann nach einem Direktstudium mit Approbation dort, wo die Bezahlung durch einen Tarifvertrag geregelt ist, die entsprechende tarifvertragliche Vergütung gelten. Bisher ist in den Tarifverträgen im öffentlichen Dienst (TVöD, TV-L) die Vergütung für Psychotherapeuten nicht geregelt. Diese dürfte jedoch mindestens bei der bisherigen Vergütung für Dipl.-Psychologen (Entgeltgruppe 13 im TVöD und TV-L) liegen. Bei Arbeitgebern, die keinem Tarifvertrag unterliegen, wäre das Kriterium für eine Untergrenze der Vergütung die Sittenwidrigkeit. Nach aktueller Rechtsprechung gilt ein Gehalt von weniger als 2/3 des branchenüblichen Tarifgehalts als sittenwidrig (BAG vom 22. April 2009 – 5 AZR 436/08). Daraus würde sich für die Weiterbildungsteilnehmer zu Beginn der Weiterbildung ein Bruttogehalt in einer Größenordnung von 3.200 € bis 2.130 € ergeben, je nachdem, ob der Arbeitgeber tarifgebunden ist oder untertariflich bezahlt. Dies entspräche bei einem 27-jährigen unverheirateten Weiterbildungsassistenten einem Nettogehalt zwischen ca. 2.000 € und 1.400 €.

Während sich für die Weiterbildungsteilnehmer so also die Vergütungssituation deutlich verbessern würde im Vergleich zur Situation in der bisherigen Psychotherapie-

ausbildung und eine nicht vergütete oder gering bezahlte Tätigkeit aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen ausgeschlossen wäre, ergäbe sich für die Weiterbildungsstätten das Problem, dieses Gehalt zu refinanzieren.

Grundsätzlich gilt hier das Prinzip, dass das Gehalt durch die vom Weiterbildungsteilnehmer erbrachten Versorgungsleistungen am Patienten, die vom Kostenträger vergütet werden, finanziert werden sollte.

Die Bedingungen hierfür sind sehr unterschiedlich, je nachdem, ob der Weiterbildungsteilnehmer in einem Krankenhaus, der Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten oder in der Ambulanz eines Weiterbildungsinstitutes bzw. bisherigen Ausbildungsinstitutes für Psychotherapie tätig ist.

In psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken werden bisher pauschale Tagessätze von den Kostenträgern gezahlt. In der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist festgelegt, welche Berufsgruppen in welchem Umfang von der Klinik vorzuhalten sind, um die vom Kostenträger erwartete Behandlungsqualität zu gewährleisten. Die Psych-PV stammt noch aus der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz und führt daher nur Dipl.-Psychologen auf und keine Psychotherapeuten. Im Zuge der Einführung des Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), welches ab 2015 für alle Kliniken in diesem Bereich verpflichtend sein soll, soll die Personalbemessung anhand der Psych-PV jedoch abgeschafft werden. Dann ist für die Vergütung relevant, welche Berufsgruppen welche Leistungen mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) codieren. Hier sind bei der Codierung der Leistungen in der Psychiatrie bisher Dipl.-Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten zu einer Gruppe zusammengefasst (s. OPS-Codes 9-60 bis 9-63).

Es wäre also wahrscheinlich, dass die Kliniken dann entsprechende finanzielle Kapazitäten wie bisher für die Bereitstellung von Psychologenstellen für die Bereitstellung von Stellen für Psychotherapeuten in Weiterbildung zur Verfügung haben würden.

Die Kliniken könnten also wahrscheinlich weniger Stellen für Weiterbildungsteilnehmer anbieten, als sie bisher für nicht oder gering vergütete Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) stellen konnten. Da die bisherigen PiA nicht mehr als billige Arbeitskräfte zur Verfügung stünden, müssten die Kliniken dann jedoch Maßnahmen treffen, um eine ausreichende Versorgung durch fest angestelltes Fachpersonal sicherzustellen. Hier müsste also bei der weiteren Entwicklung des Entgeltsystems berücksichtigt werden, dass die Personalkosten für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen bei Einführung einer psychotherapeutischen Direktausbildung steigen werden und die Kliniken dies entsprechend refinanzieren können sollten. Die Gewerkschaft ver.di fordert eine Beibehaltung und Weiterentwicklung der Psych-PV, damit Qualitätsstandards in der Personalausstattung nicht unterschritten werden. Hier wäre bei einer Weiterentwicklung dann eine angemessene Personalausstattung mit Assistenz- und Fachpsychotherapeuten sicherzustellen und entsprechend zu finanzieren.

In einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten, der zur Weiterbildung befugt ist, können Weiterbildungsassistenten angestellt werden. Die Leistungen eines sozialversicherungspflichtig angestellten Weiterbildungsassistenten können nach § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrag-Ärzte den eigenen Leistungen des Praxisinhabers zugerechnet werden. Die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten darf jedoch gemäß § 332 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht der Vergrößerung einer Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. Damit soll zum einen ein Unterlaufen der Bedarfsplanung verhindert werden und zum anderen sieht das Bundessozialgericht (BSG) in der Aufrechterhaltung einer übergroßen Vertragsarztpraxis durch die Beschäftigung eines Assistenten die Gefahr einer nicht ausreichenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit. Nach der Rechtsprechung des BSG liegt die Grenze für die Vergrößerung einer Vertragsarztpraxis bei einer Steigerung des Punktzahlvolumens um mehr als 25% und wenn die Fallzahlen des Fachgruppenschnitts um mehr als 80% über-

sritten werden (Plantholz, 2013). Plantholz (ebd.) sieht aufgrund dieser Rahmenbedingungen keine ausreichende wirtschaftliche Grundlage für die Beschäftigung eines sozialversicherungspflichtig angestellten Weiterbildungsassistenten in der Praxis eines (einzelnen) Psychotherapeuten. Auch in der ärztlichen Weiterbildung stellt die Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten Bereich eine Schwierigkeit dar. Die Bundesärztekammer fordert hier eine Stärkung der Weiterbildung im ambulanten Bereich und eine Neuregelung der Finanzierung ambulanter Weiterbildung (Beneke, 2013).

Wenn die Ambulanzen der bisherigen Ausbildungsinstitute für Psychotherapie als Weiterbildungsstätten Weiterbildungsassistenten anstellen sollten, so müssten gesetzliche Grundlagen für die Abrechnung der durch die Weiterbildungsassistenten erbrachten Leistungen geschaffen werden. Bisher sind die nach § 6 Psychotherapeutengesetz anerkannten Ausbildungsinstitute für Psychotherapie nach § 117 SGB V Abs. 2 Satz 1 zur Abrechnung ambulanter Richtlinienpsychotherapie ermächtigt. Da im § 117 SGB V explizit auf Ausbildungsinstitute nach dem bisherigen Psychotherapeutengesetz Bezug genommen wird, wären die Ambulanzen bei einer Umwandlung in Weiterbildungsstätten im Zuge einer Reform der Psychotherapieausbildung nicht mehr durch diese Regelung erfasst. Stellpflug (2012) schlägt eine Neuformulierung des § 117 SGB V vor, bei der auf eine Zulassung als Weiterbildungsstätte zur psychotherapeutischen Weiterbildung nach landesrechtlichen Vorschriften Bezug genommen wird. Diese Möglichkeit zur Ermächtigung soll weiterhin nur für Einrichtungen gelten, die nicht über andere Möglichkeiten der Teilnahme an der Versorgung von gesetzlich Versicherten verfügen, womit vermieden werden soll, dass z. B. Krankenhäuser, die als Weiterbildungsstätte anerkannt sind, durch die Ermächtigung ambulante psychotherapeutische Leistungen erbringen bzw. ausweiten könnten.

Der Kritik, dass eine solche spezifische Verweisungsregelung auf psychotherapeutische Weiterbildungsstätten nach Landesrecht gegen Gleichbehandlungsgrundsätze verstoßen könnte und nicht umgesetzt

würde, weil dann auch andere Einrichtungen als die psychotherapeutischen Ambulanzen an Weiterbildungsstätten (z. B. Einrichtungen zur ärztlichen Weiterbildung) ermächtigt werden könnten, widersprechen sowohl Stellpflug (2012) als auch Plantholz (2013). Sie argumentieren, dass eine Ungleichbehandlung der Weiterbildungsstätten für Psychotherapie aufgrund der tradierten und bewährten Gestaltung der psychotherapeutischen Qualifizierung gerechtfertigt erscheint.

Die Höhe der Vergütung für die bisherigen Ausbildungstherapeuten ist im § 120 Abs. 2 SGB V geregelt. Dort gibt es die Bestimmung, dass die Vergütung der Ambulanzen mit Entgelten für vergleichbare Leistungen abgestimmt werden „soll“. Hier stellt sich die Frage, ob eine Vergütung in Höhe der zurzeit durchschnittlich gezahlten Vergütungen für ambulante Richtlinienpsychotherapie ausreichend wäre, um ein Tarifgehalt inkl. aller Steuern und Abgaben für Weiterbildungsassistenten zu finanzieren. Nach unseren Berechnungen müsste ein Weiterbildungsassistent im Durchschnitt über die gesamte Beschäftigungszeit pro Woche 20 bis 25 Psychotherapiestunden durchführen, um genügend abrechenbare Leistungen zu generieren, aus denen dann ein Tarifgehalt finanziert werden könnte. Diskutiert werden muss, ob Berufsanfängern eine solche Arbeitsbelastung zugemutet werden kann. Ggf. müssten hier spezifische Zuschläge zu den Vergütungen zur Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung gefordert werden. Eine weitere Konsequenz aus dieser hohen Anzahl an wöchentlichen Psychotherapiestunden wäre, dass innerhalb eines Arbeitsjahres zwischen ca. 900 und 1.100 Psychotherapiestunden erbracht werden könnten; also deutlich mehr als bisher in der gesamten Psychotherapieausbildung gefordert sind. Vorgeschlagen wird, im Interesse des Kennenlernens vieler verschiedener Störungsbilder und Behandlungsansätze und wegen einer Fachkunde auf Augenhöhe mit Fachärzten angrenzender Arztdisziplinen, eine Psychotherapiestundenanzahl in ähnlicher Größenordnung wie in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (dort werden 1.500 Psychotherapiestunden unter Supervision gefordert).

## Wie könnte eine psychotherapeutische Weiterbildung nach einem Direktstudium konkret aussehen?

Im Folgenden wollen wir einen Entwurf einer Weiterbildungsstruktur vorstellen, der auf den bisher dargestellten Überlegungen basiert. Die Angaben zur konkreten Dauer bzw. zum Umfang einzelner Bestandteile sollen als Vorschläge verstanden werden, die eine Richtung aufzeigen, in die es gehen könnte, und nicht als eine bereits in Stein gemeißelte Festlegung. Hier gäbe es sicherlich noch einigen Diskussions- und Abstimmungsbedarf.

Die Weiterbildung erfolgt in den Gebieten Erwachsenenpsychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, jeweils mit einem verfahrensbezogenen Schwerpunkt in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und könnte dann zu Titeln führen wie etwa „Fachpsychotherapeut für Erwachsenenpsychotherapie; Schwerpunkt Verhaltenstherapie“ oder „Fachpsychotherapeut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; Schwerpunkt Psychoanalyse“.

Die Weiterbildungszeit besteht aus 60 Monaten hauptberuflicher praktischer Berufstätigkeit an einer hierfür von der Landespsychotherapeutenkammer zugelassenen Weiterbildungsstätte unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten. Eine Weiterbildung in Teilzeit sollte möglich sein. Die Weiterbildungszeit verlängert sich dann entsprechend. Die praktische Berufstätigkeit wird begleitet von einem Weiterbildungscurriculum (Theorieseminare, Selbsterfahrung). Kann dieses Weiterbildungscurriculum von einer Weiterbildungsstätte nicht angeboten werden, so ist diese verpflichtet, mit einer anderen Weiterbildungsstätte (Weiterbildungsinstitut) zu kooperieren, um die parallele Durchführung der notwendigen Weiterbildungselemente zu gewährleisten.

Von den 60 Monaten praktischer Berufstätigkeit sind

1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
<b>Beispiel 1</b>				
Klinik f. Psychiatrie	Klinik f. Psychosomatik		Psychotherapieambulanz	
Weiterbildungscurriculum am Weiterbildungsinstitut				
<b>Beispiel 2</b>				
Psychotherapieambulanz		Klinik f. Psychiatrie		Pt.-Praxis
Weiterbildungscurriculum am Weiterbildungsinstitut				
<b>Beispiel 3</b>				
Psychotherapieambulanz		Klinik f. Psychiatrie		
Weiterbildungscurriculum am Weiterbildungsinstitut				

Abbildung: Beispiele für verschiedene Abläufe der Weiterbildung

### Weiterbildungsinhalte

#### Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Erfahrungen in:

- Prävention, Erkennung, psychotherapeutischer Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen mit Krankheitswert
- Theorie und Praxis der Diagnostik, insbesondere Anamnese, Befunderhebung, Indikationsstellung und Prognose, Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung
- der praktischen Anwendung (Behandlungskonzepte und -techniken) eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens und ggf. weiterer Methoden
- verschiedenen Rahmenbedingungen der Psychotherapie, wie Behandlungssetting, Einleitung und Beendigung der Behandlung
- Krisenintervention, supportiven Verfahren und Beratung
- der Indikationsstellung zu soziotherapeutischen Maßnahmen
- der Indikationsstellung für die Durchführung pharmakotherapeutischer und biologischer Therapiemaßnahmen
- übenden Verfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Hypnose)
- Gruppentherapie
- psychotherapeutischen Interventionen und Psychoedukation bei körperlichen Erkrankungen
- der Einbeziehung von Angehörigen bzw. des sozialen Systems in die Behandlung
- psychotherapeutischem Konsiliar- und Liaisondienst
- ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen des beruflichen Handelns.

#### Nachzuweisende Weiterbildungselemente:

- 400 Stunden Theorievermittlung
- 60 dokumentierte und supervidierte psychotherapeutische Erstuntersuchungen/ Erstgespräche
- 1.500 Psychotherapiestunden unter Supervision (nach jeder 4. Psychotherapiestunde), davon mindestens 150 Stunden Gruppentherapie
- mindestens 120 Stunden Selbsterfahrung, davon mind. 40 Stunden Gruppenselbsterfahrung.

- mindestens 24 Monate in einer Einrichtung der stationären Versorgung psychisch kranker Patienten zu erbringen (z. B. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychosomatik); davon mindestens sechs Monate in der allgemeinspsychiatrischen stationären Versorgung,
- mindestens 24 Monate in der Psychotherapieambulanz eines Weiterbildungsinstituts für Psychotherapie.
- Bei Weiterbildung im Gebiet Erwachsenenpsychotherapie können zwölf Monate Weiterbildungszeit aus der Weiterbildung im Gebiet KJP anerkannt werden, wenn die Weiterbildung im gleichen Schwerpunktverfahren erfolgte. Das gleiche gilt umgekehrt für die Weiterbildung zum KJP.
- Wenn bereits eine Gebietsweiterbildung mit einem Schwerpunktverfahren absolviert wurde, dauert die Weiterbildung in einem zusätzlichen Schwerpunkt 24 Monate.

Diese Regelungen sollen sicherstellen, dass im Rahmen der Weiterbildung ein Mindestmaß an Erfahrungen in den wichtigsten psychotherapeutischen Berufsfeldern bzw. Versorgungssettings gesammelt wird. Darüber hinaus sollte es den Weiterzubildenden freigestellt sein, individuelle Schwerpunkte zu setzen, z. B. durch eine längere Klinikzeit, eine längere Ambulanzzeit oder einen zusätzlichen Zeitabschnitt in der Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten. Es wären so grundsätzlich viele verschiedene Weiterbildungsverläufe denkbar, wie in der Abbildung auf S. 266 beispielhaft zu sehen ist.

Die Weiterbildungsinhalte könnten im Wesentlichen an den Inhalten der vertieften Ausbildung in der bisherigen Psychotherapieausbildung orientiert sein (s. Anlage 1B zu § 3 Abs. 1 PsychTh-AprV), aber auch Elemente der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie übernehmen (s. Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer S. 126-127).

Im Sinne einer umfassenden Qualifikation für eine große Bandbreite möglicher psychotherapeutischer Tätigkeitsfelder sollten

neben der klassischen psychotherapeutischen Behandlung im Einzelsetting auch Inhalte wie Prävention, Rehabilitation, Gruppentherapie, Paarberatung bzw. -therapie, Psychoedukation, übende Verfahren und sozialmedizinische Kompetenzen obligatorischer Bestandteil der Weiterbildung sein (siehe Kasten S. 266).

### **Vor und Nachteile einer verfahrensbezogenen psychotherapeutischen Weiterbildung nach einem Approbationsstudium**

Es muss diskutiert werden, ob die jetzige psychotherapeutische Ausbildungslandschaft in ihrem Umfang und ihrem Qualitätsniveau in eine Weiterbildungsstruktur, wie sie hier vorgeschlagen wird, überführt werden kann. Eng verknüpft mit den Fragen der Finanzierung der Weiterbildung ist die Frage, wie viele Psychotherapeuten pro Jahr die Weiterbildung abschließen und auf Facharztniveau selbstständig und eigenverantwortlich im Gesundheitswesen tätig werden könnten. Einen ersten „Flaschenhals“ stellt hier die stationäre Klinikfähigkeit dar. Es kann davon ausgegangen werden, dass die jetzigen gar nicht oder schlecht bezahlten Stellen für die Praktische Tätigkeit in der Psychotherapieausbildung nicht in gleicher Anzahl als bezahlte Weiterbildungsstellen erhalten bleiben, wenn nicht die Beschäftigung von Psychotherapeuten im Krankenhaus bzw. deren Weiterbildung finanziell gefördert würde. Es ist schwer einzuschätzen, wie stark der Stellenrückgang ausfallen würde, es erscheint jedoch mittelfristig eher unwahrscheinlich, dass sich Kliniken gar nicht mehr an der Weiterbildung beteiligen würden. Denn dann würde für sie eine Möglichkeit zur Nachwuchsrekrutierung verloren gehen. Sie könnten evtl. noch eine Zeit lang Stellen mit Psychologen/Psychotherapeuten besetzen, die nach dem alten System ausgebildet wurden, aber irgendwann würden nur noch approbierte Psychotherapeuten von den Universitäten kommen, für die es keine Grundlage gibt, umsonst zu arbeiten, und für die es attraktiver ist, in einer Klinik zu arbeiten, die als Weiterbildungsstätte anerkannt ist, als für eine Klinik, die nicht weiterbildet.

Ein weiterer Engpass würde auch bei den Psychotherapieambulanzen der bisherigen Ausbildungsinstitute entstehen. Dadurch, dass die Psychotherapeuten in Weiterbildung in Festanstellung an den Ambulanzen beschäftigt wären und mehr Psychotherapiestunden erbringen müssten, könnten aufgrund der räumlichen und organisatorischen Kapazitäten wahrscheinlich weniger Weiterbildungstherapeuten gleichzeitig an einer Psychotherapieambulanz tätig sein, als es bisher bei den Ausbildungstherapeuten der Fall ist, die häufig nur stundenweise auf Honorarbasis die Psychotherapiestunden ableisten. Dies könnte zu einem Teil durch Weiterbildungstätigkeiten in Praxen kompensiert werden, doch diese Möglichkeit erscheint aus den o. g. Gründen bisher auch begrenzt.

Es stellt sich hier jedoch auch die Frage, inwieweit ein Rückgang der Absolventenzahlen in einem gewissen Umfang nicht sogar akzeptabel wäre. Betrachtet man die vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)<sup>2</sup> veröffentlichten Zahlen zu den abgelegten Approbationsprüfungen, so zeigt sich, dass die Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung von 625 (PP & KJP zusammen) im Jahr 2005 auf 1.717 im Jahr 2011 bzw. 1.934 im Jahr 2012 gestiegen sind und sich somit mehr als verdreifacht haben. Nach einer Schätzung der BPTK wären 1.000 Absolventen pro Jahr notwendig, um die Altersstruktur des Berufsstandes konstant zu halten (BPTK, 2006). Es könnte also sogar angenommen werden, dass momentan über dem Bedarf ausgebildet wird und eine Verringerung der Ausbildungskapazitäten unproblematisch wäre. Hierbei ist zu beachten, dass durch die höheren Psychotherapiestundenzahlen in dem von uns vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell die Zahl der Behandlungen in den Weiterbildungsambulanzen trotz Verringerung der Anzahl der Weiterbildungsteilnehmer im Vergleich zur Anzahl der jetzigen Ausbildungsteilnehmer ungefähr konstant bleiben könnte.

<sup>2</sup> www.impp.de

Ein Vorteil des Weiterbildungsmodells ist darin zu sehen, dass die Weiterbildung über die Psychotherapeutenkammern und somit über den Berufsstand geregelt und überwacht würde. Dies würde die Chance eröffnen, Regelungen, die sich als untauglich erweisen oder die negative Folgen haben, auf der Ebene der Weiterbildungsordnung unter fachlichen Gesichtspunkten durch den Berufsstand selbst zu verändern, ohne dass dafür eine Gesetzesänderung notwendig wäre. Die Weiterbildungsstruktur böte also die Möglichkeit, die Qualifikation von Psychotherapeuten adaptiv an neue Entwicklungen oder geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. Des Weiteren stünde die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären und teilstationären Bereich unter der Aufsicht von Angehörigen des Berufsstandes. Denn die meisten Landesheilberufsgesetze (außer die Heilberufsgesetze von Niedersachsen und Hamburg) sehen vor, dass nur Kammerangehörige eine Weiterbildungsbefugnis erhalten können. Dies würde z. B. bedeuten, dass eine Klinik einen weiterbildungsbefugten Psychotherapeuten beschäftigen müsste, um als Weiterbildungsstätte anerkannt zu werden. Eine Weiterbildungsbefugnis des Chefarztes (z. B. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) würde dann nicht ausreichen.

Ein Nachteil hierbei könnte jedoch sein, dass sich einzelne Weiterbildungsordnungen der Länder in unterschiedliche Richtungen entwickeln oder dass sich Interessengruppen, die stark in den Kammern vertreten sind, zu Ungunsten kleinerer Interessengruppen bei der Gestaltung der Weiterbildungsordnung durchsetzen. Die meisten Landesheilberufsgesetze fordern jedoch, dass die Kammern eines Heilberufes ihre Regelungen einvernehmlich treffen sollen (vgl. § 42 HeilBerG NRW). Somit dürften starke Abweichungen von einer Musterweiterbildungsordnung auch gesetzlich problematisch sein.

Ein wesentlicher Vorteil der Weiterbildungsstruktur läge natürlich darin, dass jegliche nicht angemessen bezahlte Tätigkeit von Psychotherapeuten in der Weiterbildung unterbunden wäre. Dies würde nicht nur die finanzielle Situation der Ab-

solventen nach dem Studium deutlich verbessern, sondern es würde auch einer Entwertung psychotherapeutischer Tätigkeit durch Unterbezahlung den Boden entziehen und das professionelle Selbstbewusstsein der jungen Psychotherapeuten und somit langfristig auch des gesamten Berufsstandes stärken.

Durch eine Vergleichbarkeit der Länge und des strukturellen Ablaufs mit der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und eine breitere Aufstellung bei Kompetenzen und Befugnissen durch die Aus- und Weiterbildung wäre eine Grundlage gelegt für einen dem Facharzt äquivalenten Status, nicht nur in der ambulanten Versorgung, sondern in allen Tätigkeitsbereichen, in denen psychotherapeutische Kompetenz eine Rolle spielt.

Ein wesentliches Problemfeld stellt sicherlich noch eine angemessene Finanzierung der Weiterbildung dar, die es ermöglicht, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die geforderte angemessene Vergütung der Weiterbildungstätigkeit zu zahlen und zugleich eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsstellen zu schaffen. Hier werden mit den politischen Entscheidungsträgern sehr gründlich die Details der Umsetzung und der finanziellen Rahmenbedingungen zu diskutieren sein, damit nicht eine Weiterbildungsstruktur geschaffen wird, die aufgrund finanzieller Limitierungen kaum umgesetzt werden kann.

### Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

### Korrespondenzadresse:

**Dr. Walter Ströhm**

Soetenkamp 30  
48149 Münster  
walter@stroehm.eu



*Dr. phil. **Walter Ströhm**, Psychologischer Psychotherapeut, ist Vorsitzender des Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie e. V. (DVT) und Leiter der Psychotherapeutischen Ambulanz der APV Münster.*



*Prof. **Ulrich Schweiger** ist stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck. Er ist stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie e. V. (DVT).*



*Dr. rer. medic. **Jürgen Tripp**, Psychologischer Psychotherapeut, ist angestellt in der Suchtambulanz einer psychiatrischen Klinik sowie als wissenschaftlicher Referent für den Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT) tätig.*

# „Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung

Anni Michelmann, Günter Ruggaber, Helene Timmermann, Sabine Trautmann-Voigt, Susanne Walz-Pawlita, Birgit Wiesemüller & Felix Hoffmann

**Zusammenfassung:** Vertreter der Fachgesellschaften dgvt<sup>1</sup>, DGPT<sup>2</sup>, DFT<sup>3</sup>, VAKJP<sup>4</sup>, GWG<sup>5</sup> und DGSF<sup>6</sup> luden am 13. Juni 2013 zu einer Fachtagung nach Berlin ein, um die vom Bundesministerium für Gesundheit geplante Novellierung des Psychotherapeutengesetzes aus Sicht der ausbildenden Verbände zu kommentieren. Mit über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern<sup>7</sup> war die Veranstaltung bestens besucht und ermöglichte streitbare Diskussionen mit großer Beteiligung des Publikums zur aktuellen Reformdebatte.

Anlass der Tagung war die Sorge um die zukünftige Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung mit dem Ziel, aus Gründen des Patientenschutzes die Qualität der Approbation und einer fundierten psychotherapeutischen Expertise auf dem derzeit hohen Niveau erhalten zu wollen.

Susanne Walz-Pawlita (DGPT) und Günter Ruggaber (dgvt) betonten zur Begrüßung und zur Einführung in das Thema, dass durch eine ordnungspolitisch motivierte Bevorzugung der sogenannten Direktausbildung die plurale Verfahrensausbildung als notwendige Voraussetzung zur Approbation verloren ginge. Damit geriete auch die Kohärenz der Ausbildung mit ihrer Einheit von Theorie, Praxis unter Supervision und Selbsterfahrung in Gefahr. Die Vergabe einer Approbation vor dem Erlernen der verfahrensspezifischen Inhalte berge neben einer deutlichen Minderqualifizierung gegenüber der heutigen Lage zahlreiche inhaltliche und organisatorische Unwägbarkeiten, nicht zuletzt eine Erosion des psychotherapeutischen Heilberufs mit entsprechender Gefahr für die Patienten. Aus diesem Grund favorisierten die Fachgesellschaften derzeit das Modell einer „Dualen Ausbildung“.

Prof. Bernhard Strauss (Universität Jena) begann mit einer Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Diskussion seit Abgabe des Forschungsgutachtens vor vier Jahren.

Trotz Veränderungen des Berufsbilds im Zuge neuer gesellschaftlicher Entwicklungen zeige die Professionsforschung die Notwendigkeit, sich über Identifizierung und Konsolidierung vertiefte Kenntnisse in den psychotherapeutischen Verfahren anzueignen. Dies wurde von Prof. Ulrike Wiltzki (Universität Bochum) ergänzt: Klinische Kompetenz erfordere die Kombination von Wissen und Handeln im relevanten Kontext, deren zentrales Merkmal die Fähigkeit zur Selbstreflexion sei. Eine Ausbildung ohne Bezug zur Praxis im realen Lebensumfeld sei daher schwer zu begründen. Die Maxime „Try again, fail again, fail better“ sei notwendig, um professionelles Handeln und Expertise unter laufender Supervision und Reflexion zu erwerben. In der Darstellung der jeweiligen fachlichen Bedenken aus Sicht der bisher wissenschaftlich anerkannten Verfahren meldeten sich die Vertreter der Fachgesellschaften zu Wort: Georg Schäfer (Analytische Verfahren), Dr. Josef Könnig (Verhaltenstherapie), Birgit Wiesemüller (Gesprächspsychotherapie), Reinert Hanswille (Systemische Therapie), Dr. Sabine Trautmann-Voigt (Tiefenpsychologische Verfahren) sowie Dr. Helene Timmermann (Psychodynamische Therapie und KJP).

In großer Übereinstimmung wurde die Einheit von Theorievermittlung, Behandlung unter Supervision und Selbsterfahrung in der bestehenden curricularen Ausbildungs-

struktur gewürdigt, ohne die ein Patientenschutz nicht mehr gewährleistet sei. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass für eine verantwortbare Psychotherapie die vertiefte Ausbildung mit Praxis- und Verfahrensbezug eine unabdingbare Voraussetzung sei. Weder für eine sogenannte „Allgemeine Psychotherapie“ noch für störungsspezifische Ausbildungen gebe es evidenzbasierte Wirksamkeitsnachweise oder (internationale) Ausbildungserfahrungen. Daher sei auch für die Zukunft eine verfahrensbezogene Ausbildung kohärent in der Trias von Theorie, Praxis und Selbsterfahrung zu vermitteln. Eine inhaltliche Verknüpfung der einzelnen Ausbildungsbausteine könne nur in den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten sinnvoll „aus einer Hand“ gewährleistet werden. Dennoch wolle man sich der Debatte nicht verschließen.

Einen Ausweg sahen die Veranstalter in der Konzeption eines „Dualen Ausbildungsmodells“, das von RA Jörn Gleiniger, Justiziar der VAKJP, vorgestellt wurde. Nach Psychotherapiestudium und erstem Staatsexamen nach der Universität sieht

- 1 Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.
- 3 Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch Fundierte Psychotherapie e. V.
- 4 Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V.
- 5 Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V.
- 6 Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.
- 7 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht immer beide Formen genannt – selbstverständlich sind Männer und Frauen immer gleichermaßen gemeint.

dieses Modell einen zweiten Ausbildungsabschnitt mit Vertiefung und Schwerpunkten für Kinder/Erwachsene bis zur Approbation und Fachkunde an den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten vor. Neben der Vermeidung der „Flaschenhals-Problematik“ der Bachelor/Master-Strukturen (d. h., nicht alle Studenten mit Berufswunsch Psychotherapie, die ein Bachelor-Studium aufnehmen, können aufgrund der systematischen Verknappung der Masterstudienplätze auch sicher sein, die Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zu erreichen) würde dieses Modell auch den Nicht-Richtlinienverfahren eine Ausbildungsmöglichkeit eröffnen: Träger stationärer Einrichtungen sollten nämlich verpflichtet werden, Kooperationen einzugehen, um die bisherigen Ausbildungsstätten bei der Wahrnehmung ihres Ausbildungsauftrages zu unterstützen (Kontrahierungszwang). Daneben sei dadurch die Regelung der Ausbildungsambulanzen nach § 117 SGB V gesichert, deren Umwidmung in Weiterbildungsambulanzen gravierende sozialrechtliche Folgewirkungen, auch auf die Ärzteschaft, hätte. Damit verwies er auf den Wunsch der veranstaltenden Verbände, die nicht ausreichend geklärte finanzielle Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA) v. a. im Rahmen der Praktischen Tätigkeit zu verbessern, ohne aber andere Finanzgrundlagen der Ausbildung, wie z. B. die Vergütung der ambulanten Ausbildungstherapien, zu riskieren.

In der anschließenden Podiumsdiskussion kamen Ministerialdirigent Dr. med. Volker Grigutsch, Leiter der Abteilung 3.1 (Berufe des Gesundheitswesens) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Prof. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Christof Schiene, Referatsleiter des niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultus, sowie der Sprecher der Bundeskonferenz PIA, Robin Siegel, unter der gelungenen Tagesmoderation von Wolfgang Schreck zu Wort.

Dr. Grigutsch zeigte sich erstaunt, dass in der gesamten bisherigen Reformdiskussion alle Redner auf die drei Jahre postgradualer Institutsausbildung konzentriert und die Studieninhalte der Zugangsstudiengänge bisher kein Thema seien. Dies sehe das BMG anders. Man wünsche eine Reform, die die gesamte Ausbildungszeit im Blick habe und eine Berufsausbildung/Approbation schaffe, die das enthalte, was der Psychotherapeutenberuf wirklich benötige: Das Psychotherapeutengesetz habe 1999 die bestehenden Psychotherapie-Richtlinien und die curricularen Strukturen der sog. KBV-anerkannten Weiterbildungsinstitute als Grundlage für die Gesetzesformulierung genommen. Damals sei das bestehende Sozialrecht in Berufsrecht gegossen worden, nun wolle man diesen Zustand endlich beenden und eine auf die Aufgaben der Profession zugeschnittene Ausbildung schaffen, die mit dem ersten Tag des Studiums beginne. Prof. Rainer Richter nahm den Ball auf und ergänzte, dass es in der laufenden Diskussion zur Entwicklung eines Berufsbilds und daraus abzuleitender Kompetenzen auf eine breite Einbeziehung der bisherigen Grundwissenschaften Psychologie, Pädagogik und Medizin ankomme. Allerdings sei die einseitig verhaltenstherapeutische Ausrichtung der klinischen Lehrstühle im Bereich der Psychologie nicht geeignet, die Breite des Faches zu repräsentieren. Auch sei zu befürchten, dass es durch die flächendeckend verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Professuren für Klinische Psychologie an deutschen Universitäten zu einer systematischen Verarmung in Bezug auf gelehrte Psychotherapieverfahren käme. Dieser Standpunkt wurde vom Vertreter des niedersächsischen Wissenschaftsministeriums grundsätzlich mitgetragen. Auch Christof Schiene zweifelte an der Kompetenz, dem Willen und den finanziellen Möglichkeiten der Länder, innerhalb der bestehenden Hochschulstrukturen eine praxisnahe und alle Psychotherapieformen abdeckende Ausbildung sicherzustellen. Für die Psychotherapeuten in Ausbildung betonte

Robin Siegel, dass es – unabhängig von den gewählten zukünftigen Ausbildungsstrukturen – zu einer deutlichen Verbesserung der finanziellen Absicherung kommen müsse.

Unter lebhafter Beteiligung des Publikums wurden diese Vorstellungen sehr kontrovers diskutiert, insbesondere die Einlassungen von Dr. Grigutsch. Die Mehrzahl der Teilnehmer stand der Umgestaltung zu einer ausschließlich universitären Ausbildung äußerst kritisch gegenüber. Ein ausschließlich universitäres Modell entferne die Aus- und Weiterbildungsteilnehmer von der in den vorherigen Vorträgen geforderten Behandlungspraxis, die an der Hochschule eben nicht erworben werden könne. Auch einige anwesende Ärzte wandten ein, dass es angesichts der Bestrebungen im Bereich der Haus- und Fachärzte, diesen ambulanten Praxisbezug wieder herzustellen, anachronistisch sei, die Ausbildung der Psychotherapeuten wieder ausschließlich an Universitäten anzusiedeln zu wollen.

In ihren Schlussworten wiesen die Veranstalter noch einmal darauf hin, aus Qualitätsgründen dürfe eine voreilige Strukturreform nicht riskiert werden. Vor jeder Reformentscheidung müsse rechtssicher geklärt sein, dass die bisherigen finanziellen Mittel der Ausbildung auch für die Zukunft weiter zur Verfügung stünden. In allen Vorträgen und Stellungnahmen sei die praxisnahe verfahrensorientierte Ausbildung mit einer kohärenten und in sich bezogenen Vermittlung der Ausbildungsinhalte als Kern der hohen Qualität der bisherigen Approbation beschrieben worden. Deren Absenkung sei weder aus Gründen des Patientenschutzes noch aus Verantwortung für die Auszubildenden zu begründen.

Die Veranstaltung endete mit einem Dank an die Referenten und Podiumsteilnehmer sowie dem Aufruf, weiter konstruktiv im Gespräch zu bleiben.



Dipl.-Psych. **Günter Ruggaber** ist Geschäftsführer der DGVT-Ausbildungsakademie. Er ist Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, dort stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung und Delegierter zum Deutschen Psychotherapeutentag.



Dipl. Psych. **Susanne Walz-Pawlita**, Psychologische Psychotherapeutin, ist Psychoanalytikerin in eigener Praxis in Gießen und stellvertretende Vorsitzende der DGPT, außerdem Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen. Ihr Interessenschwerpunkt liegt auf Aus-, Fort- und Weiterbildungsfragen.



Dr. phil. **Sabine Trautmann-Voigt** ist Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Sie leitet die Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie GmbH und ist Präsidiumsmitglied der DFT.

**Korrespondenzadresse:**

**Dipl.-Psych. Susanne Walz-Pawlita**

Saarlandstraße 29  
35398 Gießen  
susanne.walz-pawlita@gmx.de

# Im Rahmen eines „Ein-Beruf-Modells“ wäre der Weiterbildungsschwerpunkt „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ stark gefragt

Theresa Unger & Thomas Fydrich

**Zusammenfassung:** Im Rahmen der Diskussion um die Reform der Psychotherapieausbildung werden immer wieder Befürchtungen geäußert, dass es bei der Umsetzung eines Direktstudiums „Psychotherapie“ an Psychologischen Instituten nicht mehr genügend Interessenten für den Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geben werde. Um diese Hypothese empirisch zu untersuchen, wurde eine Befragung durchgeführt, an der fast 3.000 Psychologiestudierende teilnahmen. Die Befunde zeigen, dass sich unter der aktuellen Rechtslage nur 14.0%, unter der Prämisse eines „Ein-Beruf-Modells“ hingegen 46.3% der Psychologiestudierenden für den Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entscheiden würden. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass es ein sehr großes Interesse an dem Behandlungsschwerpunkt Kinder und Jugendliche bei Psychologiestudierenden gibt, und entkräften damit Befürchtungen, dass durch ein Direktstudium „Psychotherapie“ die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährdet sein könnte.

## Hintergrund

Die Gesetzesgrundlage für die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/-in (PP) und zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in (KJP) ist reformbedürftig – nicht zuletzt aufgrund der Ungleichbehandlung der KJP-Ausbildung. Die Approbation in PP qualifiziert berufsrechtlich für die psychotherapeutische Behandlung von Patienten jeglichen Alters, während KJP „nur“ Patienten bis zum 21. Lebensjahr behandeln dürfen. Über dies hinaus können PP mit relativ geringerem Aufwand durch eine Weiterbildung die sozialrechtlich relevante Zusatzqualifikation als KJP erwerben. Für KJP ist dagegen der Erhalt der Behandlungs- und Abrechnungserlaubnis für Erwachsene nur durch eine zusätzliche grundständige Ausbildung in PP möglich. Dies trägt dazu bei, dass sich lediglich ein geringer Anteil der Psychologieabsolventen für die KJP-Ausbildung entscheidet (Ruoß, Ochs, Jeschke & Peplau, 2012).

Sowohl der Reformvorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer mit dem „Ein-

Beruf-Modell“ als Kernstück (Bundespsychotherapeutenkammer, 2010) wie auch der Vorschlag eines universitären Direktstudiums in Psychotherapie, das mit einem Staatsexamen abschließt und auf das eine verfahrens- und altersspezifische Weiterbildung folgt (Vorschlag zur Direktausbildung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie; DGPs, 2012), haben das Ziel einer Gleichstellung der Ausbildungen und des Berufs des KJP mit dem des PP.

Es stellt sich nun die Frage, ob unter den Bedingungen der Gleichstellung der KJP mit der PP-Ausbildung im Rahmen eines „Ein-Beruf-Modells“ Psychologieabsolventen den Weiterbildungsschwerpunkt „Erwachsene“ bevorzugen würden und damit das Risiko bestände, dass zukünftig die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährdet sein könnte, wenn der Zugang zu einer Weiterbildung überwiegend oder sogar ausschließlich Psychologinnen und Psychologen möglich ist.

Um dieser Frage nachzugehen, haben die Fachgruppe Klinische Psychologie und

Psychotherapie in der DGPs sowie der Verbund universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie (unith) eine Umfrage initiiert, in der Psychologiestudierende gefragt wurden, welche Ausbildung (entsprechend der aktuell geltenden Bestimmungen) bzw. welchen Altersschwerpunkt (entsprechend des vorgeschlagenen „Ein-Beruf-Modells“) sie wählen würden.

## Methode

Die Umfrage wurde als Online-Befragung konzipiert und mithilfe des Programms *Li-me Survey* erstellt und durchgeführt. Neben der Erfassung soziodemographischer und den Studiengang betreffender Informationen wurden den Studierenden die aktuellen gesetzlichen Regelungen sowie die rechtliche Situation unter der Prämisse eines „Ein-Beruf-Modells“ erläutert (siehe Kasten S. 273). Die Studierenden wurden daraufhin gebeten anzugeben, für welche der Ausbildungen (KJP oder PP) bzw. welchen Altersschwerpunkt (Erwachsene oder Kinder/Jugendliche) sie sich jeweils entscheiden würden. Die Umfrage wurde elektronisch an die Leiterinnen und Leiter der Lehrstühle für Klinische Psychologie und Psychotherapie an Universitäten in Deutschland versendet mit der Bitte, die Umfrage unter den Psychologiestudierenden des jeweiligen Institutes zu verbreiten (u. a. über Studierenden-E-Mail-Verteiler sowie Hinweise in Lehrveranstaltungen).

## Stichprobenbeschreibung

Es nahmen insgesamt 3.563 Personen an der Befragung teil. 3.285 der Befragten (92.2%) waren Studierende aus 41 der

### Ausgangslage 1: Aktuelle Ausbildungssituation und Rechtslage

Mit einem universitären Abschluss in Psychologie (Diplom oder Kombination von Bachelor und Master) können Sie derzeit die Ausbildung für zwei Psychotherapeuten-Berufe aufnehmen: (1) Psychologische Psychotherapie und (2) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Psychologische Psychotherapeuten/-innen sind berechtigt, Patienten aller Altersgruppen zu behandeln. Mit den Krankenkassen in eigener Praxis abrechnen dürfen sie jedoch nur die Behandlung von Erwachsenen ( $\geq 18$  Jahre). Durch eine optionale Zusatzweiterbildung können sie jedoch auch die Abrechnungserlaubnis für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erwerben.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen wiederum dürfen nur die Personen behandeln, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für diese Therapeuten ist der Erhalt der Behandlungs- und Abrechnungserlaubnis für Erwachsene nur durch eine zusätzliche grundständige Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie möglich.

**Frage 1:** Unter den aktuellen Bedingungen würde ich mich für folgende Ausbildung entscheiden:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Psychologische Psychotherapie

### Ausgangslage 2: Nach den Reformvorschlägen zum Psychotherapeutengesetz

Entsprechend der Entwürfe für eine Reform des Psychotherapeutengesetzes soll es nicht mehr zwei getrennte, sondern nur noch einen Beruf „Psychotherapeut/-in“ geben, der berufsrechtlich dazu befugt, Patienten aller Altersgruppen zu behandeln. Indem Sie – nach einer gemeinsamen Basisausbildung – entweder den Schwerpunkt „Erwachsene“ oder „Kinder und Jugendliche“ wählen, erhalten Sie zunächst für den gewählten Altersbereich die Abrechnungserlaubnis mit den Krankenkassen. Neu ist, dass durch eine Zusatzweiterbildung die Abrechnungserlaubnis auch für den jeweils anderen Altersbereich erworben werden kann. Aktuell haben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen diese Möglichkeit nicht.

**Frage 2:** Unter den beschriebenen Bedingungen würde ich mich zunächst für folgende Schwerpunktsetzung entscheiden:

- Psychotherapeut/-in mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche
- Psychotherapeut/-in mit Schwerpunkt Erwachsene

### Erläuterung der aktuellen gesetzlichen Regelungen und der rechtlichen Situation unter der Prämisse eines „Ein-Beruf-Modells“ im Rahmen der Umfrage

43 angeschriebenen psychologischen Institute mit einem Lehrstuhl in Klinischer Psychologie/Psychotherapie in Deutschland. Weitere 35 Umfrageteilnehmende (1.0%) studierten an anderen Universitäten und Hochschulen im In- und Ausland. Für 243 Teilnehmende (6.8%) lagen keine Informationen über ihren Studienort vor.

2.890 der 3.563 Umfrageteilnehmenden (81.1%) erfüllten die Einschlusskriterien:

1. vollständige Beantwortung der zwei Fragen bezüglich der Wahl der Ausbildung bzw. des Altersschwerpunktes,

2. Immatrikulation in einem universitären Bachelor-, Master- oder Diplomstudiengang Psychologie (auch sog. „Bindestrich“-Bachelor und Master, z. B. B. Sc. Sensorik und kognitive Psychologie, M. Sc. Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie) an einer Universität in Deutschland.

Für 15.2% (n = 543) der Umfrageteilnehmenden lagen keine Antworten für die Fragen zur Wahl der Ausbildung bzw. des Altersschwerpunktes vor. Weitere 3.7% (n = 130) der Befragten absolvierten kein Bachelor-, Master- oder Diplomstudium in Psychologie an einer Universität in Deutschland.

84.4% (n = 2.439) der 2.890 in die Auswertung eingeschlossenen Studierenden waren weiblich, 56.9% (n = 1.645) absolvierten einen universitären Bachelor-, 27.4% (n = 793) einen Master- und 15.7% (n = 452) einen Diplomstudiengang Psychologie. 59.5% (n = 1.720) gaben an, sicher das Berufsziel „Psychotherapeut/-in“ zu haben, 40.5% (n = 1.170) waren diesbezüglich noch unentschieden.

## Ergebnisse der Umfrage

Die Ergebnisse der Umfrage sind in der Abbildung auf S. 274 dargestellt. Unter den aktuellen Bedingungen würden sich nur 14.0% (n = 405) der befragten Psychologiestudierenden für eine KJP-Ausbildung entscheiden. Gänzlich anders stellen sich die Interessen unter der Prämisse eines „Ein-Beruf-Modells“ dar: Dann würde fast die Hälfte, nämlich 46.3% (n = 1.337) der Befragten den Weiterbildungsschwerpunkt „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ und 53.7% (n = 1.553) den Weiterbildungsschwerpunkt „Psychotherapie bei Erwachsenen“ wählen.

## Diskussion

Die Umfrageergebnisse weisen klar darauf hin, dass unter dem „Ein-Beruf-Modell“ ein hohes Interesse von Absolventen psychologischer Studiengänge an dem Weiterbildungsschwerpunkt „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ zu erwarten ist: Unter den veränderten Bedingungen des geplanten „Ein-Beruf-Modells“ würde sich im Gegensatz zu den aktuellen Bedingungen fast die Hälfte der Psychologiestudierenden, die an dem Beruf des Psychotherapeuten interessiert sind, für den Weiterbildungsschwerpunkt „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ entscheiden. Dies widerspricht Vermutungen, nach denen zukünftig die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährdet sein könnte, wenn für eine Weiterbildung überwiegend oder sogar ausschließlich Studierende mit psychologischem Studienabschluss rekrutiert werden sollten. Die Ergebnisse dieser Umfrage liefern wichtige Argumente für die Herstel-

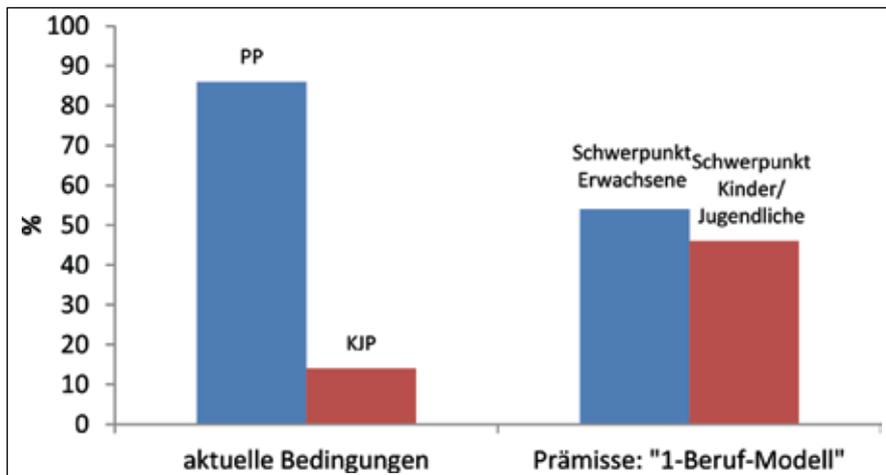


Abbildung: Prozentuale Häufigkeit der Wahl der Ausbildung entsprechend der aktuellen Rechtslage bzw. des Altersschwerpunktes unter der Prämisse eines „Ein-Beruf-Modells“ (N = 2890).

lung eines einheitlichen fachlichen Niveaus, welches mit einem Direktstudium der Psychotherapie für die Altersschwerpunkte Kinder, Jugendliche und Erwachsene erreicht werden könnte.

## Limitationen

Für sieben der kontaktierten Psychologieinstitute liegen Angaben über die Anzahl der zum Zeitpunkt der Online-Befragung

im Wintersemester 2012/2013 im Master-, Bachelor- oder Diplomstudiengang Psychologie immatrikulierten Studierenden vor. Auf Grundlage dieser Informationen konnte ermittelt werden, dass durchschnittlich 24.1% (Range: 2.9% bis 67.3%) der an den sieben Universitäten immatrikulierten Psychologiestudierenden an der Umfrage teilnahmen. Zwar muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Teilnahmequote in einigen Universitäten gering ausfiel, gleichwohl be-



**Dr. Theresa Unger, Dipl.-Psych.,** arbeitete bis August 2013 als wissenschaftliche Referentin beim Verbund universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie (unith) sowie in der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Sie befindet sich in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Ihre wissenschaftlichen Interessenschwerpunkte liegen im Bereich der Versorgungsforschung.



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

ruhen die Befunde auf einer großen Anzahl von Studierenden (n = 2.890) aus 43 psychologischen Instituten an Universitäten in Deutschland.

## Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (2010). *Entwurf für ein Gesetz über die Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThARG)*. Verfügbar unter: [www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Themen/Aus\\_Fort\\_und\\_Weiterbildung/Ausbildung/20101208\\_Gesetzesentwurf\\_PsychThARG.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/Aus_Fort_und_Weiterbildung/Ausbildung/20101208_Gesetzesentwurf_PsychThARG.pdf) [31.07.2013]
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie (DGPs, Kommission Psychologie und Psychotherapie) (2012). *Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie (Version 3)*. Verfügbar unter: [www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/dateien/Direktausbildung\\_Psychotherapie\\_DGPs\\_Vers\\_3\\_2012-04-02.pdf](http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/dateien/Direktausbildung_Psychotherapie_DGPs_Vers_3_2012-04-02.pdf) [31.07.2013]
- Ruoß, M., Ochs, M., Jeschke, K. & Peplau, L. (2012). Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Neuapprobiererten PP/KJP. Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011. *Psychotherapeutenjournal*, 11 (2), 105-114.

## Korrespondenzadresse:

**Prof. Dr. Thomas Fydrich**

ZPHU – Zentrum für Psychotherapie  
 Institut für Psychologie  
 Humboldt-Universität zu Berlin  
 Klosterstr. 64  
 10179 Berlin  
[fydrich@hu-berlin.de](mailto:fydrich@hu-berlin.de)

# Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen – ein Thema für Psychotherapeuten?

Jörg Hermann

**Zusammenfassung:** Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz präzisiert und erweitert den staatlichen Auftrag, Kinder zu schützen und Eltern bei Bedarf frühzeitig passgenaue Hilfen bei der Umsetzung ihres Erziehungsauftrages anzubieten. Dabei ist das Ziel der präventiven Maßnahmen, ebenso das kindliche Wohl zu sichern wie geeignete, die kindliche Entwicklung fördernde Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Neben der Etablierung diverser darauf abzielender Programme fordert der Gesetzgeber für einen effektiven Kinderschutz verbindliche Netzwerke über die Grenzen der Sozialversicherungssysteme hinaus. Von den Berufsgruppen, die mit Kindern und ihren Bezugspersonen in Kontakt sind, wird eine hohe Sensibilität für das Wohl der Kinder erwartet. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, eröffnet er diesen Fachgruppen, zu denen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zählen, ein Angebot, sich beraten zu lassen, sollten sie im Rahmen ihrer Berufstätigkeit Hinweise für eine Gefährdung eines Kindes wahrgenommen oder darüber Kenntnis erhalten haben. Ausgeführt werden im Gesetz ebenso die Bedingungen, wann die Befugnis gegeben ist, trotz bestehender Schweigepflicht Informationen an das zuständige Jugendamt weiterzugeben, und wie dies unter Abwägung der verschiedenen Rechtsgüter und Interessen zu handhaben ist.

Am 1. Januar 2012 ist das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz, BKiSchG) in Kraft getreten. Schon mit Einführung des § 8a SGB VIII (8. Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe) im Jahr 2005 hatte der Gesetzgeber den Schutzauftrag der Jugendhilfe präzisiert. Erhebungen weisen darauf hin, dass die Zahl der von Vernachlässigung bedrohten Kinder und Jugendlichen in unserer Gesellschaft stetig zunimmt. Die Anzahl der in Obhut genommenen bzw. aus der Familie herausgenommenen Kinder steigt seit 2005 kontinuierlich an. Bei Kindern bis zu drei Jahren hat sie sich nahezu verdoppelt (Bundesamt für Statistik, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2012).

Der staatliche oder gesellschaftliche Schutz eines Kindes beginnt natürlich nicht erst mit seiner Herausnahme, wenn es sonst

einer akuten oder anhaltenden Gefahr der Misshandlung oder Vernachlässigung aus-

gesetzt wäre, sondern erheblich früher. Kinderschutz ist der eine Pol eines Kontinuums, an dessen anderen Ende sich diverse Präventionsprogramme (primäre und sekundäre, siehe Kasten 1) befinden, die eine Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsauftrages zum Ziel haben. Unter dem Titel „Frühe Hilfen“ gibt es eine breite Palette an Interventionsansätzen, die die elterlichen Kompetenzen zur Förderung einer gesunden Entwicklung ihres Kindes erweitern sollen und Hilfen anbieten, um dafür einen geeigneten Rahmen zu schaffen. Diese Angebote finden sich inzwischen in großer Vielfalt in den unterschiedlichen Regionen des Bundesgebietes. Zum Teil handelt es sich um lokale zeitlich befristete Projekte, andere sind bereits dauerhaft etabliert worden. Der Einsatz von Familienhebammen soll auf Grundlage des Bundeskinder-

## **Beispiele von Präventionsprogrammen, die sich an alle Eltern richten (primäre Prävention):**

- Elternbriefe: Informationsschreiben für Eltern zu speziellen Themen des jeweiligen Entwicklungsalters des Kindes
- Baby-Begrüßung: Zusendung eines Begrüßungsschreibens nach der Geburt des Babys mit dem Angebot eines Hausbesuchs und Übergabe von Informationsmaterial und einem Geschenk

## **Beispiele von Präventionsprogrammen, die sich aufgrund vorhandener Belastungen oder Risiken (z. B. Teenager-Mütter, soziale oder psychische Belastungsfaktoren, Suchterkrankungen) an ausgewählte Eltern richten (sekundäre Prävention):**

- Einsatz von Familienhebammen: aufsuchende Betreuung von Eltern und Kind durch besonders qualifizierte Hebammen bis zum vollendeten 1. Lebensjahr des Kindes
- STEEP: kombiniertes Gruppen- und aufsuchendes videogestütztes Einzelangebot für Eltern mit dem Ziel der Etablierung einer sicheren Bindung bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres des Kindes

*Kasten 1: Beispiele für primäre und sekundäre Präventionsprogramme*

schutzgesetzes nun sogar bundesweit angeboten werden.

Im Sinne der Anwendungsmöglichkeit sekundär präventiver oder weiterer Interventionsangebote ist es notwendig, frühzeitig Gefährdungssituationen zu erkennen, um Hilfen, da wo sie notwendig sind, zum Einsatz bringen zu können. Hier ist eine möglichst frühe Information oder Zuweisung auch durch Multiplikatoren und Fachleute verschiedener Professionen hilfreich. Aus diesem Grund ist die Entwicklung und Etablierung multiprofessioneller verbindlicher Netzwerke ein wichtiges Anliegen des Gesetzgebers.

Bewegt man sich auf dem erwähnten Kontinuum der Schutzmaßnahmen ausgehend von den primär- und sekundärpräventiven Angeboten über die freiwillige Inanspruchnahme nicht antragspflichtiger oder antragspflichtiger Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (siehe Kasten 2) weiter, so kommt man in den Bereich der Interventionen, die durch eine gerichtliche Entscheidung veranlasst wurden, bis hin zur Inobhutnahme oder sogar dem Entzug der elterlichen Sorge.

Die Grundlage für eine nicht freiwillige Hilfsmaßnahme, die einen staatlichen Eingriff in das Elternrecht darstellt, ist dann gegeben, wenn eine Misshandlung oder Vernachlässigung vorliegt oder „Gefahr für Leib und Leben des Kindes“ besteht. Im Falle einer bereits eingetretenen oder drohenden Vernachlässigung, Misshandlung oder bei sexuellem Missbrauch sind die bereits angesprochenen Maßnahmen der Inobhutnahme oder Herausnahme des Kindes aus der gefährdenden Situation mitunter die einzige Möglichkeit, den Schutz des Kindes zu realisieren. Diese kann für die Dauer von bis zu 48 Stunden durch das Jugendamt vorgenommen werden und bedarf danach – wenn sie fortgesetzt werden soll und ohne das Einverständnis der Sorgeberechtigten initiiert wurde – einer gerichtlichen Entscheidung.

„Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko (...) einzuschätzen. (...)“ So beginnt der Wortlaut des § 8a

## Leistungen ohne Antragspflicht:

- Erziehungsberatung

## Leistungen, die einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung als Grundlage haben:

- Soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaften, sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehung in einer Tagesgruppe, Vollzeitpflege, Heimerziehung
- Ein Antrag auf Hilfe zur Erziehung führt zu einem sogenannten Hilfeplanverfahren, in dem zunächst eine möglichst passgenaue Hilfe ausgewählt und etabliert wird, die dann im Rahmen von Hilfeplangesprächen unter Einbeziehung der Familien und der Leistungsanbieter begleitet und auf ihre Wirkung kontrolliert wird.

### Kasten 2: Jugendhilfeleistungen nach § 27 SGB VIII

SGB VIII, der den staatlichen Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung beschreibt. Dabei handelt es sich bei einer solchen Kindeswohlgefährdung um „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“ (BGH FamRZ 1956, 350 = NJW 1956, 1434).

Aus der Definition lassen sich drei für die Beurteilung und daraus folgende Handlungen relevante Aspekte ableiten:

- Es ist von der Gefahr einer *vorauszu- sehenden* Schädigung die Rede (die Schädigung muss also noch nicht eingetreten sein).
- Diese Schädigung muss erheblich und mit ziemlicher Sicherheit vorhersehbar sein (das staatliche Eingriffsrecht wird begrenzt).
- Eine individuelle Bewertung hinsichtlich der Sicherheit dieser Prognose ist notwendig.

Für die Einschätzung dieses Gefährdungsrisikos hat der Gesetzgeber im gleichen Paragraphen die „in Fragen des Kinderschutzes insoweit erfahrene Fachkraft“ als beratende und prozessbegleitende, d. h. in der Abwägung einer Gefährdungssituation unterstützende Fachkraft benannt, die bislang den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zur Verfügung gestellt wurde.

Durch das Bundeskinderschutzgesetz ist dieses Angebot nun auch auf außerhalb des Systems der Kinder- und Jugendhilfe tätige Berufsgruppen, die im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, erweitert worden. Und auch, wenn man aus der

Arbeit mit Eltern oder Bezugspersonen von Kindern Informationen über die vorhandene oder drohende Gefährdung des Wohles von Kindern erhält, besteht ein Anspruch auf Unterstützung, will man diesen Hinweisen nachgehen. Der Gesetzgeber räumt diesen Berufsgruppen, zu denen auch die Psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen (KJP) gehören, einen Rechtsanspruch auf Beratung gegenüber dem örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe ein.

In einer vom Verfasser im Jahr 2006 – also vor Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes – selbst durchgeführten Erhebung der Verfahrensweise in Kinderschutzfragen kritisierten Kinderärzte und KJP, dass sie bei Anrufen im Jugendamt mit der Forderung konfrontiert gewesen seien, Auskünfte über die betroffenen Personen zu machen, die Anlass für das Ersuchen um Unterstützung hinsichtlich einer Gefährdungseinschätzung waren. So waren die Anfragenden in der misslichen Lage, noch vor Erhalt von Unterstützung zu entscheiden, ob sie die Gefahr als so gravierend betrachten, dass eine Befugnis für die Datenweitergabe besteht und eine Verletzung der Schweigepflicht dadurch zu rechtfertigen wäre.

Für diese Problematik hat der Gesetzgeber nun ein Lösungsangebot bereitgestellt. Die Inanspruchnahme einer „insoweit erfahrene Fachkraft“ ist kostenfrei und erfolgt anonym, also ohne die Notwendigkeit, Angaben zu den Daten der betroffenen Personen zu machen. Sie dient der Beratung und Unterstützung bei der Gefährdungs-

abschätzung und bei Überlegungen zur eigenen weiteren Handlungsweise. Die Verantwortung und Entscheidung bleibt bei der anfragenden Fachkraft (also z. B. dem/der PP/KJP) selbst.

Rolle und Qualifikation der insoweit erfahrenen Fachkraft sind bisher jedoch nicht abschließend und verbindlich beschrieben. Es wird einerseits auf langjährige Tätigkeit im Bereich von Kinderschutzfragen und Arbeit mit Familien abgehoben, andererseits die Notwendigkeit spezieller durch Fortbildung zu erwerbender Expertise hingewiesen. Eine hohe Beratungskompetenz und Rollenklärung erscheinen unabdingbar. Der aktuelle Fortbildungsmarkt bietet diverse z. T. curriculare Angebote unterschiedlichen Umfangs durch verschiedene Anbieter, die mal mit, mal ohne Zertifikat abschließen, wobei allgemeingültige Bedingungen für eine Zertifizierung bislang fehlen. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese etwas unübersichtliche Situation zukünftig klären wird. Ein Beratungsangebot durch qualifizierte Fachkräfte sollte also schon jetzt gewährleistet sein, seine verbindlich geregelte Qualität ist es wohl noch nicht.

Das durch das Bundeskinderschutzgesetz neu geschaffene Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) regelt auch die nach dem Feststellen einer gefährdenden Situation mögliche Weitergabe von Informationen an das Jugendamt. Der Gesetzgeber hat hier ein mehrstufiges Vorgehen vorgesehen.

1. Erörterung der Situation mit Kindern/Jugendlichen und ihren Personensorgeberechtigten,
2. Hinwirken auf die freiwillige Inanspruchnahme von Hilfen,
3. Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ und
4. Befugnis zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt.

Dabei ist zu beachten, dass das Einbeziehen des Kindes oder der Personensorgeberechtigten nur dann erfolgen soll, wenn der Schutz des Kindes oder des Jugendlichen dadurch nicht infrage gestellt wird.

Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ergibt sich in solchen Fällen oft die Situation, nicht nur hinsichtlich der Einschätzung der Gefährdung des betroffenen Kindes eine Abwägung vorzunehmen, sondern auch eine Güterabwägung zwischen der Gefährdung des betroffenen Kindes einerseits und der Auswirkung auf die therapeutische Beziehung andererseits, z. B. wenn die Patientinnen und Patienten mit einem solchen Verdacht konfrontiert werden. Diese sicherlich komplexe und auch verfahrensspezifisch zu betrachtende Problematik soll an dieser Stelle nicht vertieft werden. Es soll aber auf die auch für solche Konflikte oder Abwägungen bewährte Möglichkeit der Bearbeitung in der (kollegialen) Supervision hingewiesen werden.

Im Sinne des Gesetzes sind – wenn möglich – einvernehmliche Lösungen unter Beteiligung der betroffenen Personen anzustreben. Das gilt auch für den Umgang mit Informationen. Der vermeintliche „Königsweg“ liegt also auch hier in der durch Entbindung von der Schweigepflicht vorgenommenen Weitergabe von Informationen. Das dient in aller Regel auch dem Fortbestand und der Qualität der therapeutischen Beziehung. Sollte das nicht möglich sein, sind aber die Bedingungen, die bei einer Abwägung dieses Schrittes zu berücksichtigen sind, wenn er ohne oder sogar gegen den Willen der Betroffenen gegangen werden soll, klar dargelegt.

Das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen präzisiert die Bedingungen und Abläufe der Weitergabe von Daten, wenn ein Kind in Gefahr ist. Gleichzeitig stellt es Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen, ein Beratungsangebot zur Verfügung, das bei der Gefahrenabschätzung und Vorgehensweise prozessbegleitend wirken soll. Damit ist das Gesetz sowohl für KJP als auch für PP, die in eigener Praxis tätig sind, und selbstverständlich auch für angestellte Kolleginnen und Kollegen durchaus relevant. Übrigens für einige nicht zuletzt deswegen, weil sie als Beschäftigte in der Jugendhilfe selbst die Funktion einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ ausüben.

## Weiterführende Literatur

- Renner, I. & Sann, A. (Hrsg.) (2010). *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen*. Köln: Nationales Zentrum Früher Hilfen.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (Hrsg.) (2012). *Sozialgesetzbuch VIII auf dem Stand des Bundeskinderschutzgesetzes – Gesamttext und Begründungen*. Berlin: AGJ.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e. V.



*Dipl.-Psych. Jörg Hermann, Psychologischer Psychotherapeut, ist Leiter der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Landkreises Wolfenbüttel, Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen sowie des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind die Beratung und Psychotherapie von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, die Koordination der „Frühen Hilfen“ sowie Beratungsangebote als „insoweit erfahrene Fachkraft“ im Kinderschutz.*

### Dipl.-Psych. Jörg Hermann

Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche  
Harztorwall 25  
38300 Wolfenbüttel  
joerg.hermann@pknds.de

# Aktuelles aus der Forschung

## Sport als begleitende Maßnahme bei der Psychotherapie depressiver Patienten

### Implikationen für die psychotherapeutische Praxis

Nina Sarubin

Der folgende Artikel beschäftigt sich mit Mediatoren und Moderatoren, welche die Wirksamkeit von Sport<sup>1</sup> als komplementäre Therapieform bei unipolarer Depression erklären könnten.

Depression ist eines der weltweit größten Gesundheitsprobleme: Der Einfluss von Depressionen auf körperliche Gesundheit, subjektive Lebensqualität und das allgemeine Funktionsniveau ist immens (Prince et al., 2007). Depression wird nach Prognose der World Health Organization (WHO) im Jahr 2030 nach HIV auf Platz zwei der belastendsten und häufigsten Krankheiten weltweit gesehen, gemessen an verlorenen Lebensjahren (disability-adjusted life years = DALYs) (WHO, 2001). Weltweit sind ca. 121 Millionen Menschen an einer Depression erkrankt, ihre Behandlung erfolgt in der Regel mit Antidepressiva, Psychotherapie oder einer Kombination aus beidem (Moussavi et al., 2007). Dies führt jedoch nicht immer zu dem erwünschten Behandlungserfolg, sodass ein Bedarf nach alternativen bzw. ergänzenden Behandlungsoptionen, wie z. B. sporttherapeutischen Angeboten, zu bestehen scheint. Die positiven, d. h. mildernden Effekte von Sport auf die depressive Symptomatik werden mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten untersucht:

Sport und physische Aktivität werden sowohl zur Prävention als auch zur Behand-

lung verschiedener psychischer Störungen, wie affektiven Erkrankungen, Essstörungen, Schizophrenie und Angststörungen, eingesetzt (Wolff et al., 2011). Epidemiologische Studien deuten zudem darauf hin, dass Sport sowohl zu einem späteren Beginn psychischer Erkrankungen (Goodwin, 2003) als auch zu einer höheren Lebensqualität von psychiatrischen Patienten<sup>2</sup> beiträgt (Schmitz et al., 2004).

Die positiven Effekte von Sport speziell auf depressive und ängstliche Symptome wurden sowohl in Reviews (Salmon, 2000; Gauvin & Spence, 1996; Scully et al., 1998; Folkins & Sime, 1981; Byrne & Byrne, 1993; Brosse et al., 2002) als auch in zahlreichen Metaanalysen (Mead et al., 2009; Long & Vanstavel, 1995; Lawlor & Hopker 2001; North et al., 1990; Craft & Landers, 1998) belegt.

Sport ist nicht nur als zusätzlicher Therapiebaustein (Augmentation) bei Depression wirksam, sondern es zeigten sich auch für Sport als alleinige Therapieform – im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung – ähnlich hohe Effektstärken bzgl. der Reduktion von depressiven Symptomen (Blumenthal et al., 2007; Mead et al., 2009; Helmich et al., 2010). Eine Metaanalyse von Mead (2009) weist zudem darauf hin, dass Sport ähnlich effektiv wie kognitive Verhaltenstherapie gegen depressive Symptome wirken kann.

Follow-up-Untersuchungen belegen, dass Patienten, welche während des stationären Aufenthaltes in einer Psychiatrie Sport zusätzlich zu einer medikamentösen Behandlung betrieben haben, eine geringere Rückfallrate haben als Patienten, die lediglich medikamentös behandelt wurden; dies gilt v. a. dann, wenn die sportliche Aktivität auch nach der Entlassung beibehalten wurde (Babyak et al., 2000; Hoffmann et al., 2011).

Bei physischer Aktivität sind generell zwei Arten der Betätigung zu unterscheiden: aerobes Training (Ausdauersport, z. B. Walken, Joggen, Training zur Steigerung der kardialen-respiratorischen Leistungsfähigkeit) und anaerobes Training (zur Verbesserung von Koordination, Flexibilität und Aufbau der Muskulatur). Die Art der sportlichen Aktivität hat Einfluss auf das Ergebnis der Depressionsbehandlung: Ausdauersport führt zu mittleren Effekten bezüglich einer Reduktion depressiver Symptomatik (die meisten Studien liegen hierzu zu Joggen vor), während gemischte Trai-

<sup>1</sup> Zur Vereinfachung wird in diesem Artikel „Sport“ stets als Metabegriff für jegliche Art der körperlichen Aktivität verwendet.

<sup>2</sup> Zur besseren Lesbarkeit werden im folgenden Text nicht durchgehend die männlichen und weiblichen Formen genannt. Soweit nicht explizit angegeben sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

ningsformen – wie z. B. Ausdauer- und Krafttraining – zu höheren Effektstärken führen (Mead et al., 2009).

Diese Belege für einen Zusammenhang zwischen gemischten Trainingsformen und hohen Effektstärken können jedoch noch nicht erklären, welche settingspezifischen Bedingungen hierbei wirksam werden, d. h., inwiefern sich z. B. zeitliche Dauer des Trainings, Trainingsintervall, Einzel- vs. Gruppentraining unter kontrollierten klini-

schen Bedingungen auf die symptomatischen Verbesserungen bei depressiven Patienten auswirken. Hierzu sind weitere Studien erforderlich.

Trotz der immensen Forschungsbemühungen in den letzten Jahren sind die Mechanismen der therapeutischen Wirksamkeit von Sport als zusätzlichem Therapiebaustein weitgehend ungeklärt. Kann Sport als „neues“ Antidepressivum betrachtet werden? Welche physiologischen und psycholo-

gischen Veränderungen gehen bei depressiven Patienten mit sportlicher Aktivität einher? Sind Effekte der Symptomreduktion primär durch den Sport an sich oder sekundär durch den mit der sportlichen Aktivität verbundenen therapeutischen/sozialen Kontakt, mit Ablenkung oder Körperbildveränderungen etc. erklärbar? Die nachfolgend berichteten Artikel geben Einblick in den aktuellen Forschungsstand zu diesen interessanten Fragen.

## Sport und Depression – wie hängt das zusammen?

*Mead, G. E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C. A., McMurdo, M. & Lawlor, D. A. (2009). Exercise for depression (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub4. Seiten: 1-49.*

Die Autoren dieses Reviews haben sich zum Ziel gesetzt, mittels Analyse der Datenbanken Medline, Embase, Sports Discus, PsycINFO, Cochrane Controlled Trials Register und Cochrane Database of Systematic Reviews die Wirksamkeit von Sport bei depressiven Erkrankungen genauer zu untersuchen. Eingeschlossen wurden schließlich 28 randomisierte und kontrollierte Studien mit depressiven Patienten (ausgeschlossen waren Patientinnen mit postpartaler Depression) ab einem Alter von 18 Jahren, die irgendeiner Form von sportlicher Aktivität nachgingen (jeweils definiert gemäß den Autoren der klinischen Studien) – unabhängig davon, ob im Studiendesign die Sportintervention mit keiner Behandlung/Warteliste/Placebo oder mit irgendeiner anderen Form der Intervention (Pharmakotherapie, Psychotherapie oder andere Interventionsformen) verglichen wurde.

Einführend erläutern die Autoren die Notwendigkeit dieses Reviews: Gängige Depressionsbehandlungen wie Medikation oder Psychotherapie könnten nicht immer alle Symptome heilen. Zudem führe jede Intervention neben den erwünschten positiven Effekten auch zu unerwünschten Nebenwirkungen, z. B. könnten Antidepressiva zu den bereits bekannten physiologi-

schen Nebenwirkungen führen, während Psychotherapie oftmals wegen einer von den Patienten wahrgenommenen Stigmatisierung nicht in Anspruch genommen würde. Die Anwendung alternativer Therapieformen wie Sport könnte auch als Ausdruck der Unzufriedenheit eines Patienten mit konventionellen Therapieformen interpretiert werden. Depression sei zudem mit einem niedrigen Level an physischer Aktivität assoziiert, wobei die Kausalität dieses Zusammenhangs nicht ganz klar zu sein scheine. Alle bisherigen Metaanalysen deuteten jedoch darauf hin, dass Sport bei Depression einen Nutzen habe. Leider seien die bisherigen Metaanalysen jedoch zum Teil methodisch zu bemängeln (z. B. gepoolte Datensätze, unkontrollierte Studien).

Zur Analyse der 28 eingeschlossenen Studien entschieden sich die Autoren für zwei Auswertungsrichtungen: der Einfluss von Sport auf die depressive Symptomatik im Vergleich zu keiner Intervention und der Einfluss von Sport auf Depression im Vergleich zu einer anderen Intervention (z. B. Medikation oder Psychotherapie). Die meisten Studien (21) beinhalteten als Sportinterventionen aerobes Training (z. B. Jogging).

Als Ergebnis des Reviews fassen die Autoren zusammen, dass Sport zu großen Effekten bzgl. der Reduktion depressiver Symptome im Vergleich zu keiner Behandlung (oder einer Placebobehandlung) führt. Die Effektstärken schrumpften allerdings bedenklich auf ein z. T. nicht mehr signifikantes Niveau, wenn in der statisti-

schon Analyse strengere Einschlusskriterien für die Studien (z. B. nur verblindete Outcome-Messungen) gewählt wurden. Die höchsten Effektstärken erreichten dann sogenannte „gemischte“ Interventionen, bei denen die depressiven Patienten sowohl Kraft- als auch Ausdauertrainingseinheiten erhielten.

Im Vergleich Sport vs. bereits etablierte Behandlungsangebote (wie etwa Psychotherapie oder antidepressive Medikation), ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Reduktion depressiver Symptome. Langzeitstudien deuten darauf hin, dass die günstigen stimmungsaufhellenden Effekte von Sport bei depressiven Patienten sukzessive nach Abschluss der Sportintervention verloren gehen. Dies impliziert, dass nur langfristiges Training eine gute Prognose bzgl. Response und Rückfallprophylaxe bieten kann.

Die Autoren schlussfolgern, dass Sport bei Patienten mit unipolarer Depression empfohlen werden kann. Präzise Antworten auf die offenen Fragen – etwa nach der optimalen zeitlichen Dauer der Ausübung von Sport, nach der effektivsten Art des Sports, der optimalen Frequenz oder des Settings (drinnen oder draußen, mit Trainer oder ohne etc.) – konnten aus dem Review jedoch nicht abgeleitet werden.

**Kommentar:** Studien, die Outcome-Variablen (z. B. HAMD, BDI etc.) direkt nach der sportlichen Intervention erfassen, wurden nicht im Review genannt. Dies ist bedauerlich, da Sport durchaus als spezielle Form der (akuten) Emotionsregulation betrach-

tet werden könnte und gerade Untersuchungen mit mehreren Messzeitpunkten (direkt nach der Intervention, einige Stunden später sowie am Tag darauf und im weiteren Verlauf bis zur Genesung) einen wichtigen Beitrag zum Verständnis dieser Thematik leisten könnten.

Das vorliegende Review wurde im Rahmen der Möglichkeiten der bis dato publizierten Studien methodisch sehr gut

durchgeführt und enthält einige wichtige Implikationen für die psychotherapeutische Praxis: So könnten in der Psychotherapie von Patienten mit Depression das frühere und aktuelle körperliche Aktivitätsniveau im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes analysiert und mittels motivierender Gesprächsführung die aktuelle körperliche Betätigung schrittweise erhöht werden. Dies gilt auch für Patienten, die nicht primär unter Antriebslosigkeit

leidern, denn Sport könnte, wie von den Autoren als möglicher Wirkmechanismus erwähnt, u. a. auch dadurch wirksam sein, dass die körperliche Aktivität von negativen Gedanken ablenkt und die Patienten ihre Selbstwirksamkeit stärken können, indem sie den Sport als neuen „Skill“ erlernen. Somit können sportliche Maßnahmen auch dabei helfen, der kognitiven Aufrechterhaltung der Depression entgegenzuwirken.

## Was verändert Sport bei depressiven Patienten?

*Daley, A. (2008). Exercise and Depression: A Review of reviews. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 15 (2), 140-147.*

Die Autorin stellt in diesem Artikel mehrere Reviews und Metaanalysen vor, welche die Wirksamkeit von Sport in der Behandlung von depressiven Symptomen v. a. in Kombination mit anderen bereits etablierten Interventionsformen gut belegen. Im Folgenden soll lediglich auf Studien, die einen Vergleich zu konventionellen Behandlungsmethoden herstellen, sowie auf Hypothesen zu den Wirkmechanismen von Sport näher eingegangen werden.

Zusammenfassend scheinen die meisten Studien laut Daley keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen Sport und antidepressiver Medikation bei unipolarer Depression zu finden. Eine Metaanalyse deutet darauf hin, dass Sport ähnlich effektiv wie kognitive Verhaltenstherapie sein könnte. Diese Ergebnisse seien hoch praxisrelevant, da sicherlich einige Patienten sportliche Betätigung einer Medikamenteneinnahme vorziehen würden. Zudem sei der Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen u. a. aufgrund der hohen Prävalenzen oftmals limitiert. Antidepressiva hätten bekanntlich eine Wirklatenz von mehreren Wochen, während Sport (zumindest potenziell) direkt die Stimmung beeinflussen könne. Darüber hinaus gäbe es oftmals trotz antidepressiver Medikation persistierende Symptome wie Müdigkeit und kognitive Funktionseinbußen, welche sportliche Betätigung nachgewiesenermaßen reduzieren könne.

Die Ergänzung einer herkömmlichen Depressionsbehandlung mit sportlichen Angeboten sei für die Patienten jedoch oftmals nicht nachvollziehbar, weshalb Patienten über Wirkmechanismen aufgeklärt werden sollten. Auch Daley weist darauf hin, dass trotz großer Forschungsbemühungen in den letzten 16 Jahren die zugrunde liegenden Prozesse der Wirksamkeit noch nicht eindeutig geklärt werden konnten. Es existieren jedoch bereits einige Hypothesen, die von der Autorin vorgestellt werden. Hierbei seien sowohl physiologische/biochemische Erklärungen als auch psychologische Mechanismen zu diskutieren.

Studien deuteten darauf hin, dass die Plasmakonzentration von Endorphinen nach sportlicher Betätigung erhöht ist. Ob – und wenn ja, wie – dies in Zusammenhang mit einer stimmungsaufhellenden Wirkung steht, bleibt jedoch bislang offen. Erhöhte Werte von Dopamin, Serotonin und Noradrenalin nach Sport konnten bislang nicht am Menschen, sondern nur an Ratten nachgewiesen werden.

Psychologisch betrachtet könnte Sport als Auszeit von täglichen Sorgen und depressiven Gedanken betrachtet werden. Darüber hinaus führe Sport zu einer Erhöhung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens, wobei diese Faktoren wiederum mit Stimmungsverbesserung einhergehen könnten. Depressive Patienten litten oftmals unter dem Gefühl des Kontrollverlustes, sodass Sport hier ein wichtiger Baustein auf dem Weg zurück zu mehr Selbstbestimmung bzw. internalen

Kontrollüberzeugung sein könnte. Die Autorin betrachtet Sport diesbezüglich als Form der Verhaltensaktivierung, die eine wichtige und typische Komponente in einer effektiven Psychotherapie darstelle.

Die Autorin geht auch auf mögliche Probleme und Implikationen für die Praxis ein: Damit Sport eine effektive Intervention bei Depression sein könne, müssten die Patienten viel Energie, Einsatz und Ausdauer aufbringen. Dies scheint gerade bei depressiven Patienten, deren Krankheitsbild sich u. a. durch Schwierigkeiten in der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben auszeichnet, nicht leicht umsetzbar. Ein spezielles Manual scheint es bislang nicht zu geben. Dies könnte ein Grund für die relativ hohen Drop-out-Raten (ca. 20%) in Untersuchungen mit Sportinterventionen bei psychischen Erkrankungen darstellen. Aktuelle Studien deuten jedoch darauf hin, dass bereits zehnminütige Einheiten sportlicher Aktivität pro Tag zu gesundheitlichen Verbesserungen beitragen können, sodass auch und gerade Depressive nicht dem Druck ausgesetzt werden sollten, gleich zu Beginn einer Therapie lange Trainingsintervalle durchhalten zu müssen. Eine langsame Dosissteigerung wäre hier durchaus angemessen. Gerade bei Frauen mit postpartaler Depression könnten zudem die erforderliche Kinderbetreuung und das Stillen die Möglichkeiten sportlicher Aktivität deutlich einschränken.

**Kommentar:** Das Review von Daley untermauert die Ergebnisse anderer Autoren zu biochemischen Veränderungen, die zum Teil noch weiterführende Ansätze diskutie-

ren: Mehrere Studien und Reviews belegen, dass Sport das Immunsystem beeinflusst (Woods et al., 2012) und das Immunsystem wiederum einen Einfluss auf depressive Symptome haben kann (Helmich et al., 2010): So wird z. B. während der sportlichen Betätigung Interleukin-6 (IL-6)<sup>3</sup> ausgeschüttet (Pedersen et al., 2000) und epidemiologische Daten sprechen für eine Korrelation zwischen physischer Inaktivität und einer Entzündungsneigung bei gesunden Menschen (Abramson & Vaccarino 2002; Fallon, 2001; Geffken et al., 2001). Vor allem scheint Sport bei älteren Patienten (< 60 Jahre) entzündungshemmende Effekte zu haben (Woods et al., 2009; Franceschi, 2007; Taaffe et al., 2000; Geffken et al., 2001). Physische Aktivität führt darüber hinaus zu Veränderungen der Monoamine (Neurotransmitter) und Endorphine, reduziert Cortisol, stimuliert das Wachstum neuer Nervenzellen und induziert die Freisetzung von Proteinen und Peptiden, die für die Gesundheit und das Wachstum von Zellen mit verantwortlich sind (Helmich et al., 2010).

Die Art und die Dosierung des Trainings scheinen hierbei eine wichtige Rolle zu spielen: Akutes Kräftigungstraining führt zu entzündungsfördernden Effekten, während die exakte Dosierung für entzündungshemmende Effekte noch nicht ge-

klärt zu sein scheint; die aktuelle Datenbasis deutet darauf hin, dass moderates Ausdauertraining wahrscheinlicher zu positiven, antidepressiven Effekten und entzündungshemmenden Effekten führen könnte (Helmich et al., 2010).

Neben der Klärung möglicher biochemischer Veränderungen steht die Frage im Raum, ob sich die depressionsreduzierenden, stimmungsaufhellenden Effekte von Sport durch die Zunahme körperlicher Fitness erklären lassen. Wäre dies der Fall, wären bei allen Studien, die einen relativ langen Trainingszeitraum (mehrere Wochen) oder einen sehr intensiven Trainingsplan (mind. dreimal pro Woche) beinhalten, größere Effektstärken, vermittelt durch mehr Muskelzuwachs und Ausdauer, zu erwarten. Dies ist jedoch nicht der Fall (Mead et al., 2009).

Darüber hinaus könnte auch der soziale Kontakt, entweder zum Trainer oder bei Gruppentraining auch zu den anderen Teilnehmern, eine Wirkvariable sein, die sich wiederum in physiologischen Maßen wie Veränderungen in der Konzentration von Monoaminen (Neurotransmitter) und Endorphinen niederschlägt (Helmich et al., 2010), sodass soziale Einflussvariablen stets kontrolliert werden sollten. Auch positive Veränderungen im Körperbild (subjektiv oder objektiv) könnten ein potenziel-

ler Moderator – möglicherweise auch in Kombination mit positivem Feedback von Dritten – sein.

Untersuchungen an Tieren führten zu folgenden Erkenntnissen: Mäuse, die in experimentellen Designs „Sport“ betreiben, zeigen eine erhöhte Copingfähigkeit in psychischen und physischen Stresssituationen. Die gesteigerten Stresscopingfähigkeiten sind hierbei vermutlich auf eine adaptivere Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achsenaktivität zurückzuführen (Droste et al., 2003, 2006, 2007). Dies zeigt sich sowohl in Form einer verbesserten Schlafqualität und weniger ängstlichem Verhalten als auch im EEG-Profil – jeweils im Vergleich zur Kontrollgruppe mit inaktiven Mäusen (Lancel et al., 2003; Binder et al., 2004). Die bisherigen Erkenntnisse aus präklinischen Studien zu Sport bzgl. der molekularbiologischen neuroprotektiven und antidepressiven Wirkmechanismen führen u. a. dazu, dass an „pharmakomimetischen“ Medikamenten geforscht wird. Das sind Medikamente, die – auch ohne Sport – auf molekularbiologischer Ebene ähnliche Effekte wie körperliche Aktivität erzielen sollen (siehe Stranahan et al., 2009). Ob diese dann aber auch ohne die beschriebenen psychologischen Wirkmechanismen zu positiven Ergebnissen bei der Depressionsbehandlung führen können, bleibt abzuwarten.

## Ausblick

Sport als zusätzliche Interventionsform bei der Behandlung von Depression führt zu zahlreichen biochemischen und psychologischen Effekten, die zu einer positiven Prognose beitragen können. Körperliche Aktivität sollte daher als Baustein in der therapeutischen Arbeit mit depressiven Patienten zumindest in Erwägung gezogen werden. Es existieren bereits einige regionale Sportgruppen, die in Form von Selbsthilfe Unterstützung geben können. Das Zusammenwirken von sozialer Unterstützung und anderen, bereits oben beschriebenen Effekten von Sport wäre in diesem Kontext durchaus wünschenswert. Sport im Rahmen einer Depressionbehandlung könnte zudem u. a. die Flexibilität kogniti-

ver und physischer Handlungen und das mentale „Entkatastrophisieren“ von vermeintlichen Fehlern fördern und somit zu einem veränderten Umgang mit Belastungen in diversen Lebenskontexten beitragen (Weigelt et al., 2013).

Das Institut für klinische Exzellenz in Großbritannien (The National Institut for Clinical Excellence, NICE) empfiehlt in seinen Richtlinien zur Behandlung der Depression dreimal wöchentlich stattfindende strukturierte, beaufsichtigte sportliche Aktivitäten mit einer Dauer von 45 bis 60 Minuten (NICE, 2007). Für einen schwer depressiven Patienten würde diese Anforderung allerdings vermutlich eine immense Her-

ausforderung darstellen, deren Nichtbewältigung zu weiterer Frustration führen könnte. Der behandelnde Psychotherapeut sollte diesbezügliche Entscheidungen auf die Persönlichkeitsstruktur des Patienten abstimmen: Gerade Patienten mit narzisstischen Tendenzen könnten sich hier schnell aufgrund einer zu hohen Leistungsmotivation selbst überfordern und bei mangelnder Zielerreichung weitere Selbstwerteinbußen erleiden. Ein Ziel könnte es in diesem Fall sein, die Wahrnehmung des Patienten nicht auf das „Er-

<sup>3</sup> Interleukine (IL-x) sind Peptidhormone, d. h. körpereigene Botenstoffe der Zellen des Immunsystems, die die Entzündungsreaktion des Organismus regulieren.

gebnis“ (z. B. bessere Zeit, längere Strecke, besser als andere Läufer etc.), sondern auf mögliche positive Emotionen bzw. die Reduktion negativer Emotionen während oder nach dem Sport zu lenken. Auch die Sportart sollte der Persönlichkeit des Patienten angemessen gewählt werden: Ein selbstunsicherer Patient wäre vermutlich mit einer Gruppensportart besser beraten als mit einer Individualsportart, da er – als sekundären Effekt – dadurch auch seine sozialen Kompetenzen verbessern könnte.

Die bereits oben angesprochenen Schwierigkeiten der Integration von Sport in eine laufende Psychotherapie sind bedeutend für zukünftige Forschungsarbeiten. Bislang sind keine speziellen Programme zur Förderung der Motivation im Kontext psychischer Erkrankungen und Sport verfügbar. Die neben den stimmungsaufhellenden Effekten durchaus erwünschten körperlichen „Nebenwirkungen“ sportlicher Aktivität (Gewichtsreduktion, Muskel- und Knochendichteaufbau, Reduktion von Bluthochdruck etc.) stehen anderen Behandlungsformen wie Psychotherapie nicht im Wege und könnten ggf. sogar eine medikamentöse Therapie ersetzen bzw. eine Dosisreduktion unterstützen. Die Drop-out-Raten bei Sportstudien sind zudem ähnlich hoch wie jene in Studien zu Antidepressiva, das heißt, Motivation und Nebenwirkungen der verschiedenen Interventionsformen treten zwar in unterschiedlicher Form auf, scheinen jedoch einen ähnlich starken Einfluss auf die Fortführung der jeweiligen Intervention zu haben.

Weiterführende Studien in Form kontrollierter, randomisierter Designs könnten sich (wie oben z. T. bereits angedeutet) u. a. auf folgende Themen beziehen: Inwiefern beeinflusst das durch Sport möglicherweise positiv veränderte Körperbild eines Patienten die Erfolge in der Depressionstherapie? Unterscheidet sich die antidepressive Wirkung von Individualsportarten im Vergleich zu Gruppensportarten? Welche Faktoren beeinflussen – neben sozialem Kontakt/Austausch – den Krankheitsverlauf bei depressiven Patienten, die Sport betreiben? Führt Sport in der Therapie depressiver Patienten zu einer früheren Genesung? Welche „Dosierung“ an Sport wäre optimal? Gerade hinsichtlich der letzten Frage ist zu bedenken, dass es auch depressive Patienten gibt, bei denen die Depression durch ein Übermaß an Aktivität gekennzeichnet ist. Im Sinne eines Verhaltenszesses könnte übermäßige sportliche Aktivität psychische Probleme auch „verdecken“. In solchen Fällen ist die Steigerung der Frequenz oder Intensität sportlicher Aktivitäten nicht indiziert.

Sport könnte als „Zusatzbaustein“ in der Therapie auch mit dem Ziel der verbesserten Selbstfürsorge eingebettet werden. Je nach individueller Zielsetzung des Patienten und in Rücksprache mit dem behandelnden Psychotherapeuten sollte individuell entschieden werden, ob und an welcher Stelle der Einbezug von Sport sinnvoll sein könnte, um den Therapieerfolg zu maximieren: (Psycho)Therapeuten in den USA bieten bereits Sprechstunden auf dem Laufband an. Dies mag zunächst seltsam klingen, stellt jedoch einen möglichen

Ansatz dar, Depressionstherapie und Bewegung direkt miteinander zu verknüpfen. Für Forschung und Praxis bleibt zu hoffen, dass theoretisch fundierte, evaluierte und integrative Interventionsprogramme hierzu in den nächsten Jahren entstehen werden.

### Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



*Dr. Nina Sarubin, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, ist seit 2012 wissenschaftliche Referentin der PTK Bayern.*

### Dr. Dipl.-Psych. Nina Sarubin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
[sarubin@ptk-bayern.de](mailto:sarubin@ptk-bayern.de)

# Nachruf

## Facilitator einer menschlichen Haltung – zum Tod von Reinhard Tausch

Friedemann Schulz von Thun

<sup>1</sup> Reinhard Tausch war einer der Großen in der deutschsprachigen klinischen Psychologie der Nachkriegsjahre. Man darf ein wenig stolz sein, bei ihm studiert und promoviert zu haben. Er hat schon sehr früh zwei große und überaus folgenreiche Leistungen erbracht:

### Gesprächspsychotherapie

Zum einen hat er die Gesprächstherapie (GT) von Carl Rogers in Deutschland bekannt und zu einem bedeutenden empirischen Forschungsfeld gemacht, sodass von einer wissenschaftlich fundierten GT die Rede sein darf. Er war Mitbegründer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). Carl Rogers war sein Leitstern am Himmel nicht nur der Psychotherapie, sondern des heilsamen mitmenschlichen Umgangs überhaupt. Ihm war er seit 1973 auch persönlich eng verbunden, und C. Rogers erhielt durch ihn die Ehrendoktorwürde am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg.

Zum anderen hat Tausch ganz nebenbei die Psychotherapie in Deutschland für die Psychologie, für die Psychologinnen und Psychologen, reklamiert – mit Erfolg und gegen erhebliche berufsständische Widerstände. Und durch ihn erst wurde ein Teil der Humanistischen Psychologie an deutschen Universitäten hoffähig – mit ihren existenziellen Themen, die nicht so leicht quantitativer Statistik oder gar strengen Experimenten zugänglich waren und für die auch forschungsmethodisch neue qualitative Wege gefunden werden mussten.

### Aufbruchstimmung in Hamburg: Lernziel Partnerschaft

Er hat damit Anfang der 1970er-Jahre der Universitäts-Psychologie ein neues Gesicht gegeben und ihr einen gewissen Aufbruchs- und Pioniergeist eingehaucht:

Wer, wenn nicht wir Psychologinnen und Psychologen, war dazu aufgerufen, die Gesellschaft zum Guten hin zu verändern!? Wer, wenn nicht wir, konnte dazu beitragen, die mitmenschlichen Beziehungen aus dem obrigkeitsstaatlichen Modus zu befreien und das Erlernen einer Partnerschaftlichkeit zu initiieren!? Das Autoritäre steckte noch in den Knochen (in der Seele) – und Partnerschaftlichkeit wollte erst noch als neue menschliche Errungenschaft identifiziert und befördert werden.

Das war damals ein aufregender Befund, den er zusammen mit Anne Marie Tausch in ihrer Erziehungspsychologie veröffentlichte: In Elternhäusern, Kindergärten, Schulen und Ausbildungseinrichtungen benahmen sich die Eltern, Lehrer und Vorgesetzten mehrheitlich immer noch sehr autoritär: von oben herab, geringschätzend, gängelnd, bevormundend und vielfach entmutigend.

Tausch hat das herausgearbeitet, heute würde man sagen „skandalisiert“, und er hat zu der Erkenntnis beigetragen, dass die damals junge Demokratie nicht nur in Bonn stattfinden darf, sondern auch in Fleisch und Blut übergehen muss im alltäglichen Miteinander. Autoritäres Machtgebaren schafft ängstliche Duckmäuser



*Prof. Dr. Reinhard Tausch*  
*\* 6. November 1921 † 8. August 2013*

oder trotzig Rebell, aber keine demokratiefähigen, mündigen Bürgerinnen und Bürger.

Dass wir, seine Schülerinnen und Schüler, damals als Missionare einer nondirektiven Pädagogik etwas naiv und mit der Arroganz eines psychologischen Gutmenschen aufgetreten sind, das steht auf einem anderen Blatt und sollten wir dem Meister nicht anlasten. Aber er war uns ein ganz großer Ermutiger und gab uns ein wunderbares Psychologen-Selbstbewusstsein. Und das war von unschätzbarem Wert.

Soweit der Befund, soweit der Skandal, aber er setzte uns auch die gute Nachricht in die Welt: Da lässt sich etwas machen, ein Segen, dass es Psychologinnen und Psychologen gibt! Die können nämlich,

<sup>1</sup> Auszug aus der Trauerrede vom 16. August 2013.

nicht in erster Linie durch wissenschaftliche Aufklärung und Belehrung, sondern vor allem durch Selbsterfahrung und Training, hier eine menschliche Transformation befördern! Und so fühlten wir uns als Pioniere der neuen Zeit. Bei ihm sollten wir nicht nur kluge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sein (das zwar immer auch), sondern auch und vor allem „Facilitatoren“ einer menschlichen Haltung.

## Würdigung einer Lebensleistung

Dass das Humane uns nicht *gegeben*, sondern *aufgegeben* ist, das ist die Botschaft seines Lebens. Und so sehr Tausch auch polarisierte, polemisierte und sich mit allerlei Widersachern „gerne“ anlegte, so wurde doch seine Lebensleistung eindeutig auch außerhalb der Universität wahrgenommen und gewürdigt: vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) erhielt er die Hugo-Münsterberg-Medaille für angewandte Psychologie und vor zehn Jahren das Bundesverdienstkreuz, als einziger jemals in unserem Kollegium.

## Wissenschaft und Menschlichkeit

Dass es sowohl in der Psychotherapie als auch in der Pädagogik um die Qualität menschlicher Beziehungen – auf Augenhöhe und von Herz zu Herz – geht, und dass die menschliche Haltung wichtiger ist als

kluge Theorien, raffinierte Diagnostik und professionelles Gehabe, dass Psychologesein auch und nicht zuletzt eine menschliche Herausforderung enthält, die der Entwicklung bedarf – als Tausch anfang, dies zu betonen, war das für manche durchaus befremdlich. „Wertschätzung“ zum Beispiel wurde naserümpfend als altbacken empfunden – fehlte nur noch „Wärme“... Und richtig, diesen Begriff verwendete Tausch auch. Und dies in einer Zeit, zu der man Ehrgeiz hatte, die Freundlichkeit zwischen Mensch und Mensch als etwas anzusehen, das dazu dient, den wahren Interessenantagonismus zu verschleiern. Ja, die Linken hatten ihn auch auf dem Kieker, da er die menschliche Misere nicht als dem System inhärent sehen wollte, sondern im Menschen selbst.

Er hatte jene unbeirrbarere Eigensinnigkeit und Eigenwilligkeit, die es braucht, um seine eigene Sichtweise, seinen Teil der Wahrheit zu behaupten und durchzukämpfen. Und Letztlich hat Tausch in vielem Recht behalten: Begriffe wie „Empathie“, „Authentizität“ und „Respekt“ haben in unserem heutigen gesellschaftlichen Bewusstsein einen ganz hohen Stellenwert erlangt, und nicht zuletzt der Begriff „Wertschätzung“ hat eine erstaunliche Karriere gemacht.

## Der Mensch, der Lehrer, der Freund

Für mich als Student und Doktorand war die Begegnung mit dem Menschen Rein-

hard Tausch mindestens so eindrucksvoll wie die Begegnung mit seiner Lehre.

Es war erstaunlich und fast überwältigend, wie man als Student von ihm willkommen geheißen wurde. Als sich der „Tausch-Zweig“ den neuen Vordiplomanden vorstellte, habe ich gefragt, ob sie auch Forschungen zur programmierten Unterweisung machen würden, ich wollte damit das Denktraining im Schach verbessern. Ein paar Tage später begegnete ich dem großen Ordinarius Reinhard Tausch zufällig auf der Treppe des „Philosophenturms“ – er sprach mich an und bat mich, demnächst in seine Sprechstunde zu kommen („Könnte der Kommilitone mich einmal kontaktieren?“). Nanu!? Ich wurde dort freundlich an der Tür empfangen und gebeten, Platz zu nehmen. Nein, über programmierte Unterweisung würden sie nicht forschen, aber ein Herr Langer hätte ein interessantes Projekt zur Verständlichkeit von Texten und Tausch erläuterte mir, welche beiden Dimensionen bislang sichtbar geworden waren. War das seine Art, auf den Einzelnen zuzugehen und ihn dort abzuholen, wo er innerlich stand? Das war ja fantastisch und kaum zu glauben.

Reinhard Tausch war für mich im besten Sinne des Wortes „sozialintegrativ“ – und immer erstaunlich gemeinschaftsstiftend –, obwohl (oder weil) er doch in seinem tiefsten Herzen „ein einsamer Trapper“ war (wie er einmal sagte).

# Leserbrief

## R. Plassmann: „Prozessorientierte Psychotherapie“, *Psychotherapeutenjournal* 2/2013

### Eine hochpotente Psychotherapie aufbauen ...

Zunächst stutzte ich über die Bezeichnung „Prozessorientierte Psychotherapie“, weil ich die „prozessorientierte“ Vorgehenswei-

se als ein Markenzeichen der Humanistischen Psychotherapie, speziell als das der Gestalttherapie kenne, quasi als ihr traditioneller Terminus technicus. Es machte mich neugierig zu lesen, was heutzutage ein Psychoanalytiker dazu ausführt.

Es hat mich gefreut, die mir sehr vertrauten Bemühungen um einen modellhaften Einklang im Verständnis von psychologisch-psychotherapeutischen Vorgängen mit Ergebnissen der Neurobiologie, neuerer Entwicklungslehre, Informationsverar-

beitung, Konstruktivismus und Selbstorganisation (mit „*der Fähigkeit und Eigenart, permanent Ordnungsmuster zu bilden, die für die Aufgaben dieses komplexen Systems, also für die Lebenssteuerung, nützlich sind*“) wieder zu begegnen. Bei solchen Formulierungen fühle ich mich an den Neurologen und Gestaltpsychologen Kurt Goldstein erinnert („*Der Aufbau des Organismus*“, 1934), entfernter auch an den gestaltpsychologisch orientierten Psychiater Klaus Conrad („*Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*“, 1958), um bewusst frühe Quellen zu zitieren.

Weiterhin hat mich das Bemühen um eine achtsame, Körpersignal sensible Beziehungsgestaltung positiv berührt, die die Regulationsbedürfnisse und die jeweilige eigenrhythmische „Selbstdefinition“ im Hier-und-Jetzt nicht nur respektiert, sondern für teils unterschwellig heilsame Begegnungsmomente und für den Beziehungsaufbau nutzt. Das kann ich nur bestätigen (speziell auch aus meiner früheren, jahrelangen Arbeit mit psychosenahen Menschen). – Dass für die Psychotherapie die Frage nach dem „Wie“ bedeutsamer ist als nach dem „Was“, gehört zum Credo der Gestalttherapie. Ausgesprochen vertraut ist mir natürlich auch der Aufruf des Autors, die Aufmerksamkeit auf das „Jetzt“ zu richten, nicht auf das Damals. „*Der Transformationsprozess findet im Jetzt der Therapiestunde statt oder er findet nicht statt.*“ Ja, so ist es. Und dann kommt noch der Hinweis auf den für den Heilungsprozess oft bedeutsameren bzw. vorrangigeren Kontakt zu den Ressourcen als zu dem Problemfeld. Genau. (Das gehörte bereits 1962 zu den Gründungsforderungen der Humanistischen Psychologie, die damit zur damaligen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse eine Gegenposition einnahmen.) – Schließlich wird vom Autor als Psychotherapeutenfunktion die Befähigung des Patienten zur Selbstregulation verstanden. Nochmals ja.

Schön zu lesen ist die Wertschätzung der Traumatherapie mit ihrer bejahenden Grundhaltung. Vermutlich weiß der Autor nicht, dass sie eine Frucht der Humanistischen Psychotherapie ist, speziell die Weiterentwicklung der gestalttherapeutischen Krisenintervention, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ausgenommen. Den Rest hat sich Francine Shapiro aus der Workshop-Szene der 1980er-Jahre geholt (was sie selbst in ihrem Buch „*EMDR in Aktion*“, 1998, schildert), eine Szene, die damals fast völlig gestalttherapeutisch dominiert war.

Wenn ich einige Begriffe übersetzen würde, z. B. Muster in Gestalt, Transformation in Wandlung (und Neubeginn), wenn ich Ins-Stocken-Kommen als inneren und/oder äußeren Kontaktabbruch verstehen würde, dann könnte man fast glauben, der Artikel sei aus der Feder eines Gestalttherapeuten geflossen.

Das „fast“ bezieht sich direkt auf den Prozessverlauf. Wenn er ins Stocken kommt, wenn also ein Gegenimpuls auftaucht (egal welcher Art), wie öfters im Artikel erwähnt, dann geht es in der Gestalttherapie erst nochmals richtig auf die Kernproblematik zu: Wir machen gemeinsam in einer Art sokratischem Dialog eine Mikroanalyse der Situation. Die Aufmerksamkeit fokussiert das Phänomen des Stockens und es braucht zunächst einen Wahrnehmungs-abgleich und eine Rückfrage vom Psychotherapeuten an den Patienten, wie er sich gerade erlebt, wie er das, was gerade fast unterschwellig passiert, fassen oder sogar benennen könnte. Manchmal gelingt das durch Wiederholen oder Verstärken des Vorgangs et was besser. Die Wahrnehmung des Psychotherapeuten fungiert lediglich als Hinweisschild, die Bedeutungszuweisung gibt der Patient aus dem assoziativen Hintergrund seiner subjektiven Welt. Wenn Konsens über den unterbrechenden Im-

puls besteht, wird der Patient gebeten, sich mit diesem Impuls zu identifizieren und sich vorzustellen, dass er in irgendeiner Variante zu irgendeiner Zeit sinnvoll war oder es noch ist. Er personifiziert ihn dadurch, achtet auf Gefühl und Motivation sowie auf ein mögliches Gegenüber, wodurch szenisches Erinnern erleichtert wird. Es kann sein, dass wir in die Spiegelung einer gegenwärtigen, nicht eingestanden Konfliktssituation geraten, es kann auch sein, dass wir assoziativ in ein biografisch bedeutsames Problemfeld kommen, Übertragungsproblematik eingeschlossen. Der Prozess folgt der Assoziationskette des Patienten, führt zur dialogischen Auseinandersetzung der Teilaspekte, die sich dabei verwandeln, und endet in einem neuen, inneren Ordnungsmuster. – Soweit in aller Kürze. Die phänomenologisch-prozessorientierte Vorgehensweise der Gestalttherapie ist seit den 1940/50er-Jahren ausgearbeitet und verfeinert worden.

Wenn die Berufspolitik nicht im Wege stünde, könnte man sich, meiner Meinung nach, gut verständigen und eine allgemein hochpotente Psychotherapie aufbauen. Immerhin liegen die Effektstärken der Gestalttherapie aktuell bei 1.12 bis 1.42 ES (Brownell, 2013/2014; Elliott, Greenberg et al. in Lambert, 2013), die der Humanistischen Psychotherapie im Durchschnitt sowie der Verhaltenstherapie punktgleich bei 0.93 ES (Brownell, 2013/2014), die der deutschen Richtlinien-Verfahren als Mix bei 0.87 ES (QS-PSY-BAY-Pilotstudie 2013, s. Internet), die der psychodynamischen Gruppe (Tiefenpsychologie/Psychoanalyse) vermutlich um oder unter 0.80 ES.

(...)

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

Liebe Leserinnen und Leser,  
die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leserinnen und Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht unbedingt die der Redaktion wiedergeben.



# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## BPTK erreicht Verbesserung der Versorgung – Regelung zu Mindestquoten angepasst

Der Gesetzgeber ermöglicht ab 1. Januar 2014 dringend notwendige Zulassungen, indem er in der Bedarfsplanung die Regelung zum Mindestversorgungsanteil für Ärzte in Höhe von 25 Prozent modifiziert.

### Alte Mindestquotenregelung unhaltbar

Ursprünglich sollte die Mindestquote für Ärzte Ende 2013 auslaufen. Doch seit Anfang 2013 plante das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Mindestquote zu verlängern. Das hätte gravierende Auswirkungen für die psychotherapeutische Versorgung gehabt: Denn von den ab Mitte 2013 geplanten 1.300 zusätzlichen Sitzen hätten mindestens 200 auf Dauer nicht besetzt werden können, weil die Mindestquotenregelung sie für psychotherapeutisch tätige Ärzte, die sich in ländlichen Regionen meist gar nicht niederlassen wollen, reserviert hätte. In vielen Planungsbereichen wären die Mehrzahl der eigentlich auf dem Land neu geplanten Sitze damit nicht besetzt worden. Abbildung 1 (nächste Seite) zeigt die davon am stärksten betroffenen ländlichen Planungsbereiche. Hinzu kommen mindestens weitere 70 blockierte Sitze in Gegenden, in denen Mitte 2013 keine neuen Sitze ausgewiesen werden, aber teilweise seit 1998 Praxissitze unbesetzt blieben, weil sie für Ärzte reserviert wurden.

### Besonders gravierende Auswirkungen im Osten

Besonders hart wäre Ostdeutschland betroffen gewesen. In Sachsen-Anhalt hätte von 64 freien psychotherapeutischen Praxissitzen kein einziger besetzt werden können. In Sachsen wären von 76 freien Praxissitzen vermutlich 95 Prozent blockiert, in Thüringen von 57 freien Praxissitzen

knapp 90 Prozent (siehe Abbildung 2, nächste Seite).

### BPTK erreicht Aufhebung der Blockade in letzter Minute

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) konnte eine Anpassung der Mindestquotenregelung im Gesetzgebungsverfahren erreichen, sodass die ansonsten blockierten Sitze nun doch ab 2014 besetzt werden können. Dafür hat sich die BPTK mit zahlreichen Stellungnahmen und eigenen Berechnungen stark gemacht. Der Vorstand sondierte außerdem in einer Vielzahl von Gesprächen vor allem mit Gesundheitspolitikern verschiedene Lösungswege, bei denen auch die berufspolitischen Interessen der psychotherapeutisch tätigen Ärzte gewahrt bleiben. Dabei war das

Thema Mindestquote komplex und schwer zu vermitteln. Obwohl es für die psychotherapeutische Versorgung immens wichtig ist, bleibt es in der gesundheitspolitischen Debatte insgesamt eher ein Randthema. Letztlich beschloss der Ausschuss für Gesundheit jedoch eine tragfähige Lösung. Einen Tag danach sollte der Bundestag das Gesetz in zweiter und dritter Lesung beschließen. Im Bundestag scheiterte eine Abstimmung am späten Abend wegen Beschlussunfähigkeit, das weitere Verfahren war zunächst ungewiss. Die Abstimmung konnte dann aber am nächsten Tag doch noch durchgeführt werden und am 5. Juli 2013 ließ auch der Bundesrat den Gesetzentwurf passieren. Damit ist der Weg frei für die Niederlassung von über 200 zusätzlichen Psychotherapeuten vorrangig im ländlichen Raum.

### Dringend Psychotherapeuten gesucht: [www.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.hilfeportal-missbrauch.de)

Opfer sexuellen Missbrauchs finden unter der neuen Internetadresse [www.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.hilfeportal-missbrauch.de) der Bundesregierung erste Beratung und Hilfe. Vertragspsychotherapeuten sowie Psychotherapeuten in Privatpraxen können sich dort mit ihren Kontaktdaten in eine deutschlandweite Adressdatenbank aufnehmen lassen. Für diese werden dringend Psychotherapeuten gesucht.

Für die Registrierung in der Psychotherapeutendatenbank benutzen Sie bitte folgende Links:

- Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten:  
[www.datenerfassung.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.datenerfassung.hilfeportal-missbrauch.de)
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Privatpraxen:  
[www.datenerfassung-bptk.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.datenerfassung-bptk.hilfeportal-missbrauch.de)

Der Eintrag ist kostenfrei. Bei Rückfragen zur Datenerfassung senden Sie bitte eine E-Mail an die Geschäftsstelle des Unabhängigen Beauftragten: [datenerfassung@ubskm.bund.de](mailto:datenerfassung@ubskm.bund.de). Weitere Informationen finden Sie unter: [www.beauftragter-missbrauch.de](http://www.beauftragter-missbrauch.de).

Das neue Hilfeportal ist eine Internetseite des Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig. Sie bietet Opfern sexueller Gewalt, ihren Angehörigen und Fachkräften Informationen zu Beratung, Hilfen und Fragen der Prävention.

Abbildung 1: Für Ärzte reservierte und nicht besetzbare Praxissitze in den ländlichen Regionen in 2013  
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigungen, 2012

Kreis/Kreisregion KV	Bundesland	für Ärzte reservierte und nicht besetzbare Praxissitze	Anteil an den neu geplanten Psychotherapeutenstellen
Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz	Rheinland-Pfalz	2,5	100 %
Gotha	Thüringen	4,5	82 %
Sonneberg	Thüringen	2,5	63 %
Altenburger Land	Thüringen	3	60 %
Greiz	Thüringen	3,5	58 %
Grafschaft Bentheim	Niedersachsen	4	57 %
Eifelkreis (Bitburg-Prüm)	Rheinland-Pfalz	3	55 %
Altmarkkreis Salzwedel	Sachsen-Anhalt	4	47 %
Tuttlingen	Baden-Württemberg	3,5	47 %
Holzminden	Niedersachsen	2,5	45 %

### So werden Sitze blockiert

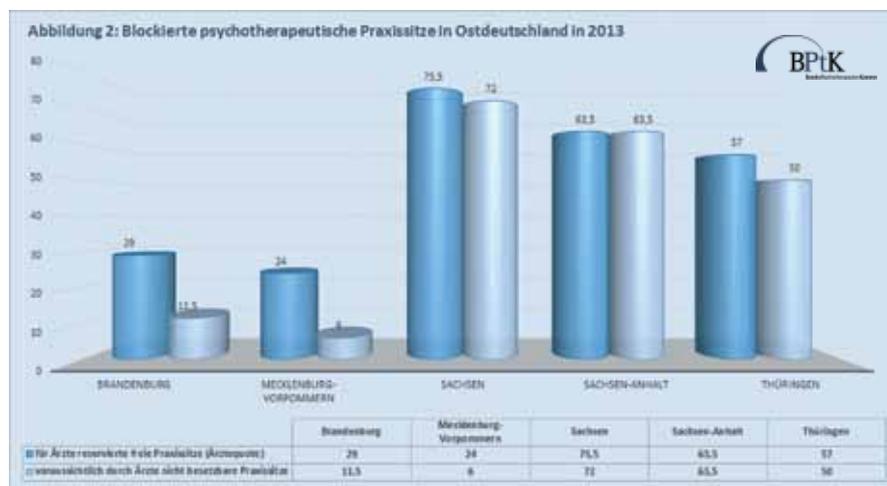
Wie aber kommt es zu dieser Blockade? Die sogenannte Bedarfsplanung teilt Deutschland in unterschiedliche Planungsbereiche auf, die in der Regel den Landkreisen und kreisfreien Städten entsprechen. Für jeden Planungsbereich wird eine Zahl von Zulassungen für Psychotherapeuten festgelegt. Wird diese Zahl um zehn Prozent oder mehr überschritten, so gilt der Planungsbereich als gesperrt, d. h., weitere Zulassungen werden grundsätzlich nicht mehr erteilt.

Eine Mindestquote von 25 Prozent für Ärzte bedeutet, dass ein Viertel der in einem Planungsbereich festgelegten Gesamtzahl an Psychotherapeutenstellen für psychotherapeutisch tätige Ärzte vorgesehen ist. Bis zum 31. Dezember 2013 sieht die gesetzliche Regelung vor, dass alle sich aus der Mindestquote ergebenden Sitze als besetzt mitgezählt werden – auch dann, wenn sich gar kein Arzt niedergelassen hat, der Sitz also unbesetzt bleibt, mit anderen Worten blockiert ist. In der Vergangenheit gab es insbesondere auf dem Land eine Vielzahl von Planungsbereichen, in denen sich weniger psychotherapeutische Ärzte niederließen, als die Mindestquote für Ärzte vorsieht. Das hatte unter Versorgungspunkten höchst problematische Konsequenzen.

Ein Beispiel: Ist in einem Planungsbereich eine Zahl von 20 Psychotherapeuten festgelegt, so kann sich dort niemand mehr niederlassen, sobald 22 Psychotherapeuten tätig sind (20 plus zehn Prozent davon, s. o.). Gibt es keinen psychotherapeutisch tätigen Arzt, so ist der Planungsbereich jedoch bereits gesperrt, wenn 17 Zulassungen erteilt sind. Denn die fünf im Rahmen des Mindestversorgungsanteils von 25 Prozent vorgesehenen Zulassungen für psychotherapeutisch tätige Ärzte werden fiktiv zu den real existierenden 17 Zulassungen hinzugezählt, was eine Gesamtzahl von 22 ergibt. Ab 22 Zulassungen wird der Planungsbereich im Beispiel gesperrt. Statt eigentlich 22 Zulassungen gibt

es nur 17. Auch wenn es durchaus Psychotherapeuten gibt, die dort gerne arbeiten würden, dürfen sie es aber nicht, weil die Mindestquote für Ärzte ihre Zulassung bisher verhindert hat. Die Folge ist eine Verschärfung der ohnehin schon bestehenden Unterversorgung.

Diesem Unsinn hat der Gesetzgeber jetzt ein Ende gemacht: Ab dem 1. Januar 2014 zählen nicht besetzte Sitze nicht mehr fiktiv als besetzt mit. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss jetzt in einem nächsten Schritt noch die Bedarfsplanungs-Richtlinie an die neue Rechtslage anpassen. Die gesetzliche Regelung ist eindeutig und überlässt der Selbstverwal-



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigungen, 2012

tung keinen Spielraum, rechtmäßig eine Umsetzung zu verzögern.

In unserem Beispiel ist der Planungsbe- reich also zukünftig erst gesperrt, wenn dort tatsächlich 22 Psychotherapeuten ar- beiten. Ab dem 1. Januar 2014 dürften sich dann noch fünf Psychotherapeuten nie- derlassen. Sind 22 Psychotherapeuten tä- tig und es gibt wider Erwarten psychothe- rapeutisch tätige Ärzte, die sich dort nie- derlassen wollen, ist dies auch in Zukunft möglich, da die Mindestquote weiterhin gilt.

### **KJ-Quote verbessert weiterhin die Versorgung**

Der Mindestversorgungsanteil für Lei- stungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch be- handeln, dient nicht wie die Ärztequote dem Schutz einer bestimmten Berufsgrup- pe, sondern stellt die Versorgung einer be- stimmten Patientengruppe sicher. Alle Be- rufsgruppen können die Quote für sich in Anspruch nehmen, wenn sie ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeu- tisch behandeln: Ärzte, Psychologische Psy-

chotherapeuten und Kinder- und Jugendli- chenpsychotherapeuten. Sie ist damit ver- sorgungsbezogen und ihre Verlängerung aus Versorgungsgründen ein Erfolg. Die sich aus dem Mindestversorgungsanteil erge- benden Zulassungsmöglichkeiten sind – im Gegensatz zur berufsgruppenbezogenen Ärztequote – auch wahrgenommen wor- den und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde erheblich verbessert. Mit der Verlängerung der Quote, für deren Einführung und jetzige Verlängerung sich die BPTK massiv eingesetzt hat, kann diese Verbesserung dauerhaft gesichert werden.

## **Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Traumafokussierte Therapie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen**

Wie die Behandlung der Posttraumati- schen Belastungsstörung (PTBS) nach ak- tuellem Stand des medizinischen Wissens gestaltet und in der Versorgung umgesetzt werden sollte, war das Thema einer BPTK- Veranstaltung am 5. Juni 2013 aus der Rei- he „Gute Praxis psychotherapeutische Ver- sorgung“. In seiner Begrüßung wies Dr. Dietrich Munz, Vizepräsident der BPTK, da- rauf hin, dass das Leid von traumatisierten Patienten von der Gesellschaft viele Jahr- zehnte nicht oder nur unzureichend aner- kannt wurde. Notwendige Behandlungsan- gebote würden den Patienten zum Teil noch heute nicht in der erforderlichen Wei- se zugänglich gemacht.

### **Psychotherapie ist die vorran- gige Behandlungsmethode**

In ihrem Vortrag zur S3-Leitlinie „Posttrauma- tische Belastungsstörungen“ betonte Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Freie Universität Berlin), dass die Konzeptualisierung der Dia- gnose PTBS als relativ neues Störungsbild noch immer gravierende Veränderungen er- fahre. So werde zurzeit für die ICD-11 die Einführung der neuen Diagnose „Komplexe PTBS“ diskutiert, worunter PTBS-Krankheits- bilder mit spezifischen Zusatzsymptomen gefasst werden, die sich infolge lang andau- ernder bzw. wiederholter, schwerwiegender Traumatisierung, wie z. B. sexueller Kindes- missbrauch, entwickelt haben.

Bei den Therapieempfehlungen der aktu- ellen S3-Leitlinie habe jedoch die Diagno-



*Prof. Dr. Christine Knaevelsrud*

se „PTBS“ nach ICD-10 im Fokus gestan- den. Hinsichtlich der Behandlung der PTBS empfiehlt die Leitlinie, dass jedem Patien- ten eine traumaadaptierte Psychotherapie angeboten werden soll. Psychopharmako- therapie soll dagegen nicht als alleinige Therapie der PTBS eingesetzt werden. Die Diskussion zur Rolle der Stabilisierungs- phase in der Traumabehandlung bei kom- plexer PTBS sei in der Leitliniengruppe sehr kontrovers geführt worden. Erste The- rapiestudien bei dieser Patientengruppe hätten allerdings zeigen können, dass auch bei der komplexen PTBS eine Trau- makonfrontation für eine Besserung erfor- derlich ist, auch wenn dieser in vielen Fäl- len eine intensivere Vorbereitung vorange- hen müsse.

### **Zweiphasige stationäre Behandlung bei komplexer Traumatisierung**

Sabine Drebes, Psychotherapeutin im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, stellte in ihrem Beitrag das Konzept der stationären Behandlung von Traumafolge- störungen, insbesondere bei Patientinnen mit multipler Gewalterfahrung bzw. kom- plexer PTBS vor. Viele der behandelten Pa- tientinnen litten u. a. unter einer ausge- prägten dissoziativen Symptomatik, die spezifisch adressiert werden müsse. Die Behandlung orientiere sich an der Psycho- dynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Reddemann, die ein phasen- orientiertes Vorgehen aus Stabilisierung, Traumakonfrontation und Integration vor- sehe.



*Sabine Drebes*

Insbesondere aufgrund begrenzter Kostenübernahme würden derzeit jedoch nur etwa 30 Prozent der Patientinnen während der stationären Behandlung auch die Phase der traumafokussierten Behandlung durchlaufen. In der Konsequenz käme es zu teilweise vorab geplanten stationären Intervallbehandlungen, in denen die Behandlungsphase der Traumakonfrontation zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werde. Die Wiederaufnahmerate liege zurzeit bei circa 30 bis 40 Prozent.

### Traumafokussiertes Arbeiten in der ambulanten Versorgung

Dr. Anne Boos, niedergelassene Psychotherapeutin, betonte in ihrem Vortrag, dass letztlich alle evidenzbasierten Psychotherapiemethoden konfrontative Behandlungselemente beinhalten würden und eine In-

tegration der traumafokussierten Methoden in die Psychotherapieverfahren erkennbar sei. In der ambulanten Versorgung könnten zwei Untergruppen von traumatisierten Patienten mit PTBS unterschieden werden:

- Patienten mit „einfacher“ Traumatisierung und eingeschränkter Komorbidität, die i. d. R. im Rahmen einer Kurzzeittherapie traumafokussiert behandelt werden könnten,
- Patienten mit mehrfachen, schweren und frühen (meist sexuellen) Traumatisierungen und erheblicher psychischer Komorbidität.

Hier sei auch im ambulanten Bereich ein Zwei-Phasen-Modell sinnvoll. Jedoch sollte die Traumabehandlung frühzeitig zur Be-



Dr. Anne Boos

handlungsoption gemacht werden, in dem Verständnis, dass Stabilisierung die Voraussetzung, aber nicht die Therapie der PTBS sei. Die zweiphasige Behandlung erfolge idealerweise aus einer Hand, auch um das Verschieben der als schwierig erlebten Konfrontationsbehandlung in ein anderes Setting oder auf einen späteren Zeitpunkt zu verhindern.

## Psychotherapie in Europa: The De-medicalising of primary mental health care

Am 30. und 31. Mai 2013 kamen in Limerick rund 180 Fachleute unterschiedlicher Disziplinen, Gesundheitspolitiker und Stakeholder zur Europakonferenz „The De-medicalisation of primary mental health care“ zusammen. Sie erörterten die politischen, sozialen und wissenschaftlichen Herausforderungen eines besseren Zugangs zur Psychotherapie. Die Tagung wurde von der Universität Limerick in Zusammenarbeit mit dem von der BPTK mitinitiierten „Network for Psychotherapeutic Care in Europe“ (NPCE) ausgerichtet.

In ihrer Eröffnungsrede betonte Nessa Childers, EU-Abgeordnete und Schirmherrin der Veranstaltung, die Bedeutung des Themas. Abgesehen von den offensichtlichen Vorteilen für den Einzelnen, werde eine gute psychische Gesundheit immer wichtiger für wirtschaftliches Wachstum und die soziale Entwicklung in Europa. Dies seien zentrale Ziele der Europäischen Union. Anschließend gaben Vorträge, Podiumsdiskussionen und Fragerunden Einblicke in die Unterschiedlichkeit der nationalen Versorgungsstrukturen und neuen Versorgungsansätze.

Dr. Declan Aherne, Psychotherapeut an der Universität Limerick, stellte zum Stellenwert von Psychotherapie fest, dass diese für die meisten psychischen Erkrankungen die geeignetste Behandlung sei und bereits in der

Primärversorgung ohne zusätzliche Kosten verfügbar gemacht werden könnte. Dennoch erhielten in Irland 90 Prozent aller Patienten mit einer depressiven Erkrankung eine pharmakologische Behandlung. Dagegen würde nur 70 Prozent der Patienten eine Psychotherapie empfohlen. Dabei würden die Gesamtkosten für eine psychotherapeutische Primärversorgung nach seinen Berechnungen 20 Prozent niedriger sein als die Ausgaben für Antidepressiva.

Die Versorgungssituation in Deutschland erläuterte BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. In Deutschland gebe es gute Voraussetzungen für die psychotherapeutische Primärversorgung. Die Psychotherapeuten seien hochqualifiziert, Patienten hätten Anspruch auf einen direkten Zugang zu Psychotherapeuten und Psychotherapie sei inzwischen ein gut etablierter Bestandteil des Gesundheitswesens. Dennoch sei das Potenzial von Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung noch lange nicht ausgeschöpft. Insbesondere fehle es in den Strukturen des Gesundheitswesens an Kooperation und Koordination bei der Versorgung psychisch kranker Menschen. Die Hausärzte müssten besser qualifiziert werden, um den Bedarf für eine psychotherapeutische Behandlung rechtzeitig zu erkennen, und sie müssten künftig viel enger mit den Psychotherapeu-

ten zusammenarbeiten. Bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf müsse darüber hinaus eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Behandlung realisiert werden können.

Beispiele guter Praxis aus unterschiedlichen Ländern Europas, die von freiem Zugang zu Kurzzeitpsychotherapie in den Niederlanden bis hin zu aufsuchenden psychotherapeutischen Hilfen in Schottland reichten, zeigten, dass psychische Erkrankungen ganz Europa vor vergleichbare Herausforderungen stellen. Sie verdeutlichten zugleich, dass es nicht nur den Bedarf, sondern auch die Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung gibt. Die Teilnehmer der Konferenz unterstrichen vor diesem Hintergrund den Willen zur verstärkten Zusammenarbeit und regten ein Projekt der EU-Kommission zur Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung an. Das in den kommenden Jahren laufende EU-Rahmenforschungsprogramm HORIZON biete die Möglichkeit dazu. Ausführlichere Informationen finden Sie unter: [www.npce.eu](http://www.npce.eu).

### Geschäftsstelle

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



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie schon im letzten Psychotherapeutenjournal und in unserem Rundschreiben angekündigt finden vom 17. Oktober bis 23. November die Wahlen zur neuen, vierten Vertreterversammlung der Kammer statt. **Bitte beteiligen Sie sich an der Wahl.**

Die Wahlzeit beginnt mit Aussendung der Wahlunterlagen. Die Aussendung wird spätestens am 17. Oktober 2013 erfolgen. Bis spätestens 18. November (Ende der Wahl) muss Ihr Stimmbrief in der Geschäftsstelle der Kammer eingegangen oder bei der Post aufgegeben worden sein. Das Ergebnis der Wahl wird Ihnen spätestens zwei Wochen nach Auszählung der Wahl in einem gesonderten Rundschreiben und auf der Homepage der Kammer mitgeteilt werden. Der neue Kammervorstand wird dann in der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung Anfang Februar 2014 gewählt werden.

Das Patientenrechtegesetz, das Ende Februar dieses Jahres in Kraft getreten ist, haben wir auf der Homepage ausführlich dargestellt ([www.lpk-bw.de/archiv/news/2013/pdf/130327\\_lpk-info\\_patientenrechtegesetz\\_2013.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news/2013/pdf/130327_lpk-info_patientenrechtegesetz_2013.pdf)) und kurz kom-

mentiert. Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen und Diskussionen bei Veranstaltungen von Verbänden ließen deutlich werden, dass hier viele Fragen und Unsicherheiten, die schon während des Gesetzgebungsverfahrens aufgetaucht waren, weiter bestehen. Vor allem die neuen gesetzlichen Regelungen zur Akteneinsicht und zur Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu Beginn der Behandlung rufen erhebliche Unsicherheit bei vielen Kolleginnen und Kollegen hervor. Die Vertreterversammlung wird sich mit dem Gesetz ausführlicher befassen müssen, denn die Berufsordnung der Kammer muss an einigen Stellen präzisiert oder geändert werden, um den neuen gesetzlichen Erfordernissen gerecht werden zu können. Wir beabsichtigen, weitere Informationen auf unserer Homepage zu veröffentlichen sowie hierzu Informationsveranstaltungen durchzuführen, um die aufgekommenen Fragen zusammen mit Interessierten zu diskutieren. Wir werden Sie im nächsten Psychotherapeutenjournal ausführlicher informieren.

Von angestellten Kolleginnen und Kollegen wird immer wieder an uns herangetragen, dass in vielen stationären Einrichtungen sowohl die Vergütung als auch Aufstiegs-

möglichkeiten für approbierte PP und KJP nicht adäquat Berücksichtigung finden. In einem Gespräch mit dem Vorsitzenden der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Hubert Seiter, haben wir diese Frage erörtert und vereinbart, in einem weiteren Gespräch gemeinsam Lösungsansätze für die Rehabilitationseinrichtungen zu erarbeiten. Deutlich wurde, dass diese nicht kurzfristig erreichbar sein werden. Einigkeit bestand hierbei, dass der aufkommende Mangel an Fachärzten Überlegungen fördert, welche Aufgaben innerhalb von Rehabilitationseinrichtungen von PP und KJP übernommen werden könnten, um eine gute Patientenversorgung sicherzustellen. Diese müssen dann, so unsere Forderung, auch entsprechend vergütet werden.

In der Hoffnung, dass Sie nach einer erholsamen Sommerpause einen guten Wiedereinstieg in den Berufsalltag gefunden haben, verbleiben wir mit vielen Grüßen

Ihr Kammervorstand,

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

### Landespsychotherapeutentag „Arbeit und psychische Gesundheit“

Mit über 300 Teilnehmern war der diesjährige Landespsychotherapeutentag zum Thema „Arbeit und psychische Gesundheit“ im Festsaal des Stuttgarter Hotels Le Méridien ausgesprochen gut besucht. **Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz** begrüßte die Teilnehmer und Gäste und wies einleitend auf die Bedeutung des Themas hin. Er hob hervor, dass die Zahl der Krankschreibungen

aufgrund psychischer Erkrankungen nach den Berichten verschiedener Krankenkassen stark zunahm und sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt habe. Jährlich würden ca. 5% der GK-Versicherten wegen psychischer Erkrankung vorübergehend arbeitsunfähig, d. h. krankgeschrieben. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sei im Vergleich zu anderen Erkrankungen sehr hoch (durchschnitt-

lich 30 Tage) und auch die psychisch bedingten Frühberentungen hätten sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt. Der gesamtgesellschaftliche Schaden sei immens, der Produktionsausfall wegen psychischer Erkrankungen belaufe sich auf jährlich knapp fünf Milliarden Euro, ganz abgesehen von der Einschränkung der Lebensqualität der betroffenen Menschen.

Darum forderte Dr. Munz: „Psychische Erkrankungen müssen genauso ernst genommen werden wie körperliche Erkrankungen“. Es müsse darauf hingewirkt werden, dass künftig besondere psychische Belastungssituationen in allen Arbeitsbereichen identifiziert und abgebaut werden können. Untersuchungen zeigten, dass Maßnahmen zur Beurteilung der Gefährdung durch psychische Belastungen und entsprechende Präventionsmaßnahmen wirksam seien. Bedauerlich sei allerdings, dass es viele Arbeitgeber gebe, die noch keine Maßnahmen in ihren Firmen eingeführt hätten. Hier bestehe dringlicher Handlungsbedarf.



**Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz**

U. a. auch aus diesen Gründen engagiere sich die Landespsychotherapeutenkammer z. B. im Rahmen der Erarbeitung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg bzw. den hierzu eingesetzten Arbeitsgruppen mit dem Ziel, das Thema psychische Erkrankungen bzw. psychische Gesundheit einzubringen. Sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene müsse kontinuierlich darauf aufmerksam gemacht werden, dass psychische Gesundheit in Gesundheitsprogrammen ebenso Beachtung findet wie körperliches Wohlbefinden. Auch deswegen appellierte Dr. Munz an die Kammermitglieder, sich in Gremien und Arbeitsgruppen, z. B. in den regionalen Gesundheitskonferenzen zeitlich und fachlich einzubringen. „Wir müssen regional und überregional deutlich machen, dass die psychotherapeutische Versorgung für die vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht ausreichend ist“, so Dr. Munz.

In Vertretung der Ministerin Katrin Altpeter ging **Ministerialdirigent Gerhard Segmiller**, Leiter der Abteilung 4, Arbeit im Sozialministerium, auf die Bedeutung ein, die das Tagungsthema auch für die Gesund-



**Ministerialdirigent Gerhard Segmiller**

heitsstrategie Baden-Württemberg hat. Innerhalb der Gesundheitsstrategie werde Gesundheit als wesentlicher Standortfaktor für die Wettbewerbsfähigkeit des Landes angesehen; hier spiele vor allem auch die psychische Gesundheit eine wichtige Rolle. Gerhard Segmiller leitet innerhalb der Gesundheitsstrategie die Projektgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement, deren Bericht in Kürze vorgelegt werden wird und an dem auch die Landespsychotherapeutenkammer engagiert mitgewirkt hat. Ein Schwerpunkt des Berichts fokussiere, so Segmiller, psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz und zeige Wege auf, wie sowohl Betriebe als auch Arbeitnehmer hier besser präventiv wirken können. Nicht zuletzt sei es wichtig, den Betrieben bzw. den Führungskräften zu vermitteln, dass sich Investitionen in diesem Bereich vor allem mittel- und langfristig lohnen, der sogenannte *Return on Investment* hoch sei.



**Dr. Gerhard Bort**

Segmiller leitete damit nahtlos über zum ersten Hauptreferat des Tages von **Dr. Gerhard Bort** zum Thema Identifikation und Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz aus arbeitsmedizinischer Sicht. Dr. Bort ist Arbeitsmediziner im Sozialministerium Baden-Württemberg und seit vielen Jahren mit dieser Thematik vertraut. Bezogen auf psychische Erkrankungen zeigten aktuelle Daten, dass

vor allem Mitarbeiter im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Verwaltung besonders gefährdet seien, so Bort. Er ging u. a. auf die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) ein, die ausgehend von Arbeitsschutzzielen zu einem einheitlich abgestimmten Vorgehen in Richtung Beratung und auch Überwachung der Betriebe führe. Hier seien neben Bund und Ländern die Sozialpartner sowie die Unfallversicherungen beteiligt. Aktuell werde das Prüfsystem für psychische Belastungen aufgebaut, ab 2015 sollten dann entsprechende Prüfungen durchgeführt werden. Hierunter fallen sowohl Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter der Gewerbeaufsicht (z. B. auch bzgl. Mobbing am Arbeitsplatz) als auch die Etablierung von Messverfahren (z. B. Mitarbeiterbefragung, Gefährdungsprofil).



**Prof. Joachim Bauer**

**Prof. Joachim Bauer**, Oberarzt in der Abteilung für Psychosomatische Medizin am Uniklinikum Freiburg, führte in seinem Beitrag aus, dass Probleme in der Beziehungsgestaltung im Klassenzimmer der am stärksten auf die Lehrergesundheit durchschlagende Einzelfaktor seien. Dementsprechend konzentriere sich das „Lehrercoaching nach dem Freiburger Modell“ auf eine Sensibilisierung von Lehrkräften für die Bedeutung der Beziehungsgestaltung sowie eine Stärkung ihrer Beziehungskompetenz. Das Coaching umfasse fünf Module, 1. Fragen der persönlichen Einstellung (Identität, Identifikation), 2. Beziehungsarbeit mit Schülerinnen und Schülern, 3. Beziehungsarbeit mit Eltern, 4. Kollegiale Spaltung versus Zusammenhalt und 5. die Vorstellung und Einübung eines Entspannungsverfahrens. Prof. Bauer stellte erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitevaluation des zusammen mit der LPK Baden-Württemberg durchgeführten Projektes vor, welche zeigten, dass das

Programm in der Lage ist, bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gesundheitsrelevante Parameter zu verbessern. Über 200 Psychotherapeuten aus ganz Baden-Württemberg hatten als Moderatoren an der Studie mitgewirkt, wofür Prof. Bauer herzlich dankte.



**Dirk Scholtysik**

**Dirk Scholtysik**, Referatsleiter bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Berlin, ging in seinem Beitrag auf das Leistungsspektrum und Reha-Management der DGUV bei psychischen Störungen ein. Wie er ausführte, gewinnen psychische Gesundheitsstörungen nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die DGUV zunehmend an Bedeutung. Das gelte für die „rein“ psychischen Traumatisierungen (z. B. Überfahrtraumen bei Lokführern, Raubüberfälle in Handel und Banken) genauso wie für Unfallopfer mit (gravierenden) körperlichen Verletzungen, die psychische Folgestörungen erleiden. Die DGUV habe 2008 Empfehlungen zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen herausgegeben. Am Anfang stehe eine detaillierte Gefährdungsbeurteilung und die schnelle Hilfe im Vordergrund. Ausführlicher stellte Dirk Scholtysik das sogenannte „Psychotherapeutenverfahren“ mit seinen unfallversicherungsspezifischen Zulassungsanforderungen dar. Im Falle (drohender) manifester psychischer Störungen und zur Vermeidung von Chronifizierungen könne eine schnelle und adäquate Behandlung sichergestellt werden (fünf Stunden probatorische Sitzungen plus zehn Stunden störungsspezifische Psychotherapie), wobei von Anfang an auch die enge Vernetzung von Versicherten, Therapeuten, Arbeitgebern und Unfallversicherungsträger (UVT) mit dem Ziel einer schnellen beruflichen Wiedereingliederung im Fokus der Behandlung stehe.

**Michael Ziegelmayr**, Institut für persönliche und soziale Entwicklung (IPSE), Freiburg sprach zum Thema „Mobbing und Arbeitsplatzkonflikte“. Der Referent war mehrere Jahre für die Mobbing-Hotline Baden-Württemberg tätig. Er führte aus, dass Arbeitsprobleme, speziell Arbeitsplatzkonflikte, immer häufiger als Hintergrund oder Auslöser psychischer Erkrankungen wirksam würden. Mobbing stelle gegenüber „normalen“ Konflikten am Arbeitsplatz eine qualitativ andere Stufe der Belastung dar und verlange andere Formen der Konfliktlösung, sofern diese überhaupt möglich sei. Die Abgrenzung zwischen Mobbing und „normalem“ Arbeitsplatzkonflikt erfolge zum einen über



**Michael Ziegelmayr**

den Zeitaspekt (längerer Zeitraum), zum anderen über die Zielrichtung auf eine bestimmte Person. Hilfsmittel für eine Diagnostik von Mobbingprozessen seien vor allem eine differenzierte Anamnese, der Einsatz von entsprechenden Screening-Fragebögen sowie die Kooperation mit Experten (z. B. der Mobbing-Hotline). Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung ergeben sich zum einen in der Differenzialdiagnostik (Mobbing als Hintergrund der psychischen Erkrankung),

zum anderen sei für den Psychotherapeuten zumindest partiell ein Rollenwechsel nötig. Ggf. seien Interventionen erforderlich, die die Grenzen herkömmlicher Psychotherapie überschreiten würden (v. a. bei aktiver Unterstützung notwendiger Schritte am Arbeitsplatz).

Im letzten Hauptreferat sprach **Dr. Andrea Wittich**, Psychologische Psychotherapeutin und Organisationspsychologin am Universitätsklinikum Freiburg, zum „Arbeitsplatz Krankenhaus“. In den Krankenhäusern seien in den letzten Jahren Leistungen massiv ausgeweitet worden, während sich die stationäre Verweildauer der Patienten deutlich verkürzt habe. Gleichzeitig seien Stellen abgebaut worden – vor allem in der Pflege. Folge sei, dass immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Grenze ihrer Belastbarkeit seien. Viele berichteten, nach dem Dienst nicht mehr entspannen zu können, litten unter Schlafstörungen oder anderen psychosomatischen Beschwerden und fürchteten, dass ihnen in der Arbeit Fehler unterlaufen könnten, durch die Patienten zu Schaden



**Dr. Andrea Wittich**

kommen könnten. Als Ansätze zur Kompensation und Reduktion psychischer



**Podium v. l. n. r.: M. Ziegelmayr, Dr. A. Wittich, D. Scholtysik, Dr. G. Bort und Dr. D. Munz**



*Blick ins Plenum*

Fehlbelastungen hätten sich, so Dr. Wittich, einerseits Angebote „on“ oder „near the job“ bewährt – z. B. psychotherapeutische und psychosomatische Sprechstunden am Arbeitsplatz, Supervisionen und Coachings für Einzelne und für (interprofessionelle) Teams sowie niederschwellige Kriseninterventionen nach traumatischen arbeitsbezogenen Ereignissen. Darüber hinaus stellten ambulante Psychotherapien für viele Beschäftigte des Gesundheitsdienstes eine wertvolle Ressource dar. Aus arbeitspsychologischer Sicht empfehle es sich, arbeitsbezogene Gesichtspunkte da-

bei systematisch mit zu berücksichtigen, d. h. neben den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz auch die jeweilige Arbeitsaufgabe, Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung bewusst zu reflektieren. Zur Ergänzung der subjektiven Wahrnehmung des Patienten könne es zudem auch hilfreich sein, sich mit dem jeweiligen betriebsärztlichen Dienst in Verbindung zu setzen. Gleichzeitig sei die Stärkung der individuellen Resilienz durch Psychotherapie wesentlich, um zu verhindern, dass Fehlbelastungen aus der Arbeit sich in psychischen Erkrankungen niederschlagen.

In der anschließenden, von Dr. Munz geleiteten Podiumsdiskussion mit den Referenten wurde in den engagierten Beiträgen aus der Zuhörerschaft deutlich, dass das Thema Psyche und Arbeitsplatz in der psychotherapeutischen Alltagsarbeit, sowohl in der ambulanten Psychotherapie als auch bei Psychotherapie im institutionellen Rahmen, z. B. in Beratungsstellen und Rehabilitationskliniken, eine wesentliche Rolle spielt. Wie auch aus der Evaluation der Tagung hervorgeht, wurde u. a. auch die interdisziplinär gestaltete inhaltliche Zusammenstellung und die Auswahl der Referenten ausgesprochen positiv beurteilt und angeregt, das Thema weiter und ggf. auch vertiefend im Blickfeld zu behalten.

Dem Wunsch vieler Teilnehmer entsprechend haben wir die Präsentationen der Referenten auf unserer Kammerhomepage unter [www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb\\_lpk\\_tag13.html](http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_lpk_tag13.html) zur Verfügung gestellt. Besten Dank an die Autoren! Dort finden Sie auch einen ausführlicheren Bericht sowie eine Bildergalerie.

## Stand der Beschwerdeverfahren

Eine bedeutende Aufgabe der Landespsychotherapeutenkammer sind Fortbildungen in Rechtsfragen, die Themen der bei der Kammer eingehenden Anfragen und Beschwerden von Patienten beispielhaft aufgreifen und rechtlich erläutern. Die Kammer bot hierzu im letzten Jahr gemeinsam mit den Kammeranwälten vier Fortbildungen an, die guten Zuspruch fanden. Eingehende Beschwerden werden in Zusammenarbeit mit den Kammeranwälten, Kristiane Göpel als zuständigem Vorstandsmitglied und Stephanie Tessmer, Juristin und Ressortleiterin Recht der LPK-Geschäftsstelle, bearbeitet.

Zusätzlich bietet die LPK die Möglichkeit einer anonymen Patientenhotline. Sie wird von ca. zehn Ratsuchenden pro Woche in Anspruch genommen. Darüber hinaus kommen per E-Mail und Telefon wöchentlich ca. 15 bis 20 Anfragen und Beschwerden von Patienten sowie ca. 25 bis 50 Anfragen von Kammermitgliedern zum Berufsrecht an.

Mehr als die Hälfte der Anfragen der Kammermitglieder betrifft Probleme mit der Schweigepflicht. Die häufigsten Beschwerden von Patienten betreffen Ausfallhonorare, die Verletzung des Abstinenzgebotes, unangemessene Äußerungen gegenüber Patien-

ten oder Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Behandlungsplatz. Als besonders sensibel stellen sich immer wieder Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen heraus, z. B. die Behandlung eines Kindes ohne Einwilligung beider Sorgeberechtigter.

In den letzten zehn Jahren gingen insgesamt 290, in den letzten drei Jahren jeweils 20 bis 25 schriftliche Beschwerden von Patienten und Dritten ein. Nachdem zwischenzeitlich eine leichte Abnahme der Beschwerden zu verzeichnen war, sind in diesem Jahr bereits jetzt zur Jahresmitte so viele Beschwerden eingegangen wie im gesamten Jahr 2012.

## Interview mit Dr. Munz in der Stuttgarter Zeitung

In der Wochenendausgabe der Stuttgarter Zeitung vom 15. Juni 2013 wurde ein fast ganzseitiges Interview mit Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz zum Thema psychi-

sche Erkrankungen und psychotherapeutische Versorgung abgedruckt. Die Stuttgarter Zeitung hat uns freundlicherweise erlaubt, das Interview auf der Kammerhome-

page zu veröffentlichen. Sie finden es unter [www.lpk-bw.de/presse.htm](http://www.lpk-bw.de/presse.htm) – Pressepiegel bzw. unter Aktuelles vom 30. Juni 2013.

## Erneuter Hinweis zum Fortbildungszertifikat

An alle Mitglieder, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind: Sichern Sie sich bereits jetzt das Fortbildungszertifikat zum Wunschtermin und kommen Sie so der nächsten großen Antragsflut zuvor!

Wenn Sie bereits jetzt oder einige Zeit vor Ablauf Ihrer Nachweisfrist die erforderlichen 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben, können Sie Ihre Unterlagen jederzeit bei uns zur Prüfung einreichen. Ihr Fortbildungszertifikat wird entweder sofort

(= Datum des Eingangs Ihres Antrags) oder zu einem Datum Ihrer Wahl, dem sogenannten Wunschtermin (z. B. 30. Juni 2014) erteilt. Weitere Infos finden Sie unter [www.lpk-bw.de/fortbildung/merkblatt\\_fortbildungszertifikat.pdf](http://www.lpk-bw.de/fortbildung/merkblatt_fortbildungszertifikat.pdf).

## Sommerfest der Heilberufekammern

Beim diesjährigen Sommerfest der Heilberufekammern war wieder viel Prominenz aus dem Gesundheitswesen Baden-Württembergs vertreten. Zu den Gästen gehörten neben Sozialministerin Katrin Altpeter Vertreter der Gesundheits- und Sozialpolitik, der Krankenkassen und anderer Bereiche. In zahlreichen Gesprächen wurde über die aktuelle Gesundheitspolitik, die Wahlen zum Bundestag sowie andere politische Themen diskutiert, aber auch gemeinsam gefeiert. Die seit 2009 stattfindende Veranstaltung ist inzwischen ein wichtiger Meilenstein u. a. für die bessere Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, vor allem auch für die im Vergleich zu den anderen Heilberufekammern immer noch junge LPK. Im Bild rechts mit Ministerin Altpeter die Präsidenten der Heilberufekammern Lenke, Clever und Munz sowie die Vorstände der Kassenzahnärztlichen und der Kassenärztlichen Vereinigung Maier und Metke.



*v. l. n. r.: Dr. Lenke, Präsident Landeszahnärztekammer, Dr. Clever, Präsident Landesärztekammer, Sozialministerin Altpeter, Frau Dr. Maier, Vorstandsvorsitzende KZV, Dr. Metke, Vorstandsvorsitzender KVBW, Dr. Munz, Präsident LPK*

## Psychotherapie bei Flüchtlingen, Migranten und Menschen mit Migrationshintergrund – Kammerversammlung im ZfP Reichenau und Kammer im Gespräch

Psychotherapie mit Flüchtlingen und Migranten stellt eine besondere Herausforderung für Psychotherapeuten dar, aber sie ist möglich. Dies würde allerdings die Entwicklung spezieller Fertigkeiten und interkultureller Kompetenzen, am besten bereits in der Ausbildung voraussetzen, wird dort aber noch zu wenig berücksichtigt – dies war die gut untermauerte „take home message“ auf der Kammerversammlung vom 26. Juni 2013 im Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Reichenau von Dr. Michael Odenwald, Leiter der Psychotherapieambulanz der Universität Konstanz und langjährig erfahren in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen.

Tilman Kluttig, leitender Psychologe in der Klinik für forensische Psychiatrie des ZfP, hatte die Tagungsorganisation übernommen und führte durch den Tag. Gekommen waren ca. 30 angestellte Kolleginnen und Kollegen, die aus stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Psychiatrie, der Psychosomatik, aus Reha-Einrichtungen, Tageskliniken usw. aus ganz Baden-Württemberg angereist waren. Da die Teilnehmer, wie die Diskussion zeigte, überwiegend selbst in ihrer täglichen klinischen Arbeit häufig konfrontiert sind mit Menschen, die dieses Schicksal haben, war das Interesse am Thema groß.

Baden-Württemberg hat bundesweit neben Hamburg und Bremen den höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund hat (ca. 25% der Bevölkerung). Migranten nehmen im Vergleich insgesamt weniger medizinische Leistungen in Anspruch, weisen z. T. jedoch wesentlich höhere psychosoziale Belastungen auf. Diagnostisch überwiegen affektive und somatoforme Störungen. Um mit Menschen mit Migrationshintergrund psychotherapeutisch arbeiten zu können, bedarf es der Entwicklung einer größeren Kultursensibilität und interkultureller Kompetenzen, was auch in der Psychotherapieausbildung stärker Thema sein sollte. Michael Odenwald verdeutlichte, wie

Psychotherapie durch Beisein eines Dolmetschers den Beziehungskontext verändert und die Vermittlung von Inhalten beeinflusst und begrenzt. Das Programm die-

ser ganztägigen Veranstaltung ließ bereits am Vormittag viel Platz für die Diskussion und den Erfahrungsaustausch hinsichtlich der therapeutischen Arbeit.

Zum Abschluss der Tagung fand ein Austausch mit Mitgliedern des Kammervorstandes (Dr. Dietrich Munz, Dr. Roland Straub) und des Ausschusses PTI (Dieter Schmuicker) statt („Kammer im Gespräch“).

## Prüfungstätigkeit des Wirtschaftsprüfers für das Geschäftsjahr 2012

Der Vorstand der LPK Baden-Württemberg hatte der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztl & Partner GmbH den Auftrag erteilt, die Jahresrechnung 2012 zu prüfen. Gegenstand der Prüfung waren die Buchführung, die aus Bilanz, Einnahmen-Ausgabenrechnung und Anhang bestehende Jahresrechnung zum 31. Dezember 2012. Die Abschlussprüfungen wurden im Juni 2013 in den Räumen der LPK-Geschäftsstelle durchgeführt. Hierbei wurde eine vorläufige Beurteilung der Prüfungsrisiken vorgenommen. Auf Basis dieser Einschätzung erfolgte durch die Wirtschaftsprüfer (WP) eine Analyse der Geschäftsprozesse. Darauf aufbauend wurden eine risikoorientierte Prüfungsstra-

tegie entwickelt und die Prüfungsschwerpunkte abgeleitet. Im Ergebnis stellte der WP fest, dass die formelle und materielle Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens vorliege. Es entspricht damit den gesetzlichen Vorschriften einschließlich der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung. Weiterhin wurde festgestellt, dass die Geschäftsvorfälle vollständig und zeitgerecht erfasst werden. Die Prüfung der WP hat zu keinen Einwendungen geführt. Nach der Beurteilung der WP aufgrund der bei der Prüfung gewonnen Erkenntnisse entspricht die Jahresrechnung der LPK BW für das Rechnungsjahr vom 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2012 den gesetzlichen Vorschriften und den ergänzenden Bestim-

mungen der Hauptsatzung; sie entspricht damit der tatsächlichen Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der LPK Baden-Württemberg.

Die verantwortlichen WP Auxel und Frank bedankten sich bei Dr. Munz und Birgitt Lackus-Reitter sowie dem Geschäftsführer Christian Dietrich für die Zusammenarbeit. Die verantwortlichen Mitarbeiter in der Geschäftsstelle (Stefan Leiblein, Elke Wollandt) wurden von den WP für die Vorbereitung der Prüfungstätigkeit gelobt. Am 19. Juli 2013 wurde das Ergebnis der Prüfungen dem Haushaltsausschuss unter dem Vorsitz von Jürgen Pitzing vorgestellt und erläutert.

## Bekanntmachung über die Auslage des Prüfberichtes 2012 sowie des Haushaltsplanes 2014 der LPK BW zur kammeröffentlichen Einsichtnahme

Gemäß §§ 27 Abs. 4, 28 Abs. 3 der Hauptsatzung werden der Prüfbericht über den Jahresabschluss 2012 und der prospektive Haushaltsplan 2014 für die Kammermitglieder in der Zeit vom 1. November bis zum 29. November 2013 in der Geschäfts-

stelle, Jägerstrasse 40, 70174 Stuttgart zur Einsichtnahme ausgelegt. Falls Sie diese Dokumente einsehen möchten, bitte wir Sie um vorherige Terminabstimmung per Telefon (0711/ 674470-0) oder per E-Mail (info@lpk-bw.de).

## Termine

*Fachtag Kultursensible Psychotherapie: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (s. o.)*, 23.11.2013, 13.00-17.00 Uhr, Stuttgart, Geno-Haus, Heilbronner Straße 41. Kosten: 60,- €, Frühbucher 50,- €, 4 Fortbildungspunkte.

### Geschäftsstelle

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

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

## 22. Delegiertenversammlung am 16. Mai 2013: Zukunft der Aus- und Weiterbildung und Konzepte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im Fokus

Kammerpräsident Nikolaus Melcop gab zu Beginn des Vorstandsberichts einen Überblick über die umfangreiche Medienresonanz der Pressekonferenz im Vorfeld des 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentages (LPT), über die Festveranstaltung zum zehnjährigen Kammerjubiläum sowie den LPT.

Hinsichtlich der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie hob Melcop positiv hervor, dass es in Bayern rund 280 neue Praxissitze, überwiegend in ländlichen Regionen, geben werde. Von einer Überversorgung könne aufgrund der nach wie vor zu langen Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie indes nicht die Rede sein. In diesem Zusammenhang stellte er die Aufgaben und die geplante Zusammensetzung des gemeinsamen Landesgremiums zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen vor, in dem die PTK Bayern die Interessen unseres Berufsstandes vertreten wird. Melcop erläuterte danach konzeptionelle Vorstellungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Behandlung. Aus Sicht der PTK müsse es insbesondere um Verbesserungen in den Bereichen ambulante Versorgungsstruktur, Vernetzung und um die Strukturen und Standards der stationären psychotherapeutischen Behandlung gehen.

Weiterhin befasste sich Melcop mit Planungen einzelner Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden, zentrale Koordinierungsstellen für psychisch Erkrankte einzurichten, um darüber Versorgungsan-

gebote durch externe Dienste zentral zu steuern. Damit sei auch der Versuch verbunden, alternative Behandlungsangebote aufzubauen, welche die Psychotherapie ersetzen könnten. Melcop betonte, dass Psychotherapie als qualitativ hochwertige Behandlung nicht ersetzbar sei oder extern verkürzt werden könne. Die freie Psychotherapeutenwahl und Beziehungsgestaltung seien unverzichtbar. Die Therapieplanung müsse individuell erfolgen, nicht extern gesteuert. Grundsätzlich sei die Kooperation mit den Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung notwendig und sinnvoll. Diese müsse jedoch an die bestehenden Strukturen, die Arbeitsweise der Psychotherapeut/innen und die Eigeninitiative der Patient/innen angepasst werden.

Melcop setzte die Delegierten von ersten Auswertungen der bundesweiten Onlinebefragung der angestellten Psychotherapeut/innen, die am 25.03.2013 beendet wurde, in Kenntnis. Die Rückmeldequote von 37,4% der bayerischen Kammermitglieder sei deutlich überdurchschnittlich



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

ebenso wie die der bayerischen Psychotherapeut/innen in Ausbildung (PiA). 39,5% der Befragungsteilnehmer/innen sind in Krankenhäusern tätig, 21,1% gaben „Sonstiges“ an, 15,6% arbeiten in der Jugendhilfe, 15,4% in Reha-Einrichtungen sowie 8,3% in Beratungsstellen.

Anhand unterschiedlicher Beispiele erläuterte er die Aktivitäten der Kammer im Bereich der Prävention und hob die umfangreichen fachlichen Stellungnahmen im Zusammenhang mit Anfragen und Anträgen im bayerischen Landtag hervor.

Zum Abschluss seines Berichts informierte Melcop über schriftliche und persönliche

Kontakte zu Gesundheitspolitiker/innen im Vorfeld der diesjährigen Landtags- und Bundestagswahl. Im Vordergrund der Schreiben und Gespräche stand dabei die Bitte, sich in der kommenden Legislaturperiode für die Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung und die Neufassung der Psychotherapeutenausbildung im Rahmen der dringend erforderlichen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes einzusetzen. Die Kammer fordert im Wahljahr 2013 grundsätzlich eine bessere Gestaltung und Förderung der Prävention sowie eine zukunftsweisende Gestaltung der Versorgungsstruktur (psychotherapeutische Akutversorgung verbessern; kein Abbau von Zulassungsmöglichkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung; sektorübergreifende Planung gemeinsam mit der Kammer). Des Weiteren solle die Psychotherapie als Qualitätsmerkmal in den Kliniken weiterentwickelt, die Ausbildung reformiert und die Tätigkeit der Psychotherapeut/innen deutlich höher vergütet werden.

### **Berufsbild der Psychotherapeut/innen als Grundlage für die Ausbildungsreform**

Vizepräsident Peter Lehndorfer berichtete von den Aktivitäten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zur Ausbildungsreform und informierte über die Haltung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), das mit der Reform insbesondere auch die gesamte Versorgung psychisch kranker Menschen mit im Blick habe und die sogenannte Direktausbildung favorisiere.



*Vizepräsident Peter Lehndorfer gab einen historischen Abriss der Diskussionen zur Ausbildungsreform.  
(Foto: Johannes Schuster)*



*Vizepräsident Bruno Waldvogel erläuterte den in der AG des Länderrats erstellten Entwurf des Berufsbildes.  
(Foto: Johannes Schuster)*

Vizepräsident Bruno Waldvogel erläuterte die Determinanten der Entwicklung eines Berufsbildes, die zum einen auf den Bologna-Prozess der universitären Ausbildung und zum anderen auf den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium im Jahr 2008 basierten. Im Kern gehe es bei der Findung eines Berufsbildes um die Fragen, welche Kompetenzen für die Berufsqualifikation gebraucht und welche Schlüsse daraus für die zukünftige Gestaltung von Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut/innen gezogen werden.

Nikolaus Melcop berichtete von der Arbeit der im Länderrat eingerichteten Arbeitsgruppe, in der die Landeskammern, der Vorstand der BPTK und die Vertreterin der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen im Länderrat eingebunden seien. Die Arbeitsgruppe habe zunächst einen Entwurf des Berufsbildes erstellt, der den Delegierten des 22. Deutschen Psychotherapeutentages (20.04.2013) vorgelegt worden sei. Waldvogel ergänzte, dass mithilfe des Berufsbildes der Psychotherapeut/innen näher präzisiert werden könnte, über welche Kompetenzen Psychotherapeut/innen zum Abschluss ihrer Ausbildung bzw. Weiterbildung verfügen sollen. Nach Festlegung dieser Kompetenzen könne die Profession zielorientiert diskutie-

ren, inwieweit das angestrebte Kompetenzprofil durch mögliche Ausbildungsmodelle realisiert werden könne. Nach Lehndorfers, Waldvogels und Melcops Ausführungen diskutierten die Delegierten unterschiedliche Aspekte des Modells der Direktausbildung und des vorgestellten Berufsbildentwurfs lebhaft.

### **Vizepräsident Peter Lehndorfer und Geschäftsführer Alexander Hillers erläuterten den Jahresabschluss 2012 und die prospektive Haushaltsentwicklung ab 2013**

Nach der Stellungnahme des Finanzausschusses (Rudi Bittner) nahmen die Delegierten nach Diskussion den Jahresabschluss 2012 an und entlasteten den Vorstand einstimmig. Darüber hinaus informierte Geschäftsführer Alexander Hillers die Delegierten über den aktuellen Stand der Suche und Anmietung geeigneter neuer Büroräume für die Geschäftsstelle.

### **Weitere Schwerpunkte der Delegiertenversammlung**

Des Weiteren wurde aus den Ausschüssen der Kammer für **Berufsordnung** (Jürgen Thorwart), **Einsprüche** (Elisabeth Gerz-Fischer), **Fortbildung** (Peter Dillig), **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Gabriele Melcop), **Weiterbildungsordnung** (Herbert Uöhlein) sowie für die **Kommission für Psychotherapie in Institutionen** (Maria Gavranidou) berichtet. Darüber hinaus informierten die **satzungsgemäßen Vertreter/innen der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Ausbildungsinstitute** (Christoph Kröger) sowie der **Psychotherapeut/innen in Ausbildung** (Lisa Brendel) über ihre Tätigkeit.

### **Zehn Jahre PTK Bayern – Rückblick und Ausblick**

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop stellte am Ende der 22. DV einige markante Meilensteine der letzten zehn Jahre der PTK Bayern und in der Arbeit der Delegiertenversammlung dar, die durch Diskussionsbeiträge der Delegierten ergänzt wurden.

## Nach Festlegung des neuen Bedarfsplans: Wie es mit der Versorgungsplanung weitergeht

Nach dem neuen Bedarfsplan, den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern am 10.06.2013 verabschiedet hat, gibt es in Bayern insgesamt 282,5 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Die neuen Sitze teilen sich wie folgt auf (bitte lesen Sie auch unsere Homepagemeldung vom 05.07.2013):

- 250,5 freie Sitze in 36 Planungsbereichen für Psychotherapeut/innen (PP, KJP und ärztliche PT).
- 27 freie Sitze in 17 bereits gesperrten Planungsbereichen im Rahmen der Mindestquotenregelung nach § 101 Abs. 4 SGB V für Psychotherapeut/innen (KJP bzw. PP oder ärztliche PT), die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.
- Fünf freie Sitze in drei bereits gesperrten Planungsbereichen für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzt/innen.

Die Bewerbungsfrist für Neuanträge ist am 30.08.2013 abgelaufen. Wir sind gespannt, wo sich unsere Kolleg/innen nun tatsächlich niederlassen. Die Zulassungsausschüsse tagen seit Mitte September. Sollten noch Sitze frei sein, können sich Interessent/innen weiterhin darauf bewerben.

### Landesweite und regionale Versorgungskonferenzen

Am 12.06.2013 fand die vom bayerischen Gesundheitsministerium (StMUG) veranstaltete 3. Bayerische Versorgungskonferenz statt. Kernpunkt der Konferenz war die Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Kammerpräsident Nikolaus Melcop hat die Bedeutung der Versorgung psychisch kranker Menschen hervorgehoben und die Position der Kammer verdeutlicht. Darüber hinaus fanden auf Anregung des Gesundheitsministers bis Redaktions-

schluss in den Regierungen von Niederbayern, Mittel-, Ober- und Unterfranken sowie Oberbayern regionale Versorgungskonferenzen statt, an denen Vorstandsmitglieder der Kammer teilnahmen. Nach kurzen Statements von Politiker/innen des StMUG, Vertreter/innen der AOK, der KVB und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft sowie weiteren Akteuren des Gesundheitswesens, Bürgermeistern und Landräten wurden die Veränderungen und Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung diskutiert und die Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung in den Regierungsbezirken erörtert. Vonseiten der Bürgermeister und Landräte wurden deutliche Kritik und Bedenken nach der veränderten Bedarfsplanung insbesondere hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung geäußert. Vielerorts wird eine Unterversorgung befürchtet.

### Gespräch mit dem Vizepräsidenten des Bayerischen Landtags

Am 10.07.2013 trafen sich die Vizepräsidenten Peter Lehndorfer und Bruno Waldvogel mit dem Vizepräsidenten des Bayerischen Landtags und Mitglied des Fraktionsvorstands der Freien Wähler, Peter Meyer. Die Kammervertreter informierten den Politiker über die neuen Bedarfsplanungszahlen für Bayern und nahmen Bezug auf die Anfrage eines Fraktionskollegen von Peter Meyer (Prof. Peter Bauer) an die Staatsregierung zur Entwicklung der Verschreibung und Einnahme von Ritalin. Peter Meyer war an beiden Themen sehr interessiert und nahm unser Angebot, sich zu diesen und anderen Themen weiter auszutauschen, dankend an.

### PTK Bayern im Landesgremium zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen vorgesehen

Die PTK Bayern ist nach derzeitigem Stand als stimmberechtigtes Mitglied im neu zu schaffenden gemeinsamen Landesgremium für sektorübergreifende Versorgungsfragen vorgesehen. Darüber hinaus sind dort Vertreter der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft, der KVB, der Ärzte- und der Zahnärztekammer, von Gemeinde-, Landkreis und Städtetag, des Verbandes der bayerischen Bezirke und des StMUG vorgesehen. Da jedoch sehr unterschiedliche Stellungnahmen zu dieser Konstruktion abgegeben wurden, hat das StMUG bei Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe noch keine abschließende Entscheidung getroffen.

### Krankenhausplanungsausschuss: PTK Bayern in der UAG zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Nikolaus Melcop, Vorstandsmitglied Birgit Gorgas und Geschäftsführer Alexander Hillers trafen sich am 16.07.2013 mit Ministerialdirigent Herwig Heide und weiteren Vertretern des StMUG aus dem Zuständigkeitsbereich Krankenhausplanung. Die Schwerpunkte des Gesprächs waren die Versorgung psychisch kranker Menschen im stationären Bereich, sektorübergreifende Planungen, die Position und Eingruppierung der Psychologischen Psychotherapeut/innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP) in Kliniken, die Situation der Psychotherapeut/innen in Ausbildung (PiA) in der praktischen Tätigkeit sowie die Notwendigkeit einer Ausbildungsreform. Heide sicherte zu, dass die Kammer Mitglied in der Unterarbeitsgruppe (UAG) des Krankenhausplanungsausschusses zur Versorgung psychisch kranker Menschen wird. Weitere Themen waren die neuen Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeut/innen und die möglichen Auswirkungen der derzeit diskutierten Direktausbildung für Psychotherapeut/innen auf die Krankenhausstellenpläne.

## Treffen mit den leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken und den Ausbildungsinstituten

Am 26.06.2013 fanden die jährlichen Gespräche mit den leitenden Psychothera-

peut/innen und Psycholog/innen in psychiatrischen und psychotherapeutischen

Kliniken sowie den Vertreter/innen der Ausbildungsinstitute statt. Die Gesprächs-

partner/innen vonseiten der Kammer waren Präsident Nikolaus Melcop, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Vorstandsmitglied Heiner Vogel sowie die wissenschaftliche Referentin Nina Sarubin.

Zu Beginn des Gesprächs mit den leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken gab Nikolaus Melcop einen kurzen Einblick in die Geschichte der Novellierung der Bedarfsplanung und kündigte neue Niederlassungsmöglichkeiten für Bayern in strukturschwachen Gebieten an. Auf der Tagesordnung standen das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG), die Pauschalierenden Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sowie die Bezahlung der PiA. Heiner Vogel präsentierte darüber hinaus erste Ergebnisse der bundesweiten Angestelltenbefragung der BPTK und der Landeskammern und informierte mit Bezug auf das Bremer Rechtsgutachten zum Aufgabenfeld der PP und KJP in

Kliniken. Die Teilnehmer/innen diskutierten des Weiteren über die Ergebnisse der Fachtagung für leitende Psychotherapeut/innen und Betriebs- und Personalrät/innen, welche die BPTK und ver.di am 18.01.2013 in Berlin organisiert hatte. Der Konsens dieser Veranstaltung war, dass die Psychotherapeut/innen motiviert wurden, sich selbst zu organisieren, um gemeinsam eine Höhergruppierung zu erreichen. Heiner Vogel betonte, dass die Mitarbeiter/innen in den Kliniken auch selbst aufgerufen sind, ihre tarifliche Eingruppierung zu verbessern. Das könnte u. a. über den Personal-/Betriebsrat oder über Mitarbeitervertretungen geschehen.

Im Fokus eines nachfolgenden gemeinsamen Treffens der leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken zusammen mit den Vertreter/innen der Ausbildungsinstitute standen die Diskussion zur Zukunft der Aus- und Weiterbildung sowie das von der Arbeitsgruppe der Landeskammern zu erstellende Berufsbild bzw. Kompetenzprofil

für den Berufsstand. Nikolaus Melcop berichtete von den Beschlüssen des letzten DPT (20.04.2013), neben der postgradualen Ausbildung auch die Möglichkeit einer Direktausbildung intensiv zu prüfen. Die Vertreter/innen der Ausbildungsinstitute warnten davor, die hohe Qualität der derzeitigen Ausbildung durch eine Reform zu gefährden.

Gesprächsinhalte des Treffens nur mit den Ausbildungsinstituten waren die Problematik der Bezeichnung „Psychotherapeut i. A.“ sowie die Anerkennung von Studiengängen für den Ausbildungszugang PP. Zu letzterem erhielten die Teilnehmer/innen das Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der BPTK, das als Empfehlung Anforderungen an psychologische Studiengänge als Zugangsvoraussetzungen zur PP-Ausbildung enthält. Die PTK Bayern hat diesem Konsensuspapier im Juni zugestimmt und es mit einer Stellungnahme an das bayerische Gesundheitsministerium weitergeleitet.

## Gespräch mit den Hochschullehrer/innen

Am 04.07.2013 trafen sich Nikolaus Melcop, Heiner Vogel und Nina Sarubin mit 16 Hochschullehrer/innen der Institute und Studiengänge von Universitäten und Hochschulen in Bayern, die Klinische Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik/-arbeit ausbilden. Die Schwerpunkte des Gesprächs waren der aktuelle Stand der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes – insbesondere die Diskussion um die Direktausbildung, die Entwicklung der Studiengänge, die zur Psychotherapieausbildung befähigen sowie die Forschung und Forschungsförderung. Die Hochschullehrer/innen diskutier-

ten einen konsekutiven Masterstudiengang u. a. hinsichtlich der Frage von „Querwechsellern“ (Sonderpädagogik, Pädagogik, Sozialpädagogik etc.) und wie sich andere Fächer als Psychologie (z. B. Gehörlosenpädagogik) in einer möglichen Direktausbildung wiederfinden könnten. Das Meinungsbild unter den Hochschullehrer/innen bzgl. einer Direktausbildung und Umsetzungsmöglichkeiten differierte stark. Die Kammervorteil/innen baten die Hochschullehrer/innen, eigene Vorschläge bzgl. der Umsetzung und Inhalte einer Direktausbildung für die länderübergreifende Arbeitsgruppe „Zukunft der

Aus- und Weiterbildung“ zu erarbeiten und einzubringen. In Bezug auf die Entwicklung der Studiengänge regten die Kammervorteil/innen an, weiterhin aktiv den Ausbau von Masterstudienplätzen in Psychologie zu betreiben und hierfür auch staatliche Unterstützung einzufordern. Die Vertreter/innen der Hochschulen für angewandte Wissenschaften berichteten, dass die vorhandenen Kapazitäten an Master-Studienplätzen in Sozialpädagogik und Pädagogik ausreichen müssten, damit es genügend Interessent/innen für die KJP-Ausbildung in Bayern geben dürfte.

## Kurznachrichten

### Gerichtsentscheidung zu Spielhallen – gestützt durch Stellungnahme der Kammer

In Bayern gibt es ca. 3,9 Mio. Glücksspielteilnehmer/innen. Ein Teil der Spieler entwickelt ein riskantes Spielverhalten und verliert dabei völlig die Kontrolle über das Glücksspiel, es kann sich eine psychische Störung nach ICD-10 (F 63.0 Pathologi-

sches Glücksspiel) entwickeln. Die PTK Bayern hat der Bayerischen Staatsregierung in diesem Kontext bereits 2010 angeboten, ihr Expertenwissen bei der Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen in die Formulierung von Neuregelungen und entsprechenden Gesetzesänderungen einzubringen. Dies geschah in Form einer Stellungnahme der PTK Bayern,

in welcher u. a. ein Mindestabstand von 500 Metern zwischen Spielhallen gefordert wurde, da ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der leichten Verfügbarkeit und Griffnähe eines Spielangebots und einem verstärkten Nachfrageverhalten besteht. Die wissenschaftliche Stellungnahme der PTK Bayern wurde beim Verfassen des ersten Glücksspieländerungsstaatsver-

trags (in Kraft getreten am 01.07.2012) berücksichtigt, welcher Spielhallen neben dem Gewerberecht nun auch den Regelungen des Glücksspielstaatsvertrags unterwirft. Gegen diesen Glücksspielstaatsvertrag hatten mehrere Spielhallenbetreiber beim Bayerischen Verfassungsgerichtshof eine Popularklage eingereicht, da aus ihrer Sicht die neuen Vorschriften in erster Linie das Rechtsstaatsprinzip, den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz sowie die Berufs- und allgemeine Handlungsfreiheit und die Eigentumsgarantie der Bayerischen Verfassung verletzen.

Der Bayerische Verfassungsgerichtshof hat nun die Popularklagen abgewiesen (01.07.2013). Als Entscheidungsgrundlage hierfür fungierte u. a. die Stellungnahme der PTK Bayern, welche sich im Rahmen der Anhörung zur Änderung des Ausführungsgesetzes zum Glücksspielstaatsvertrag für Einführung eines Abstands von 500 Metern zwischen Spielhallen eingesetzt hatte.

Die PTK Bayern begrüßt die Ablehnung der Popularklage und wird die zuständigen Stellen gerne auch weiterhin mit wissenschaftlichem Sachverstand hinsichtlich Präventionsmaßnahmen zur Glücksspiel sucht unterstützen.

### **Novelle des Heilberufe-Kammergesetzes: PTK Bayern kann jetzt eine Weiterbildungsordnung erlassen**

Der Bayerische Landtag hat dem Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes (HKaG) am 16.07.2013 einstimmig zugestimmt. Die PTK Bayern hat maßgeblich zu wesentlichen Änderungen des Gesetzes beigetragen. Das Gesetz trat am 01.08.2013 in Kraft. Nach dem neuen Art. 64 a HKaG wird der PTK Bayern erstmals die Möglichkeit eingeräumt, die Weiterbildung für unseren Berufsstand im Rahmen einer Weiterbildungsordnung zu regeln. Über diese gesetzliche Grundlage verfügen die anderen Landespsychotherapeutenkammern schon seit einiger Zeit und haben sie zur Verabschiedung von Weiterbildungsordnungen genutzt. Die gemeinsame Orientierung aller Kammern stellt die

Musterweiterbildungsordnung dar, die durch den DPT verabschiedet wurde. Dort sind Weiterbildungen für die Bereiche Neuropsychologie, Systemische Therapie und zur Gesprächstherapie geregelt. Weiterhin wird mit der Änderung des HKaG die berufsrechtliche Regelverjährungsfrist auf fünf Jahre verlängert. Weitere Informationen finden Sie in unserer Homepage-Meldung vom 24.07.2013.

### **Weitere Aktivitäten der Kammer**

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert bzw. an denen sie teilgenommen hat: Präsidiumssitzungen des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) am **14.05.**, **19.06.** und **11.07.2013**; KVB-Vertreterversammlung am **05.06.2013**; Fachgespräch „Brauchen wir in Bayern ein Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG)?“ am **07.06.2013**; „3. Bayerische Versorgungskonferenz – Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung“ am **12.06.2013**; Fachtagung „Qualität sichern – Fachliche und strukturelle Perspektiven für eine Reform der Psychotherapieausbildung“ am **13.06.2013**; Parlamentarischer Abend des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) am **19.06.2013**; Festveranstaltung zum 5-jährigen Bestehen des Münchner Bündnisses gegen Depression am **20.06.2013**; Klausurtagung Berufsrecht und Beschwerdemanagement am **28./29.06.2013**; Sommerempfang der Techniker KK am **03.07.2013**; Eröffnung der Fachambulanz für Gewaltstraftäter am **03.07.2013**; 21. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **08.07.2013**; Sommergespräche 2013 der Bayerischen Landesärztekammer am **12.07.2013**; Clusterakkreditierung an der humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bamberg am **17.07.2013**; Gesundheitspolitischer Sommerempfang der KVB/KZVB am **18.07.2013**; 2. Sitzung der LAG Versorgungsforschung am **23.07.2013**.

### **Bevorstehende Veranstaltungen**

**Psychotherapie mit Straftätern:** Termin: 12.10.2013, 09.30 bis 18.00 Uhr in München.

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

**Psychoonkologie für Psychotherapeut/innen** (Kooperation mit der KVB): Termin: 23.10.2013 in Nürnberg.

**Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung:** Vortrag mit den Schwerpunkten u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen“. Termin: 08.11.2013, 10.00 bis 14.00 Uhr in Nürnberg.

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

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

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

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

Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie zeitnah auf unserer Homepage: [www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)

### **Vorstand der Kammer:**

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

### **Geschäftsstelle**

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

## IV-Verträge in der Psychotherapeutischen Versorgung in Berlin

Michael Krenz, Brigitte Kemper-Bürger

### IV-Verträge: Zukunfts- oder Auslaufmodell?

Inzwischen sind in Berlin mehrere IV-Verträge zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung abgeschlossen worden. Die Einschreibquoten liegen unter den Erwartungen und auch die Psychologischen Psychotherapeuten als mögliche BehandlerInnen bleiben eher beobachtend und abwägend außen vor. Das hat gute Gründe: Psychotherapie kommt in den in Berlin laufenden Verträgen zumeist nur als additiver Baustein vor. Der Hauptfokus liegt auf psychiatrischer, soziotherapeutischer und sozialpädagogischer Versorgung. Erst langsam wird deutlich, dass die eigentlich angestrebten Ziele einer besseren, schnelleren und auch ökonomisch günstigeren Versorgung (für die Kassen!) im Bereich der psychischen Erkrankungen über diese Fokussierung nicht erreichbar sind. Noch liegen keine systematisierten veröffentlichten Zahlen zu den Versorgungsergebnissen und ökonomischen Konsequenzen vor, aber erste Erfahrungen lassen vermuten, dass eine an den bereits bewährten Psychotherapie-Qualitätskriterien orientierte Versorgung von sogenannten „schweren Fällen“ so nicht gelingen wird.

### Chancen der IV-Verträge

Die Chancen der IV-Verträge liegen darin, durch sinnvolle gleichberechtigte Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen innovative und neue Versorgungsformen auszuprobieren. Langjährige Erfahrungen aus den Bereichen der Gemeindepsychiatrie, der Krisenintervention und der unterschiedlichsten Psychotherapieinterventionen in den verschiedensten Settings lie-

gen vor und könnten von der Profession verstärkt in die Weiterentwicklung der Konzeptionen eingebracht werden. Ergebnisse von Modellprojekten sind gute Anlässe für die Diskussion zur Implementierung und Weiterentwicklung der Psychotherapie in den unterschiedlichen Feldern. Die Chancen, einen schnelleren Zugang zu einem Behandlungsplatz zu gewähren, sind ein weiterer Pluspunkt, der vielen Patienten sehr entgegen kommen könnte. Auch die Einbindung von approbierten Kolleginnen und Kollegen ohne sozialrechtliche Zulassung, z. B. durch Anstellung, kann die Verträge für manchen Neuapprobierten interessant machen. Sinnvoll wären abzuschließende IV-Verträge als „add on“, als Ergänzung zum bestehenden Kollektivvertrag – auch als eine Möglichkeit der Erprobung neuer psychotherapeutischer Methoden.

### Die Rolle der Kammer

Die Psychotherapeutenkammer tritt bei den Verträgen nicht als Vertragspartner auf. Sie tritt für die Psychotherapie und eine adäquate Rolle der PsychotherapeutInnen ein, achtet auf die Einhaltung von Qualitätskriterien und Transparenz der IV-Verträge. Die Berliner Kammer bemüht sich in zahlreichen Veranstaltungen und Werkstattgesprächen, die vom Vorstand, dem Ausschuss Neue Versorgungsformen und verschiedenen Referenten durchgeführt werden, eine Plattform für einen differenzierten und interessanten Austausch zu schaffen.

### Qualitätskriterien für IV-Verträge

Die Berliner Psychotherapeutenkammer hat die folgenden Qualitätskriterien entwickelt, um die verschiedenen IV-Verträge einzuschätzen:

### 8-Punkte-Programm:

- Selektivverträge können den Kollektivvertrag als „add on“ sinnvoll ergänzen und sollten die psychotherapeutische Versorgung der PatientInnen verbessern.
- In den Selektivverträgen müssen die PT-Leistungen leitliniengerecht implementiert sein. QS und QM sind zu planen und durchzuführen.
- Bei einer begleitenden Forschung (Evaluations-, Outcome- u. a.) sind bei der Planung, Durchführung und Auswertung PP/KJP zu beteiligen.
- PT-Angebote im Rahmen von Selektivverträgen sind für die Patienten verbindlich vorzuhalten. Die Aufklärung über die Implikationen der Vertragspartizipation und die Klarheit bezüglich des psychotherapeutischen Angebots ist zu gewährleisten.
- Diagnostik, Indikation, Beratung-, Behandlungsplanung und PT-Interventionen sind verbindlich zu beschreiben und festzulegen.
- Kooperation und Koordination in den Schnittstellen verschiedener Professionen zum Patienten sind für alle Beteiligten transparent zu konzeptionalisieren.
- Die Honorierung hat sich grundsätzlich an Honoraren zu orientieren, die für genehmigungspflichtige Leistungen gezahlt werden (BGS-Urteil). Entwicklungsarbeiten, zusätzliche Leistungen, z. B. Gespräche im Rahmen von IV-Verträgen, Konferenzen u. ä. sind zusätzlich zu honorieren.
- Die in den verschiedenen Vertragsformen entwickelten, erprobten und bewährten psychotherapeutischen Interventionen in der Versorgung sollen in den Kollektivvertrag überführt werden.

## Selektivverträge und die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien

Archontula Karameros; Sprecherin des Ausschuss „Neue Versorgungsformen“



Archontula Karameros

Im Mai 2013 fand eine öffentliche Info-Veranstaltung des Ausschusses „Neue Versorgungsformen“ der PTK Berlin statt. Das Thema lautete: „Können Reformblockaden und Versorgungsengpässe durch Selektivverträge überwunden werden?“ Kundige Berliner Gesundheitsreferenten der Profession (DPTV), der Krankenkasse (AOK-Nordost), der Politik (SPD Gesundheitsausschuss) und der Versorgungsträger des MVZ Pinel gGmbH nahmen teil.

### Eine Info-Veranstaltung zu Selektivverträgen?

Der politisch intendierte Wettbewerb der Krankenkassen untereinander hat die Bedeutung selektivvertraglicher Organisationsformen für die Versorgung bei psychischen Erkrankungen erhöht. Es gibt Selektivverträge zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V und zur sektorenübergreifenden Versorgung nach § 140a SGB V. Was zeichnet sich ab? Auch wenn insgesamt das Abrechnungsvolumen von Selektivverträgen – mit Ausnahme reicherer Bundesländer wie Bayern und Baden-Württemberg – z. B. in Berlin derzeit noch eine bescheidene Größe erreicht hat, nimmt ihre Bedeutung zu. So beziehen sich bei indikationsbezogenen Verträgen nach § 73c SGB V inzwischen 15% der Verträge auf psychische Erkrankungen und sind damit die drittgrößte Indikationsgruppe. Allerdings führt die Nachfrage nach Psychotherapie

bei begrenztem Angebot zunehmend auch dazu, dass Verträge aufgenommen werden, die den Standards einer sachgerechten psychotherapeutischen Behandlung nicht genügen. Daher werden mehr denn je eine Orientierung und Maßstäbe für eine Standortbestimmung benötigt, wie wir uns auf die selektivvertraglichen Versorgungsangebote beziehen und nach welchen Richtlinien wir gehen können, um sogenannte „gute“ von sogenannten „schlechten“ Selektivverträgen auseinanderzuhalten.

### Auf der Veranstaltung wurden folgende Fragen diskutiert:

Haben Selektivverträge zu mehr Wettbewerb, Innovation und Effizienz im Gesundheitssystem geführt und bieten sie überhaupt die Chance dazu? Welche Risiken sind real entstanden? Stellen sie eine Möglichkeit dar, innovative Behandlungskonzepte zu erproben? Wann sind sie innovativ, wann genügen sie nicht den Standards einer sachgerechten psychotherapeutischen Behandlung? Besteht mit ihnen die Gefahr, dass bewährte Strukturen der kollektivvertraglichen Regelungen, v. a. der Psychotherapie-Richtlinien, allmählich aufgelöst werden? Was spricht für eine Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien? Gibt es „Reformblockaden“ bzw. einen „Reformstau“ tatsächlich oder bieten die gewachsenen kollektivvertraglichen Bedingungen die derzeit besten Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung?

Die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) hat in den letzten Jahren mehrere innovative Selektivverträge initiiert und mitgestaltet, die die Behandlungsmöglichkeiten der ambulanten Psychotherapie erweitern und flexibilisieren. Der Vorsitzende, Dieter Best, wurde deshalb als Hauptreferent eingeladen. Er stellte in seinem Referat einen Kriterienkatalog zur Beteiligung an Selektivverträgen vor, der mit den Gesundheitsreferenten und den Teilnehmern entlang der Fragen eingehend erörtert wurde. Die Podiumsdiskussion leitete Prof. Dr. Armin Kuhr. Er ist Vorstandsmitglied der PTK Berlin sowie Vorstands-

mitglied im Ausschuss und ist erfahren in der Thematik.

### Bieten die gewachsenen kollektivvertraglichen Bedingungen die derzeit besten Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung?

Für den Kollektivvertrag spricht: bundesweit einheitliche und verlässliche Bedingungen für Patienten und Psychotherapeuten; nur wissenschaftlich anerkannte und vom G-BA nutzengeprüfte Verfahren und Methoden; breites Indikationsspektrum; feste Sitzungskontingente; kein Zeitdruck, der sich negativ auf den Therapieprozess auswirkt; keine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die person- und verfahrensbezogene „Zuweisung“ der Patienten zu Psychotherapeuten funktioniert in der Regel gut, und es besteht in der Regel eine gute Kooperation mit mitbehandelnden Ärzten und anderen Stellen. Psychotherapeuten gehen flexibel und sparsam mit den beschränkten Ressourcen um. Sie behandeln das gesamte Spektrum an Schweregraden, weit überwiegend jedoch mittelschwere und schwere psychische Störungen (vgl. Zwischenbericht zum Gutachten „Formen der Versorgung und ihre Effizienz“ im Auftrag der KBV; Kruse & Herzog, 2012).

### Was spricht dennoch für eine selektivvertragliche Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien?

Folgende Gründe werden immer wieder ins Feld geführt: Lange Wartezeiten auf den Ersttermin; selten frühzeitige diagnostische Abklärung; kein Vergütungsanreiz für eine Akutversorgung; unzureichende Möglichkeiten für Rezidivprophylaxe/Erhaltungstherapie; ein zu geringer Anteil an Gruppentherapien; keine Förderung koordinierender Leistungen, besonders gravierend bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen; mangelhafter Austausch zwischen ambulant tätigen Psychotherapeuten und stationären Einrichtungen; zu engmaschige Bewilligungsschritte mit jeweiliger Begutachtung; eingeschränkte Möglichkeiten für PP und KJP, den Ge-

samtbehandlungsplan einschließlich sozialmedizinischer/sozialpsychotherapeutischer Maßnahmen zu verantworten.

### Stellen Selektivverträge eine Möglichkeit dar, innovative Behandlungskonzepte zu erproben?

Selektivverträge machen als sogenannte „add-on“-Leistungen einen Sinn, wenn mit ihnen Innovationen erprobt werden können, die im Falle ihrer Bewährung in den Kollektivvertrag (Psychotherapie-Richtlinie, BMV-Ä) übernommen werden können. Sie sollten nicht zum Ziel haben, den Kollektivvertrag abzulösen – siehe dazu auch das 8-Punkte-Programm der LPK Berlin und die Präambel der GII – Psychotherapeuten Verbände (2011).

### Zwei „add-on“-Vertragsbeispiele, an denen die DPtV mitbeteiligt ist/Kriterien:

#### Vertrag mit der Bosch-BKK:

Förderung der Akut-Psychotherapie durch Zuschläge (40,- € zur EBM-Nr. 35150 und zur EBM-Nr. 35140, 25,- € zu 35.2-Leistungen bis zu zehn Sitzungen); Kooperationszuschlag 1x/Quartal 25,- €). Wenn Hausarzt, dann erfolgt eine Konsiliarische Mitteilung; mit Zuweisung durch fachliche Koordinatoren (Hausarzt od. Koordinationsstelle od. Patientenbegleiter der BKK); kein Gutachterverfahren für evtl. anschließende Richtlinienpsychotherapie; Abrechnung läuft über KV.

#### Vertrag BKK/Reha-Klinik:

Reha-Klinik bietet innerhalb von drei Tagen Beratungs- und Screening-Termine an; wenn psych. Krankheit Zuweisung an „gemeinsame neutrale Stelle“ innerhalb von fünf Tagen; Empfehlung für Reha oder ambulante Psychotherapie; wenn ambulante Psychotherapie, dann Termin innerhalb von zwei Wochen; Förderung der Akut-Psychotherapie durch Zuschläge (40,- € zur EBM-Nr. 35150 und EBM-Nr. 35140, 16,- € zu 35.2-Leistungen bis zu 25 Sitzungen).

### Muster für einen die Richtlinienpsychotherapie ergänzenden Vertrag



Quelle: Dieter Best, DPtV

### Wann genügen Selektivverträge nicht mehr den Standards einer sachgerechten psychotherapeutischen Behandlung?

Verträge ohne definierte Beteiligung von Psychotherapeuten (bei allen psychischen Indikationen und bei den meisten körperlichen Volkskrankheiten) sind nicht zeitgemäß und leitliniengerecht. „Case-Management“ durch eine psychotherapeutische Stelle ist aus fachlichen Gründen kritisch einzuordnen. „Case-Management“ oder „Psychotherapie“ durch fachfremde Stellen sind rechtlich fragwürdig und sind fachlich abzulehnen. Hierzu gehören die Psychotherapie ersetzende Angebote durch Nicht-Psychotherapeuten (z. B. „Jena-Paradies“) oder die Fallsteuerung durch Krankenschwestern im Auftrag einer Managementgesellschaft (Deutsche BKK).

### Worum geht es bei der Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien?

Mit der extrabudgetären Vergütung seit dem 1. Januar 2013 hat sich das Interesse der Krankenkassen an strukturellen Reformen der kollektivvertraglich geregelten ambulanten Psychotherapie erhöht. Eine die Honorarbeschlüsse flankierende Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband wurde getroffen. Danach sollten

bis zum 30. Juni 2013 die Psychotherapie-Richtlinien und das Gutachterverfahren weiterentwickelt werden. Wie sich zeigt, ist dieser Zeitplan nicht einzuhalten. Zusammen mit der Vereinbarung einer extrabudgetären Vergütung ging einher, dass die KBV bei der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie 2013 einer Aufstockung der Psychotherapeutesitze (angestrebt waren ungefähr 1.350 neue Sitze bundesweit, real werden es nach neuesten Erkenntnissen wohl weniger sein) zulasten einer Neuorientierung der jetzigen Bedarfsplanungsregelung zugestimmt hat. Insofern bleibt in den nächsten Jahren die Konzentration eher auf die Verbesserung struktureller Reformen gerichtet.

Mit dieser Vereinbarung können aber nun unzeitgemäße Psychotherapie-Richtlinien heutigen Versorgungsanforderungen angepasst werden. Dabei geht es insbesondere um die Angemessenheit der unterschiedlichen Behandlungsdauern der Verfahren und das Verhältnis von Einzel- hin zum Ausbau von Gruppentherapie; um die Honorarangleichung von Sitzungen für Diagnostik und Kriseninterventionen an die Psychotherapiesitzungen; um Flexibilisierung der Therapiekontingente entsprechend den Belangen unterschiedlicher Patientengruppen; um Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens; um

extra zu vergütende Sitzungen im Bereich der Akutversorgung/Krisenintervention; um die Einrichtung der Abendsprechstunde und um die Bereitstellung rezidivprophylaktischer Sitzungen. Ferner sollten Psychotherapeuten durch die Streichung des § 73 Abs. Satz 2 SGB V bzw. durch selektivvertragliche Regelungen die volle Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan übernehmen können; und es sollten sinnvolle Korrekturen in § 95 SGB V für die

Vorgaben zur Gründer-, Träger- und Leitungsstruktur der MVZ erfolgen.

### Info-Veranstaltung – Fazit

Psychotherapeuten sind an den fachlich begründeten Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinien sehr interessiert. Sie wünschen sich eine angemessene Beteiligung bei der Verhandlung und Umsetzung von „add-on“-Verträgen. Die Vertre-

tung der AOK-Nordost zeigte sich gesprächsbereit für die selektivvertragliche Weiterentwicklung der Richtlinien, z. B. bei der Akutversorgung und bei der Ausweitung von gruppentherapeutischen Angeboten. Und an die Politik richtete sich der Appell, die Koordinations- und Versorgungsprobleme an den sektoralen Schnittstellen infolge ihrer inkompatiblen Sozialgesetzbereiche einer gesetzlichen Neuregelung zuzuführen.

## Leserbrief zum Interview mit Annette Simon in der Ausgabe PTJ 2/2013, S. 186-187.

„Liebe Redaktion,

ich gehe davon aus, dass die Frage-Antwort-Relation als ein genuiner Bestandteil des Gesprächsdukus auf der Basis der Kierkegaardschen Dialektik Ungesagtes konkret statt abstrakt (wie im vorliegenden Gespräch) verbalisieren kann. So verblieb leider eine detaillierte Nachfrage der Interviewerin im zweiten Teil der Antwort bei der Gesprächspartnerin über ihr Spannungsfeld DDR-Widerstand und -Anpassung an der Oberfläche.

Frau A. Simon gibt an, etwa im 16. Lebensjahr – mitten in der Adoleszenz – Widerstand und Auflehnung als Basis dieser Zeit aufgebaut zu haben. Zunächst passt diese Einstellung auch zu diesem Entwicklungsschritt. Allerdings standen dann in ihrer damals gegenwärtigen und weiteren Entwicklung Schülerin der gymnasialen EOS, Abitur und Studium an der Humboldt-Universität (!) in dem o. g. Spannungsfeld. – Anschließend hatte sie eine Anstellung in einer Ost-Berliner Klinik. Auf welchen Schutzrahmen per Familie und Organisationen konnte sie zurückgreifen?

Mich als ehemaligen DDR-Bürger würde interessieren, welche Strategie A. S. innerhalb ihres o. g. Widerspruchs verfolgte, um einen gewissen Ausgleich herzustellen und damit sowohl schulische als auch berufliche Eingliederungen zum Erfolg zu führen.

Ich erlaube mir, bei A. S. als Psychoanalytikerin Selbsterfahrung vorauszusetzen. Hier dürfte die Schnittstelle liegen, wie sie mit ihren Patienten – ob Ost oder West ist egal – umgeht. Die Wand zwischen ihrer gra-

vierenden Vergangenheit und ihrer beruflichen Gegenwart ist mit hoher Wahrscheinlichkeit porös.

Vielleicht lässt sich die Ungenauigkeit der Gesprächsführung noch qualifizieren. Das würde mich freuen.

Mit freundlichem und erwartungsvollem Gruß

*Hans Georg Fellecke, Dipl.-Theologe,  
Dipl.-Psych., Psychologischer  
Psychotherapeut aus CH Uster“*

### Aus der Redaktion:

„Lieber Herr Fellecke,

vielen Dank für Ihren Brief an die Leser. Wir freuen uns sehr über Leserbeiträge, da dies den aktiven Austausch und Meinungsbildungsprozess fördert.

Wir hatten Frau Simon um eine Stellungnahme gebeten. Leider ist es ihr nicht möglich, im Rahmen einiger Zeilen ihre persönlichen Erfahrungen mit dem DDR-Regime so darzustellen, dass dies eine befriedigende Antwort auf Ihre Frage ergeben hätte. Sie verweist an dieser Stelle nochmals auf Ihre beiden Bücher:

- Simon, A. (2009). Bleiben will ich, wo ich nie gewesen bin. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Simon, A. & Faktor, J. (2000). Fremd im eigenen Land. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wir möchten die Diskussion an dieser Stelle nicht abschließen und daher alle ande-

ren Leser aufrufen: Schreiben Sie uns, wenn Sie uns über Ihre Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis von Ost/West berichten wollen. Wir freuen uns über Ihre Zuschriften.

Beste Grüße

*Für die Redaktion:  
Dr. Beate Locher“*

Anmeldung bis 11. Oktober 2013:

### Forum für Persönlichkeitsstörungen

Am Samstag, 9. November 2013 findet das 9. Symposium des Forums zum Thema „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ im Audimax der HU Berlin statt. Die u. a. in Kooperation mit der PTK Berlin geplante Tagung wurde mit 6 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Weitere Details:

<http://www.forum-f60.de/symposia/9>

### Redaktion

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

### Geschäftsstelle

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

## Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Krankenhaus – Status und Perspektiven

### Angestelltenforum der PKHB: Podiumsdiskussion führte zu interessanter Diskussion und neuen Handlungsperspektiven

Angestellte Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Bereichen der stationären und ambulanten Versorgung waren im Juni der Einladung des Vorstands der PKHB zu einer Diskussionsrunde gefolgt. Das Podium war hochkarätig besetzt:

- Prof. Dr. Robert Francke, Institut für Medizinrecht der Universität Bremen,
- Staatsrat Peter Härtl, Senator für Gesundheit Bremen,
- Jutta Darnedde, Medizinische Geschäftsführerin des kommunalen Klinikverbundes „Gesundheit-Nord“,
- Dr. Heidrun Gitter, Vorsitzende des Marburger Bundes Bremen und Präsidentin der Ärztekammer Bremen,
- Karl Heinz Schrömgens, Präsident der PKHB,
- Moderation: Axel Janzen, Beisitzer im Vorstand der PKHB.

Die PKHB hatte in den vergangenen Jahren mehrere Initiativen gestartet, um zu einer Status-Verbesserung angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu gelangen. Im Gegensatz zu den niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten ist die Gleichstellung mit der „Facharztgruppe“ im Klinikbereich noch nicht erreicht, jedoch wurden erste Schritte realisiert:

- So wird im neuen Krankenhausgesetz des Landes Bremen den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Recht zugestanden, eigenverantwortlich psychotherapeutische Abteilungen zu leiten. Ebenfalls wurde das Letztentscheidungsrecht von Psychotherapeuten analog den Fachärzten für fachliche Belange festgeschrieben.

- Im Dezember 2011 legte die PKHB die Stellungnahme „Zum Rechtsstatus angestellter Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Kliniken“ vor. Darin wurde bundesweit erstmals klargestellt, welche Tätigkeiten in Kliniken und Krankenhäusern ausschließlich Psychotherapeuten und den entsprechenden Fachärzten vorbehalten sind und welche delegiert werden dürfen.

Zunächst stellte **Karl Heinz Schrömgens** erste Ergebnisse der bundesweiten Umfrage (IGES) zur Situation angestellter Psychotherapeuten vor. 55% der angestellten Kolleginnen und Kollegen sind in Krankenhäusern, Kliniken und Reha-Einrichtungen tätig, davon sind zwei Drittel weiblichen Geschlechts.

Bemerkenswert ist, dass über 60% als Diplom-Psychologen angestellt sind, davon ca. 8% als „Leitende Psychologen“. Immerhin 42% gaben „Leitungsfunktionen“ an, allerdings ohne Auswirkung auf die Entlohnung. Zudem hatte die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bei 75% keinen Einfluss auf die Vergütung. Interessanterweise sind im Reha-Bereich jedoch 37% Kolleginnen und Kollegen, bei denen die Leitungstätigkeit einen Einfluss auf das Einkommen hat. Am Ende seines kurzen Vortrages wies er noch auf das Einstiegsgehalt eines Facharztes hin, welches zurzeit mit 5.332,- € angegeben wird, und setzte es zu Einkommen von Psychotherapeuten in Bezug.

Im Anschluss referierte **Prof. Dr. Robert Francke** zum Status und den Perspektiven der Psychotherapeuten im Krankenhaus. Er bezeichnete die Professionalisierung der beiden Berufsgruppen als einen wichtigen Prozess. Festzuhalten sei, dass psychothe-

rapeutische Behandlung Heilbehandlung sei, entsprechend § 27 SGB V. Krankenhausbehandlung muss wissenschaftlich begründet und mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren durchgeführt werden. Eine berufsrechtliche Gleichstellung zu den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ist aus juristischer Sicht gegeben. So seien Delegationen von Leistungen möglich, soweit in ihrer Funktion delegierbar, wenn sie überwacht würden (z. B. Testungen, psychoedukative Gruppen etc.). Im Krankenhaus stünden somit die entsprechenden Fachärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) für die direkte Krankenhausbehandlung zur Verfügung. Diplom-Psychologen könnten im Krankenhaus einbezogen werden, jedoch nicht für nichtdelegierbare Krankenhausbehandlung, die ausschließlich Approbierten zustehe.

In der anschließenden Diskussion bestätigte er, dass das Psychotherapeutengesetz 1998 auf die Schaffung einer hinreichenden Versorgung im niedergelassenen Spektrum abzielte. Die Situation von angestellten Psychotherapeuten wurde dabei weniger betrachtet, was angesichts der ca. 60% angestellten Kolleginnen und Kollegen in den Kammern doch etwas überrasche. Um in Tarifverhandlungen eine Rolle spielen zu können, müssten sich die Psychotherapeuten in den Verbänden und Gewerkschaften organisieren.

**Jutta Darnedde** bekräftigte eingangs ihr Interesse an dem Papier zum Rechtsstatus. Sie möchte eine interne Diskussion darüber initiieren. Auch ihr ärztlicher Leiter, Prof. Zimmermann, sei daran außerordentlich interessiert. Dazu sei insgesamt auch

ein „neuer“ Dialog wichtig, zu dem sie die PKHB gerne einlade. Sie habe zudem bereits während ihrer vorherigen Tätigkeit im Klinikum Ochsenzoll die Psychotherapeuten als innovativ und engagiert erlebt – dort seien auch Eingruppierung bis Entgeltgruppe 15 möglich, allerdings keine sogenannte „Oberarztstelle“ für Psychotherapeuten ausgewiesen gewesen.

Als wichtige Neuerung habe sie daran mitgewirkt, dass zurzeit 30 „Ausbildungsplätze“ für die Praktische Tätigkeit für ein geringes Entgelt von 500,- € pro Monat in Bremen zur Verfügung stehen. Das sei zwar nicht viel, aber immerhin eine Form der Anerkennung der geleisteten Arbeit und positiv für die angehenden Psychotherapeuten. Die von Prof. Francke genannten rechtlichen Aspekte seien ihr außerordentlich wichtig. Sie wisse auch, dass Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen eingesetzt werden, wobei sie in der Diskussion darauf hinwies, dass Psychotherapeuten im Rahmen der Krankenhaus-Buchführungsverordnung im sogenannten „medizintechnischen Dienst“ eingruppiert werden. Die Möglichkeit für Psychotherapeuten, in Leitungsfunktionen zu gelangen, ergebe sich allein schon durch die Tatsache, dass derzeit zehn Ärztstellen im Klinikum nicht besetzt seien.

**Dr. Heidrun Gitter** schlug vor, bei der Reform der Ausbildung die ärztliche Ausbil-

dung zum Vorbild zu nehmen. Sie betonte, dass sie als Ärztin keine „Berührungängste“ habe, zudem im Team häufig das Gleiche getan werde.

Das Erreichen eines Facharztstandes für angestellte Psychotherapeuten sei mit dem kommunalen Arbeitgeberverband jedoch so gut wie unmöglich, da dieser durch Verwaltungsjuristen geprägt sei. Bundesweit seien da noch sehr dicke Bretter zu bohren. Eine stärkere Interessenvertretung der Psychotherapeuten in den Krankenhäusern regte aber auch sie an, wobei die jeweiligen Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Formen von Gewerkschaften und Verbänden abgewogen werden müsse.

**Peter Härtl** bezeichnete die landesrechtliche Situation bei der Anerkennung der Berufsgruppen der PP und KJP im Landeskrankenhausgesetz als Erfolg, Bremen war das zweite Bundesland, das eine Nennung von nichtärztlichen Psychotherapeuten in einem Landesgesetz vorgenommen hat. Hinsichtlich der „Tariffähigkeit“ von Psychotherapeuten habe er jedoch keine Möglichkeit der Einflussnahme, da das Land kein Tarifpartner sei, wobei die Situation der verbeamteten Psychotherapeuten eine Ausnahme darstelle. Es bestehe keine eigene Regelung der Länder. Möglicherweise sei es nach einer Ausbildungsreform

und entsprechender Gesetzgebung im Bund leichter, etwas Neues über die Vergütungssituation zu erreichen. Auch er stellte fest, dass bei der Durchsetzung der Interessen den Verbänden und Gewerkschaften eine besondere Bedeutung zukomme.

**Karl Heinz Schrömgens** betonte abschließend die Rolle, die die beiden Berufsgruppen im Rahmen der „sprechenden Medizin“ (ICD-10, F-Kategorien) spielen, und wandte sich gegen die Bezeichnung „psychiatrische Behandlung“, da sie ein ausschließliches Tätigkeitsfeld einer anderen Berufsgruppe induziert. Es bestehe ein Konzeptionsproblem „psychotherapeutisch vs. psychiatrisch“. Notwendig seien Befugnisweiterungen wie die Verordnung von Heil- und Hilfsmittel, das Recht zur Ein- und Überweisung, zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit. Aber auch die Möglichkeit zur Verordnung von Medikamenten (welche formell in der „Arzneimittelverordnung“ geregelt wird) dürfe auf Dauer kein Tabu sein. Der Handlungsspielraum der Politik sei aus seiner Sicht größer als er oft dargestellt werde.

Nach einer interessanten und lebhaften Diskussion im Plenum bedankte sich Moderator **Axel Janzen** für die Teilnahme der Podiumsgäste und die Beteiligung an der Diskussion.

## „Psychinfo“ präsentiert sich in neuem Design – Benutzerfreundlichkeit konnte deutlich verbessert werden

Viele Kammermitglieder dürften es bereits bemerkt haben: Das kostenlose öffentliche Suchprogramm „Psychinfo“, das sich an Patienten und Ratsuchende gleichermaßen richtet, ist komplett überarbeitet worden und seit Mai 2013 in neuer Form online. Es hat ein zeitgemäßes Design bekommen und wurde noch anwenderfreundlicher.

Dem Relaunch voraus ging eine intensive Auswertung von über 50 Psychotherapeuten-Suchprogrammen. Alle untersuchten Programme, einschließlich der Systeme der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, weisen gegenüber „Psychinfo“ etliche Nachteile sowohl für Anbieter als auch für Nutzer auf.

Viele Programme wiesen keinen repräsentativen und aktuellen Datenbestand aus und waren für die Psychotherapeuten-Suche eher unspezifisch, da sie teilweise auch Heilpraktiker nach dem HPG, nicht psychotherapeutisch tätige Psychologen sowie Ärzte erfassen. Zudem gehen sie nicht auf das Thema „Kostenerstattung“ ein. Von allgemeinen Unzulänglichkeiten, wie undurchsichtige Verschachtelungen der Website und mangelhafte Suchstruktur einmal abgesehen, steht für viele der untersuchten Programme die Werbung für den jeweiligen Betreiber im Vordergrund. Hinzu kommt, dass etliche Portale für die Erfassung weiterführender Daten (außer Adress- bzw. Basisdaten) Kosten berechnen.

Die genannten Schwächen weist „Psychinfo“, das 2004 als Gemeinschaftsprojekt der Psychotherapeutenkammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein gegründet worden ist und dem sich später die Kammern Saarland und Berlin angeschlossen haben, nicht auf. „Psychinfo“ ist im Übrigen auch das einzige speziell für die Suche nach approbierten Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten existierende Programm, das vom Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bereits 2008 zertifiziert worden ist.

Heute wird täglich über 1.200-mal mit „Psychinfo“ nach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gesucht. Der Bekannt-

heitsgrad des Portals konnte nicht nur in den Regionen der „Psychinfo“ tragenden Psychotherapeutenkammern ständig gesteigert werden, er erhöhte sich mit täglich über 250 Suchanfragen auch aus Bundesländern, deren Daten nicht in „Psychinfo“ erfasst sind, beispielsweise Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen.

„Psychinfo“ bietet allen Mitgliedern der angeschlossenen Psychotherapeutenkammern den kostenlosen Eintrag zur Veröffentlichung ihrer psychotherapeutischen Angebote an. Nach der Berufsordnung sind Psy-

chotherapeuten verpflichtet, ihre Arbeitsstellen mit einem Praxisschild zu kennzeichnen, um so für die Öffentlichkeit sichtbar zu werden. Eintragungen in öffentliche Verzeichnisse wie „Psychinfo“ sind hingegen freiwillig. Dennoch ist der Eintragungsgrad in „Psychinfo“ gegenüber anderen Verzeichnissen sehr hoch. In Hamburg sind nahezu 70% aller approbierten Psychotherapeuten erfasst, in Bremen sogar über 80%.

Wer als Bremer Kammermitglied von diesem Angebot noch nicht Gebrauch gemacht hat und an einer Veröffentlichung

interessiert ist bzw. seine bereits eingespeicherten Daten aktualisieren möchte, kann dies ohne großen Aufwand nachholen. Auf der Internetseite der Psychotherapeutenkammer Bremen ([www.pk-hb.de](http://www.pk-hb.de)) gibt es ein Formular zur Online-Datenerfassung, das ausgefüllt und an die Kammer geschickt werden muss. Alle eingetragenen Daten werden dann vor der Freigabe zur öffentlichen Suche und auch nach jeder Aktualisierung oder Änderung von einem Mitglied des Bremer Kammervorstandes auf Korrektheit hin überprüft. Erst danach werden die Daten in das System übernommen.

## Was tun im Verhinderungs- beziehungsweise Vertretungsfall? Rechtzeitig geplante Vorsorge kann viele Probleme entschärfen

So richtig gern mag man nicht daran denken, aber mit einem Unfall oder einer plötzlichen Erkrankung, die eine Berufstätigkeit für längere Zeit unmöglich machen, muss immer gerechnet werden. Das ist für Psychotherapeuten, die in eigener Praxis arbeiten, eine besondere Herausforderung. Wer rechtzeitig vorsorgt, kann viele Probleme entschärfen. Das gilt auch für den Fall, dass der Praxisinhaber völlig unerwartet verstirbt.

Wenn der laufende Betrieb auf diese Weise abrupt stoppt, sind die Patienten von heute auf morgen unversorgt. Und die Praxiskosten laufen weiter. Bis ein Nachfolger gefunden worden ist und die Formalitäten erledigt sind, können etliche Monate vergehen. Leider gibt es in Bremen bisher nicht die Möglichkeit, sich durch einen Psychotherapeuten vertreten zu lassen. In einzelnen KV-Bezirken wurden, obwohl dies eigentlich durch den Bundesmantelvertrag Ärzte – Krankenkassen ausgeschlossen ist, solche Möglichkeiten geschaffen.

Um notwendige Verhandlungen führen und Entscheidungen bezüglich der Praxis treffen zu können, sollten Ehe- bzw. Lebenspartner eine Generalvollmacht besitzen. Die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung empfiehlt, darüber hinaus eine weitere Vertrauensperson – eventuell einen befreundeten Kollegen oder einen Anwalt – zu bevollmächtigen, da die unmittelbaren Angehörigen in der Regel den

Kopf für solche Formalitäten nicht frei haben.

Alle notwendigen Unterlagen sollten in einem Vorsorgeordner gesammelt werden, der regelmäßig aktualisiert wird und dessen Aufbewahrungsort den Angehörigen bekannt sein muss. In dem Ordner sollten auch Namen und Kontaktdaten von Kollegen vermerkt sein, die bei der Suche nach einer Vertretung behilflich sein könnten. Darüber ist es hilfreich, die Kontaktdaten von Vertragspartnern der Praxis aufzulisten, also z. B. Vermieter, Telefondienstleister, Versicherungen oder Energieversorgungsunternehmen. Mitgliedschaften in Berufsverbänden und Interventionsgruppen sollten ebenso notiert werden wie die Kontaktdaten der KV und des Steuerberaters.

Nicht nur im Todesfall, sondern auch bei plötzlichen schweren Erkrankungen müssen Patiententermine abgesagt werden. Damit dies durch Bevollmächtigte erledigt werden kann, benötigen sie Praxis-Schlüssel, Zugangsdaten zum Computer und entsprechenden Programmen, ein Telefonverzeichnis der aktuell behandelten Patienten und Zugang zum Terminkalender. Wichtig ist zudem eine Schweigepflichtserklärung des Bevollmächtigten, der die Patienten informiert.

Die berufsrechtlichen Regeln sind eindeutig: Die §§ 4 bis 8 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen gel-

ten auch im sogenannten Verhinderungsfall. Der niedergelassene Psychotherapeut hat sicherzustellen, dass seine Vertretung die entsprechenden Anforderungen erfüllt. Auch eine nicht approbierte Person, die im Verhinderungsfall spontan einspringen muss, ist verpflichtet, diese Anforderungen einzuhalten. Sind psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich, muss ohnehin eine approbierte Kraft eingeschaltet werden.

Werden die Regelungen der Berufsordnung im Verhinderungs- beziehungsweise Vertretungsfall nicht eingehalten, obliegt es der Psychotherapeutenkammer, für eine rechtskonforme psychotherapeutische Praxisvertretung zu sorgen. Das ergibt sich aus dem Bremischen Heilberufsgesetz (§ 8 Abs. 1 Nr. 2). Danach gehen entsprechende Maßnahmen gegebenenfalls zu Lasten der Praxisinhaber.

Die PKHB erarbeitet zurzeit eine konkrete Information für die Praxisinhaber, welche Maßnahmen im Einzelnen zu ergreifen sind. Sie werden nach Fertigstellung auf der Internetseite veröffentlicht bzw. über den PKHB-Infomail-Verteiler zugesandt. Ebenfalls verfügt die PKHB über eine Liste qualifizierter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die psychotherapeutische Abwicklung einer Praxis sowie die Sichtung und Beurteilung von Patientenakten gegen Honorar, entsprechend der PKHB-Gebührenordnung, bereit sind zu übernehmen.

## Bremer Psychotherapeutenkammer fordert veränderte Bedarfsplanung

Bundesweit erstmalig hat die KV Bremen im Einvernehmen mit den Krankenkassen die nominelle „Übersorgung“ im Bereich der Psychotherapie im Land Bremen rechnerisch weiter erhöht. Obwohl die neuen Verhältniszahlen des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Bedarfsplanung schon eine Steigerung der sogenannten Übersorgung von 160% auf 187% mit sich gebracht hatte, war das dem KV-Vorstand in Bremen offenbar nicht genug. Er wies an, die Ambulanzen der psychotherapeutischen Ausbildungsstätten und die Forschungsambulanz am Studiengang Psychologie der Universität in die Berechnung des Versorgungsgrades einzu beziehen. So ergab sich nochmals eine Steigerung des Versorgungsgrades auf 205%. Dabei wurden die von den Krankenkassen an die Ambulanzen gezahlten Vergütungen durch die durchschnittlich abgerechnete Vergütung aus der Gruppe der Psychotherapeuten geteilt und die so ermittelte Anzahl von 34 Praxissitzen der vorhandenen Zahl aufgeschlagen.

Die drei in den KV-Gremien vertretenen Berufsverbände DPTV, DGPT und VAKJP wandten sich vor diesem Hintergrund in einem Schreiben an den KV-Vorstand und protestierten gegen dieses Vorgehen als rechtlich nicht haltbar. Als Gründe wurden angeführt:

- Nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes sind Ausbildungsstätten zwar Leistungserbringer, nicht aber die einzelnen, unter Supervision tätig werdenden Ausbildungsteilnehmer. Die Ermächtigung wird gegenüber dem jeweiligen Institut ausgesprochen, was folgerichtig nach sich zieht, dass das Institut im eigenen Namen mit den Krankenkassen abrechnet. Hinzu kommt, dass die Ausbildungskandidaten rein rechtlich keine Leistungserbringer sein können, da sie nicht über die Approbation verfügen.
- Die Ermächtigung der Ausbildungsinstitute erfolgt laut SGB V bedarfsunabhängig. Zwar ist der Umfang der Ermächtigung durch den auf Ausbildung gerichteten Normzweck begrenzt, eine Bedarfsprüfung findet jedoch nicht statt. Konkret bedeutet dies: Die Bedarfsplanrichtlinie entfaltet insofern keine

Steuerungsmöglichkeiten. Die Verhältnisse können sich von einem auf den anderen Tag ändern.

- Insofern bezieht sich § 22 Abs. 2 Satz 1 der Bedarfsrichtlinie 2013 auch nur auf „Ärzte“ und „Psychotherapeuten“ in ermächtigten Einrichtungen, bezieht also die Ausbildungsteilnehmer nicht mit ein, weil sie mangels Approbation weder Ärzte noch Psychotherapeuten sind.
- Des Weiteren ordnet derselbe Paragraph an, dass der Umfang einer Anrechnung nur in „Vollversorgungsaufträgen“ berechnet werden könne. Die Ausbildungsteilnehmer haben, wie bereits erwähnt, keinen Versorgungsauftrag.
- Aus diesem Grund tauchen die Ausbildungskandidaten auch in der (abschließenden) Definition der Arztgruppe der Psychotherapeuten (§ 12 Abs. 2 Nr. 8 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) nicht auf.
- Gemäß § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind Abweichungen von dieser nur zulässig, wenn regionale Besonderheiten dies erfordern, was hier nicht der Fall ist.
- Die ärztliche Weiterbildungsordnung sieht vor, die Weiterbildungsassistenten dem weiterbildungsbefugten Praxisinhaber zuzuordnen. Sie werden daher weder ermächtigt noch nach § 58 BPR angestellt. Die „Versorgungsleistung“, also die abgerechneten Ziffern, werden der Praxis der Weiterbildungsbefugten zugerechnet. Analog dürfen Ausbildungsteilnehmer nach dem Psychotherapeutengesetz ohne Approbation im Praktikantenstatus nur unter der fachlichen Anleitung eines Ausbilders (Supervisors) ihre Ausbildungsbehandlung durchführen. Ihre Behandlung („Versorgungsleistung“) müsste analog der Ärzte-Weiterbildung dem Supervisor und seiner Praxis als „Ausbildungsbefugten“ zugerechnet werden. Der Supervisor ist in seiner Ausbildungsfunktion vom Senator für Gesundheit bestätigt.
- In der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind an keiner Stelle eine Ausbildungsambulanz (nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes) oder eine Hochschulambulanz (beide nach § 117 SGB V zugelas-

sen) erwähnt. Wenn der Gesetzgeber eine Berücksichtigung gewollt hätte, hätte er dies in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgenommen.

- Eine Ausbildungsambulanz oder Ausbildungsteilnehmer würden auch nicht in die Systematik der Bedarfsplanungs-Richtlinie passen, da sie weder in der Anlage 1 Ärzte, Tabelle 1 bis 7, noch in der Anlage 1.1 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten erfasst werden können, da sie vom Status Ausbildungsteilnehmer ohne Approbation sind.

In der anschließend folgenden Sitzung des Landesausschusses wurden diese Argumente zwar als gewichtig angesehen und der KV-Vorsitzende aufgefordert, dies im Unterausschuss Bedarfsplanung, dem er selbst angehört, zu klären. Da aber die KV im Einvernehmen mit den Krankenkassen den Bedarfsplan aufstellt, wurde er in dieser Weise auf der Internetseite der KV Bremen mit dem Versorgungsgrad von 205% für die Gruppe der Psychotherapeuten veröffentlicht. Die Bremer Psychotherapeutenkammer wandte sich in einem Schreiben an den Vorsitzenden des Landesausschusses, Professor Norbert Schmacke, und unterstützte die Argumentation der Berufsverbände. Ebenfalls hat sie gegenüber dem Senator für Gesundheit ihre Verwunderung darüber ausgedrückt, dass diese Bedarfsplanung nicht beanstandet worden ist.

### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Axel Janzen, Helga Loest und Karl Heinz Schrömgens.

### Geschäftsstelle

Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Fon: 0421 – 27 72 000  
Fax: 0421 – 27 72 002  
Verwaltung@pk-hb.de  
www.pk-hb.de

Geschäftszeiten:  
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr  
Mi 13.00 – 17.00 Uhr  
Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr



## Sommerfest der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Sommer, Sonne, nur wenige Regentropfen, ein grüner Garten – der alljährliche Frühjahrsempfang der Psychotherapeutenkammer Hamburg fand diesmal am 12. Juni 2013 als Sommerempfang in den Räumlichkeiten und im Garten der Geschäftsstelle statt.

Gekommen waren Gäste aus Politik, Krankenkassen, Ärztekammer, Bezirksämtern und anderen Bereichen des Hamburger Gesundheitswesens zum Austausch über aktuelle Fragen der regionalen Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg.

### **Kennenlernen, sich austauschen und in den Diskurs gehen**

Kammerpräsident Prof. Rainer Richter eröffnete den Abend mit einer kurzen Einführung und lud die anwesenden Gäste zum Gespräch über die aktuellen Herausforderungen der psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg ein. Als Eintritt in die Diskussion diente das im Mai von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) veröffentlichte Papier „10 Tatsachen zur Psychotherapie“, das Vorurteilen und



*Gäste des Sommerfestes bei der Begrüßung im Garten der Kammergeschäftsstelle am 12. Juni.*

Falschinformationen zur Psychotherapie wissenschaftlich belegte Daten und Fakten gegenüberstellt. In kleineren und größeren Gesprächsrunden wurde an diesem Abend lebhaft diskutiert. Themen waren u. a. die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch offene Sprechstunden, die am Bedarf der Patienten und Patientinnen orientierte Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie, die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, die Aufhebung von Befugniseinschränkungen und die Möglichkeiten der sektorübergreifenden Versorgung.

### **Vorurteile durch gezielte Informationen abbauen**

In den Gesprächen war festzustellen, dass sich durchaus Verständnis für die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Verantwortungsbereiche entwickeln ließ, was teilweise zu überraschenden Annäherungen führte. Für die Verbesserung

der psychotherapeutischen Versorgung wird es entscheidend sein, diese Dialoge fortzusetzen und weiter zu vertiefen, da sich erneut zeigte, dass zwar vielfältige, aber auch teilweise sehr divergierende Standpunkte und Lösungsansätze bei den Akteuren und Akteurinnen im Gesundheitswesen vorhanden sind.

Das Ziel dieses Abends scheint angesichts der regen Diskussionen erreicht worden zu sein, nämlich einen Beitrag dazu zu leisten, das wechselseitige Verständnis zu verbessern und beiderseitige Denkprozesse in Gang zu setzen.

Die Broschüre „10 Tatsachen zur Psychotherapie“ der BPTK sowie weiteres Infomaterial können Sie auf der Kammerhomepage unter [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de) im Bereich „Info“/„Downloads“ einsehen und herunterladen. Eine gedruckte Version der Broschüre kann zudem bei der Geschäftsstelle angefordert werden.



*Vizepräsidentin Gabriela Küll mit Susanne Wehowsky, Geschäftsführerin der HAG.*

## Fortbildung Berufsrecht: Das neue Patientenrechtegesetz



*Johannes Schopohl, Justiziar der BPTK und Bettina Nock, Vorstandsmitglied der PTK Hamburg.*

Zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang muss ein Aufklärungsgespräch geführt werden, wie muss eine Dokumentation aussehen, kann eine Patientin oder ein Patient volle Akteneinsicht verlangen? – Diese und andere Fragen zum neuen Patientenrechtegesetz, das am 26. Februar dieses Jahres in Kraft getreten ist, wurden in der kammerinternen Berufsrechtveranstaltung am 22. Mai 2013 im Kleinen Saal der Handwerkskammer Hamburg behandelt.

### **Ein Überblick über Neuerungen des Patientenrechtegesetzes**

Johannes Schopohl, Justiziar der BPTK, gab in seinem Vortrag einen Überblick über die wichtigsten Neuerungen des Gesetzes. Aufbau und Inhalt, der Behandlungsvertrag mit Informationspflicht, Einwilligung und Aufklärung der Patientin oder des Patienten sowie die Dokumentation und Einsichtnahme in die Patientenakte bildeten den Kern des Vortrags. Einige der angesprochenen Themen waren Anlass für besorgte Fragen aus dem Publikum. Insbesondere das Thema Akteneinsicht wurde von den Mitgliedern kritisch thematisiert.

Im Anschluss standen Herr Schopohl und Bettina Nock, Vorstandsmitglied und Vorsitzende der Beschwerdekommision der PTK Hamburg, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Rede und Antwort.

150 Veranstaltungsgäste, eine große Nachfrage, Beteiligung und Anzahl der Fragen sowie die angeregte, kontroverse Diskussion nach dem Vortrag zeigten die Aktualität des Themas und den Wunsch nach umfangreicher Information bei den Mitgliedern. Diesem wurde – zumindest in einem ersten Schritt – durch die Berufsrechtveranstaltung Rechnung getragen. Eine weitere Veranstaltung zum Berufsrecht wird am 16. Oktober 2013 stattfinden.

### **Informationen über den Vortrag**

Der Vortrag von Herrn Schopohl über die Neuerungen des Patientenrechtegesetzes sowie das neue Patientenrechtegesetz können im internen Mitgliederbereich der Kammerhomepage unter [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de) in der Kategorie „Veranstaltungen & Präsentationen“ heruntergeladen werden.

## Interviewreihe: Kurz, prägnant – und wichtig! 10 Fragen an den Schlichtungsausschuss der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Interviewreihe „Kurz, prägnant – und wichtig! 10 Fragen an ...“ wird sich in den nächsten Ausgaben des Psychotherapeutenjournals mit der Arbeit der Kammerausschüsse und Kommissionen beschäftigen. Welche Ausschüsse und Kommissionen gibt es? Für wen arbeiten sie? Und vor allem: Welche Aufgaben haben die Ausschüsse und Kommissionen?



*Die Vorsitzende des Schlichtungsausschusses Silke Eggerichs-Petersen.*

Diese und weitere Fragen werden in einem Interview geklärt. Die Reihe eröffnet der Schlichtungsausschuss. Die Vorsitzende des Ausschusses, Silke Eggerichs-Petersen, hat die Fragen beantwortet:

### **Was genau ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses?**

Der Schlichtungsausschuss hat die Aufgabe, bei Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern oder zwischen Kammermitgliedern und Dritten (i. d. Regel ehemalige Patientinnen und Patienten) zu vermitteln und einen Interessenausgleich zu ermöglichen.

### **Können die Aufgaben des Ausschusses in der Praxis gut umgesetzt werden?**

Sobald beide Beteiligte einem Schlichtungsverfahren zugestimmt haben, kann die Schlichtung stattfinden.

### **Wie oft trifft sich der Ausschuss und wie viele Fälle werden im Jahr geschlichtet?**

In der Regel gibt es etwa zwei Schlichtungsfälle im Jahr. Der Ausschuss trifft sich drei- bis viermal im Jahr, um die anstehenden Fälle aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten und so eine größtmögliche Unparteilichkeit zu gewährleisten.

### **Für wen wird der Ausschuss aktiv? Wer kann sich an ihn wenden?**

Jede/r, die/der ein Anliegen in Bezug auf die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit oder Zusammenarbeit klären möchte, kann sich an den Schlichtungsausschuss wenden. Das können ungeklärte Situationen aus Psychotherapien sein, wie unerledigte Abschiede, Schweigepflichtverletzungen, Forderungen auf Akteneinsicht, Honorarangelegenheiten, oder auch Streitigkeiten zwischen Kolleginnen und Kolle-

gen, z. B. in Praxengemeinschaften, bei Anstellungsverhältnissen, Job-Sharing u. ä.

### **Muss ein Antragsteller einen bestimmten Weg einhalten, um Kontakt mit dem Ausschuss aufnehmen zu können? Wie ist das Procedere?**

Eine Antragstellerin oder ein Antragsteller wendet sich schriftlich über die Geschäftsstelle an den Schlichtungsausschuss. Sie oder er wird dann angeschrieben, über den Ablauf informiert und um eine Schweigepflichtentbindung gebeten. Die Beschwerdegegnerin oder der Beschwerdegegner wird ebenfalls angeschrieben, über das Anliegen informiert und um ihre oder seine Zustimmung gefragt. Das Verfahren kann nur dann eröffnet werden, wenn beide Beteiligten zustimmen.

In der Regel wird das gesamte Verfahren dann schriftlich durchgeführt. Es ist auf Vermittlung und gegenseitige Verständigung ausgerichtet und zielt darauf ab, einen Kompromiss zu finden, dem beide beteiligte Parteien zustimmen können. In einzelnen Fällen, und mit ausdrücklichem Einverständnis der Beteiligten, kann die Schlichtung in Gesprächsform stattfinden. Am Ende wird das Ergebnis der Schlichtung schriftlich festgehalten und beiden Beteiligten zugeschickt.

## **Alles neu macht 2013 – Die PTK Hamburg erneuert die Homepage & das Kammertelegramm**

Steter Tropfen höhlt den Stein – so könnte man sagen. Oder: Was lange währt, wird endlich gut!

Die neue Homepage der Psychotherapeutenkammer Hamburg ist seit Anfang des Jahres online und präsentiert sich in neuem Design. Das alte Logo bleibt erhalten, der Rest der Seite wurde umgestaltet: Das Logo, die Farbgestaltung sowie die Fotos in der oberen Leiste sollen die Verbindung der Kammer zum „Heimathafen Hamburg“ symbolisieren. Die in der Kopfzeile zugewiesenen Kategorien erleichtern das Navigieren. Die jeweils aktive Kategorie bleibt nach Anklicken als einzige farbig dargestellt. Eine Menüführung über drei Ebenen schafft Struktur und hält die angezeigten Informationen übersichtlich. Ebenso aufgeräumt präsentiert sich die rechte

### **Welche Probleme werden Ihnen vorgetragen?**

Meist geht es um Schweigepflichtverletzungen oder andere (leichtere) Formen von Grenzverletzung, Akteneinsicht, unerledigte oder als unzureichend erlebte Abschiede. Dabei spielt die subjektiv empfundene Integrität und Würde immer wieder eine große Rolle. Die Möglichkeit, empfundenes Unrecht im Beisein unbeteiligter Dritter aussprechen zu können, trägt oftmals zu einer Entlastung bei. Manchmal geht es auch darum, dass eine Entschuldigung ausgesprochen bzw. angenommen wird. In einem Fall wurden Haftungsansprüche ausgehandelt und abgewickelt.

Bei Streitigkeiten zwischen Kolleginnen und Kollegen wurde der Schlichtungsausschuss bisher wegen der Herausgabe von Unterlagen, z. B. eines Zeugnisses, angerufen. Hier wäre auch ein weiterer Bedarf im Hinblick auf Anstellungsverhältnisse, Praxisübergabe usw. denkbar.

### **Wie stehen die Chancen auf eine Schlichtung?**

Die Chancen, dass eine Schlichtung gelingt, sind gut. Da ja schon am Anfang beide Schlichtungsparteien zugestimmt haben, sind sie auch meist am Gelingen interessiert und bereit, sich aus ihrer – manch-

mal festgefahrenen – Position herauszubewegen.

### **Was passiert, wenn die Schlichtung nicht gelingt?**

In diesem Fall werden das Ergebnis schriftlich festgehalten und Empfehlungen für ein weiteres Vorgehen erteilt.

### **Macht Ihnen Ihre Arbeit Spaß und warum?**

Die Arbeit macht Spaß, weil es um knifflige Situationen aus unserem Arbeitsalltag geht, die wir alle kennen. Was dann in der Schlichtung stattfindet, ist eine Art von Coaching oder Mediation, die unsere Fachkompetenz erfordert und dazu beiträgt, die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit zu sichern. Wenn es gelingt, in einer vertrackten Situation eine für alle befriedigende Lösung zu finden, ist es immer wieder eine Freude!

### **Was wünschen Sie sich für die zukünftige Arbeit des Ausschusses?**

In der Kollegenschaft ist der Unterschied zwischen der Arbeit der Beschwerdekommision und unserer Schlichtungsarbeit gar nicht so klar. Es wäre schön, wenn das Wissen über die schonende Art unserer Vermittlungsarbeit bei den Kolleginnen und Kollegen noch deutlicher ankommt.

Leiste der Homepage, in der alle Termine mit Datum und Titel aufgelistet sind und in der es einen direkten Log-in-Bereich für Mitglieder gibt. Der Button „Psychotherapeuten suche“ erleichtert die Nutzung für Rat und Hilfe suchende Besucherinnen und Besucher.

Auf Benutzerfreundlichkeit und Aktualität wurde bei der Neukonzeption besonderen Wert gelegt, sodass eine komplette Überarbeitung der alten Seiten notwendig wurde. Die tägliche Pflege der Homepage soll ihre Aktualität garantieren und eine kontinuierliche Weiterentwicklung – auch durch



Das neue Homepage-Layout der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

das Feedback der Kammermitglieder und Besucher und Besucherinnen der Seite – sicherstellen. Neben den Neuerungen in Design und Übersichtlichkeit, sind alle alten Features und Services wie die Downloadmöglichkeit von Gesetzestexten, Infobroschüren und Flyern erhalten geblieben bzw. wurden ausgebaut und erweitert.

### **Das Kammertelegramm wird zum Newsletter und FoBi-Newsletter**

Auch das alte Kammertelegramm, das bisher als einfacher E-Mail-Inhalt versandt wurde, wird durch einen neugestalteten Newsletter ersetzt. Künftig werden allge-



## **FoBi-Newsletter** der Psychotherapeutenkammer Hamburg Juli/13

### **Sehr geehrte Frau**

wie bereits in der letzten Woche angekündigt, möchten wir Ihnen heute den neuen FoBi-Newsletter vorstellen!

### **Der neue FoBi-Newsletter der Psychotherapeutenkammer Hamburg.**

meine Kammerinformationen personalisiert über dieses neue E-Mail-Format an die Mitglieder verschickt, ein FoBi-Newslet-

ter listet separat jeden Monat alle neuakreditierten Fortbildungsveranstaltungen übersichtlich auf.

## **Der Arbeitskreis „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ der PTK Hamburg**

Im aktuellen Schuljahr gibt es in Hamburg 174.350 Schülerinnen und Schüler. Davon haben, legt man entsprechende Studien zugrunde, rund 21,9 Prozent eine Prävalenz für abklärungsbedürftige psychische Auffälligkeiten und 9,7 Prozent eine Prävalenz für psychische Störungen.

Trotz eines ausreichenden Versorgungsangebots im KJP-Bereich steht die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung in Hamburg vor einem Problem: Mit Ausweitung der Ganztags schulbetreuung wird das Zeitfenster für Termine immer kleiner. Die meisten Mädchen und Jungen haben erst um 16 Uhr Schulschluss und können erst um 17 Uhr zu ihren Psychotherapiestunden kommen.

### **Auswirkungen der Ganztags-schulbetreuung auf die psychotherapeutische Arbeit**

Für die Hamburger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedeutet das: Die Arbeit wird schwerer und die Arbeitszeiten verschieben sich nach hinten. Vormittagstermine bleiben frei, während die Termine in den Abendstunden doppelt und dreifach belegt werden könnten.

Es gibt Überlegungen, die Psychotherapie in einem Raum innerhalb der Schule durchzuführen. Dies ist für die meisten

Hamburger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Option, auch wenn die Schulbehörde ihrerseits auf eine Lösung in dieser Richtung drängt. Eine klare Regelung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg, auch während der Schulzeit, ist dringend erforderlich.

### **Ziele des Arbeitskreises „KJP“**

Darüber zu diskutieren, wie die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung mit der neuen Schulform synchronisiert werden kann, ist ein wichtiges Anliegen vieler Kolleginnen und Kollegen, die sich deshalb regelmäßig in einem KJP-Arbeitskreis (AK „KJP“) in der Kammer treffen.

Als zweiten wichtigen Bereich beschäftigt sich der AK „KJP“ mit den Auswirkungen des neuen Patientenrechtegesetzes auf die Arbeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insbesondere das heikle Thema des Umgangs mit der Schweigepflicht beunruhigt viele Kolleginnen und Kollegen.

### **Vernetzung der Hamburger KJPler**

Die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus allen

Verfahren wird von den Mitgliedern des Arbeitskreises als angenehm und nützlich empfunden, eine effektivere Vernetzung der KJP in Hamburg ist erklärtes Ziel des Arbeitskreises.

Das nächste Treffen des AK „KJP“ findet statt am:

**Datum:** 18. Oktober 2013,  
**Zeit:** 9:30 Uhr bis 11:00 Uhr,  
**Ort:** Geschäftsstelle der PTK Hamburg.

Alle Interessierten sind herzlich eingeladen, an diesem und weiteren Treffen teilzunehmen.

### **Geschäftsstelle**

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

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Junge, wie Du wieder aussiehst! Du hast dich doch früher so für Tiere interessiert. Wäre das nichts für Dich? Eine eigene Praxis!“, singen „Die Ärzte“ in der Rolle der vom Filius enttäuschten Eltern. Die eigene Praxis als Ideal scheint auch das Berufsbild des Psychotherapeuten geprägt zu haben, wie es das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1999 implizit vermittelt. Denn im Gesetzgebungs-



Alfred Krieger

verfahren ging es primär um die berufsrechtliche Regelung der Tätigkeit Niedergelassener. Die Vielfalt psychotherapeutischer Tätigkeiten in Institutionen und die damit verbundenen Kompetenzen werden nicht abgebildet.

Für die Reform des PsychThG, seit Jahren von der Profession gefordert, sind grundsätzliche Überlegungen zum Berufsbild unerlässlich. Was sind die Essentials psychotherapeutischen (Be-)Handelns? Über welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen müssen Psychotherapeuten verfügen? Welche Befugnisse sollen sie ha-

ben? Wie bedeutsam ist der Verfahrensbezug? Die Diskussion dieser Fragen hat vor dem Hintergrund der umstrittenen Ausbildungsreform besondere Brisanz.

**Eine mitgliederoffene Diskussionsveranstaltung zum Berufsbild wird am 1. November 2013 um 16:00 Uhr im Hotel Oranien in Wiesbaden stattfinden.**

Ich freue mich auf Ihre Teilnahme!

Alfred Krieger  
Kammerpräsident

## „Vertikale Differenzierung“: Teamentwicklung in der Reha



Karl-Wilhelm Höffler

In der Diskussion um die Entwicklung der Psychologischen Dienste von Reha-Einrichtungen gibt es ein neues Schlagwort: „vertikale Differenzierung“. Während vor dem Bologna-

Prozess die Psychologischen Dienste fast ausschließlich aus Diplom-PsychologInnen bestanden, teilweise ergänzt um eine Psychologisch-technische AssistentIn (PsTA), wird nun das Bild „bunter“. Es gibt mittlerweile die approbierten KollegInnen, die mit Master-Abschluss, die mit Diplom, und künftig werden sich vielleicht auch KollegInnen mit einem Psychologie-Bachelor-Abschluss in Reha-Einrichtungen bewerben. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) hat bereits reagiert. Wo bisher beispielsweise in einer Klinik (somatische Indikation) mit 240 belegten Betten drei Diplom-PsychologInnen und (ca.) ein(e) PsTA tätig waren, könnte sich

künftig die Zusammensetzung des Teams deutlich ändern: 1 Psychologische PsychotherapeutIn, 1,5 Diplom- oder Master-PsychologInnen, 0,5 Bachelor-PsychologIn, 1 PsTA oder 0,75 Bachelor-PsychologIn. Man erkennt dabei auch: Die „vertikale Differenzierung“ soll bei der DRV Bund in etwa kostenneutral bleiben.

Diese Veränderung stellt eine Herausforderung für die Teams der Psychologischen Dienste dar. Es ist mittlerweile nicht mehr so („wie früher“), dass alle KollegInnen alles machen können. Psychotherapie (inkl. Diagnostik im Hinblick auf Psychopathologie) als nicht ärztlich delegierte Leistung steht unter dem Approbationsvorbehalt, wobei mit guten Gründen die Auffassung vertreten wird, Anamnese, Diagnose- und Indikationsstellung seien als höchstpersönliche Leistungen auch nicht delegierbar. Und die Bachelor-AbsolventInnen werden nur die Leistungen erbringen dürfen (so die DRV Bund), hinsichtlich derer in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) auch Nicht-PsychologInnen als Leistungserbringer genannt werden, also z. B. Ent-

spannungsverfahren, inkl. Biofeedback, sowie Patientenvorträge und -schulungen.

Der Angestellten-Ausschuss (Ausschuss Psychotherapie in Institutionen) der Hessischen Psychotherapeutenkammer erstellt derzeit einen Katalog von Tätigkeitsbeschreibungen sowohl für die angestellten approbierten KollegInnen wie auch für diejenigen, die mit Diplom, Master oder Bachelor in Kliniken, Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen arbeiten möchten.

Damit soll die Diskussion in den psychologischen Teams versachlicht und erleichtert, gleichzeitig aber auch der „Wert“ der Approbation und die Notwendigkeit, approbierte KollegInnen in den Einrichtungen zu beschäftigen, herausgehoben werden.

Dieser „Wert“ ist nicht überall unumstritten. Während die DRV Bund auch in den somatischen Reha-Einrichtungen mindestens eine(n) Psychologische(n) PsychotherapeutIn fordert, konnten sich die DRV-Regionalträger (die früheren LVAs) nur zu einer „Empfehlung“ in diese Richtung

durchringen. Es gibt also in den verschiedenen Krankenhäusern und Kliniken, Beratungsstellen, Heimen und anderen Arbeitsfeldern angestellter KollegInnen noch

viel zur Verbesserung der Position unseres Heilberufes und zur Anerkennung der Notwendigkeit unserer psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des bio-

psycho-sozial-ökologischen Krankheitsmodells zu tun.

*Karl-Wilhelm Höffler  
(Mitglied des Vorstands)*

### Kammeraktivitäten zu Landtags- und Bundestagswahl

Die beiden Wahlen am 22. September 2013 waren Anlass für die Kammer, mit vielfältigen Aktivitäten ihre gesundheitspolitischen Anliegen in die politische Debatte zu tragen.

Wie vor vier Jahren wurde das Gespräch mit zahlreichen Bundestagsabgeordneten und aussichtsreichen Kandidatinnen und Kandidaten gesucht. Da nur ein Mitglied des Gesundheitsausschusses aus Hessen stammt, waren die meisten Gesprächspartner eher fachfremd. In diesen Gesprächen wurde besonderer Wert darauf gelegt, Basisinformationen zu vermitteln.

Es wurden insgesamt 15 Bundespolitikerinnen und -politiker (CDU und SPD je vier, GRÜNE drei, FDP und Linke je zwei) angefragt, von den Gesprächen kamen nur drei nicht zustande. Geführt wurden die Gespräche von Mitgliedern des Vorstands, aber auch die Delegierten Manfred Burkart und Michael Ruh beteiligten sich. Bei jedem der Gespräche wurden die BPTK-Broschüre „10 Tatsachen zur Psychotherapie“ sowie eine Information zur Versorgungssituation in Hessen, eine DPT-Resolution zur Honorargerechtigkeit für Vertragspsychotherapeuten und die DPT-Resolution „Versorgung bei psychischen Erkrankungen verbessern – Forderungen an die Politik im Wahljahr 2013“ überreicht. Zentraler Gesprächspunkt war die Versorgungssituation/Bedarfsplanung in Hessen, dazu kamen weitere Themen je nach Gesprächssituation und den Interessen der Gesprächspartner. In vielen Gesprächen mit Politikern war hilfreich, dass deren Söhne, Töchter oder Partner psychotherapeutisch tätig oder in psychotherapeutischer Ausbildung sind.

Auf Landesebene hatte der Vorstand bereits im Januar die Spitzen aller im Landtag vertretenen Parteien sowie die gesundheitspolitischen Sprecher und Sprecherinnen angeschrieben und seine Vorstellungen zu den folgenden Themenfeldern dargelegt: Be-

darfsplanung bei psychischen Erkrankungen, Novellierung hessisches Freiheitsentziehungsgesetz, Berücksichtigung von Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Hessischen Landeskrankenhausesgesetz, Behandlungsvollzug psychisch auffälliger Straftäter, Bereitstellung von Studienplätzen für akademische Heilberufe, Vergütungsregelung für Psychotherapeuten in Ausbildung und Prävention psychischer Erkrankungen. Ziel war, Anstöße für die parteiinterne Programmdiskussion zu geben.

Vor der Sommerpause wurden Wahlprüfsteine formuliert und die Landtagsparteien um Beantwortung gebeten. Dabei beteiligte sich die Kammer an einer gemeinsamen Aktion aller Heilberufekammern, die jeweils zwei Prüfsteine beitrugen. Unsere Forderungen an die Politik bezogen sich einerseits auf die Verbesserung der Versorgung und andererseits auf die Notwendigkeit, bei der Weiterentwicklung fachlicher Standards für Erziehungsberatung und deren Finanzierung das Land wieder in die Pflicht zu nehmen. Die Antworten der Parteien wurden in einer Pressekonferenz von

den Heilberufekammern vorgestellt. Öffentliche Resonanz fand dann leider vorwiegend das duale Krankenversicherungssystem, das nicht zu unseren gesundheitspolitischen Anliegen gehört.

Ergänzend hat der Vorstand weitere Wahlprüfsteine entwickelt. Die Antworten der Parteien auf die Fragen wurden auf der Homepage veröffentlicht und über den elektronischen Newsletter der Kammer in der Mitgliedschaft bekannt gemacht. Themen waren: Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, Beteiligung der Landespsychotherapeutenkammer an versorgungsrelevanten Gremien, das Hessische Landeskrankenhausesgesetz, Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung, Prävention inkl. Förderung der Erziehungsberatungsstellen und die Reform der Psychotherapeutenausbildung.

*Dr. Heike Winter (Vizepräsidentin),  
Alfred Krieger (Präsident),  
Johann Rautschka-Rücker  
(Geschäftsführer)*



*Alfred Krieger (Präsident LPPKJP Hessen), Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Präsident Landesärztekammer Hessen), Dr. Ingo Stammberger (Präsident Landestierärztekammer Hessen), Dr. Michael Frank (Präsident Landes Zahnärztekammer Hessen) auf einer gemeinsamen Pressekonferenz der Hessischen Heilberufekammern am 26. Juni 2013 im Café Maldaner in Wiesbaden.*

## Geht die Psychotherapie ins (Inter-)Netz?

Schon seit geraumer Zeit tauchen in der öffentlichen und in der Fachpresse immer wieder Meldungen und Artikel auf, welche die teils sehr gute Wirksamkeit von Psychotherapie per Internet herausstellen. Nicht selten bleibt aber etwa unklar, ob es sich um Selbsthilfe oder Psychotherapie handelt. Denn die Berufsordnung der Kammern definiert, was Psychotherapie sein kann – und was eben auch nicht. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen möchte im Rahmen einer Fachveranstaltung, die am 9. November 2013 in der Zeit von 9.30 bis 17.00 Uhr an der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Casinogebäude, stattfinden wird, die Mitglieder dazu einladen, sich dem Gegenstandsbereich zu nähern, indem selbiger aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet wird.

**Prof. Dr. Thomas Berger** (Universität Bern) wird zunächst einen Überblick geben zum „state of the art“, was internetbasierte Interventionen bei Angststörungen und Depression betrifft. Anschließend wird **Dr. Björn Meyer** von der Firma GAIA (Hamburg) das

Medizinprodukt „deprexis“, ein internetbasiertes Patientenprogramm, vorstellen und dazu vorliegende Forschungsergebnisse mitteilen. **Barbara Evangelou**, tätig in der Erziehungsberatung in Frankfurt am Main, wird in die virtuelle Beratungsstelle der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) einführen und über Erfahrungen damit berichten. **Prof. Dr. Ulrich Müller**, Vorstand der LPPKJP Hessen und Lehrender an der Hochschule Hannover, wird über Haftungs- und Berufsrecht sowie Qualitätssicherung im Kontext des Gegenstandsbereichs referieren. **Jürgen Hardt**, Gründungspräsident der LPPKJP Hessen, wird mit seinem Vortrag mit dem auf Martin Heidegger bezugnehmenden Titel „Psychotherapie unter der Herrschaft des Man – Subjekt und Beziehung in der Internettherapie“ kulturwissenschaftliche Aspekte beisteuern. Eine abschließende Podiums- und Plenumsdiskussion mit den Referentinnen und Referenten sowie mit **Dr. Renate Frank** (Vorsitzende Ausschuss „Wissenschaft & Forschung“ der LPPKJP Hessen) und **Jörg Wollstadt**, der den Ausschuss „Qualitätssicherung“ der LPPKJP Hessen vertreten wird, soll die Ver-

### „Geht die Psychotherapie ins Netz? Projekte – Erfahrungen – Realisierbarkeit“

#### Fachtagung der LPPKJP Hessen

am Samstag, 9. November 2013 in FFM

#### Vorträge

Prof. Dr. Thomas Berger  
(Einführung in das Thema)

Dr. Björn Meyer  
(deprexis)

Barbara Evangelou  
(Erfahrungen mit Online-Beratung)

Prof. Dr. Ulrich Müller  
(Haftungs- und Berufsrecht, QS)

Jürgen Hardt  
(kulturwissenschaftliche Aspekte)

#### Podiums- und Plenumsdiskussion

anstaltung abrunden und den Mitgliedern ermöglichen, sich aktiv an der wichtigen und notwendigen Diskussion zum Thema zu beteiligen.

*Dr. Matthias Ochs  
(wissenschaftlicher Referent)*

## Ein Pionier der universitären Psychotherapieausbildung: Nachruf auf Prof. Dr. Wolf Lauterbach (\*14.7.1941 † 11.7.2013)



**Prof. Dr. Wolf Lauterbach**  
(\*14.7.1941, † 11.7.2013)

Unser Mitglied Prof. Dr. Wolf Lauterbach, Inhaber der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt von 1979 bis 2006, ist gestorben.

Wolf Lauterbach war ein vielseitig interessierter Psychotherapeut, Lehrer und klinischer Forscher. Das spiegelte sich auch in seinen Forschungsschwerpunkten wider, die von der Bedeutung psychischer Konflikte bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen, der Konfliktagnostik und hier insbesondere

die Entwicklung und Validierung eines Systems zur Messung intrapsychischer Konflikte, über Veränderungsstadien in der Psychotherapie, der Psychotherapie in Russland bis hin zu Zwangserkrankungen und Sozialer Phobie reichten.

Er war ein begeisterter kognitiver Verhaltenstherapeut mit breiter psychotherapeutischer Erfahrung, der bereits in den sechziger Jahren bei Victor Meyer und Hans-Jürgen Eysenck seine Ausbildung in Verhaltenstherapie erhalten hatte. Seine Erfahrungen als klinischer Forscher und als Psychotherapeut bildeten das Fundament für sein Engagement bei der Etablierung einer universitären Psychotherapieausbildung. Als ganz besonderes Verdienst Wolf Lauterbachs muss die Einrichtung eines Weiterbildungsstudiums für Psychotherapie an der Universität Frankfurt gewertet werden. Bereits 1993 begann die erste Gruppe von

Diplom-Psychologinnen und -Psychologen ihre Weiterbildung in Psychologie/Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie, die von DGPs und BDP zertifiziert war, an der Goethe-Universität. Dies geschah zu einem Zeitpunkt, an dem es an kaum einer anderen deutschen Universität ein solches praxisnahes Weiterbildungsangebot für Psychotherapie gab. Wolf Lauterbach verfolgte damit die praktische Umsetzung des *Scientist/Practitioner-Modells*, in dem eine enge Vernetzung von Psychotherapieforschung und -praxis stattfinden konnte. Das von ihm gegründete Weiterbildungsprogramm wurde 1999 durch das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen als Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapie staatlich anerkannt. Im selben Jahr erfolgte auch die Ermächtigung der Ausbildungsambulanz und der Hochschulambulanz durch den Zulassungsausschuss der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessens. Aufgrund der erfolgreichen Arbeit in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten wurde 2008 mit einem ebenfalls staatlich anerkannten Ausbildungsgang zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der Goethe-Universität begonnen und die Ambulanz für Kinder und Jugendliche eröffnet. Zu Beginn der 1990er-Jahre waren Lauterbachs Ideen von einer engen Verzahnung von wissenschaftlicher For-

schung und Psychotherapeutenausbildung geradezu visionär und nicht ohne Widerstand durchzusetzen. Heute gibt es, nicht zuletzt dank seiner Bemühungen als einem der Vorreiter in der universitären Psychotherapeutenausbildung, 36 universitäre Ausbildungsinstitute und damit an fast jedem Psychologischen Institut Deutschlands eine solche staatlich anerkannte Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und an vielen auch zum Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapeuten. Diese Vernetzung von Psychologiestudium, wissenschaftlicher Forschung, Ausbildung in Psychotherapie und Durchführung von Psychotherapien in den Ausbildungs- und Hochschulambulanzen sind ein großer Gewinn sowohl für Studierende als auch für angehende Psychotherapeuten und Patienten.

*Dr. Heike Winter  
(Vizepräsidentin)*

## Gedenkstunde für Moritz und Sophie Bormass

Am 3. Juli 2013 wurde in einer Gedenkstunde in der Geschäftsstelle der Kammer an die Eheleute Bormass erinnert, die bis Mai 1940 in eben dieser Wohnung am Gutenbergplatz 1 in Wiesbaden lebten. 1939 wurde das Vermögen der jüdischen Familie beschlagnahmt, acht Monate später ihre Wohnung. 1942 wurden beide nach Theresienstadt deportiert, wo sie nach wenigen Tagen starben. Zur Verlegung der beiden Stolpersteine im vergangenen Jahr waren auch in Spanien lebende Urenkel anwesend.

Zur Feierstunde hatte der Kammervorstand Herrn Dr. Jakob Gutmark vom Vorstand der Jüdischen Gemeinde Wiesbaden, Frau Inge Naumann-Götting und Frau Giesela Kunze vom Aktiven Museum Spiegelgasse sowie Frau Ruth Brettinger als Patin der Stolpersteine eingeladen. Präsident Krieger erinnerte an das Schicksal der Familie Bormass und an die Beteiligung von Kliniken und Ärzten in der Zeit des Nationalsozialismus bei der Vernichtung „unwerten Lebens“ beispielsweise in Hadamar oder Eltville/Rheinhöhe. Eine „Irrenanstalt Cholm, Post Lublin“ wurde eigens erfunden, um Angehörigen in bürokratischer Sachlichkeit Todesmitteilungen über er-



*Gedenktafeln für das von den Nazis in Theresienstadt ermordete Ehepaar Bormass in den Räumen der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hessen.*

mordete Patientinnen und Patienten zu machen. Krieger wies auf eine Ausstellung zur Geschichte der Psychoanalyse hin, die 1985 in Hamburg gezeigt wurde. Mit deren Titel „Hier geht das Leben auf eine sehr merkwürdige Weise weiter ...“ sei die Tendenz zur Verleugnung des Offensichtli-

chen angesprochen, der damals wie heute nur mit Aufklärung über die Wahrheit beizukommen sei.

Die vom Aktiven Museum Spiegelgasse erstellten Erinnerungsblätter hängen jetzt im Flur der Geschäftsstelle. **AK**

## Mitteilungen der Geschäftsstelle

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Margit Scheiding-Büch  
(Offenbach am Main)

### Redaktion:

Yvonne Winter, Dr. Matthias Ochs

### Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611 / 53168-0  
Fax 0611 / 53168-29  
E-Mail: post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de  
Yvonne Winter, Dr. Matthias Ochs

## Politik im Gespräch

Anlässlich der bevorstehenden Wahlen zum 18. Deutschen Bundestag führten Vorstand und Geschäftsführung der PKN Gespräche mit niedersächsischen Politikern, um Denkanstöße zur Förderung der psychotherapeutischen Versorgung zu geben. Allen niedersächsischen Abgeordneten im Bundestag waren im Vorfeld wichtige „Meilensteine“ zur Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung gestellt und die Bereitschaft zum persönlichen Austausch signalisiert worden. Folgende Forderungen wurden an die Politik gerichtet.

1. Förderung von präventiven Prozessen und Strukturen.
2. Reform der Psychotherapieausbildung jetzt.
3. Erweiterte Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Versorgung, flächendeckend.
4. Strukturelle Verankerung des Berufsstandes in der stationären und institutionellen Versorgung.
5. Sicherung der Honorare und angemessenen Vergütung für angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die Aktion stieß auf positive Resonanz. Neben schriftlichen Reaktionen wurde auch von zwei Abgeordneten die Gelegenheit zum persönlichen Austausch genutzt.

Am 2. Juli 2013 kam Frau Nicole Bracht-Bendt, Obfrau im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Sprecherin für Frauen und Senioren der FDP-Bundestagsfraktion, in die Geschäftsstelle der PKN. Als Mitglied der Kinderkommission des Deutschen Bundestages zeigte Frau Bracht-Bendt großes Interesse an dem von der PKN begleiteten Modellprojekt „Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern und ihren psychisch erkrankten Eltern“ im Landkreis Wolfenbüttel. Herr Hermann stellte das Projekt vor, ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig frühzeitige Prävention in kooperativer Zusammenarbeit für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung ist. Die FDP-Politikerin regte hier an, sich Anfang 2014 an die neu gebildete Kinderkommission zu wenden, die in einer aktuellen Stellungnahme zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern ebenfalls eine bessere Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme und individuelle, auf den Bedarf der Kinder und Familien zugeschnittene niedrigschwellige Angebote empfohlen hatte.

Frau Bracht-Bendt erläuterte eine weitere Stellungnahme der Kinderkommission zum Thema „Kinder und Trauer“ und die dort aufgestellte Forderung nach einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern. Die PKN begrüßte diese Initiative, machte aber darauf aufmerksam, dass Patientinnen und Patienten selbst bei kurzfristiger Inanspruchnahme von Psychotherapie in Akutsituationen Nachteile beim späteren Abschluss von Versicherungen zu befürchten haben. Hier gibt es deutliche Unterschiede zur somatischen Medizin. Psychotherapie wird undifferenziert und ohne Berücksichtigung der Prognose der Patienten als Risikofaktor eingestuft.

Thema war auch die nach wie vor bestehende Problematik langer Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten. In diesem Zusammenhang auf die extrabudgetäre Vergütung angesprochen, stellte Frau Corman-Bergau richtig, dass die Finanzierung der Psychotherapie „aus einem anderen Topf“ nicht für ein Mehr an Anbietern von Psychotherapie Sorge. Die PKN setze sich deshalb weiterhin dafür ein, dass mehr KV-Sitze für Psychotherapeuten geschaffen werden.

*Susanne Passow*

## Gespräch mit Frau Dr. Carola Reimann, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag

Am 15. August 2013 trafen sich Vorstand und Geschäftsführung der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer mit Frau Dr. Carola Reimann, der Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, zum Meinungsaustausch über die aktuellen Themen Reform der Psychotherapieausbildung und Bedarfsplanung und Erstversorgung von psychisch Kranken.

Der aktuelle Stand zur Diskussion um die Reform des Psychotherapeutengesetzes wird kurz dargestellt mit den Beschlüssen des Deutschen Psychotherapeutentages zu einem Beruf und zur Reform der Ausbildung.

Die Position des Gesundheitsministeriums mit der Forderung nach Direktausbildung wird benannt.

Im folgenden Meinungsaustausch mit Frau Dr. Reimann wird deutlich, dass sie der Meinung ist, dass die Vielfalt der Therapiemethoden in der Hochschullehre erhalten werden muss bzw. wie-



*Dr. Carola Reimann*



v.l.n.r. Dr. Josef Könnig, Dr. Carola Reimann, Gertrud Corman-Bergau, Susanne Passow, Jörg Hermann

der hergestellt werden muss, dass als dringendstes Problem der Master im Psychotherapeutengesetz verankert werden und die Bezahlung der praktischen Tätigkeit in den Kliniken gesetzlich geregelt werden muss.

Frau Dr. Reimann macht deutlich, dass Modelle der Direktausbildung, wie sie aus Gründen der Systemgleichheit analog zur Ärzteausbildung diskutiert werden, für die SPD Bundestagsfraktion nicht Erstpriorität darstellt.

Die Forderung des Psychotherapeutentages nach *einem* Beruf, Regelung der Zugänge zur Erwachsenen- bzw. Kindertherapie über die Fachkunde, das Thema Erstzugang zur Psychotherapie und kurzfristiges zur Verfügung stellen von Psychotherapieplätzen für psychisch Kranke ist ein Anliegen, was der SPD Bundestagsfraktion und Frau Dr. Carola Reimann sehr am Herzen liegt.

Die Mitglieder des Vorstandes der PKN machen deutlich, dass im Wesentlichen hier die fehlenden Behandlungskapazitäten die Ursache für Wartezeiten darstellen.

Eine bessere Bezahlung für die Probatorik, für die Diagnostik, für die Indikationsstellung von Psychotherapie könnte hier eine erste Entlastung schaffen insofern, als dass kurzfristig auch für die Indikationsstellung von Psychotherapie Behandlungsplätze zur Verfügung gestellt werden und dass

aufgrund der Ergebnisse der Indikationsstellung dann nach Schweregrad der Erkrankung differenziert Behandlungsplätze zur Verfügung gestellt werden können.

IV-Verträge unter Einbeziehung von Krankenhäusern und Krankenkassen können für bestimmte Patientengruppen Entlastung schaffen, lösen aber das grundsätzliche Problem der fehlenden Kapazitäten nicht.

In dem Thesenpapier der SPD Bundestagsfraktion wird für die Lösung der Erstversorgung die Aufgabe der psychiatrischen Institutsambulanzen als Schnittstelle zwischen stationär und ambulant in den Mittelpunkt der Argumentation gerückt. Hier machen die niedersächsischen Kammervertreter deutlich, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen für die Versor-

gung von schwerst gestörten Patienten, die nicht „wartezimmerfähig“ sind, keine grundlegende Lösung für die Schnittstelle ambulant/stationär bereitstellen können.

Auch Kapazitätsverwaltung, wie sie von der TK angedacht sind, sind aus Sicht des Kammervorstandes hier nicht zielführend, schaffen nur zusätzliche Bürokratie und verschleppen das Problem.

Einen großen Anteil in dem Papier der SPD Bundestagsfraktion und auch im Gespräch mit Frau Dr. Carola Reimann nahm der Punkt Förderung von präventiven Maßnahmen ein.

Förderung von Erziehungsberatung und schulpsychologischer Beratung, Sicherung der Stellen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen von Jugendhilfe und Erziehungsberatung, Schuleingangsuntersuchung durch PP und KJP, Vorsorgeuntersuchung analog zu den U-Untersuchungen im klinisch psychotherapeutischen Bereich sind langfristig als Elemente einer präventiven Strategie denkbar.

Frau Dr. Reimann macht noch einmal deutlich, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die nicht nur über das SGB V strukturiert und geschult werden kann.

Die Erstversorgung kann langfristig nur durch eine veränderte Bedarfsplanung und das Bereitstellen zusätzlicher Behandlungskapazitäten gelöst werden.



Dr. Carola Reimann, Dr. Josef Könnig

Das ist die Botschaft der Vertreter der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer an die Gesundheitsministerin.

Zurzeit hat der Psychotherapeutenberuf noch keine Nachwuchssorgen im Gegensatz zu den Haus- und Fachärzten. Hier ist jetzt die Politik gefordert, für die jungen approbierten Kolleginnen und Kollegen auch ausreichend Arbeitsmöglichkeiten für die psychisch kranken Patienten zur Verfügung zu stellen.

In einem möglichen neuen Präventionsgesetz muss, nach Frau Dr. Reimann, eine Sozialversicherungssystem übergreifende Finanzierung gefunden werden, in der Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Krankenversicherung ihren Anteil

an Prävention leisten. Diese Querschnittsaufgabe darf nicht zu groß sein, muss aber spezielle Probleme, wie Kinder psychisch kranker Eltern, Bewältigung von chronischen Krankheiten, Elterntermin etc. umfassen.

Als besonderes Problem im Rahmen der Diskussion über die Präventionsstrategien benennt Frau Dr. Reimann die psychotherapeutische Versorgung von alten alleinstehenden Männern in der Gesellschaft.

Für den Vorstand der Niedersächsischen Kammer war erhellend, dass die Reform des Psychotherapeutengesetzes aus Sicht der SPD große Priorität hat, dass die Zugangsvoraussetzungen über den Master und eine gesetzliche Regelung zur Bezahlung

der praktischen Tätigkeit zeitnah umgesetzt werden müssen.

Die Priorität für eine mögliche Regelung zur Direktausbildung wird von Frau Dr. Carola Reimann, im Gegensatz zu den Signalen aus dem Gesundheitsministerium, so nicht gesehen.

Der Vorstand der PKN hat abschließend deutlich gemacht, dass die Positionierung der SPD Bundestagsfraktion zu Fragen der Versorgung psychisch Kranker in unserer Gesellschaft sehr positiv bewertet wird und dass die niedersächsische Kammer sich ähnliche Positionierungen auch von den anderen Parteien wünschen würde.

*Dr. Josef Könning*

## Stellungnahme des Vorstandes der PKN zum AOK-Hausärztervertrag Depression und Burn-out in Niedersachsen

Der Vorstand begrüßt es, dass im AOK-Vertrag die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten stärker in den Blickwinkel von Krankenkassen und Öffentlichkeit kommen. Als problematisch wird hingegen die Gefahr einer Priorisierung durch die Bevorzugung bestimmter Patientengruppen gesehen. Von einer Prämie zur „Gesundschreibung“ distanziert sich der Vorstand ausdrücklich.

1. Allerdings kommt es aufgrund der nicht ausreichenden Kapazitäten im Bereich der Psychotherapie zu unzumutbar langen Wartezeiten. Deshalb muss das oberste Ziel sein, die Kapazitäten für die Behandlung aller Patienten zu erweitern. In dieser Hinsicht ist die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ein Schritt in die richtige Richtung. Weitere Halbierungen von Kassensitzen tragen ebenfalls zur Ausweitung des Angebotes an Psychotherapie für alle Patientinnen und Patienten bei, ebenso wie zusätzliche Sonderbedarfszulassungen.
2. Der Vorstand stellt fest, dass die Bezahlung für die diagnostischen Leistungen und die Probatorik im Vergleich zu der Bezahlung der genehmigungspflichtigen Leistungen deutlich zu gering aus-



### Klausurtagung Vorstand

fällt, obwohl der fachliche und der zeitliche Aufwand höher ist.

Eine Verbesserung der Bezahlung für eine fundierte Indikationsstellung ist unbedingt notwendig. Die PKN setzt sich dafür ein, dass in zukünftigen Verträgen eine zeitnahe Erstsitzung sowie Probatorik, Diagnostik und Indikationsstellung für Psychotherapie für alle Patienten besser bezahlt werden. Die Kolleginnen und Kollegen verpflichten sich erst dann, ihre Praxisstruktur in diesem Sinne zu verändern und zeitnah Termine für Erstgespräche, Diagnostik und Indikationsstellung bereitzuhalten. Nur

auf dieser Grundlage ist es möglich, in Einzelfällen eine Priorisierung vorzunehmen und in anderen Fällen eine zumutbare Wartezeit einzuplanen.

3. Ein niedrigschwelliger Zugang zur Psychotherapie ist ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz von psychotherapeutischer Behandlung. Die Kooperation mit den behandelnden Hausärzten sieht der Vorstand als notwendig und hilfreich an. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie muss erhalten bleiben.
4. Kurzfristige Interventionen, wie sie im AOK-Hausärztervertrag vereinbart sind, können einer Chronifizierung vorbe-

gen und werden vom Vorstand der PKN deshalb begrüßt. Sie müssen angemessen zusätzlich vergütet werden. Eine „Gesundschreibprämie“ von 50,- € für Kurzinterventionen lehnt der Vorstand aus ethischen Gründen ab.

5. Die Priorisierung der Behandlung einer ausgewählten Patientengruppe darf nicht zu Lasten der Behandlung anderer Patienten gehen. Möglichkeiten, die dem Rechnung tragen, könnten unter anderem sein:

- Es sollten Anreize geschaffen werden, dass einzelne Praxen für diese

Patientengruppen zusätzliche Behandlungskapazitäten entwickeln.

- Jobsharer, Inhaber halber Sitze oder Angestellte in den Praxen können über das gedeckelte Budget hinaus diese Behandlungen durchführen.

- Ebenfalls könnten Psychotherapeuten in Privatpraxen über die Kosten-erstattung vermehrt einbezogen werden.

- Auch könnten mehr Sonderbedarfszulassungen für Entlastung sorgen.

6. Der Vorstand kritisiert, dass die Fachkompetenz der PKN bei den Verhand-

lungen zum AOK-Hausärztervertrag nicht einbezogen worden ist. Eine Veränderung des Vertrages im Sinne dieser Stellungnahme kann die Akzeptanz in der Profession deutlich verbessern.

7. Die Mitglieder der PKN wünschen sich eine bessere Versorgung von psychisch kranken Menschen und müssen täglich den Spagat zwischen verantwortlichem psychotherapeutischem Angebot und notwendiger Selbstfürsorge für die eigene Person bewältigen.

## Interview mit Frau Pietz

In unserer Reihe Kurzinterviews mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle der PKN, in der den Mitgliedern einerseits die in der Geschäftsstelle tätigen Personen aber auch die vielfältigen Aufgabenbereiche der Kammer vorgestellt werden, kommt heute Nadine Pietz zu Wort.

**Frau Pietz, seit wann sind sie bereits in der PKN tätig und welche Bereiche umfasst Ihr Aufgabengebiet?**



Nadine Pietz

Ich bin seit 2008 bei der PKN tätig und dort in erster Linie zuständig für den Bereich Sekretariat Vorstand und Geschäftsführung. Dazu gehören sämtlich anfallende Sekretariatsaufgaben wie die Korrespondenz, Terminkoordination, Abstimmungsprozesse, die Vor- und Nacharbeit der Vorstandssitzungen und auch der Sit-

zungen der anderen Gremien, also der Ausschüsse und Kommissionen. Darüber hinaus gehört noch dazu die organisatorische Begleitung von Projekten und auch des PTJ, also die Formatierung und terminliche Abwicklung der Erstellung der Länderseiten. Dazu kommt noch meine Tätigkeit im Bereich der berufsrechtlichen Angelegenheiten und im Beschwerdemanagement.

**Mit welchen Aufgaben haben Sie es im Beschwerdemanagement zu tun?**

Die verschiedenen Teilbereiche bilden gewissermaßen einen eigenen Teilbereich, der getrennt vom sonstigen Geschäftsstellenbetrieb zu betrachten ist, da in besonderer Weise mit schützenswerten Daten und Angelegenheiten umgegangen wird. Dazu gehören die Geschäftsabläufe, die das Berufsgericht, die Beschwerdestelle, die Schlichtungsstelle und den Schlichtungsausschuss betreffen. Dazu gehört z. B. auch der organisatorische Teil der Benennung der Richter und ehrenamtlichen Richter.

**Sie haben es dort also mit besonders sensiblen Angelegenheiten zu tun?**

Ja, so kann man das sagen. Selbst der Vorstand erhält nur in anonymisierter Form Kenntnis über die einzelnen Geschäftsprozesse. Ich bin für den Aufgabenbereich, der auch das Berufsgericht umfasst, auch

vereidigt worden, um die betreffende Post bearbeiten zu dürfen.

**An welchen Stellen kommen Sie mit den Mitgliedern in Berührung?**

Vor allem im Rahmen der Mitgliedsanfragen u. a. auch an die Vorstandsmitglieder im Rahmen der Vorstandssprechstunde. Dort habe ich sowohl schriftlich als auch telefonisch direkt Kontakt mit unseren Mitgliedern.

**Gibt es etwas, was Sie sich von den Mitgliedern wünschen würden?**

Ich freue mich weiterhin auf eine gute Zusammenarbeit und bin immer gerne als Ansprechpartnerin für unsere Mitglieder erreichbar.

### Geschäftsstelle

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
Sprechzeiten:  
Mo, Di, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Mail-Anschrift: info@pknds.de  
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:  
Akkreditierung@pknds.de  
Internet: www.pknds.de

## Kammerversammlung vom 25. Mai 2013



### Plenum Kammerversammlung

Am 25. Mai 2013 beriet die Kammerversammlung schwerpunktmäßig zu Fragen der Krankenhausplanung und der Novellierung der Beitragsordnung.

### Krankenhausplanung 2015

Im Bericht des Vorstands erläuterte Präsidentin Monika Konitzer den Stand der Krankenhausplanung 2015 in NRW. Die Psychotherapeutenkammer NRW habe anlässlich der Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Landtages am 7. März 2013 eine ausführliche schriftliche Stellungnahme abgegeben. Bisher gehöre die Kammer nicht zu den Organisationen, die an der Krankenhausplanung zu beteiligen seien. Angesichts der anstehenden Strukturreformen in der stationären Versorgung psychisch Kranker halte die Kammer eine Beteiligung an der Krankenhausplanung für überfällig und notwendig. Wesentliche Punkte der Stellungnahme der PTK NRW seien:

- Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) sind für die leitliniengerechte und qualitativ hochwertige

Versorgung – auch im Krankenhaus – unverzichtbar. Die Vorgaben im Krankenhausplan berücksichtigen die Bedeutung der PP und KJP für eine bedarfsgerechte, integrative, multiprofessionelle, sektorenübergreifende Versorgung nicht ausreichend.

- Eine zukunftsfähige, integrative Krankenhausplanung erfordert eine strukturelle Verankerung der multiprofessionellen Kooperation im Krankenhaus, d. h. auch eine strukturelle Verankerung der Berufsgruppen der PP und KJP. Multiprofessionalität ist zum Nutzen der Patientinnen und Patienten notwendig, daher muss neben ärztlicher Weiterbildung auch die Aus- und Weiterbildung der PP und KJP in der Krankenhausplanung abgesichert werden. Entsprechend sollte auch die Bezeichnung der Erkrankungen sprachlich überarbeitet werden, auch diese sollten nicht weiterhin aus den ärztlichen Gebietsbezeichnungen abgeleitet werden.

### NRW-Gesundheitsministerium

Dr. Jörg Lafontaine vom NRW-Gesundheitsministerium erläuterte die Grundsätze

der Krankenhausplanung aus der Sicht seines Hauses. Das Gesundheitsministerium stelle nach § 12 Krankenhausgestaltungsgesetz den Krankenhausplan auf und schreibe ihn fort. Dieser beschreibe den Stand und die Entwicklung der Krankenhäuser und Ausbildungsstätten, die für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger erforderlich seien.

In Psychiatrie und Psychosomatik ist ein bedarfsgerechter Ausbau der Versorgungskapazitäten vorgesehen – von 16.041 (Soll 2010) auf 18.344 im Jahr 2015 –, so Lafontaine. Ein weiteres Ziel sei ein integratives Versorgungsangebot von Psychiatrie und Psychosomatik. Eine gemeinsame Planung und Vorhaltung der Versorgungskapazitäten sei wegen der engen Verbindung beider Bereiche zur Somatik und Überschneidungen bei den zu behandelnden Krankheiten sachgerecht. Ein gemeinsam verantwortetes Versorgungsangebot trage auch zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung von psychisch und psychosomatisch Kranken bei. Die Leitung



Dr. Jörg Lafontaine,  
Gesundheitsminister NRW

einer Abteilung müsse Facharzt sein, die Stellvertretung solle Facharzt sein und eine dritte Person müsse den Facharztstandard sicherstellen können.

Das Ministerium habe Anregungen der PTK NRW in das Konzept übernommen. Der Hinweis auf die fehlende Definition von „schwer psychisch und psychosomatisch Kranken“ solle aufgegriffen und klarstellend durch die Formulierung „psychisch und psychosomatisch Kranke mit komplexem Hilfebedarf“ ersetzt werden. Des Weiteren solle die Notwendigkeit des engen Zusammenwirkens aller an der Versorgung Betroffener beteiligten Berufsgruppen stärker herausgestellt werden.

In der anschließenden Diskussion äußerten zahlreiche Mitglieder der Kammerversammlung Kritik daran, dass die Psycho-

therapeutenkammer nicht zu den „Beteiligten“ der Krankenhausplanung (§ 15 Krankenhausgestaltungsgesetz) gehöre, wohl aber die Ärztekammern. Außerdem müsste eine Lösung dafür gefunden werden, dass auch mit der Approbation als PP und KJP eine Leitungsfunktion möglich sei, da diese dem Facharztstandard entspreche.

### **Krankenhausplan veröffentlicht – Klarstellung zur Leitungsfunktion**

Der Krankenhausplan wurde inzwischen am 23. Juli vom NRW-Gesundheitsministerium veröffentlicht. Darin wird im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer fachärztlichen Leitung aus beiden Fachgebieten (Psychiatrie und Psychosomatik) ausdrücklich auf den Satz § 31 Abs 2 des KHGG ver-

wiesen: „Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.“

Jetzt müssen Krankenhausträger und Krankenkassen darüber verhandeln, wie der Plan regional in den 16 Versorgungsgebieten umgesetzt wird. Dabei geht es nicht nur um die zusätzlichen Betten in Psychiatrie und Psychosomatik, sondern um den Abbau von ca. 13.000 Betten in den organmedizinischen Fächern, sodass wohl langwierige Verhandlungen bevorstehen.

## **Einkommensabhängige Beitragsordnung diskutiert**

Vizepräsident Hermann Schürmann stellte auf der Kammerversammlung den Rohentwurf für einen einkommensabhängigen Beitragssatz vor. Der bisherige einheitliche Regelsatz von 350 Euro habe zu zahlreichen Beschwerden von Kammermitgliedern mit niedrigem Einkommen geführt. Außerdem gebe es zahlreiche Rückgaben der Approbation aus finanziellen Gründen. Deshalb sei der Vorstand von der Kammerversammlung beauftragt worden, mehrere Modelle einer Beitragstabelle zu berechnen, die Berechnungen seien den Mitgliedern der Kammerversammlung zugegangen. Der Vorstand schlage nun ein Modell vor, bei dem alle Mitglieder der PTK NRW den gleichen Prozentsatz vom Einkommen („Hebesatz“) als Beitrag zahlen. Die weiteren Eckpunkte des Modells seien: Beim Einkommen werde allein auf die Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit abgestellt. Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit bis zu 10.000 Euro blieben beitragsfrei. Es werde ein Höchstbeitrag für Einkünfte über 100.000 Euro festgesetzt. Die Grundlage der Beitragsveranlagung sei das vorvergangene Jahr. Bei Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit (z. B. Praxisgewinn) würden pauschal 20% abgezogen, entsprechend dem Arbeitgeberanteil bei Angestellten. Jeder Kammerangehörige erhalte Anfang des Kalenderjahres die Aufforderung,

sich hinsichtlich der Beitragshöhe anhand der Beitragstabelle selbst einzustufen. Die Selbsteinstufungen der Kammerangehörigen würden stichprobenweise oder bei begründetem Verdacht überprüft.

Die Konsequenzen einer einkommensabhängigen Beitragsordnung seien, so Schürmann: Kammerangehörige, die aufgrund familiärer Verpflichtungen weniger arbeiten können, würden entlastet. Niedergelassene, die geringe Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen (z. B. bei Privatpraxis, Existenzgründung, bei hälftigem Versorgungsauftrag) würden entlastet. Kammerangehörige, die im geringen Umfang selbstständig zum Rentenbezug hinzuverdienen, müssten keinen bzw. nur einen geringen Kammerbeitrag zahlen. Kammerangehörige, die im geringen Umfang selbstständig zu einer angestellten/beamteten Teilzeittätigkeit hinzuverdienen, würden je nach Höhe der Einkünfte entlastet. Kammerangehörige mit höherem Einkommen würden stärker belastet.

Die Diskussion über das vom Vorstand vorgeschlagene Modell für eine neue Beitragsordnung verlief kontrovers. Themen waren unter anderem, ob der Arbeitsaufwand für eine einkommensabhängige Beitragsordnung für die Geschäftsstelle, aber auch für

die Mitglieder, nicht höher sei als der Aufwand für einen einheitlichen Regelbeitrag, ob der Höchstbetrag nicht höher als bisher geplant sein müsse, um auch Mitglieder mit einem sehr hohem Einkommen angemessen zu beteiligen, und ob Kinderfreibeträge zu berücksichtigen seien. Mehrere Delegierte betonten, dass sie einen einheitlichen Beitragssatz für jüngere Kolleginnen und Kollegen für ungerecht halten und ein Regelsatz von 350 Euro für diese zu hoch sei. Der Vorstand wird in der Kammerversammlung im Dezember einen Entwurf zur neuen Beitragsordnung vorlegen.



**Hermann Schürmann,**  
Vizepräsident PTK NRW

## Kammerversammlung diskutiert Aufgaben und Selbstverständnis der PTK NRW

Die Diskussion um ein Leitbild der Psychotherapeutenkammer NRW geht in die Endphase. Das Leitbild soll das heutige Verständnis der Funktion und Hauptaufgaben der Kammer beschreiben sowie eine einheitliche Grundlage für die Handlungsorientierung der Kammer in den kommenden Jahren schaffen.

Der Vorstand hat auf der Grundlage der bisherigen Diskussionen den Delegierten der Kammerversammlung einen Entwurf vorgelegt, der am 14. September 2013 beraten wurde. (Einen Bericht finden Sie auf der Homepage der PTK NRW unter „Aktuelles“. Wegen des frühen Redaktionsschlusses für die Länderseiten des PTJ ist ein Bericht an dieser Stelle leider nicht möglich). Die Verabschiedung des Leitbildes ist für die nächste Kammerversammlung im Dezember vorgesehen.

Im Folgenden dokumentieren wir den Entwurf des Leitbildes, wie er der Kammerversammlung vorgelegt wurde.

Wenn Sie sich als Kammerangehörige an dieser wichtigen Diskussion beteiligen möchten, können Sie sich mit Rückmeldungen an die Delegierten oder an den Vorstand wenden.

### Präambel

**0.1** Die Psychotherapeutenkammer (PTK) NRW ist die Selbstverwaltung der mehr als 8.000 Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in NRW mit Sitz in Düsseldorf.

**0.2** Mit diesem Leitbild wollen wir eine einheitliche und nachvollziehbare Orientierung für Mandatsträger, Kammerangehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Öffentlichkeit schaffen.

**0.3** Dabei sind wir uns unserer Verantwortung und unserer Einflussmöglichkeiten auf den Beruf und die Berufsausübung der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten bewusst.

### 1. Der Beruf

**1.1** Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Experten für psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen

und tragen mit ihrer Tätigkeit zur seelischen Gesundheit in der Bevölkerung bei.

**1.2** Sie arbeiten wissenschaftlich fundiert und verwenden wissenschaftlich anerkannte Methoden, nutzen klinische Expertise und gestalten die Beziehung zum Patienten professionell.

**1.3** Sie achten die Würde ihrer Patienten und üben ihren Beruf zum Wohle der Patienten gewissenhaft aus. Sie respektieren die Autonomie ihrer Patienten und gestalten ihr Handeln nachvollziehbar in einem sicheren Rahmen.

### 2. Die Psychotherapeutenkammer NRW

**2.1** Als berufliche Vertretung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in NRW setzt sich die Psychotherapeutenkammer NRW für angemessene gesellschaftliche, gesetzliche und ökonomische Rahmenbedingungen der Berufsausübung ein und unterstützt die Kammerangehörigen in beruflichen Angelegenheiten.

**2.2** Sie engagiert sich für die Berücksichtigung der Belange psychisch kranker Menschen und ein ausreichendes und hochwertiges psychotherapeutisches Versorgungsangebot.

**2.3** Sie legt die Standards der Berufsausübung fest und entwickelt sie kontinuierlich unter Beachtung des Versorgungsbedarfs, der wissenschaftlichen Erkenntnisse und des Berufsbildes weiter.

**2.4** Sie informiert die Öffentlichkeit zu Themen der psychischen Gesundheit und der psychotherapeutischen Behandlung und fördert das Vertrauen zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Gesellschaft.

### 3. Die Hauptaufgaben

**3.1** Die Psychotherapeutenkammer NRW sorgt für eine hochwertige Fort- und Weiterbildung und angemessene Qualitätssicherung. Sie setzt sich kontinuierlich für eine höchsten Ansprüchen genügende Ausbildung ein.

**3.2** Sie sichert die Erfüllung der Pflicht zur sorgfältigen Berufsausübung.

**3.3** Sie informiert die Kammerangehörigen in berufsbezogenen Belangen und bietet dazu Beratung und Dienstleistungen an.

**3.4** Sie formuliert Positionen des Berufs und vertritt diese gegenüber Behörden und Politik, in Gesetzgebungsverfahren und gegenüber anderen Organisationen.

**3.5** Sie setzt sich für leistungsfähige Versorgungsstrukturen und die berufsübergreifende Zusammenarbeit ein.

**3.6** Sie arbeitet eng mit anderen Kammern zusammen und pflegt einen regen Austausch mit Organisationen des Gesundheitswesens in Gremien und Initiativen.

### 4. Die Organisation

**4.1** Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist die PTK NRW demokratisch verfasst. Sie handelt auf der Grundlage von Recht und Gesetz, Satzungen und Ordnungen.

**4.2** Sie strebt eine breite Beteiligung der Kammerangehörigen an der Meinungsbildung zu wichtigen beruflichen Themen, die klare Formulierung der jeweiligen Interessen und Positionen und eine offene, kollegiale Diskussion an.

**4.3** Sie ist der Qualität und Professionalität ihrer Arbeit besonders verpflichtet. Wissen und Erfahrung bilden das Fundament der Arbeit. Dies setzt in der Geschäftsstelle kompetente, engagierte und leistungsbegeisterte sowie adäquat vergütete Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen voraus.

**4.4** Die gewählten Ehrenamtlichen steuern und kontrollieren die Ausrichtung und das Handeln der Kammer über die Kammerversammlung und den Vorstand. Die Zusammenarbeit von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen ist getragen von gegenseitiger Wertschätzung und respektiert die unterschiedlichen Zuständigkeiten.

**4.5** Klare Strukturen, eine funktionale Aufgabenteilung und die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen sind die Grundlage für einen leistungsfähigen Betrieb der Kammer.

**4.6** Die Psychotherapeutenkammer NRW strebt in ihrem Organisationshandeln die Verwirklichung der Grundsätze guter Verwaltungspraxis an (siehe beispielsweise den Europäischen Kodex für gute Verwaltungspraxis).

## Verwaltungsvorschrift Sachverständige in aufenthaltsrechtlichen Fragen geändert

Die Kammerversammlung verabschiedete aktualisierte Kriterien, nach denen Sachverständige in aufenthaltsrechtlichen Fragen in die Liste der PTK NRW aufgenommen werden.

Die Sachverständige Eva van Keuk vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf berichtete auf der Kammerversammlung über den aktuellen Erlass des Innenministeriums NRW. Eine Abschiebung habe danach zu unterbleiben, wenn sich dadurch eine psychische Erkrankung (wieder) verschlimmere. Eine Begutachtung am Tag der Abschiebung durch Notfallmediziner sei nicht ausreichend. Eine Abklärung müsse vielmehr im Vorfeld erfolgen.

Damit ein Attest anerkannt werde, seien Mindeststandards für die Begutachtung einzuhalten, wie sie das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2007 nenne.

Für die Beurteilung, ob eine PTBS die Folge von Folter sei, sei das Istanbul-Protokoll wesentlich. Darin seien von internationalen Expertinnen und Experten unter dem Dach des UN-Flüchtlingskommissars Normen über die Dokumentation und Feststellung von physischen und psychischen Folterspuren vereinbart worden.

In NRW werden dringend weitere Sachverständige gebraucht. Die nächste Fortbildung zum Erwerb der Qualifikation als Sachverständige/r in aufenthaltsrechtlichen Fragen findet am 15./16. November und 13./14. Dezember in Bielefeld, gemeinsam mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe, statt (siehe: [www.ptk-nrw.de/Veranstaltungen](http://www.ptk-nrw.de/Veranstaltungen)).

Die Verwaltungsvorschrift ist als Einhefter diesem Heft beigelegt. Sie ist auch auf der Homepage der Kammer in der Rubrik Recht unter „Sachverständige aufenthaltsrechtliche Fragen“ veröffentlicht, ebenso



*Eva van Keuk, Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf*

wie der maßgebliche Erlass des Innenministeriums NRW.

## Kurzmeldungen

### Landesrechnungshof prüft PTK: Keine Beanstandung

Der Landesrechnungshof Nordrhein-Westfalen hat im April/Mai über mehrere Wochen die Haus- und Wirtschaftsführung der PTK NRW geprüft. Die Prüfung endete ohne Beanstandung – eine überzeugende Bestätigung der ordnungsgemäßen und sparsamen Wirtschaftsführung der Kammer.

### Erste Ergebnisse der BPTK-Angestelltenbefragung für NRW

Die angestellten Psychotherapeuten in NRW wurden Anfang des Jahres von uns mit der Bitte angeschrieben, sich an einer von der BPTK organisierten Online-Befragung zu ihrer beruflichen Situation zu beteiligen.

Es wurden unter anderem Informationen zur beruflichen Position, zur Rolle in der Organisation und zu den Arbeitsaufgaben erhoben.

Nach den ersten Ergebnissen haben sich von den rund 3.500 angeschriebenen Angestellten knapp 1.000 beteiligt, was einer Rücklaufquote von fast 30% entspricht. Von diesen knapp 1.000 Antwortenden sind 70% als PP, 25% als KJP und 5% doppelt approbiert. 30% (n=272) üben zusätzlich zur Anstellung eine selbstständige Tätigkeit, meist eine ambulante psychotherapeutische Tätigkeit (n=160), aus. Auch die Kombination von angestellter und vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit kommt regelmäßig vor (n=43). Häufigster Arbeitsplatz der angestellten Kolleginnen und Kollegen ist das Krankenhaus (40%), gefolgt von einer Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeitsfelder in der Jugendhilfe, Rehabilitation, Beratungsstellen und Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). 50% gehen ihrer angestellten Tätigkeit in Vollzeit (> 35 Std.) nach. Bei den Männern sind ca. 70% vollzeitbeschäftigt, bei den Frauen 40%. Trotz Approbation ist die Mehrheit der angestellten Psychotherapeuten (56,6%) in ihrem

Grundberuf, meist als Diplom-Psychologe/-Psychologin eingestellt, bei nur jedem Dritten (29,1%) steht die Approbation als PP oder KJP auch im Arbeitsvertrag. Bei den PP in Vollzeit-Anstellung erzielen rund 50% und bei den KJP bei voller Arbeitszeit knapp 15% ein Einkommen von mehr als 60.000 Euro. Über 80% der 3,3 Kolleginnen und Kollegen stimmen „voll“ oder „eher“ der Aussage zu: „Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden.“

Derzeit werden die Ergebnisse der umfangreichen Online-Befragung durch die BPTK ausgewertet. Eine Auswertung auf Bundes- und Länderebene soll noch in diesem Jahr zur Verfügung stehen. Eine weitere differenzierte Auswertung bezogen auf NRW ist geplant.

### Gemeinsamer Workshop von ÄKWL und PTK zur Barrierefreiheit

Im Gesundheitswesen existieren für Menschen mit Behinderung noch zu viele Hür-

den. Am 3. Juli 2013 diskutierten rund 20 Expertinnen und Experten der PTK NRW und der Ärztekammer Westfalen-Lippe, wie sich psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung barrierefrei gestalten lassen. Psychotherapeuten und Psychiater aus Niederlassung und Einrichtungen berieten gemeinsam mit Vertretern der Behinderten-Selbsthilfe NRW, welche Barrieren den Zugang von Menschen mit psychischen und physischen Behinderungen und einer psychischen Erkrankung den Zugang zu einer angemessenen Behandlung erschweren bzw. unmöglich machen. Auf dem Workshop in der Bodelschwingschen Stiftung Bethel in Bielefeld wurde insbesondere der Wunsch nach einem Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zu behinderungsspezifischen Aspekten sowie nach einer besseren Kooperation der Akteure vor Ort untereinander geäußert. Teilhabeorien-

tierte Behandlungsstrukturen könnten sich jedoch nur dann nachhaltig weiterentwickeln, wenn auch die Vergütungsstrukturen entsprechend angepasst würden. Die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit sollen als Impulse in die laufenden Überlegungen zu den notwendigen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung des Landes NRW eingebracht werden.

### **Fortbildung: Berufsrecht für Angestellte**

Am Samstag, dem 16. November 2013, findet in Essen die Fortbildung „**Berufs- und Arbeitsrecht für angestellte PsychotherapeutInnen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen**“ statt. Referent: Dr. jur. Martin Liebig, Gebühr: 80,- Euro, fünf Fortbildungspunkte.

### **Geschäftsstelle**

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211 / 52 28 47-0  
Fax 0211 / 52 28 47-15  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Forensische Psychotherapie – ein neues Thema für die OPK: Fachkommission Forensik soll gegründet werden – Ihre Fachkenntnis wird gesucht

Es bewegt sich etwas in (Ost-)Deutschlands Justizministerien. Das Interesse von Justiz, Verwaltung und auch einzelnen Abgeordneten an der Psychotherapie wächst spürbar. Immer öfter wird dazu auch das Gespräch mit der OPK gesucht. Dabei geht es sowohl um Fachfragen, zum Beispiel um Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen, als auch um die Suche nach geeignetem psychotherapeutischen Personal. Hintergrund dieses Interesses sind die neue Zuständigkeit der Bundesländer für den Strafvollzug sowie eine Folge von Urteilen zur Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung, die auch Folgen für den Strafvollzug haben.

### Bedarf an Psychotherapie im Justizvollzug wächst

Die Zuständigkeiten für den Bereich der Forensik haben sich mit der Förderalismusreform verschoben. Nun ist nicht mehr, wie zuvor, der Bund für den Strafvollzug zuständig, sondern die Bundesländer sind gehalten, den Strafvollzug eigenständig zu regeln. Dies könnte zwar im Extremfall dazu führen, dass sich der Strafvollzug von Bundesland zu Bundesland in seiner Ausgestaltung unterscheidet, ist aber letztendlich politisch gewollt. In den OPK-Bundesländern ist daher aktuell ein Prozess in Gang, landeseigene Straf- und Maßregelvollzugsgesetze in den Landtagen zu diskutieren und zu verabschieden. Und Dank der immer professioneller werdenden politischen Arbeit von OPK-Vorstand und OPK-Geschäftsstelle wird die OPK mittlerweile von der Politik als Ansprechpartner wahrgenommen und bei Fachfragen um Rat gebeten. In den neuen Strafvollzugsgesetzen der Bundesländer spielt nun Psychotherapie eine größere Rolle als zuvor. Grund dafür sind in den letzten Jahren ge-

fällte Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Bundesverfassungsgerichtes zur Sicherungsverwahrung. Diese zwingen die Politik, den Strafvollzug zukünftig stärker therapeutisch auszurichten, als es bislang der Fall war. Das bedeutet: Künftig wird auch Psychotherapie eine größere Rolle im Strafvollzug spielen. Erreicht werden soll so, dass so wenige Insassen wie möglich im Anschluss an ihre Strafe sicherheitsverwahrt werden müssen. Sie sollen bereits während ihrer Gefängnisstrafe therapeutisch behandelt werden, um so im Anschluss an die Gefangenschaft ihre Chance auf ein Leben in Freiheit ohne schwere kriminelle Rückfälle zu erhöhen. Sicherungsverwahrung soll dadurch bei möglichst vielen Gefangenen gar nicht erst nötig werden. Dieser Ansatz verlangt ein Umdenken und eine Neuausrichtung des Strafvollzugs. Zwar gibt es mit den sozialtherapeutischen Anstalten oder Abteilungen bereits Einrichtungen, in denen ein therapieorientierter Strafvollzug umgesetzt wird. Dies hatte aber bislang kaum Auswirkungen auf den Regelvollzug außerhalb dieser Einrichtungen. Man darf daher gespannt sein, ob und wie dieser Paradigmenwechsel tatsächlich Eingang in die Realitäten des Strafvollzugs findet. Zu erwarten ist jedenfalls, dass sich die Länder zukünftig verstärkt um therapeutisches Personal für den Strafvollzug bemühen müssen. Der Bedarf an PsychotherapeutInnen im Justizvollzug wächst, und die OPK sieht sich zunehmend mit der Bitte um Unterstützung bei der Personalsuche konfrontiert. Vielerorts müssen sich allerdings die Arbeitsbedingungen für approbierte PsychotherapeutInnen noch verbessern. Ihre dienstrechtliche Einstufung und ihre Rolle im Vollzugsalltag sind noch nicht in allen Bundesländern und in allen Einrichtungen angemessen für einen akade-

mischen Heilberuf. Hier nutzt die OPK jede Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dass der Wettbewerb um qualifiziertes Personal nur durch attraktive Arbeitsbedingungen zu gewinnen ist.

### Fachkommission Forensik: Es werden Mitglieder gesucht!

Grund genug für Vorstand und Geschäftsstelle der OPK, sich vermehrt mit der Rolle von Psychotherapie im Justizwesen auseinanderzusetzen. Dazu brauchen wir Ihre Unterstützung, denn natürlich kann kein theoretisch erarbeitetes Konzept den Einblick in die Praxis ersetzen. Wir möchten deshalb eine **Fachkommission Forensik** ins Leben rufen. In diesem Gremium sollen forensisch tätige KollegInnen den Vorstand und die Geschäftsstelle fachlich beraten. Falls Sie Interesse an einer Mitarbeit haben, melden Sie sich, gerne unter Angabe Ihrer forensischen Erfahrung, Ihres Einsatzortes und Ihres Vertiefungsverfahrens. Dafür und um alle Fragen rund um die Fachkommission steht Ihnen Kerstin Ditttrich ([kerstin.ditttrich@opk-info.de](mailto:kerstin.ditttrich@opk-info.de)) aus der Geschäftsstelle gerne zur Verfügung.

Der Bereich der Forensik bietet ein zukunftsträchtiges, interessantes und gesellschaftlich wichtiges Tätigkeitsfeld für PsychotherapeutInnen. Viele an sich an diesem Gebiet interessierte KollegInnen fürchten jedoch, für das herausfordernde Arbeitsumfeld Forensik fachlich oder persönlich nicht gerüstet zu sein. Weil außerdem nur wenige potenziell interessierte OPK-Mitglieder das Arbeitsumfeld „Forensik“ aus Studium oder Ausbildung kennen, haben wir einen erfahrenen Kollegen über seinen Arbeitsalltag im Maßregelvollzug befragt: OPK-Mitglied Jörg Bischof arbeitet seit vielen Jahren in der Klinik für Forensi-

sche Psychiatrie des Klinikums St. Georg in Leipzig. Dort ist er als Abteilungsleiter im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB für die psychotherapeutische Behandlung von PatientInnen mit Suchterkrankungen zuständig. Für das PTJ sprach Kerstin Dittrich mit Jörg Bischof über die Besonderheiten seiner Arbeit:

### **Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit?**

**Jörg Bischof:** Alles. Ich habe mich noch keinen Tag gelangweilt. Ich muss nicht immer wieder Anträge schreiben und Abrechnungskennziffern erfüllen, sondern habe den großen Vorteil, PatientInnen über lange Zeit unter fast optimalen klinischen Bedingungen psychotherapeutisch behandeln zu dürfen.

### **Wie sieht die Therapie-Motivation Ihrer PatientInnen hier aus?**

Jede und jeder kommt ambivalent in die Therapie. Das ist draußen so und hier drinnen im Maßregelvollzug ist das nicht anders. Man kann Menschen helfen, Motivation aufzubauen. Und das versuchen wir hier.

### **Was sind typische psychotherapeutische Arbeiten in Ihrer Einrichtung?**

Die Arbeit als Bezugstherapeut und vor allem Gruppentherapie. Wir Psychotherapeuten leiten Gruppentherapien und führen Einzelgespräche und Behandlungskonferenzen. Darin geht es um weitere Therapieschritte einzelner PatientInnen und um die in der Forensik maßgebliche Frage der Gefährlichkeitsbeurteilung. Die ist Grundlage dafür, ob jemand in Freiheit kommt oder nicht. Und auch für Lockerungsentscheidungen: Darf jemand Besuch empfangen oder Ausgang erhalten.

### **Was müssen PsychotherapeutInnen für diese Arbeit mitbringen?**

Besonders wichtig ist es, den Menschen in seinen Gesamt-Lebenszusammenhängen begreifen zu können. Es hat sich sehr bewährt, dass ich auch mit den Angehörigen meiner PatientInnen den Kontakt pflege. Jeder und jede, der oder die hier zu Besuch kommt, muss mit dem Therapeuten des Patienten sprechen. Dadurch offenbaren sich stückchenweise die Lebensverhältnisse, die die PatientInnen nicht ohne Weiteres erzählen.

### **Und was braucht man noch?**

Man braucht einen klaren Kopf, ein großes Herz und eine gewisse Härte gegen sich selbst. Damit meine ich, dass man ja hier eine Doppelverpflichtung hat: Die setzt sich zusammen aus der Pflicht gegenüber der Gesellschaft und gegenüber den PatientInnen. Es ist immer so, dass sich im Zuge einer Psychotherapie eine Beziehung zu den PatientInnen aufbaut. Er oder sie rückt uns erst mal näher. Wir müssen aber hier die Entscheidung treffen, ob wir denjenigen der Gesellschaft zumuten können oder nicht. Und dabei können wir uns nicht auf unser Gefühl verlassen, sondern müssen klare Kriterien anlegen. Das meine ich mit klarem Kopf.

### **Sind die jungen KollegInnen durch ihre Ausbildung gut auf die Arbeit im Maßregelvollzug vorbereitet?**

Auf die Arbeit im Maßregelvollzug kann man nicht angemessen vorbereitet werden. Entscheidend ist, dass man sehr teamfähig ist. Jeder und jede meiner KollegInnen ist schließlich meine Lebensversicherung. Wenn uns was passiert, müssen wir uns selbst helfen. Wir schauen schon

darauf, dass wir da die richtigen KollegInnen finden.

### **Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen hier?**

Also ich kann mich da überhaupt nicht beklagen. Schon an der Struktur zeigt sich, dass da eine ganz gute Zusammenarbeit besteht: Wir haben die ärztliche Leitung durch den Chefarzt, und wir haben einen Oberarzt und zwei Psychologen, die jeweils Abteilungsleiter sind und den Chefarzt vertreten. Auch die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst und den Sozialarbeitern und den anderen Therapeuten – das ist eine Zusammenarbeit in persönlicher Verbundenheit. Natürlich gibt es da auch Konflikte und auch mal Leute, die sich „nicht riechen“ können. Aber die haben es bis jetzt immer geschafft es abzustellen, wenn es mal drauf ankam. Man kann hier nicht aneinander vorbeiarbeiten.

### **Wenn Sie für Ihre Arbeit drei Wünsche frei hätten – was wäre das?**

Weniger Verwaltungskram, der von der eigentlichen therapeutischen Arbeit abhält. Und zweitens wünsche ich mir mehr Zeit, mich in Sachen zu vertiefen. Diese Zeit ist durch die Dichte an PatientInnen nicht immer da.

### **Haben Sie Wünsche an die OPK?**

Die OPK soll sich für gute Ausbildungsbedingungen einsetzen, das ist ganz wichtig. Neben der Psychotherapieausbildung muss für die jungen KollegInnen noch ein normales Leben möglich sein, auch mit Familie, auch materiell abgesichert. Die Ausbildung ist zu belastend und zieht sich dadurch unsäglich lange hin.

### **Herr Bischof, vielen Dank für dieses Interview.**

## **Erfolgreiche Veranstaltungsreihe „Berufsrecht 2013“ – Anfragen und Probleme der Mitglieder im Fokus**

Am 11. März 2013 fand die erste von neun Fortbildungsveranstaltungen zum „Berufsrecht 2013“ im Mediacampus in Leipzig statt. Der Inhalt und die Gewichtung der angesprochenen Themen der Veranstaltungsreihe resultieren im Wesentlichen aus den Anfragen und täglich

werden altbekannte Themenbereiche ebenso angesprochen wie neueste Entwicklungen rund um das Patientenrechtsgesetz.

chen Problemen unserer Mitglieder, die in den vergangenen Jahren an uns als Kammer herangetragen wurden. Ziel ist es, die Mitglieder für berufsrechtliche Sachverhalte zu stärken, damit sie auch weiterhin ihre Arbeit selbstbewusst und rechtssicher ausüben können. Dabei

Nach einem Einstieg über die allgemeinen Rechtsgrundlagen der psychotherapeutischen



Nahezu 80 KollegInnen folgten der Einladung zur Berufsrechtveranstaltung am 27. Mai 2013 im Kaisersaal in Erfurt.

schen Arbeit wurde in Leipzig anhand vieler Fallbeispiele lebhaft auf Grundlage der Berufsordnung diskutiert. Hierbei konnten die bisherigen TeilnehmerInnen ihre Fragen und auch ihre Erfahrungen gut einbringen. Es gelang, die KollegInnen für die Thematik Berufsrecht zu sensibilisieren und die hohe Bedeutung der Berufsordnung zu vermitteln. Dabei wurden neben den juristischen Feinheiten auch die Problemfälle der Praxis deutlich. Nicht immer ist klar, wer eigentlich vor Beginn der Psychotherapie zustimmen muss. Wer kann

wirksam in eine Psychotherapie einwilligen? Wann kann ein Kind selbst entscheiden, ob es eine Psychotherapie möchte? Wen muss ich als Psychotherapeut aufklären und was muss ich hierbei beachten? Wann besteht ein Einsichtsrecht in die Patientenakte und wie weit reicht es?

Aber auch Fragen rund um das Thema Dokumentation zeigten die täglichen Probleme der KollegInnen. Wem gehört eigentlich die Patientenakte/Dokumentation? Was muss ich als Psychotherapeut überhaupt dokumentieren und wozu? Worauf kommt es an? Was mache ich mit der Akte nach Beendigung der Psychotherapie?

Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes konnten auch hierzu einige wichtige Inhalte und Auswirkungen auf die tägliche Arbeit vermittelt werden.

Die TeilnehmerInnen zeigten bisher auf jeder Veranstaltung reges Interesse und bereicherten damit den Ablauf maßgeblich.

Die nächste Veranstaltung „Berufsrecht 2013“ findet am 18. September 2013 in Neubrandenburg statt. Weitere werden im September, Oktober und November in Magdeburg, Cottbus und Dresden folgen.

### **Achtung: Veranstaltungsort am 13. November in Dresden ändert sich**

**Wichtiger Hinweis zum Veranstaltungsort in Dresden:** Die Berufsrechtveranstaltung findet aufgrund der riesigen Nachfrage *nicht* wie bisher angekündigt in der Sächsischen Landesärztekammer statt, sondern im Rundkino Dresden, Prager Str. 6 in 01069 Dresden, im Kinosaal 5.

Nähere Informationen zu Anmelde-möglichkeiten sowie zu Folgeveranstaltungen erhalten Sie über unsere Mitarbeiterin Antje Orgass (Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit/Projektmanagement) unter [antje.orgass@opk-info.de](mailto:antje.orgass@opk-info.de).

*Ass. jur. Ina Roßmann*

## **Auf dem Urkontinent Gondwana flanieren – Abendveranstaltung des 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentages in Leipzig eröffnet Ihnen die Welt der Erdentstehung**

Der 2. Ostdeutsche Psychotherapeutentag vom 21. bis 22. März 2014 in Leipzig entführt Sie mit seinem Eröffnungs-, Kongress- und Abendprogramm zu den schönsten, sehenswertesten und faszinierendsten Orten der Messestadt. Lassen Sie sich vom sächsischen Charme der Stadt der Friedlichen Revolution umgarnen und verzaubern.

Zu den Plenumsvorträgen an beiden Tagen werden Sie in der Leipziger Oper zu Gast sein. Die Oper Leipzig steht in der Tradition von mittlerweile fast 320 Jahren Opernpflege in Leipzig. 1693 wurde hier das erste Opernhaus eröffnet, das damit das dritte bürgerliche Musiktheater Europas nach Venedig und Hamburg war. Erstmals außerhalb des Bayreuther Festspielhauses wurde 1878 Richard Wagners



Die Leipziger Oper. (Foto: Andreas Schmidt)

„Ring“-Tetralogie in Leipzig aufgeführt. Herausragende Dirigenten bis 1890 waren Artur Seidl, Arthur Nikisch und Gustav Mahler. Im Zweiten Weltkrieg völlig zerstört, wurde 1956 bis 1960 an gleicher Stelle das heutige Opernhaus errichtet, bei dem die spätklassizistischen Formen des Vorgängerbaues andeutungsweise wieder aufgenommen wurden.

Das Hauptprogramm unseres Kongresses findet an der Leipziger Universität statt. Die Leipziger Universität, die Alma Mater Lipsiensis, ist mit ihrem Gründungsjahr 1409 die zweitälteste, seit ihrer Gründung ohne Unterbrechung arbeitende Universität nach der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Gottfried Wilhelm Leibniz und Johann Wolfgang von Goethe haben hier studiert, ebenso wie Karl Liebknecht und Erich Kästner. Das Studentenverzeichnis der Universität Leipzig liest sich wie ein „Who is Who“ deutscher Geistesgrößen. Heute studieren über 30.000 StudentInnen aus aller Welt in rund 100 Studiengängen an der Universität Leipzig.

Zum 600-jährigen Jubiläum der Universität 2009 wurde der Umbau des innerstädtischen Campus auf den Weg gebracht, der den Wiederaufbau des Augusteums und der Paulinerkirche zum Ziel hatte. Beide Gebäude sind in unmittelbarer Nähe zwi-

schen der Oper und den Hörsälen/Seminarräumen der Universität zu finden und für Sie im März anschaulich.

### **Abends im Zoo Leipzig auf Zeitreise gehen**

Die Abendveranstaltung des Kongresses führt Sie in ein urgeschichtliches, exotisch-tierisches Ambiente. Im Gondwanaland des Zoos Leipzig spüren Sie den tropischen Regenwald mit allen Sinnen. Auf einer überdachten Fläche, größer als

zwei Fußballfelder, leben etwa 90 exotische Tierarten und rund 500 verschiedene Baum- und Pflanzenarten. Bei Musik und kulinarischen Spezialitäten im Gondwanaland möchten wir Ihnen Raum für Gespräche, Diskussionen, Tanz und Vergnügen zum Ausklang des Tages geben.

Die Tropenhalle wird von einer freitragenden Stahlkonstruktion, in die 407 Folienspannen eingelassen sind, überdacht. Der Scheitelpunkt des Dachs erreicht eine Hö-



*Blick zum Paulinum und zum Augusteum. (Foto: Swen Reichhold)*

he von 34 Metern – genügend Platz für großwüchsige Tropengewächse. Doch hinter dieser Konstruktion verbirgt sich auch ein ausgeklügeltes Heiz- und Bewässerungssystem. Die transparenten Folienspannen lassen nicht nur 100 Prozent der für die Pflanzen und Tiere wichtigen UV-Strahlung durch. Auch die Wärme kann passieren, wird in einem 100.000 Liter großen Erdwärmespeicher gesammelt und nachts zum Heizen genutzt.

Freuen Sie sich mit uns auf einen anregenden, praxisnahen Kongress im März nächsten Jahres. Ab Ende September 2013 können Sie das Programm unter [www.opt2014.de](http://www.opt2014.de) einsehen und sich online für die Workshops, Fallbesprechungen, Seminare und Vorträge anmelden.

*Antje Orgass*



*Per Boot zum Tapirgehege. (Foto: Zoo Leipzig)*

#### **Geschäftsstelle**

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)

## Psychotherapeutische Versorgung und Kostenerstattung Ein Interview von Frau Dipl.-Psych. Sabine Bettinger mit Herrn Alfred Kappauf, dem Präsidenten der LPK

**Bettinger:** *Sehr geehrter Herr Kappauf, ich arbeite seit 2007 mit meiner psychotherapeutischen Praxis (VT) in der Kostenerstattung. Täglich erreichen mich mindestens zwei bis drei Anfragen nach Therapieplätzen, die ich nicht mehr bedienen kann, d. h. selbst ich habe jetzt mindestens ein halbes Jahr Wartezeit.*

### **Wie erklären Sie sich die Zunahme der Nachfrage nach Psychotherapie (PT) und wie sollen diese Menschen in Zukunft versorgt werden?**

**Kappauf:** Die gesellschaftliche Entwicklung führte insbesondere im Bereich der Gesundheit zu sehr positiven Ergebnissen:

Die Bevölkerung ist körperlich gesünder, psychisch vermutlich auch, zumindest in vielen Aspekten. Die Lebenserwartung ist viel höher, dabei entspricht das gestiegene Alter für die meisten einer Verlängerung von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität (Krankheitskompression). Die Anzahl der Suizide hat sich in den letzten 20 Jahren drastisch verringert und der Bildungsstandard ist höher als früher.

Die deutlich gestiegene Nachfrage nach PT ist nicht damit zu erklären, dass die Gesellschaft immer kränker wird, sondern:

1. Mit dem Fortschritt in der Medizin spielt inzwischen Epigenetik eine größere Rolle bei den Krankheitstheorien als Genetik: Es liegen inzwischen wissenschaftlich fundierte Behandlungskonzepte für die meisten psychischen Erkrankungen vor. Psychische Erkrankungen werden inzwischen sensibler fest-

gestellt und auch meist dann so benannt; das Stigmatisierungsrisiko durch eine psychische Störung ist geringer geworden. Wenn Beschwerden sich nicht somatopathologisch zuordnen lassen, bleibt es inzwischen kaum mehr bei der Aussage „Sie haben nichts“, sondern es werden auch psychische Faktoren überprüft.

2. Mit zunehmender gesellschaftlicher Säkularisierung und Individualisierung ist der Einzelne mehr für seine Leistungs- und Glücksoptimierung zuständig. Vorstellungen von Kontrollillusionen und Machbarkeitswahn erhöhen den Leidensdruck. PT übernimmt eine Substitutionsfunktion gegenüber der früheren religiösen Bindung. Wenn Glück dann noch als Privilegierung gegenüber anderen verstanden wird, muss von der inneren Logik her die Mehrzahl der Menschen weniger privilegiert oder unglücklich sein.
3. Mit der Ökonomisierung der Medizin wird eine Effizienzsteigerung über Beschleunigung und Standardisierung und Zentralisierung angestrebt. Auf der Ebene der Arzt-Patientenbeziehung bedingt dies eine Entpersonalisierung, Versachlichung sowie Verrechtlichung – **eine strukturelle Abschaffung der Zuwendung (Zitat Maio)**. Die Nachfrage nach PT ist auch eine Konsequenz, dass sich die „integrierte Medizin“ nicht durchsetzen ließ. Psychotherapeuten werden also auch als Zuwendungs- und Vertrauensspezialisten in einem von Vertrauensverlust geprägten Medizinsystem nachgefragt.



*Das Interview führte Frau Dipl.-Psych. Sabine Bettinger*

**Bettinger: Wieso gibt es offensichtlich zu wenige kassenzugelassene Psychotherapeuten? Was meinen Sie zu der Einschätzung, dass Kassentherapeuten angeblich zu wenig arbeiten?**

**Kappauf:** Die Zulassungszahlen für Psychotherapeuten korrelieren überhaupt nicht mit epidemiologischen Daten. Sie bilden vielmehr von der Behandlerdichte und regionalen Verteilung her die Versorgungssituation von 1999 ab, die anstelle einer rationalen Bedarfserhebung im Jahr 2000 politisch mit den Bedarfsplanungs-Richtlinien zur Norm erklärt wurde. Wenn in ländlichen Bereichen die Anzahl der Psychotherapeuten oft um ein Zehnfaches niedriger ist als in städtischen Ballungsräumen, hat dies nichts damit zu tun, dass Menschen auf dem Land psychisch gesünder sind, sondern dass

auch damals 1999 dort nur wenige Behandler waren. Die Bedarfsplanungs-Richtlinien bedeuten faktisch eine Rationierung von Gesundheitsleistungen, welche die Menschen auf dem Land und Kinder mehr trifft als andere. Mit den inzwischen in Kraft getretenen novellierten Bedarfsplanungs-Richtlinien wurden zwar Zulassungsmöglichkeiten in den am schlechtesten versorgten ländlichen Planungsbereichen geschaffen, aber es wurden ausnahmslos alle Webfehler der früheren Bedarfsplanungs-Richtlinien beibehalten.

**Die Versorgungsdefizite sind vorrangig strukturell** und eben nicht individualisierbar mit der Unterstellung, die Psychotherapeuten würden ihrer Versorgungsverpflichtung nur unzureichend nachkommen. Die Daten der KBV belegen sogar, dass viele ärztliche Fachgruppen einen größeren Prozentanteil von Mitgliedern mit sehr geringer Leistungserbringung aufweisen, als die Psychotherapeuten. Absurd im Sinn eines *Double-bind* wird es, wenn die Kritikpunkte gegenüber den Psychotherapeuten miteinander nicht kompatibel sind: Den Psychotherapeuten wird einerseits vorgeworfen, sie würden zu wenig arbeiten und andererseits wird hartnäckig eine rechnerische Überversorgung in allen Planungsbereichen von Rheinland-Pfalz (trotz langer Wartezeiten und geringster Behandlerdichte mit Ausnahme der neuen Bundesländer) gesehen.

**Bettinger: Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund das Schreiben der KV Pfalz vom 18. Februar 2013, man möge doch den Patienten wenigstens einen einzigen Termin anbieten, um der Kostenerstattung nicht Vorschub zu leisten?**

**Kappauf:** Trotz der massiven Entrüstung der KV-Spitze über unsere Kritik an ihrem Schreiben vertrete ich mit meinem Vorstand weiterhin die Position, dass Patienten bei der Suche nach einer notwendigen PT unterstützt werden sollen, statt ihnen einen einzigen Termin anzubieten, wenn schon vorher klar ist, dass freie Kapazitäten für eine erforderliche Weiterbehandlung fehlen.

Ganz im Einklang mit einer *Double-bind*-Kommunikation – „Ihr seid zu viel, ihr arbeitet zu wenig“ – legt das KV-Schreiben

nahe, sich für den pathologischen Kompromiss zu entscheiden: So tun als ob! Ich freue mich, dass die Kolleginnen und Kollegen den Vorschlag gar nicht attraktiv fanden, sondern sich metakommunikativ von dem KV-Schreiben distanzieren.

**Bettinger: Macht es vor dieser Versorgungslage wirklich Sinn, Kassensitze in den Städten aufgrund einer angeblichen Überversorgung zu streichen und in abgelegeneren Gegenden ein bis zwei Sitze zu erhöhen? Wird die Notlage damit nicht vergrößert?**

**Kappauf:** In den Bedarfsplanungs-Richtlinien wurde wenigstens festgeschrieben, dass der Verzicht auf eine Wiederausschreibung eines freiwerdenden Behandlerstitzes mit den jeweiligen Praxismerkmalen begründet werden muss. Nur wenn die Praxis faktisch kaum noch an der Versorgung mitgewirkt hat, kann der Sitz eingezogen werden, ein Verweis auf eine rechnerische Überversorgung im Planungsbereich reicht nicht aus.

Es werden Zulassungen im ländlichen Bereich möglich, eine Streichung eines Sitzes in überversorgten Gebieten ist nur möglich, wenn dies im Zulassungsausschuss mehrheitlich befürwortet wird, mit mindestens einer Stimme der Behandlerseite.

**Bettinger: Wie sehen Sie die Zukunft der in der Kostenerstattung Arbeitenden vor dem Hintergrund, dass sich allein in Rheinland-Pfalz jedes Jahr mindestens viele gut ausgebildete Psychologische Psychotherapeuten neu niederlassen?**

**Kappauf:** Die Kostenerstattung ist eine im SGB V (§ 13,3) verankerte Schutzklausel für GKV-Mitglieder, dass sie im Falle des Systemversagens die Kosten für eine unaufschiebbare Behandlung außerhalb der Vertragsstrukturen erstattet bekommen. Wenn die strukturellen Versorgungsdefizite in der Bedarfsplanung weitgehend aufgelöst werden, fällt die Genehmigungsvoraussetzung für die Kostenerstattung weg, unabhängig davon, wie gut qualifiziert die Privatbehandler sind. Die Kostenerstattung ist also immer ein Hinweis, dass das Vertragssystem angepasst werden muss.

**Bettinger: Wie können die in der Kostenerstattung Tätigen auch gewährleisten, dass die Anonymität des Patienten, ähnlich wie bei einer KV-Abrechnung, auch gewahrt werden kann (Stichwort Name und Diagnose des Patienten, Überweisung der Honorare auf das Konto des Behandlers mit Namen des Patienten, Gutachterverfahren etc.)?**

**Kappauf:** Das ist kein Problem und auch kein Aufwand; hier könnten die seit Kurzem eingeführten Verschlüsselungswege der Beihilfestellen oder auch einiger Privatkassen übernommen werden.

**Bettinger: Welche konkreten Pläne und Ideen gibt es, die Behandlungsmöglichkeiten für Patienten zu verbessern und den Psychotherapeuten eine existenzielle Grundlage zu bieten? Wie ist die Haltung der KV dazu?**

**Kappauf:** Die KV verweist auf die bindenden Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinien. Darüber hinaus kann eine Niederlassung nur im Rahmen eines anerkannten Sonderbedarfs erfolgen. Darüber entscheiden die von der KV unabhängigen Zulassungsausschüsse. Sonderbedarfszulassungen sind in RLP sehr selten.

**Bettinger: Hätte die KV aus Ihrer Sicht Kapazitäten, um angemessenere Versorgungsstrukturen zu schaffen?**

**Kappauf:** Die Bedarfsplanungs-Richtlinien sind bundesrechtlich verankert. Leider lassen sie sehr wenig Spielraum, um auf Landesebene davon abzuweichen, z. B. um regionale Versorgungsbesonderheiten zu berücksichtigen. RLP bereitet zurzeit die gesetzliche Grundlage für ein „Gemeinsames Landesgremium“ vor, in dem die wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen, auch die LPK, vertreten sein werden. Das Gremium hat die Aufgabe, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden medizinischen Versorgungsfragen abzugeben, und kann regionale medizinische Versorgungsbedarfe unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Morbidität erörtern.

**Bettinger: Wäre es nicht angebracht, die gut versorgten Gebiete (meines**

### **Wissens z. B. Mannheim und Münster etc.) als Grundlage zu nehmen für die zukünftige Bedarfsplanung?**

**Kappauf:** Eine Bedarfsplanung sollte sich an den Krankendaten sowie an regionalen Gesundheitszielen ausrichten. Daran zeigen auch die Krankenkassen bisher kaum Interesse.

### **Bettinger: Was halten Sie von der Abschaffung der Kassenzulassung für Psychotherapeuten, sodass jeder Kollege mit psychotherapeutischer Qualifikation zugelassen wird? Es**

### **gab vor Jahren Bestrebungen, die KVen abzuschaffen.**

**Kappauf:** Die KV ist eine Selbstverwaltungsstruktur für Ärzte und Psychotherapeuten, sie bietet demokratisch legitimierte Mitwirkungsmöglichkeiten und gewährleistet die gleiche Augenhöhe z. B. in der Beziehung mit den Krankenkassen. Die Vorteile einer starken Vereinigung kommen für die Psychotherapeuten jedoch nur dann zum Tragen, wenn eine weitgehende Interessensgleichheit mit den ärztlichen Fachgruppen besteht. Da der Anteil der Psychotherapeutensitze in der KV-Ver-

treterversammlung auf maximal 10% begrenzt ist, können sie nur solche Positionen durchsetzen, mit denen die Mehrheit der Ärzte einverstanden ist. Bei Honorarfragen wurden die Psychotherapeuten in den letzten Jahren bei KV-Entscheidungen ausnahmslos überstimmt.

Kosten- und Versorgungssteuerungszielsetzungen bei der Zulassung sind legitim. Die Qualifikation allein ist auch bei anderen Berufen – z. B. Lehrer, Ingenieure, Verwaltungsfachkräfte – nicht hinreichend für eine Anstellung.

## **Differenzierte Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK**



Startseite der Homepage der LPK Rheinland-Pfalz – [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de)

PsychotherapeutInnen in privater Praxis und in der Vertragsarztpraxis brauchen ein Suchportal, das eindeutig die Approbation voraussetzt, und Psychotherapiesuchende brauchen Stichworte, mit deren Hilfe sie Informationen über die Angebote erfragen

können. Unter diesen Gesichtspunkten wurde die Psychotherapeutensuche der LPK überarbeitet. (Außerdem gab es noch eine Umstellung der gesamten Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) auf das Programm „typo3“.) Mit der Ausweitung der Kostenerstattung von Psychotherapie können mehr Menschen behandelt werden, wenn sie einen geeigneten Behandler finden. Die neue Suchmaske bietet auf den ersten Blick die Wahlmöglichkeit nach Kassenleistung oder Leistungen auf privater Verrechnungsbasis. Für die Erreichbarkeit genügt es, die ersten beiden Zahlen der Postleitzahl einzugeben. Um für die jeweiligen Problemlagen eine präzise Suche zu ermöglichen, sind unter „Personengruppen“ besondere Zielgruppen und unter „Präfe-

renzen“ und „Methoden“ sind spezielle Tätigkeitsschwerpunkte der PsychotherapeutInnen aufgeführt. Damit kann die „Psychotherapeutensuche“ nun den Anfragen der PatientInnen Rechnung tragen und eine detailliertere Suche nach der oder dem passenden PsychotherapeutIn und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn anbieten.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei unseren Mitgliedern für die rege Beteiligung und die Bekanntgabe der erforderlichen Daten bedanken und Sie gleichzeitig einladen, unsere Psychotherapeutensuche zu besuchen und dort Ihre Angaben zu überprüfen.

## **Weiterbildung zum Gutachter im Bereich Rechtspsychologie**

Seit einigen Jahren häufen sich bei der LPK Nachfragen von Gerichten, Anwälten und Staatsanwälten nach „qualifizierten“ Gutachterinnen und Gutachtern in verschiedenen Rechtsbereichen. Weil die LPK RLP gerne entsprechend qualifizierte Kammermitglieder nennen möchte, die Qualifikation aber auch prüfen muss, wurde vom letzten Aus- und Weiterbildungsausschuss mit Unterstützung von Dipl.-Psych. Christoph Schmitt ein Vorschlag zur Erweiterung der Weiterbildungsordnung erarbeitet. Dieser Vorschlag wurde von der Vertreterversammlung im November 2011 angenommen.

Die Weiterbildung definiert die Anforderungen an eine rechtspsychologisch-gutachterliche Tätigkeit durch Psychotherapeuten. Die Bereichsbezeichnung führt zur Aufnahme in eine den zuständigen Justiz- und Verwaltungsbehörden vorliegende Sachverständigenliste. Die entsprechenden Gutachter werden auch, sofern gewünscht, auf der Homepage der Kammer geführt.

Nach den Wahlen zur Vertreterversammlung wurde neben anderen Ausschüssen und Kommissionen auch der Prüfungsausschuss im Bereich der rechtspsychologisch-gutachterlichen Tätigkeit gegründet. Er tagt nun seither regelmäßig und es sind inzwi-

schen vier Sachverständige anerkannt, ein weiterer Antrag ist in Prüfung. Die anerkannten Sachverständigen finden Sie auch auf der Homepage der Kammer ([www.lpk-rlp.de/cms/sachverstaendigenliste.html](http://www.lpk-rlp.de/cms/sachverstaendigenliste.html)).

Wir möchten an dieser Stelle alle Kolleginnen und Kollegen, die schon länger als Gutachter und Gutachterinnen tätig sind und die eine Anerkennung im Rahmen der Weiterbildungsordnung anstreben, einladen, ihre Unterlagen einzureichen. Die Prüfung dieser Unterlagen erfolgt dann so schnell wie möglich. Wenn Sie Interesse haben, die Weiterbildung zu absolvieren, wenden Sie sich an die Geschäftsstelle der LPK RLP.

## Neue Geschäftsführerin bei der LPK Rheinland-Pfalz

Die Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat eine neue Geschäftsführerin. Künftig leitet Frau Petra Regelin die Geschäftsstelle der in Mainz ansässigen Kammer, in der rund 1.500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten organisiert sind. Die 50-Jährige mit Studienabschlüssen in Journalistik und Sportwissenschaft war bislang als Referatsleiterin in der Gesundheitsförderung tätig. Sie leitete mehrfach ausgezeichnete Projekte des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und

veröffentlichte zahlreiche Bücher, Zeitschriften und Broschüren. Als Stellvertretende Vorsitzende des Adipositasnetzwerks Rheinland-Pfalz und Vizepräsidentin des Rhein-hessischen Turnerbundes engagiert sie sich seit Jahren im Sozial- und Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz. Der Vorstand der rheinland-pfälzischen Kammer positioniert sich mit der Einstellung von Frau Regelin insbesondere in Bezug auf den zukünftigen Stellenwert der Prävention im Gesundheitswesen.



*Petra Regelin*

## Fortbildungsverpflichtung: Ende des zweiten Fünf-Jahres-Zeitraums am 31. Dezember 2013

Für viele unserer Mitglieder endet am 31. Dezember 2013 der zweite Fünf-Jahres-Zeitraum gemäß Fortbildungsordnung der LPK Rheinland-Pfalz. Unsere Mitglieder, deren Fortbildungskonto noch nicht die erforderlichen 250 Punkte aufweist, erhielten bereits ein Informationsschrei-

ben mit einer Aufstellung der uns bisher vorliegenden Fortbildungsnachweise. Sie haben nun die Möglichkeit, uns bis zum Ablauf der Frist weitere Teilnahmebescheinigungen zukommen zu lassen bzw. weitere Fortbildungen zu besuchen. Ihren aktuellen Fortbildungspunktestand können

Sie jederzeit online unter [www.lpk-rlp.de/mitgliederservice/fortbildungspunktekonto](http://www.lpk-rlp.de/mitgliederservice/fortbildungspunktekonto) mit Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten einsehen. Alle Mitglieder, die bereits mindestens 250 Punkte erbracht haben, bekommen das Zertifikat per Post zugesandt.

## Veranstaltungshinweis: Fachtagung und Herbstfest

Unsere Fachtagung, findet in diesem Jahr mit dem Titel „**Schöne neue Welt? – Krankheit und Behandlung im Wandel der Zeit**“ am 28. September 2013, 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr statt – im Anschluss an die Tagung möchten wir mit unseren Mitgliedern und ausgewählten Gästen das

traditionelle Herbstfest feiern. Es ist uns wieder gelungen, Experten ihres Faches zu diesem Thema als Referenten zu gewinnen. Das Thema regt sicherlich zur intensiven Diskussion im KollegInnenkreis und mit den Referenten an.

Nähere Informationen und eine Antwortkarte für die Anmeldung finden Sie auf unserer Homepage unter [www.lpk-rlp.de/news/termine](http://www.lpk-rlp.de/news/termine).

Am 26. Oktober 2013 findet die nächste Sitzung der Vertreterversammlung in der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen.

**Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung!**

### **An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit:**

*G. Borgmann-Schäfer, Dr. A. Benecke, S. Bettinger, J. Kammler-Kaerlein, A. Kappauf, S. Rosenbaum.*

### **Geschäftsstelle**

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63  
[service@lpk-rlp.de](mailto:service@lpk-rlp.de)  
[www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de)  
Telefonische Sprechzeiten:  
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr und zusätzlich  
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Das Gutachterverfahren auf dem Prüfstand: Sachstandslage und Reformbestrebungen

In Zusammenhang mit der seit längerer Zeit geführten Diskussion über die Reform der Psychotherapie-Richtlinien sind auch Überlegungen zum derzeit in Gang gekommenen Gutachterverfahren in Gang gekommen. Niedergelassene PsychotherapeutInnen erleben die Berichtspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens häufig als belastende Arbeitsanforderung. Berufsverbände setzen sich daher für die Erleichterung des Antragsverfahrens ein und haben entsprechende Konzepte zur Reformierung entwickelt. Auch seitens der Krankenkassen werden Reformvorschläge erarbeitet.

### Hintergründe und Grundlagen des Gutachterverfahrens

Die Einrichtung eines Gutachterverfahrens war seitens der gesetzlichen Krankenkassen obligate Voraussetzung für die Einführung der Psychotherapie in die kasernenärztliche Versorgung. Das GAV hat demnach die Funktion, die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der beantragten Behandlung festzustellen. „Die psychotherapeutischen Leistungen müssen nach § 12 SBG V zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können nach § 12 SGB V Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (Rüger et al., 2003, S. 73). Weiter ist in § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt: „Das Gutachterverfahren dient dazu festzustellen, ob die in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen und in dieser Vereinbarung niedergelegten Voraussetzungen für die Durch-

führung einer Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapieverfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt“.

Die Prüfung der geplanten Behandlung durch das GAV hat zur Folge, dass PsychotherapeutInnen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen sind: „Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie aufgrund eines Antragsverfahrens, wird eine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt“ (§ 13 Psychotherapievereinbarung).

### Vor- und Nachteile des Gutachterverfahrens – politischer Kommentar

Als wesentliche Kritikpunkte im Gutachterverfahren können die geringe Honorierung und die geringe Akzeptanz des GAV genannt werden, Faktoren, die wahrscheinlich miteinander in Zusammenhang stehen. Des Weiteren sind die Bewilligungsschritte sowie der Ergänzungsbericht diskussionswürdig. Ungünstig ist zudem, dass Gutachter zum Teil nicht in der ambulanten Versorgung tätig und im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie meist Psychoanalytiker sind.

Als Vorteile des Gutachterverfahrens können genannt werden: Wegfall der Wirtschaftlichkeitsprüfung, keine zusätzlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die KVen, sichere Mindestvergü-

terung, keine Steuerung durch die Krankenkassen.

Aus berufspolitischen Gründen wurde das Gutachterverfahren daher stets als Qualitätssicherungsinstrument für die Honorarverhandlungen mit eingebracht und hat wesentlich zum festen, gestützten Punktwert für psychotherapeutische Leistungen verholfen. Andererseits ist allen Insidern bekannt, dass das Gutachterverfahren ein „zahnloser Tiger“ ist, der zwar einerseits den Gutachtern einen guten Umsatz beschert (70.000,- € pro Gutachter pro Jahr bei Gesamtkosten von fast 28 Mio. € – Kurzzeitgutachten 18,60 €, Langzeitgutachten 38,20 €, Obergutachten das Doppelte), andererseits die Ablehnungsquote konstant sehr gering ist.

Das Leistungsverhalten der KollegInnen in der Niederlassung weist darauf hin, dass längst nicht die Behandlungskontingente ausgeschöpft werden, die bewilligt werden; es wird sorgsam mit den Ressourcen umgegangen. Zudem bedeutet das Gutachterverfahren per se natürlich einen Zweifel an der Fachkompetenz des Behandlers, der immer noch einmal neu beweisen muss, was längst bewiesen ist: den Krankheitszustand des Patienten.

Andererseits zwingt das Gutachterverfahren auch zur Strukturierung der Psychotherapie. Es bedarf sicherlich einiger Korrekturen, die in allen Vorschlägen der beteiligten Akteure vorhanden sind. Im Kern sind diese:

1. Nur noch Stichprobengutachten,
2. Angleichung der Kontingente für VT und Tiefenpsychologisch fundierte Therapie (TP),

3. Begutachtung der TP-Therapien nur durch TP- und nicht durch psychoanalytische Gutachter,
4. pragmatische Veränderung der Bewilligungskontingente (50 Sitzungen im ersten Schritt, weitere 50 im zweiten Schritt),
5. Vereinfachung der Beantragung für Gruppentherapie,
6. größere Freiheit für die Krankenkasse in der Bewilligungspraxis (z. B. bei Akutfällen bzw. bei Erhaltungstherapien nach Abschluss des Kontingentes).

len bzw. bei Erhaltungstherapien nach Abschluss des Kontingentes).

Eine Umsetzung dieser pragmatischen Veränderungen und Anpassungsschritte würde sicherlich eine erhebliche Entlastung für die niedergelassenen PsychotherapeutInnen bedeuten.

### **Diskussion in der Profession**

Im März 2013 fand auf Einladung der BPTK ein Round-Table-Gespräch statt, hier wur-

den die Reformvorschläge mehrerer Berufsverbände vorgestellt und diskutiert. Diese Gespräche sollen fortgeführt werden, um in weiteren Diskussionen möglicherweise einen Verbände übergreifenden gemeinsamen Reformvorschlag formulieren zu können.

## **Konstituierende Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums**

Am 12. Juni 2013 ist das sogenannte „Gemeinsame Landesgremium“ zu seiner konstituierenden Sitzung im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie zusammengekommen.

### **Rechtlicher Hintergrund – Gesetzestext**

Der Bundesgesetzgeber hat § 90a SGB V im Jahr 2011 neu in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) eingefügt:

„Abs. 1: Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Abs. 2: Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen Stellung zu nehmen.“

Der Gesetzgeber hat mit der Umsetzung der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie als erste entscheidende Neuregelung gleich zu Anfang unter der amtlichen Überschrift „Zweck und Regelungsbereich“ die mit der Bedarfsplanung verfolgten Ziele umschrieben. So geht die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) erlassene Richtlinie teilweise neue

Wege und regelt in Umsetzung des zum 1. Januar 2012 neu in Kraft getretenen § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V zukünftig auch, wann und unter welchen Voraussetzungen aufgrund regionaler Besonderheiten bei der Aufstellung der Bedarfspläne der einzelnen KVen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden darf.

Waren Sonderbedarfszulassung bislang (nach der Richtlinie) nur qualifikationsbezogen festzustellen, sollen zukünftig zudem auch lokale Besonderheiten in die Feststellung einfließen. Ebenso berücksichtigt ist die Möglichkeit der Festlegung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen und die damit verbundene Möglichkeit der Normierung von Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen.

### **Regionale Besonderheiten**

Regionale Besonderheiten sollen sich ergeben aus der regionalen Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen), der regionalen Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten), sozioökonomischen Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf), räumlichen Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten) sowie infrastrukturellen Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten

angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

### **Neue Versorgungsebenen und Verhältniszahlen**

War bislang nur zwischen der allgemeinärztlichen und der fachärztlichen Versorgung unterschieden worden, geht das neue Regelungsgefüge von insgesamt vier sogenannten Versorgungsebenen aus. Neben die allgemeine hausärztliche und fachärztliche Versorgung (zur Fachärztlichen Versorgung gehören PP und KJP) treten zukünftig die spezialisierte fachärztliche Versorgung (z. B. Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen) und die gesonderte fachärztliche Versorgung (z. B. Laborärzte, Neurochirurgen, Pathologen, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner).

Für die Gruppe der Hausärzte wird die Verhältniszahl (mit Ausnahme der Region des Ruhrgebietes) einheitlich auf 1 zu 1.671 festgelegt. Für Fachärzte reicht sie von 1 zu 3.527 für Kinderärzte über 1 zu 5.555 für Frauenärzte, 1 zu 31.373 für Nervenärzte bis hin zu 1 zu 58.218 für Anästhesisten. Für uns Psychotherapeuten beträgt die Verhältniszahl 1: zu 8.743. Für die (neu) geplanten Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung reicht sie von 1 zu 102.001 (Labormediziner) bis 1 zu 1.322.452 (Transfusionsmediziner). Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor modifiziert, der sich aus Altersfaktoren und Leistungsbedarfsfaktoren berechnet.

## Umsetzung im Saarland

Der Landtag des Saarlandes hat bereits am 16. Oktober 2012 (Amtsbl. I S. 436) das Gesetz zur Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums verabschiedet. Am 12. April 2013 wurde die „Verordnung zur Ausgestaltung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ erlassen. Damit wurden die Gründung des Gemeinsamen Landesgremiums gesetzlich geregelt und mit der Verordnung neben den stimmberechtigten Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft weitere beteiligte Mitglieder definiert. Es handelt sich konkret um jeweils einen Vertreter der Ärztekammer des Saarlandes, der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, der Apothekerkammer des Saarlandes sowie einen Vertreter des Saarländischen Städte- und Gemeindetages, einen Vertreter des Saarländischen Landkreistages und bis zu sechs Vertretern der für die Wahrnehmung der Belange der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene sowie einen Vertreter des Saarländischen Pflegerats und der Saarländischen Pflegegesellschaft. Außerdem kann das Landesgremium Sachverständige, die nicht Mit-

glied sind, zu einzelnen Punkten der Beschlussfassung hinzuziehen.

Die weiteren Beteiligten Mitglieder sind alle nicht stimmberechtigt, haben jedoch das Recht zur Mitberatung, das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen sowie das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung, soweit nicht die Geschäftsordnung ausnahmsweise ein schriftliches Verfahren vorsieht. Im schriftlichen Verfahren ist eine rechtzeitige Beteiligung sicherzustellen.

### Konstituierende Sitzung

Der PKS lag vor der konstituierenden Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums die Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht vor. Insofern musste davon ausgegangen werden, dass der wesentlichste Beratungsgegenstand zumindest bei der konstituierenden Sitzung noch nicht würde beraten werden können. Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie des GB-A aufgrund regionaler Besonderheiten gibt es damit vorerst nicht.

### Regionale Versorgungsbedarfe

Gleichwohl geht die PKS von dem Erfordernis aus, das es von der jetzt aufgestellten Bedarfsplanung abweichende Bedarfe im Saarland gibt, die sektorübergreifend

gesehen werden müssen. Das ist natürlich einmal die unzureichende psychotherapeutische Versorgung vor dem Hintergrund veralteter Messziffern. Beispielhaft sei jedoch auch auf die seit Langem bekannten fehlenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplätze für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung hingewiesen. Hier gibt es im Saarland gravierende Versorgungsdefizite.

Ähnlich sieht es mit der Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter neuropsychologischer Psychotherapie aus. Gerade der demografische Wandel mit Zunahme der Behandlungsfälle bei degenerativen Alterserkrankungen verschärft die ohnehin völlig unzureichende spezielle ambulante neuropsychologische Versorgung, die laut Zahlen des Statistischen Bundesamtes um den Faktor 100 unter der Versorgungsdichte ambulanter Psychotherapie insgesamt liegt. Erkenntnisse zu den genannten Faktoren sind nach Einschätzung der PKS durchaus vorhanden, Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie dringend angezeigt. Inwiefern weitere regionale Besonderheiten vorliegen, die einen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abweichenden Bedarf rechtfertigen, muss nun ermittelt werden. Die PKS wird hierbei ihren Aufgaben des Saarländischen Heilberufekammergesetzes folgend (§ 4 SHKG) gerne ihre Kompetenzen bei der Beratung der zuständigen Stellen einbringen.

## Gilt das Patientenrechtegesetz (auch) für psychotherapeutische Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation?

*Die folgenden Ausführungen nehmen Stellung zu der Frage, für welche Bereiche psychotherapeutischer Tätigkeit das Patientenrechtegesetz gilt. Kammermitglieder der PKS haben angefragt, ob die gesetzlichen Regelungen auch für psychotherapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (REHA) gelten. Die Ausführungen lassen sich auch auf andere Bereiche psychotherapeutischer Tätigkeit übertragen.*

### Was regelt das Patientenrechtegesetz?

**Die aus einem Behandlungsvertrag folgenden Rechte und Pflichten.**

Das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 hat unter der Überschrift „Behandlungsvertrag“ zur Einfügung der §§ 630a bis 630h BGB in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) geführt.

Die Vorschriften der §§ 630a bis 630h BGB, welche Regelungen zur Information, Einwilligung, Aufklärung, Dokumentation und Einsichtnahme sowie zur Haftung des Behandelnden enthalten, sind auf einen Behandlungsvertrag anzuwenden. Sie regeln die aus einem Behandlungsvertrag folgenden Rechte und Pflichten.

### Was ist ein Behandlungsvertrag?

#### Eine medizinische Behandlung gegen Vergütung.

Der Begriff Behandlungsvertrag wird in § 630a Abs. 1 BGB (mittelbar) wie folgt definiert: „Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.“ Hieraus folgt, dass Behandlung i. S. d. §§ 630a bis 630h

BGB eine medizinische Behandlung gegen Vergütung ist.

Es ist nicht entscheidend, ob der Patient zur Zahlung der Vergütung verpflichtet ist; diese Verpflichtung kann – was häufig der Fall sein wird – die Kassenärztliche Vereinigung bzw. eine gesetzliche Krankenkasse nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch Buch V – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) treffen.

Die Frage, ob ein Behandlungsvertrag i. S. d. §§ 630 bis 630h BGB vorliegt, hängt nicht davon, ob es sich um Leistungen i. S. d. SGB V handelt; das SGB V spielt für die Frage keine Rolle, ob ein – zivilrechtlicher – Behandlungsvertrag mit den in §§ 630a bis 630h BGB geregelten Rechten und Pflichten vorliegt.

### **Was ist eine medizinische Behandlung?**

**Eine Behandlung nicht nur durch Ärzte, sondern auch durch Psychotherapeuten, Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten, Heilpraktiker und andere.**

Zur Auslegung des Begriffs „medizinische Behandlung“ kann auf die im Gesetzgebungsverfahren erstellten Gesetzesmaterialien zurückgegriffen werden. Diese sind vor allem deshalb von Bedeutung, weil es sich um ein erst vor Kurzem in Kraft getretenes Gesetz handelt.

Der später Gesetz gewordene Wortlaut des § 630 Abs. 1 BGB, der den Begriff Behandlungsvertrag definiert, findet sich bereits im Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 17/10488). Dort ist ausdrücklich ausgeführt, dass die Behandlung durch Psychotherapeuten, aber auch durch Angehörige anderer Berufsgruppen wie Hebammen, Masseur und medizinische Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten oder Heilpraktiker in den Anwendungsbereich der §§ 630 ff. BGB fallen (BT-Drucksache 17/10488, S. 17).

In der Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 17/10488, Anlage 3, S. 37) wird anstelle der Verwendung des Begriffs „medizinisch“ die des Begriffs „ärztlich“ angeregt, wobei für Behandlungen durch andere Gesundheitsfachberufe eine entsprechende Anwendbarkeit der Vorschriften vorgeschlagen wird. In ihrer Gegenäußerung weist die Bundesregierung diese Anregung zurück (BT-Drucksache 17/10488, Anlage 4, S. 52).

Die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages (BT-Drucksache 17/11710) enthält hinsichtlich § 630 Abs. 1 BGB keine Änderung im Vergleich zu der von der Bundesregierung im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen Fassung. Auch der abschließende Beschluss des Bundesrates (BR-Drucksache 7/13) formuliert keine Kritik an dem von der Bundesregierung in ihrem Entwurf vorgeschlagenen und später Gesetz gewordenen § 630a Abs. 1 BGB.

Da keine Änderungen im Gesetzgebungsverfahren erfolgt sind, kann die von der Bundesregierung ihrem Entwurf beigefügte, hier zitierte Begründung als für die Auslegung des Begriffs „medizinische Behandlung“ maßgebend herangezogen werden.

### **Und was folgt daraus für psychotherapeutische Maßnahmen im Reha-Bereich?**

Die §§ 630 bis 630h BGB finden immer dann Anwendung, wenn eine medizinische Behandlung vorliegt. Der Begriff der medizinischen Behandlung ist weit zu verstehen: Eine medizinische Behandlung muss nicht zwingend durch einen Arzt oder zumindest unter seiner Anleitung bzw. Ermächtigung erbracht werden; auch Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Hebammen, Masseur und medizinische Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten und Heil-

praktiker können eine medizinische Behandlung durchführen.

Eine medizinische Behandlung liegt nicht nur dann vor, wenn diese der Heilung dient; die Behandlung kann auch anderen Zwecken, namentlich kosmetischen Zwecken, dienen. Lediglich „reine“ Pflege- und Betreuungsleistungen stellen keine medizinische Behandlung i. S. d. §§ 630a bis 630h BGB dar. Ohne Bedeutung für die Anwendbarkeit der §§ 630a bis 630h BGB ist es, ob die Maßnahmen nach den Bestimmungen des SGB V vergütet werden.

Die typischen REHA-Leistungen sind als medizinische Behandlung i. S. d. §§ 630a bis 630h BGB anzusehen; nur im (seltenen) Einzelfall können diese nicht als medizinische Behandlung, sondern als „reine“ Pflege- und Betreuungsleistung oder als sonstige Leistung angesehen werden.

Deshalb unterliegen typische REHA-Leistungen dem Anwendungsbereich der §§ 630a bis 630h BGB: Patienten sind zu informieren, ihre Einwilligung ist nach entsprechender Aufklärung einzuholen, die Leistungen sind zu dokumentieren. Das Patientenrechtegesetz gilt für typische REHA-Leistungen, die von Psychotherapeuten oder anderen erbracht werden.

RA Manuel Schauer

### **Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ**

Irmgard Jochum, Katja Klohs-Eberle, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maika Paritong und Michael Schwindling.

### **Geschäftsstelle**

Scheidterstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

turnusgemäß hatte die PKSH die Leitung der vergangenen vier Länderratssitzungen (Foto), deren zentrale Diskussionen die Zukunft der Ausbildung und Reform des Psychotherapeutengesetzes betraf.

In ihrer Pressemitteilung vom 24. Mai 2013 fordert unsere BPTK im Hinblick auf die Bundestagswahl eine bessere Politik für psychisch kranke Menschen. Sie können mit Ihrem Wahlverhalten am 22. September 2013 auch mitbestimmen, wie die psychotherapeutische Versorgung weiterentwickelt werden soll.

Aktuelles zur Neuropsychologischen Therapie und zur Kostenerstattung lesen Sie im Folgenden.

Einen freundlichen Herbst wünscht

*Juliane Dürkop  
 Präsidentin*



v. l.: J. Dürkop, B. Schäfer und M. Wohlfarth (Foto: M. Klett)

## Aus der Kammerversammlung – Oder: Eine Geschichte zur Neuropsychologischen Therapie

Einen vorläufigen Abschluss fand in der Kammerversammlung am 21. Juni 2013 die 15 Monate währende Beschäftigung mit einer möglichen Weiterbildungsregelung zur Neuropsychologischen Therapie. Wir berichteten an dieser Stelle kontinuierlich darüber, deshalb die Vorgeschichte im Zeitraffer:

- Im November 2011 hat der G-BA die Neuropsychologische Therapie sozialrechtlich anerkannt, was bedeutete, dass fortan Neuropsychologische Therapie zu Lasten der GKV im ambulanten System erbracht werden kann.
- Die Kammerversammlung in Schleswig-Holstein hatte daraufhin im März 2012 einen einstimmigen Beschluss gefasst: Der Fort- und Bildungsausschuss der Kammer sollte eine Weiterbildungsordnung für die Neuropsychologische Therapie ausarbeiten, die im Vergleich zur Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer deutlich reduzier-

te Weiterbildungsinhalte und zeitliche Umfänge definiere. Hintergründe dieser Entscheidung waren:

- a) ein fachlich nicht begründet erscheinender Weiterbildungsumfang in der MWBO,
- b) das Wissen darum, dass es in den Landeskammern, die die Regelungen der MWBO z. T. schon seit 2006 auf Landesebene übernommen hatten, unter den Approbierten bislang absolut keine Nachfrage nach dieser Weiterbildung gibt und
- c) dass in Schleswig-Holstein das Heilberufekammergesetz Regelungen zu Weiterbildungen durch die Kammern nur unter der Voraussetzung vorsieht, dass sie für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung „erforderlich“ sind (d. h. im Umkehrschluss: Eine Weiterbildung, die keiner macht, kann nicht erforderlich sein für eine angemessene Versorgung, behindert diese im Gegenteil eher und ist daher nicht zulässig).

- Der Ausschuss erarbeitete Eckpunkte für fachlich begründete Weiterbildungsumfänge in einer zukünftigen Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein.
- Im März 2013 wurden diese Eckpunkte im Rahmen einer Expertenanhörung in der Kammerversammlung ausführlich diskutiert. Am Ende dieser Diskussion bekräftigte die Kammerversammlung mehrheitlich den Beschluss aus dem März 2012 und beauftragte den Ausschuss, die begonnene Arbeit unter Einbeziehung der Diskussionsergebnisse fortzuführen und zur nächsten Kammerversammlung einen abstimmungsfähigen Entwurf einer Weiterbildungsordnung zur Neuropsychologischen Therapie zu erstellen.

Der Ausschuss legte der Kammerversammlung am 21. Juni 2013 einen detailliert ausgearbeiteten und juristisch geprüften Entwurf einer Weiterbildungsordnung vor. Dieser kam inhaltlich den Kritikern der Umfangsreduktion in einem wichtigen Punkt noch einmal erheblich entgegen, indem

## Umfang der Weiterbildung „Klinische Neuropsychologie“: Gegenüberstellung MWBO und Entwurf des Fort- und Weiter- bildungsausschusses der PKSH:

Vorgesehener Umfang	MWBO	Entwurf der PKSH
Praktische klinische Weiterbildungszeit:	2 Jahr Vollzeitätigkeit, davon mind. 1 Jahr in zugelassener stationärer Einrichtung	1 Jahr Vollzeitätigkeit, davon mind. 0,5 Jahre in zugelassener stationärer Einrichtung, mind. 40 ambulante Behandlungsstunden
Fallbezogene Supervision:	100 Stunden	50 Stunden
Theoretische Weiterbildung:	400 Stunden, davon mind. 200 Stunden in externen zugelassenen Weiterbildungsstätten	150 Stunden
Anzahl Kasuistiken und Begutachtungen:	5 differenzierte Falldarstellungen, davon mind. 2 in Gutachtenform	3 differenzierte Falldarstellungen, davon mind. 1 in Gutachtenform

der Umfang der klinischen Tätigkeit von einem halben Jahr (Eckpunkte) auf ein ganzes Jahr verdoppelt wurde. Möglichkeiten, Teile der praktischen Weiterbildungszeit in eigener Praxis abzuleisten, waren klarer definiert. Übergangsregelungen waren differenzierter und konkreter ausgearbeitet worden als bislang in der MWBO.

Insbesondere für lange im Bereich Neuropsychologie praktisch tätige Kammermitglieder sollten damit die formellen Nachteile ihrer Qualifikationen deutlich vereinfacht und damit unnötige Bürokratie vermieden werden (vgl. auch Tabelle: Weiterbildungsumfänge MWBO vs. Entwurf des Ausschusses der PKSH).

Die Aussprache zum Entwurf beschränkte sich erstaunlicherweise auf die Beantwortung nur einer einzigen Frage, mit der klargestellt wurde, dass die Kammer mit der Weiterbildungsordnung nur regeln könne, unter welchen Bedingungen die „Zusatzbezeichnung“ zur Berufsbezeichnung geführt werden dürfe, grundsätzlich aber nicht Einschränkungen der Tätigkeitsmöglichkeiten berufsrechtlich vornehmen könne. Weder die definierten Weiterbildungsumfänge noch die vom Ausschuss neu erarbeiteten Übergangsregelungen wurden diskutiert. Änderungsanträge wurden keine gestellt, neue Argumente nicht vorgebracht. Gleichwohl fand die Vorlage an diesem Sitzungstag keine Mehrheit und wurde damit abgelehnt.

Der Vorstand bedankt sich an dieser Stelle bei den Mitgliedern des Ausschusses für das große Engagement und die geleistete Arbeit. Er bedauert sehr, dass diese Arbeit, die aus seiner Sicht großen Respekt verdient, von der Kammerversammlung nicht honoriert wurde und hofft, dass die Lust an der aktiven Mitwirkung dadurch keinen irreparablen Schaden genommen hat (siehe auch Kommentar zu diesem Thema).

### Was bedeutet nun diese Entwicklung in Schleswig-Holstein?

Zunächst steht fest, dass es in Schleswig-Holstein bis auf Weiteres keine Weiterbildungsordnung gibt. Das ist keine Veränderung zum bisherigen Zustand.

Für die Kammermitglieder bedeutet das, dass sie die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ in Schleswig-Holstein weiterhin nicht erwerben können und auch nicht führen dürfen. Wie weiter oben schon beschrieben, besteht in anderen Ländern z. T. seit Jahren absolut keine Bereitschaft, aktiv eine Weiterbildung mit den Umfängen gem. MWBO aufzunehmen. Es bestand daher die Hoffnung, dass bei den zur Abstimmung vorgelegten Regelungen sowohl frisch approbierte KollegInnen, aber auch bereits länger in eigener Praxis niedergelassene und an der Neuropsychologie interessierte KollegInnen sich hätten vorstellen können, eine solche Weiterbildung zu durchlaufen. Diese KollegIn-

nen dürften ebenso enttäuscht sein von der Entscheidung wie jene, die hofften, über klarere und unbürokratischere Übergangsregelungen die Erlaubnis zum Führen der Zusatzbezeichnung erlangen zu können.

Die Versorgung der relevanten Patientengruppen hat sich durch den Beschluss der Kammerversammlung nicht verschlechtert. Solange es in Schleswig-Holstein keine Weiterbildungsregelung gibt, können KollegInnen, die die Qualifikationen gem. MWBO nachweisen können, selbstverständlich, wie bisher auch, bei der KVSH die Abrechnungsgenehmigung für neuropsychologische Leistungen beantragen. Hierfür ist es also zunächst völlig unerheblich, ob die Kammer eine Weiterbildungsordnung beschlossen hat oder nicht.

Die Versorgung wird sich aber dadurch, anders als erhofft, leider auch nicht verbessern. Die Anzahl der KollegInnen, die theoretisch eine Abrechnungsgenehmigung per Übergangsbestimmungen gemäß MWBO erhalten könnten, liegt in Schleswig-Holstein im einstelligen Bereich. Nach seriösen Schätzungen würde es in Schleswig-Holstein aber ca. 40 Leistungserbringer brauchen, die im ambulanten Sektor in Vollzeit ausschließlich neuropsychologische Therapie durchführen, damit der vorhandene Bedarf gedeckt werden könnte. Ohne dass bürokratische Hürden bei den Übergangsregelungen reduziert und die Weiterbildungsumfänge auf ein realistisches Maß reduziert werden, wird sich zukünftig vermutlich wenig an der Zahl der zur Verfügung stehenden qualifizierten BehandlerInnen verändern, zumal es keinerlei wirtschaftliche Anreize dafür gibt, diese zusätzliche Abrechnungsgenehmigung über eine zeit- und kostenintensive Weiterbildung zu erwerben, da die Stunde neuropsychologische Therapie nicht höher vergütet wird als die gemeine genehmigungspflichtige Psychotherapiestunde.

Vor dem Hintergrund bestehen grundsätzliche Zweifel, ob mit den Regelungen der MWBO und den darauf Bezug nehmenden sozialrechtlichen Beschlüssen des G-BA ein angemessene Versorgung der Bevölkerung mit neuropsychologischer Therapie zu erreichen ist.

Diese Zweifel werden geteilt vom Verband der niedergelassenen Neuropsychologen, aber auch von etlichen berufspolitisch Aktiven in anderen Kammern. Die Kammerversammlung in Schleswig-Holstein hat insofern eine Gelegenheit versäumt, durch eine fachlich begründete Reduktion des Weiterbildungsumfanges die Nachfrage nach entsprechenden Weiterbildungen bei Kammermitgliedern zu erhöhen – als eine

unabdingbare, wahrscheinlich aber auch noch nicht hinreichende Voraussetzung für eine deutliche Verbesserung der Versorgung.

Der Vorstand der PKS SH geht davon aus, dass Bewegung in die bestehenden Regelungen kommen muss, jedenfalls dann, wenn die Kammern weiter als Organisationen ernst genommen werden wollen, de-

nen eine gute Versorgung der Bevölkerung am Herzen liegt. Er wird sich deshalb weiter dafür einsetzen, dass diese Bewegung entsteht. Möglicherweise könnte dann der vom Fort- und Weiterbildungsausschuss erarbeitete Entwurf doch noch einmal sehr nützlich werden.

*Ihr Vorstand der PKS SH*

### **Kommentar des Vorstandes zur Entscheidung WBO-Neuropsychologie**

Manchmal gibt es Vorgänge in der Kammerversammlung, die einer gesonderten Betrachtung bedürfen. Der Werdegang der Weiterbildungsregelung für Neuropsychologische Therapie in Schleswig-Holstein ist ein solcher. Vorweg zur Erinnerung: Die Kammerversammlung setzt sich seit der letzten Wahl aus je neun VertreterInnen zweier Wahlbündnisse zusammen. „Kam On“ bestehend aus Verbandsunabhängigen sowie KandidatInnen aus BDP, DGVT und GWG ist das eine, „Kammerpolitik nach Vorne“ (DPTV plus BKJ-SH, VAKJP, DFT und GNP) das andere. Die KollegInnen von „Kam On“ stellen alleine den Vorstand. Die KollegInnen von „Kammerpolitik nach Vorne“ waren zu einer Mitarbeit im Vorstand nicht bereit, können aber mit den neun Stimmen in der Kammerversammlung alle wichtigen Entscheidungen verhindern. Und besonders bemerkenswert: Im Fort- und Weiterbildungsausschuss sind mehrheitlich KollegInnen aus „Kammerpolitik nach Vorne“ vertreten.

Nun zur Neuropsychologie: Die Entscheidung, den Fort- und Weiterbildungsausschuss mit der Erarbeitung eines im Umfang reduzierten Curriculums zu beauftragen, erging nicht nur einstimmig, der Antrag wurde im März 2012 sogar vom oppositionellen Bündnis formuliert. Dies war einerseits in der Sache bemerkenswert, andererseits machte es Hoffnung, dass man bei einem wichtigen Thema in der Lage wäre, einen gemeinsamen Weg einzuschlagen. Die fünf KollegInnen im Ausschuss machten sich an die Arbeit. In zahlreichen Sitzungen investierten sie viel Zeit und Energie, um den erteilten Auftrag seriös zu erfüllen. Natürlich wurden sie für diese ehrenamtliche Arbeit entschädigt, das Unterfangen kostete also auch Geld. Die Expertenanhörung im März 2013 war auch nicht umsonst zu haben. Die Bestätigung des Auftrages an den Ausschuss nach der Expertenanhörung war ein wichtiges Signal. Die Bestätigung des Auftrages erfolgte zwar nicht mehr einstimmig, aber mehrheitlich. Diese Mehrheit kam durch explizite Zustimmung oder Enthaltung auch einiger KollegInnen von „Kammerpolitik nach Vorne“ zustande. Erneut machten sich die Mitglieder des Ausschusses an die Arbeit, investierten weiter viel Zeit und Energie. Der Kammerversammlung im Juni 2013 wurde dann ein fertiger Entwurf zur Abstimmung vorgelegt, der den Kritikern der Umfangsreduktion noch einmal erheblich entgegen kam. Neue Argumente wurden in der Kammerversammlung dann nicht vorgebracht, Änderungsanträge wurden nicht gestellt, eine weitere Diskussion wur-

de nicht gewünscht. Trotzdem fand sich niemand vom oppositionellen Bündnis, der dem Entwurf zustimmte. Weil ein Kam-On-Mitglied wegen eines Notfalles vorzeitig die Sitzung verlassen musste und ein weiteres Mitglied wegen der am selben Tag beginnenden Schulferien nicht mehr anwesend sein konnte, fand sich in dieser Kammerversammlung somit keine Mehrheit für diesen mit enormem finanziellen und zeitlichen Aufwand erarbeiteten Entwurf.

Der Vorstand steht zu dem Entwurf und bedauert sehr, dass er letztlich an den beschriebenen (tageszeitlichen) Mehrheitsverhältnissen in der Kammerversammlung scheiterte. Das Ergebnis der Ausschussarbeit war aus Sicht des Vorstandes zumindest mehrheitlich zustimmungsfähig, da es im Vergleich zu den im März 2013 umfassend diskutierten, vom Ausschuss vorgelegten Eckpunkten inhaltlich den Kritikern noch einmal deutlich entgegenkam. Dass es keinen konstruktiven Änderungsantrag und keine Diskussion mehr gab, lässt vermuten, dass es bei der Abstimmung im Juni nicht mehr allein um die Sache ging. Es bleibt sonst unverständlich, warum die Mitglieder von „Kammerpolitik nach Vorne“ geschlossen dem Arbeitsergebnis des Ausschusses, an dem sie mehrheitlich beteiligt waren, die Zustimmung verweigerten. Der Vorstand kann in der Sache mit dem Ergebnis leben, stand und steht er doch – mit Ausnahme der Neuropsychologie – Weiterbildungsregelungen zumindest so lange weiter ablehnend gegenüber, bis zuerst geklärt ist, wie denn die Psychotherapieausbildung formal (weiter postgradual oder doch dual, ...?) und inhaltlich zukünftig geregelt sein wird. Denn solange nicht geklärt ist, welche Kenntnisse und Fähigkeiten in der Ausbildung vermittelt werden, machen Regelungen keinen Sinn, die festlegen, was auf den Ausbildungsinhalten aufbauend über diese hinaus im Rahmen von Weiterbildungen vermittelt werden sollte. Kurios an der Kammerentscheidung bleibt aber, dass, obwohl die Kammerversammlung zunächst einstimmig für die Erarbeitung einer Weiterbildungsregelung Neuropsychologie mit gegenüber der MWBO reduziertem Umfang stimmte, letztlich die Gruppierung, die all die Jahre vehement eine Weiterbildung Neuropsychologie gefordert hatte, nun eine solche verhinderte. Viel bedauerlicher ist es aus Sicht des Vorstandes, dass damit Ansätze für eine konstruktive, an Inhalten orientierte Zusammenarbeit in der Kammerversammlung einen empfindlichen Dämpfer erhalten haben dürften.

## PKSH-Umfrage zur Psychotherapie in Kostenerstattung

Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein hat im Mai 2013 von ihren rund 1.500 Mitgliedern jene 164 angeschrieben, die in der Kartei als niedergelassen, aber nicht kassenzugelassen verzeichnet sind. Ziel war es, genauere Informationen über diesen wichtigen Sektor der ambulanten Psychotherapie zu bekommen, der offiziell bei Kassenärztlicher Vereinigung und Kassen keine Rolle spielt. Die Daten liegen jetzt vor.

Geantwortet haben 62 Mitglieder. Das ist eine **Rücklaufquote** von 37,8%. Dies bewertet die Kammer als Erfolg, denn es muss davon ausgegangen werden, dass viele Angeschriebene nicht im psychotherapeutischen Bereich tätig sind, sondern sich entweder im Ruhestand befinden oder in der Lehre, Forschung, Beratung und ähnlichen Bereichen arbeiten.

85% der Rückantworten konnten vollständig in die Auswertung einfließen. Die restlichen Mitglieder gaben entweder an, nicht mehr klinisch tätig zu sein oder außerhalb des Kammerbezirks zu arbeiten. 13 Antworten (21%) wurden anonym abgegeben.

**Behandlungskapazität:** Die Streuung der Angaben ist groß. 45% der BehandlerInnen haben einstellige Patientenzahlen und entsprechend wenige Therapiestunden pro Woche. Nur jede/r vierte TherapeutIn behandelt mehr als 14 PatientInnen pro Woche. 11% geben zwischen 20 und 34 Termine pro Woche an. Im Durchschnitt werden neun Behandlungstermine pro Woche im Kostenerstattungsverfahren abgerechnet.

Ganz ähnlich ist das Bild bei der **Gesamtzahl der PatientInnen**. Bei einer Bandbreite von 1 bis 36 Behandelten liegt der Durchschnitt bei zwölf.

Aus diesen Angaben kann man schließen, dass nur ein kleinerer Teil der AnbieterInnen ambulante Psychotherapie als Haupttätigkeit betreibt.

**Informationsquellen und Zuweisung der PatientInnen:** Hier wurden die Befragten gebeten, in Prozent anzugeben, wie ihre PatientInnen von ihrem Angebot erfuhren.

22% kommen demnach auf Empfehlung ihrer Ärzte und 16% bekommen den Hinweis von KassenpsychotherapeutInnen. Mit 9% spielt die Empfehlung von Krankenhausmitarbeitern auch noch eine gewisse Rolle. Nur geringe Bedeutung hat die Weiterleitung von Ambulanzen bzw. Ausbildungsinstituten (2%) oder Beratungsstellen (4%). Auch das Psychinfo spielt für approbierte KollegInnen ohne Kassenzulassung anscheinend nur eine Nebenrolle (7%). Am erfolgversprechendsten scheinen das Telefonbuch und andere Platzierungen im Internet zu sein, die dann über Suchdienste auf Adressen oder Homepages der TherapeutInnen führen (40%).

Eine Kollegin arbeitet seit 30 Jahren erfolgreich mit Kostenerstattung. Sie betont, 80% ihrer PatientInnen über persönliche Weiterempfehlung zu erhalten. Zehn weitere Kammermitglieder haben seit zehn Jahren und länger ohne Kassenzulassung ebenfalls Erfolg auf dem ambulanten Therapiemarkt. Im Durchschnitt geben die Befragten an, seit 5,8 Jahren auf diese Weise abzurechnen.

Die **Bearbeitungszeit der Kostenerstattungsanträge** erscheint mit 6,3 Wochen vergleichsweise gering. Für Kostenerstattung ist sicherlich mehr Organisationsaufwand nötig und es gibt keine Befreiung von der Berichtspflicht an Gutachter. Bei der Beantragung durch KassenpsychotherapeutInnen ist hingegen eine Bewilligungszeit von vier Wochen und mehr bei Einschaltung von Gutachtern auch nicht selten. Die Angaben der Befragten streuen hierzu zwischen drei und 14 Wochen.

Die **Wartezeit auf einen Therapieplatz** wird hingegen mit durchschnittlich 5,8 Wochen deutlich kürzer angegeben als bei Kassenpsychotherapeuten. Im Sommer 2011 errechnete die Bundespsychotherapeutenkammer für Schleswig-Holsteinische PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung eine mittlere Wartezeit von 14,6 Wochen bis zu einem Vorgespräch. Aber auch bei den Kostenerstattern gibt es große Unterschiede. Augenscheinlich haben jene KollegInnen, die die meisten Behandlungsplätze anbieten, auch die längsten Wartezeiten (bis zu 30 Wochen).

Interessant ist, dass im ersten Durchgang durchschnittlich 72,1% der Anträge auf Kostenerstattung positiv beschieden werden. Auch hier gehen die Angaben weit auseinander, was möglicherweise mit der individuellen Erfahrung im Umgang mit den Krankenkassen oder aber auch mit regionalen Besonderheiten zu tun haben kann. Bei einigen Kassen haben lokale Geschäftsstellen größeren Spielraum, den sie auch im Sinne ihrer Versicherten nutzen können.

Welche **Kassen** gelten bei den befragten KollegInnen als entgegenkommend und mit welchen werden häufig schlechte Erfahrungen hinsichtlich der Kostenerstattung gemacht?

Sehr positiv sticht hier die AOK-Nordwest hervor und überwiegend beklagt wurde die Kooperationswilligkeit der DAK. Im Überblick die wichtigsten Kassen:

Kasse	positive Erfahrung	negative Erfahrung
AOK-Nordw.	25	8
IKK Nord	10	3
BKK (allg.)	19	7
TK	21	11
Barmer GEK	18	13
DAK	3	27

Hier könnte es zukünftig interessant sein, zu überprüfen, ob es sich um eine Momentaufnahme handelt oder ob der Trend konstant ist.

**Woher kommen die Antworten bzw. wo praktizieren die KollegInnen?**

Planungsbereich	Antworten
Dithmarschen	0
Flensburg, Kreis SL-FL	7
Herzogtum Lauenburg	1
Kiel	9
Lübeck	5
Neumünster, Kreis RD-ECK	5
Nordfriesland	5
Ostholstein	2
Pinneberg	3
Plön	1
Segeberg	6
Steinburg	2
Stormarn	6
<b>Gesamt</b>	<b>52</b>

Die KV-Kreise Nordfriesland und Schleswig-Flensburg inkl. der Stadt Flensburg, die jetzt von der Neuberechnung der Bedarfswahlen des Gemeinsamen Bundesausschusses profitieren, weil sie fern von Großstädten liegen und eher ländlich geprägt sind, haben scheinbar verhältnismäßig viele Kostenerstatter, die dort den gravierenden Mangel an erreichbaren Therapieplätzen etwas aufgefangen haben. Der dritte dünnbesiedelte Kreis, für den das ebenfalls gilt, wurde offenbar noch nicht von KollegInnen entdeckt: Dithmarschen. Ansonsten verteilen sich die Kostenerstattungspraxen gemessen an den Einwohnerzahlen relativ gleichmäßig über die Kreise und Städte. Kiel als größte Stadt mit viel Umland und großer Uni hebt sich hervor.

Die Auswertung der Freitextantworten kann hier nur sehr verkürzt wiedergegeben werden. Sie wird aber die Geschäftsstelle der PKS und den Vorstand noch etwas beschäftigen.

#### Einige **Wünsche zur Interessenvertretung:**

- Gespräche mit Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung von PatientInnen mit ambulanter Psychotherapie,
- leichtere Beantragung von Psychotherapie,
- rechtliche Unterstützung bei Ablehnungen von Anträgen,
- Kostenerstattung für Nicht-Richtlinientherapie,
- mehr Werben für halbe Zulassungen,
- mehr sachliche Information über Kostenerstattung usw.

Der PKS sind hier als Anstalt des öffentlichen Rechts politisch enge Grenzen gesetzt. Gerade hinsichtlich der Zulassung von Kassensitzen und der Abrechnung von Leistungen ist eher die Kassennärztliche Vereinigung bzw. deren Fachausschuss für Psychotherapie der richtige Adressat für Forderungen und Kritik. Die Kammer wird sich jedoch in ihrer Öffentlichkeitsarbeit, in den Gremien, in denen ihre VertreterInnen mitarbeiten und in der politischen Lobbyarbeit auf Landes- und Bundesebene von den Wünschen ihrer Mitglieder anre-

gen lassen. Das war Zweck dieser Befragung.

Von großem Interesse ist für die Kammer die **Einschätzungen zum Suchdienst Psychinfo**, an dem sie seit Anbeginn mitarbeitet und mitgestaltet. Hier wird von mehreren KollegInnen bemängelt, dass für Suchende der explizite Hinweis auf Kostenerstatter fehlt bzw. diese Form des Therapieplatzangebotes schwer zu identifizieren ist. Die PKS ist hier schon ggü. den anderen beteiligten Kammern initiativ geworden. Sie wird die Anregungen dieser Befragung auch wieder in die Diskussion zur Verbesserung des Dienstes einbringen. Bei der Durchsicht der nicht anonymen Antworten wurde jedoch auch festgestellt, dass viele KollegInnen, die Angebote außerhalb der Kassenpsychotherapie machen, im Psychinfo nicht eingetragen sind. Der Eintrag ist kostenlos und das Psychinfo ist über viele andere Suchdienste verlinkt.

Auf einen umfangreichen Fragenkatalog zum Umgang mit der Kostenerstattung, der zeitgleich allen größeren Gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein zugesandt wurde, erhielt die PKS nur zwei Antworten der DAK und der AOK. Die AOK-Nordwest antwortet im Namen aller Kassenverbände in Schleswig-Holstein. Es würden keine statistischen Auswertungen zur Kostenerstattung gemacht, man wisse nicht, wie viele „Kostenerstattungsfälle“ existierten, man könne keine Aussagen über regional unterschiedliche Handhabung der Geschäftsstellen machen, jeder Fall müsse individuell beurteilt werden und es lägen „Aussagen einzelner auch großer Krankenkassen vor“, nach denen der Anteil der Fälle von Kostenerstattung insgesamt „vernachlässigbar“ klein sei. Die DAK betont, dass Entscheidungen für Kostenerstattung nach einem bundesweit einheitlichen Vorgehen erfolgten, aber „vor Ort“ individuell abgestimmt würden. Man sei bemüht, die Versicherten bei der Suche nach Vertragspsychotherapeuten zu unterstützen.

#### **Zusammenfassende Bewertung:**

Viele der Angaben von Befragten sprechen für eine gewisse Stetigkeit oder gar Zunah-

me dieses Angebotsmodells außerhalb der Kassenpsychotherapie. Für zahlreiche Kammermitglieder ist dieses „Geschäftsmodell“ kein Provisorium, sondern scheint bewusst gewählt. Gleichzeitig zeigen die Daten für Schleswig-Holstein ein langjähriges Versagen der offiziellen Bedarfsplanung. Daran werden auch die neuen Kassensitze wenig ändern, denn viele davon werden wahrscheinlich durch Umwandlung von schon existierenden Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen „aufgesogen“. Von den ehemals von der BPTK berechneten 44 neuen Kassensitzen für unser Land werden vermutlich ab Spätherbst deutlich weniger wirklich neu auf den Markt kommen. Kostenerstattung bleibt daher weiterhin notwendig bei der Versorgung von PatientInnen mit ambulanter Psychotherapie. Neueste Berechnungen der BPTK zeigen eine Steigerung der GKV-Ausgaben von 2010 bis 2012 von 30,5 Mio. € auf 41,2 Mio. €. Das sind 35% Zuwachs. In zehn Jahren haben sich die Zahlungen mehr als verfünffacht! An der Entwicklung dieser Zahlen wird sich die nur zaghafte verbesserte Bedarfsplanung des GB-A messen müssen. Die Krankenkassen zeigen derzeit wenig Interesse an einer bedarfsgerechten/morbiditätsangepassten Angebotsplanung und scheinen das Thema Kostenerstattung lieber klein halten zu wollen. Es mutet unverständlich an, dass es über jährlich anfallende Kosten außerhalb des Planungsrahmens keine systematischen Auswertungen geben soll.

Der „BPTK-Ratgeber Kostenerstattung“ ist auf der Website der PKS unter [www.pksh.de/index.php/patienteninformationen/downloads](http://www.pksh.de/index.php/patienteninformationen/downloads) als Download erhältlich.

*Klaus Thomsen  
Vorstandsmitglied*

#### **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](mailto:info@pksh.de)  
[www.pksh.de](http://www.pksh.de)

## Impressum Psychotherapeutenjournal

Das *Psychotherapeutenjournal* publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das *Psychotherapeutenjournal* erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

12. Jahrgang, Ausgabe 3/2013

### Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München

### Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; 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), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling

(OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

### Redaktion

Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach (V.i.S.d.P.)  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag 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.

### Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69126 Heidelberg

### Druck

westermann druck  
38104 Braunschweig

### Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 4/2013 ist der 20. September 2013, für Ausgabe 1/2014 der 16. Dezember 2013. 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).

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

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind **urheberrechtlich geschützt**. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

**Besuchen Sie uns auch auf  
[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)**

# Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

 <p><b>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</b></p> <p><b>Baden-Württemberg</b> Jägerstraße 40 70174 Stuttgart Tel. 0711/674470-0 Fax 0711/674470-15 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@lpk-bw.de www.lpk-bw.de</p>	 <p><b>Psychotherapeutenkammer HAMBURG</b></p> <p><b>Hamburg</b> Hallerstraße 61 20146 Hamburg Tel. 040/226 226 060 Fax 040/226 226 089 Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr Fr 9.00 – 14.00 Uhr info@ptk-hh.de www.ptk-hh.de</p>	 <p><b>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer</b> Kickerlingsberg 16 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0 Fax 0341/462432-19 Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr Mi 14.00 – 17.00 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@opk-info.de www.opk-info.de</p>
 <p><b>PTK   Bayern</b></p> <p><b>Bayern</b> St.-Paul-Straße 9 80336 München (Post: Postfach 151506 80049 München) Tel. 089/515555-0 Fax 089/515555-25 Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 13.00 Uhr info@ptk-bayern.de www.ptk-bayern.de</p>	 <p><b>LPPKJP HESSEN</b></p> <p><b>Hessen</b> Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden Tel. 0611/53168-0 Fax 0611/53168-29 Mo 10.00 – 13.00 Uhr Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr post@ptk-hessen.de www.ptk-hessen.de</p>	 <p><b>LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz</b></p> <p><b>Rheinland-Pfalz</b> Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 55130 Mainz Tel. 06131/5703813 Fax 06131/5700663 Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr service@lpk-rlp.de www.lpk-rlp.de</p>
 <p><b>PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN</b></p> <p><b>Berlin</b> Kurfürstendamm 184 10707 Berlin Tel. 030/887140-0, Fax -40 Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr Di 14.00 – 19.00 Uhr info@psychotherapeutenkammer-berlin.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de</p>	 <p><b>pkn. Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</b></p> <p><b>Niedersachsen</b> Roscherstraße 12 30161 Hannover Tel. 0511/850304-30 Fax 0511/850304-44 Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr Beitragsangelegenheiten: Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr info@pknds.de www.pknds.de</p>	 <p><b>pks Psychotherapeutenkammer des Saarlandes</b></p> <p><b>Saarland</b> Scheidterstraße 124 66123 Saarbrücken Tel. 0681/9545556 Fax 0681/9545558 Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr kontakt@ptk-saar.de www.ptk-saar.de</p>
 <p><b>PK Psychotherapeutenkammer HB Bremen</b></p> <p><b>Bremen</b> Hollerallee 22 28209 Bremen Tel. 0421/27 72 000 Fax 0421/27 72 002 Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr Mi 13.00 – 17.00 Uhr Sprechzeit des Präsidenten: Di 12.30 – 13.30 Uhr verwaltung@pk-hb.de www.pk-hb.de</p>	 <p><b>Psychotherapeuten Kammer NRW</b></p> <p><b>Nordrhein-Westfalen</b> Willstätterstraße 10 40549 Düsseldorf Tel. 0211/522847-0 Fax 0211/522847-15 Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr Fr 8.30 – 14.00 Uhr info@ptk-nrw.de www.ptk-nrw.de</p>	 <p><b>pkSHI Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein</b></p> <p><b>Schleswig-Holstein</b> Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus 24103 Kiel Tel. 0431/661199-0 Fax 0431/661199-5 Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr Do 13.00 – 16.00 Uhr info@pksh.de www.pksh.de</p>

