

# *Psychotherapeuten- journal*

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

**2/2014**

13. Juni 2014 (S. 119-248)

- **Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung**
- **Fortsetzung der Diskussion:  
Reform der Psychotherapeutenausbildung**
- **Neue Methoden und Techniken:  
Energetische Psychotherapie, EMDR,  
Brainspotting und Somatic Experiencing**
- **Rückfallprophylaxe bei rezidivierender  
Depression**
- **Das Psychotherapeutensuchprogramm Psychinfo**





## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Frühsommerausgabe des PTJ liegt vor Ihnen – hoffentlich werden Sie sie bei schönstem Sonnenschein gemütlich und dennoch neugierig und gespannt lesen!

Stellen Sie sich vor, eine Person mit Intelligenzminderung meldet sich bei Ihnen zur Psychotherapie an – wäre das für Sie „Alltag“, müssten Sie erst im Keller nach alten Weiterbildungsunterlagen kramen oder hätten Sie sogar Sorge, ob Sie diese Psychotherapie kompetent durchführen könnten? Der erste Themenschwerpunkt dieses Heftes widmet sich der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung: Chrisaoula Metaxas und Kolleg(inn)en stellen teils überraschende Ergebnisse einer Umfrage unter niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en in Baden-Württemberg zur Versorgungslage intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher vor. Um der Vermutung nachzugehen, ob die teilweise defizitäre Versorgungslage auf unzureichende Wissensvermittlung im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung zurückzuführen ist, analysierten Traudel Simon und Annika Jäckel die Ausbildungscurricula für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en in Bezug auf Ausbildungsinhalte zum Thema Intelligenzminderung.

Im zweiten Themenblock möchten wir die in den letzten Ausgaben des PTJ begonnene Diskussion rund um die Ausbildungsreform fortsetzen. Als besonders problematisch wurden in der Vergangenheit immer wieder die teils prekären Ausbildungsbedingungen im Rahmen der Praktischen Tätigkeit beschrieben, was zu zahlreichen Protesten, Demonstrationen und Petitionen führte. Lisa Albrecht und Kolleg(inn)en beschreiben die Wünsche des psychotherapeutischen Nachwuchses, die in Form von Mindestanforderungen an die Praktische Tätigkeit von der Bundeskonferenz PiA formuliert worden sind. Wolfgang Mertens geht in der Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung noch einen Ausbildungsschritt zurück zum Psychologiestudium: Er diskutiert, basierend auf seinen langjährigen Erfahrungen

in der Vermittlung grundlagen- und anwendungsbezogener Aspekte von (klinischer) Psychologie, verbesserte Synergieeffekte zwischen Studium und Ausbildung u. a. durch den Einbezug psychoanalytisch begründeter, humanistischer und systemischer Verfahren. Doris Müller und Kollegen weisen darauf hin, dass neben den politischen und praktischen Dimensionen der optimierten Gestaltung der Ausbildungsabläufe die Inhalte der Ausbildung nicht zu kurz kommen dürfen. Aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht schildern sie Essentials einer reformierten Ausbildung. In eine ähnliche Richtung gehend, aber aus einem anderen politischen Hintergrund kommend, wird aktuell eine Debatte um das Berufsbild Psychotherapeut(in) geführt: Ähnlich wie in den reformierten Studiengängen, in denen die kompetenzorientierte Gestaltung von Lehrveranstaltungen und Prüfungen eine zentrale Anforderung der Bologna-Reform ist, wird auch für die Ausbildungsreform eine kompetenzorientierte Herangehensweise vorgeschlagen. Rainer Richter und Dietrich Munz stellen die politischen Hintergründe dazu vor und laden Sie für die nächste Ausgabe des PTJ herzlich zur inhaltlichen und politischen Diskussion über die Kompetenzorientierung der Ausbildungsreform und des Berufsbildes Psychotherapeut(in) ein.

Ein dritter Themenschwerpunkt befasst sich mit neuen Methoden bzw. Techniken in der Psychotherapie. Eingeleitet wird dieser Schwerpunkt von einer redaktionellen Vorbemerkung über die Notwendigkeit, aber auch die notwendige kritische Herangehensweise an psychotherapeutische Neuentwicklungen. Techniken der Energetischen Psychotherapie in Verbindung von Exposition und sensorischer Stimulierung werden von Christof Eschenröder vorgestellt. Aus dem Bereich der Traumabehandlung berichtet Oliver Schubbe über die Techniken EMDR und Brainspotting.

Kennen Sie die Situation, dass ehemalige Patient(inn)en sich nach einiger Zeit wieder zur Psychotherapie anmelden und Sie sich fragen, ob und wie Sie den Rückfall hätten verhindern können? Diese Frage ist

besonders in der Suchttherapie und bei rezidivierenden Depressionen von Bedeutung und in den letzten Jahren haben sich einige spezielle Programme zur Rückfallprophylaxe etabliert. Ulrich Stangier und Kolleg(inn)en berichten die Ergebnisse einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention zur Rückfallprophylaxe bei rezidivierender Depression, die im Rahmen der ambulanten Einzeltherapie einsetzbar ist.

Für sechs Bundesländer gibt es das Suchprogramm Psychinfo, welches in seiner aktualisierten Version von Helga Loest und Peter Riedel vorgestellt wird.

In der Rubrik Aktuelles aus der Forschung schildern und kommentieren Anna Eiling und Kolleg(innen) eine aktuelle Debatte zur Forschungspolitik hinsichtlich psychischer Störungen in den USA. Ein ergänzender kurzer Bericht von Susanne Knappe stellt eine europäische Entwicklung zum Themenfeld, das ROAMER-Projekt vor.

Wir hoffen, die vorliegende Mischung aus inhaltlichen und politischen Themen ist für Sie eine anregende und nutzbringende Lektüre. Bitte fühlen Sie sich herzlich eingeladen, zu Stift oder Tastatur zu greifen und sich an den angestrebten Diskussionen zu beteiligen.



*Samia Härtling (OPK),  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	119
<b>Originalia</b>	
<i>Chrisoula Metaxas, Alexander Wunsch, Traudel Simon &amp; Rüdiger Nübling</i> <b>Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg</b> . . . . .	122
Der Artikel stellt Hintergrund und Ergebnisse einer Studie zur aktuellen ambulanten Versorgungslage in Baden-Württemberg für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung vor und diskutiert die Besonderheiten der Psychotherapie, die Notwendigkeit vertiefender Forschung sowie weiterführende Schlussfolgerungen und Perspektiven.	
<i>Traudel Simon &amp; Annika Jäckel</i> <b>Inhalte zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine Analyse von Ausbildungscurricula</b> . . . . .	131
87 Ausbildungscurricula von anerkannten deutschen Ausbildungsinstituten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden unter der Fragestellung untersucht, ob und in welchem Umfang Ausbildungsinhalte zu Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung vorhanden sind. Lediglich 22 Institute (25,3%) haben entsprechende Inhalte verankert und es konnten keine einheitlichen inhaltlichen Standards ausgemacht werden.	
<b>Fortsetzung der Diskussion:</b>	
<b>Reform der Psychotherapeutenausbildung</b> . . . . .	134
<i>Lisa Albrecht, Svenja Blasen, Dr. Peter Freytag, Inga Ladwig &amp; Oliver John</i> <b>Standards für die Praktische Tätigkeit. Beitrag der Bundeskonferenz PiA zur Diskussion um die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen in den Kliniken</b> . . . . .	134
Die Bundeskonferenz PiA als ständige Konferenz der Landeskamer-Vertreter der Psychotherapeuten in Ausbildung stellt Mindestanforderungen an die Ausgestaltung der Praktischen Tätigkeit vor, um damit eine Diskussion zur Verbesserung der Ausbildungsbedingungen in den Kliniken anzuregen.	
<i>Wolfgang Mertens</i> <b>Synergieeffekte im Studium der Psychologie und ihre Folgen für die postgraduierte Ausbildung</b> . . . . .	137
Eine Möglichkeit der Verbesserung der Psychotherapeutenausbildung bestünde darin, bereits im Psychologiestudium auf stärkere Synergieeffekte zu achten. Insbesondere die Einbeziehung der psychoanalytisch begründeten, systemischen sowie humanistischen Verfahren und ihrer Grundlagen ins Psychologiestudium erscheint notwendig, um bestehende Einseitigkeiten zukünftig zu vermeiden und für gute Synergieeffekte zu sorgen.	
<i>Doris Müller, Harry Askitis &amp; Jochen Eckert</i> <b>Essentials einer revidierten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht</b> . . . . .	143
Als Schwerpunkt einer Psychotherapeutenausbildung wird die Entwicklung einer Psychotherapeutenpersönlichkeit angesehen, die in der Lage ist, eine therapeutische Beziehung zu gestalten. Ausreichendes Training (z. B. in Rollenspielen), Selbsterfahrung und Lehrtherapie unterstützen bei der Entscheidung, welche verfahrensspezifische Beziehungsgestaltung der eigenen Person entspricht.	
<i>Rainer Richter &amp; Dietrich Munz</i> <b>Kompetenz von Psychotherapeuten – Grundlage einer Reform der Psychotherapeutenausbildung</b> . . . . .	146
<b>Neuen Methoden und Techniken in der Psychotherapie</b> . . . . .	148
<i>Sylvia Helbig-Lang</i> <b>Redaktionelle Vorbemerkung</b> . . . . .	148
<i>Christof T. Eschenröder</i> <b>Wie wirksam sind Techniken der Energetischen Psychotherapie, die Exposition mit sensorischer Stimulierung verbinden?</b> . . . . .	149
Die Energetische Psychotherapie ist nach wie vor umstritten. In diesem Überblicksartikel werden die Gemeinsamkeiten von verschiedenen Ansätzen dieser Richtung dargestellt und die wissenschaftlichen Belege über die Wirksamkeit der Energetischen Psychotherapie insbesondere bei Angststörungen und Traumafolgestörungen referiert. Die Wirksamkeit kann mit be-	

kannten psychologischen und neurophysiologischen Prinzipien erklärt werden. Ein zentrales Prinzip ist die Desensibilisierung durch Kombination von Exposition und sensorischer (insbesondere taktiler) Stimulierung.

*Oliver Schubbe*

**EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen. . . . . 156**

Neue Traumatherapien wie traumafokussierte KVT und EMDR wecken hohe Erwartungen bezüglich ihrer Wirksamkeit. Was sind ihre gemeinsamen Komponenten? Aktuelle Entwicklungen wie Brainspotting behaupten, den Einsatzbereich der Traumatherapie zu erweitern. Was davon lässt sich psychotherapeutisch verwenden?

*Ulrich Stangier, Anne-Katrin Risch, Thomas Heidenreich & Martin Hautzinger*

**Rezidivierende Depressionen – Lassen sich Rückfälle verhindern und psychische Gesundheit erhalten? Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektive . . . . . 164**

Maßnahmen zur Verhinderung von Rückfällen sind angesichts der hohen Prävalenz von rezidivierender Depression von großer Bedeutung. Vorgestellt wird ein kognitiv-therapeutischer Ansatz, der Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie sowie ressourcenaktivierende Interventionen integriert. Eine Studie zeigte erste vielversprechende Ergebnisse für den Nutzen bei Patienten mit hohem Rückfallrisiko.

*Helga Loest & Peter Riedel*

**Neue Version von Psychinfo sorgt für steigende Nachfrage . . . . . 170**

Das Psychotherapeutensuchprogramm Psychinfo ist grundlegend überarbeitet worden. Das Internetportal, das von sechs Landespsychotherapeutenkammern betrieben wird, weist jetzt nicht nur ein zeitgemäßes Design auf, der Relaunch ist auch mit zahlreichen Verbesserungen für die Nutzer verbunden. Außerdem können die ausgewerteten Daten für versorgungspolitische Überlegungen genutzt werden.

**Aktuelles aus der Forschung**

*Anna Eiling, Carina Schlipfenbacher, Susanne Hörz-Sagstetter & Frank Jacobi*

**Über die Zukunft der Evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung. Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung. . . . . 175**

**Buchrezensionen**

*Gerhard Bliersbach*

**Hardt, J. (2013). Methode und Techniken der Psychoanalyse. Versuche zur Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag. . . . . 184**

*Benedikt Waldherr*

**Wienberg, G., Walther, C. & Berg, M. (2013). PEGASUS – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen (6., völlig neu überarbeitete Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag. . . . . 185**

**Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern**

Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .	186	Niedersachsen . . . . .	222
Baden-Württemberg . . . . .	194	Nordrhein-Westfalen . . . . .	226
Bayern . . . . .	198	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .	232
Berlin . . . . .	203	Rheinland-Pfalz . . . . .	236
Bremen . . . . .	208	Saarland . . . . .	240
Hamburg . . . . .	212	Schleswig-Holstein . . . . .	244
Hessen . . . . .	217		

**Impressum Psychotherapeutenjournal. . . . . 247**

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

**Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages. . . . . A14**

**Hinweis:**

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

# Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung

## Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg

Chrisoula Metaxas, Alexander Wünsch, Traudel Simon & Rüdiger Nübling

**Zusammenfassung:** Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung haben ein bis zu vierfach erhöhtes Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken. Die psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland wird als unzureichend eingeschätzt, Erhebungen und Studien zur ambulanten Versorgung dieser Patientengruppe fehlen. Dies war der Anlass für eine gemeinsame Studie der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg und der Katholischen Hochschule Freiburg zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation dieser Patientengruppe in Baden-Württemberg. Es wurde eine Befragung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten<sup>1</sup> (KJP) in Baden-Württemberg durchgeführt. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zeigen, dass 61% der befragten Psychotherapeuten Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung behandelten. Davon behandelte eine Mehrheit ein bis zwei Kinder pro Monat mit Lernbehinderung bzw. leichter Intelligenzminderung. Kinder und Jugendliche mit schwereren Beeinträchtigungen fanden sich selten in psychotherapeutischer Behandlung. Eine allgemein erlebte Unterversorgung im KJP-Bereich trifft für diese Patientengruppe vermutlich verschärft zu.

## Einführung und Hintergrund

Als die Bundesrepublik Deutschland 2007 die UN-Behindertenrechtskonvention, das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, unterzeichnete, verpflichtete sie sich, das Recht auf Teilhabe von Menschen mit Behinderung in sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen durch- und umzusetzen. Laut Artikel 25 der Konvention bestätigen die Vertragsstaaten „das Recht von Menschen mit Behinderungen, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu genießen. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu gender-sensiblen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation haben“ (Beauftragter der Bundesregierung für die Belan-

ge behinderter Menschen: UN-Behindertenrechtskonvention, 2010).

Das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit beinhaltet die seelische Gesundheit ebenso wie die physische. Internationale Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung ein drei- bis vierfach höheres Risiko haben, an einer psychischen Störung zu erkranken (Hennicke, Buscher, Häßler & Roosen-Runge, 2009; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003). Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist jedoch erst in jüngster Zeit zunehmend in den Fokus der Fachwelt geraten. Lange Zeit wurden und werden auch heute noch Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise Fremd- und Autoaggressionen als behinderungsspezifisches Verhalten angesehen und nicht als mögliches Symptom einer psychischen Erkrankung.

Die Institutionen der Behindertenhilfe stehen immer wieder vor der Frage, an wen sie sich bei auftretenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen ihrer Klienten wenden sollen. Mehrfach werden Kinder und Jugendliche und auch erwachsene Menschen mit Behinderung in Eskalationslagen in spezialisierte stationäre Psychiatrieabteilungen aufgenommen, von denen sie dann, meist medikamentös eingestellt, zurückkommen. Es scheint, als erhielten sie dort selten psychotherapeutische Unterstützung. Erfahrungen in der praktischen Heilpädagogik legen ebenfalls nahe, dass im Krankheitsfall nicht zunächst Angebote der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden, bevor es zu einer stationären Behandlung kommt – anders als bei Menschen ohne Behinderung.

Die psychotherapeutische Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung wird von Expertenseite durchgängig als schlecht eingeschätzt. So bezeichnet beispielsweise Hennicke (2004) die Realität der Versorgung als dramatisch. Gerade aufgrund des hohen Morbiditätsrisikos dieser Klientel wird die defizitäre Versorgungssituation zunehmend zu einem gesundheitspolitischen Thema (Hennicke, 2005).

## Stand der Forschung

### Diagnostik

Die geistige Behinderung wird im fünften Kapitel der ICD-10 unter den psychischen

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.



Störungen als Intelligenzminderung codiert. Nach Steinhausen (2006) ist die geistige Behinderung „eine der häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen.“ Intelligenzminderung ist jedoch keine klinische Störung oder Krankheit, vielmehr handelt es sich um eine „menschliche Existenzweise mit besonderem Förder- und Hilfebedarf“ (Sarimski & Steinhausen, 2008). Daher „ist die Einordnung der Klasse F7 der ICD-10 Intelligenzminderung in die anderen Klassen der psychiatrischen Störungsbilder (F0-F9) inhaltlich nicht mehr gerechtfertigt, da Intelligenzminderung keine psychiatrische Störung ist.“ Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung können ebenso an einer psychischen Störung erkranken wie nicht behinderte Kinder und Jugendliche. In der ICD-10 findet man ähnliche Angaben und eine wichtige Ergänzung: „Intelligenzgeminderte Personen können an allen psychiatrischen Störungen erkranken [...]. Außerdem besteht für Intelligenzgeminderte Personen ein größeres Risiko, ausgenutzt sowie körperlich und sexuell missbraucht zu werden (WHO, 2011).“ Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health; WHO, 2011) klassifiziert geistige Behinderung als spezielles Muster von Stärken und Schwächen der mentalen Funktionen, das einerseits von Art, Schwere und Zeitpunkt der Schädigung, andererseits auch stark vom Einfluss sogenannter Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, psychosoziale Faktoren) abhängt. Hier spielen für den Grad der Beeinträchtigung der Teilhabe vor allem lebensgeschichtliche Erfahrungen und damit auch pädagogische und letztlich auch psychologisch-psychotherapeutische Konzepte eine wichtige Rolle.

## Prävalenz

Die Ergebnisse epidemiologischer Studien aus unterschiedlichen Ländern zeigt zusammenfassend Tabelle 1. Der über Experteneinschätzungen via Checklisten (Child Behavior Checklist und Developmental Behavior Checklist) ermittelte Anteil behandlungsbedürftiger psychisch kranker Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung liegt demnach zwischen 26% und knapp über 50% (Sarimski & Steinhausen, 2008). Darüber hinaus sprechen Longitu-

**Tabelle 1: Studien zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung mit Verhaltensfragebögen (entnommen aus Sarimski & Steinhausen, 2008)**

Verfasser	Methode	N	Relativer Anteil behandlungsbedürftiger Kinder
Dekker et al. (2002)	CBCL	1041	50.0%
Koskentausta et al. (2004)	CBCL	90	43.0%
Baker et al. (2002a)	CBCL	225	26.1%
Einfeld & Tonge (1996)	DBC	428	40.7%
Cormack et al. (2000)	DBC	123	50.4%

**Legende: CBCL = Child Behavior Checklist, DBC = Developmental Behavior Checklist**

dinalstudien für eine hohe Stabilität dieses Befundes (Sarimski, 2011).

## Therapeutische Interventionen

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) hat mit einer S1-Leitlinie Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung veröffentlicht. Die Autoren sind sich einig, dass für die Behandlung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen keine besondere Psychotherapieform vonnöten ist, die vorhandenen Therapiemöglichkeiten jedoch auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten zugeschnitten werden müssen (Hennicke et al., 2009). Sowohl psychotherapeutische als auch pädagogische Interventionsformen haben großes Potenzial für die Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Bei den psychotherapeutischen Interventionsformen haben sich besonders „systemische Sichtweisen und individualisierte Kombinationen verschiedener psychotherapeutischer und supportiver Techniken, die die Problembewältigungsperspektive, die Beziehungsperspektive und die Klärungsperspektive berücksichtigen und integrieren“, bewährt (Häßler, 2011). Die Verfahren der Traumatherapie, insbesondere die Anwendung der EMDR-Methode (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen auch mit schwereren Beeinträchtigungen als effektiv und wirksam (Hensel, 2012). An der Stelle der pädagogisch orientierten Herangehensweisen seien exemplarisch das Konzept der „Positiven Verhaltensunter-

stützung“, das TEACCH-Konzept (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*; Symalla, 2008) und die interdisziplinäre Frühförderung als präventiver Ansatz erwähnt (Sarimski, 2007). Vor allem die Heilpädagogik ist von besonderer Bedeutung, da sie sich an der Schnittstelle von Pädagogik und Psychotherapie befindet und eine lange Tradition in der Förderung von entwicklungsverzögerten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen hat. Wichtige Erkenntnisse in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen betreffen gleichermaßen beide Disziplinen, Heilpädagogik und Psychotherapie.

## Studien zum Versorgungsbedarf

Aktuelle Publikationen zum Thema Intelligenzminderung und psychische Störungen gehen von einem erhöhten Forschungsbedarf aus. „Die Problematiken von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen sind nicht Thema klinischer Studien und Forschungsvorhaben“ (Hennicke & Werther, 2008). Stahl (2003) betont, dass die psychologische Forschung zur Thematik der geistigen Behinderung in Deutschland erheblich intensiviert werden sollte, verglichen mit dem hohen Standard der englischsprachigen Veröffentlichungen dazu. Zudem wird eine interdisziplinäre Forschung als dringend erforderlich angesehen.

Stahl (2003) fasst den bisherigen Stand der Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung zusammen: Zwar würden sich die verschiedenen Therapierichtungen immer mehr für diese Klientel

öffnen, indem sie konkrete eigene Konzepte weiterentwickelten, allerdings sei die Versorgung größtenteils nach wie vor mangelhaft. Er problematisiert, dass der enorme Wissenszuwachs in den letzten Jahren mit den aktuellen Sparmaßnahmen im gesundheitspolitischen Rahmen im Konflikt stünden und dies eine kontinuierliche Weiterentwicklung oder Realisierung utopisch erscheinen lasse. Menschen mit Behinderung seien besonders gefährdet, weil sie seiner Ansicht nach über keine wirklich einflussreiche Lobby verfügten, die ihre psychosozialen Interessen verträte.

In einer bundesweiten Fragebogenerhebung untersuchte Hennicke (2004) die stationäre Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Befragung ergab, dass fast jede Klinik im Rahmen ihres Grundversorgungsauftrages Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung behandelte, dabei lag der relative Anteil aller Kliniken bei 6%. Es konnten sechs Schwerpunktkliniken (8% aller Kliniken) ermittelt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass es keine flächendeckende Versorgung gibt. Außerdem erweckt die Versorgungsabstinenz der universitären Kinder- und Jugendpsychiatrien den Eindruck einer weitgehend fehlenden wissenschaftlichen Bearbeitung der Thematik. Die Chefarzte der befragten Kliniken bewerteten die stationäre Versorgungssituation dieser Klientel mit der durchschnittlichen Schulnote von 4,3 und die ambulante psychotherapeutische Situation mit 5,0. Insgesamt fasst Hennicke (2004) ein zweigeteiltes Ergebnis der Erhebung zusammen: „Während die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für geistig behinderte Kinder und Jugendliche offenbar den hohen Standards der Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechen, muss die Versorgungssituation insgesamt doch deutlich als defizitär eingeschätzt werden“ (Hennicke, 2005, S. 36).

Aktuell gibt es keinen Überblick über Anzahl und Dichte von ambulanten KJP, die auch Patienten mit Intelligenzminderung behandeln. Erhebungen zum psychotherapeutischen Bedarf und der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung liegen bisher nicht vor. In einer 2012 in fünf Bundesländern

(Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz) durchgeführten Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gaben 16% der befragten Psychotherapeuten ( $n = 2328$ ) an, auch mit geistig behinderten Patienten zu arbeiten, dabei lag die Quote bei den KJP deutlich höher (35%) als bei den Psychologischen Psychotherapeuten (PP) (12%; Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014).

Nach Modellrechnungen der LPK Baden-Württemberg gibt es Hinweise auf eine generelle Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In der Gegenüberstellung von epidemiologisch geschätztem Behandlungsbedarf und tatsächlich vorhandenen Behandlungskapazitäten wird davon ausgegangen, dass lediglich 4% bis 35% der von psychischen Störungen betroffenen Kinder und Jugendlichen behandelt werden können (Nübling, Reisch & Raymann, 2006).

## Fragestellungen

Die hier vorgestellte Studie geht folgenden Fragestellungen nach:

1. Wie ist die aktuelle psychotherapeutische Versorgungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg?
2. Welche Psychotherapierichtungen sind vertreten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung?
3. Welche Ursachen gibt es für gegebenenfalls zu wenig Psychotherapieangebote und -plätze?
4. Welche organisatorischen, strukturellen und inhaltlichen Schwierigkeiten in der Beantragung und Gewährung von Psychotherapie bestehen?
5. Wie könnte die psychotherapeutische Versorgungssituation geistig behinderter Kinder und Jugendlicher gegebenenfalls verbessert werden?

## Methode

Für die Datenerhebung wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Neben dichotomen Frageformaten wur-

den vor allem Multiple-Choice-Antwortvorgaben verwendet sowie fünfstufig Likert-skalierte Items. Da zusätzlich ein qualitativer Zugang zur Thematik sinnvoll erschien, konnten weitere Anregungen und Kommentare in offenem Antwortformat handschriftlich ergänzt werden. In dieser Arbeit wird die Versorgungslage für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung fokussiert. Dabei interessieren die genuin psychotherapeutische Arbeit sowie Vernetzungsmöglichkeiten. Angebote von sozialpsychiatrischen Diensten, der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung oder des Familienentlastenden Dienstes standen nicht im Mittelpunkt.

Neben Angaben zur allgemeinen Soziodemographie wurden Daten zur psychotherapeutischen Ausbildung, Tätigkeit in eigener Praxis oder in einer Einrichtung, des Praxisortes sowie Angaben zur Patienten- und Behandlungsstundenanzahl erhoben. In einem Frageblock zum Thema Intelligenzminderung und Psychotherapie sollten die Psychotherapeuten unter anderem die Durchführbarkeit einer Psychotherapie bei geistiger Behinderung und ihre Kompetenz bezüglich dieser Patientengruppe beurteilen. Darüber hinaus wurde nach möglichen Schwierigkeiten in der Psychotherapie gefragt. Der Fragebogen wurde in der Mitte durch eine Filterfrage geteilt, die erhob, ob der oder die Befragte Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung behandelte. Daran anschließend wurden die Schweregrade der Intelligenzminderung, die psychischen Störungen sowie die Patienten- und die Stundenanzahl erfragt. Diejenigen, welche keine geistig behinderten Kinder und Jugendlichen behandelten, wurden nach den Gründen hierzu befragt. Der abschließende, wieder von allen auszufüllende Frageblock beinhaltete Einstellungsfragen zur Versorgungssituation, zur Verbesserung der selbigen und weiteren Veränderungswünschen und Vorschlägen.

Der Fragebogen wurde im Rahmen eines Mitgliederrundschreibens an sämtliche Kammermitglieder in Baden-Württemberg versandt. Die Rücklaufquote kann wegen der Art des Anschreibens<sup>2</sup> nicht exakt berechnet, sondern nur geschätzt werden.



Zum Zeitpunkt der Befragung (Januar/Februar 2012) hatte die LPK Baden-Württemberg  $n = 4.880$  Mitglieder, 17,4% ( $n = 849$  Mitglieder) davon KJP, weitere 7,9% ( $n = 386$  Mitglieder) doppelt approbiert (PP/KJP). Nach einer Erhebung von Nübling et al. (2014) bringen doppelt approbierte Psychotherapeuten durchschnittlich etwa 25% ihrer Therapiezeit für Kinder und Jugendliche und den Rest für Erwachsene auf, ca. 40% dieser Gruppe geben an, keine Kinder und Jugendliche zu behandeln, bei weiteren 33% liegt der Anteil unter 25%. So sollten sich neben den  $n = 849$  KJP maximal  $n = 232$  doppelt approbierte Psychotherapeuten (60% von 386) von Anschreiben und Fragebogen angesprochen gefühlt haben. Bis Mitte April 2013 wurden insgesamt 402 Fragebögen zurückgeschickt. Von den 402 Bögen wurde 57 aufgrund fehlerhafter oder zu vieler fehlender Angaben von der Auswertung ausgeschlossen. Somit betrug der verwertbare Rücklauf  $n = 345$ . Dabei antworteten  $n = 178$  KJP und  $n = 60$  PP/KJP, aber auch  $n = 107$  PP. Auf dieser Grundlage ergeben sich folgende Rücklaufquoten: für KJP 21% (178 von 848) und für PP/KJP 26% (60 von 232). Demgegenüber kann für PP keine Rücklaufquote berechnet werden. Hier antworteten vor allem PP, die in Beratungsstellen, Behinderteneinrichtungen und Einrichtungen der Kinder-/Jugendhilfe arbeiten. Die Datenauswertung erfolgte für die vorliegende Arbeit ausschließlich deskriptiv.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Tabelle 2 gibt einen Überblick über Stichprobencharakteristika der Gesamtgruppe der befragten Psychotherapeuten.

### Psychotherapeutische Versorgungssituation

Grundsätzlich hielten 86,6% aller Befragten Psychotherapie bei geistiger Behinderung für durchführbar ( $n = 297$ ). Befragt nach der Einschätzung ihrer Kompetenz in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung fühlten sich 12% „sehr kompetent“, weitere 44% „kompetent“, wohingegen 38% sich „we-

Tabelle 2: Stichprobe

Variable	n	in % oder M (sd)	
Geschlecht weiblich	257	74,5	
Durchschnittsalter	342	51,6 (9,5)	
Praxisort	ländlicher Raum	92	26,7
	Kleinstadt	80	23,2
	Stadt	77	22,3
	Großstadt	87	25,2
Art Approbation	KJP	178	51,6
	PP	107	31,0
	KJP und PP	60	17,4
Approbationsjahr	1977-1999	160	46,4
	2000-2010	142	41,2
	2011-2013	33	9,6
Kassenzulassung	100%	194	56,2
	50%	37	10,7
	keine	113	32,8
Institutioneller Rahmen (insgesamt 35,1% aller Befragten, Mehrfachnennung)	Interdisziplinäre Beratungsstelle	29	23,2
	Kinder-/Jugendhilfe	26	20,8
	Ambulanz	29	23,2
	Sonstiges	41	32,8
Berufserfahrung in Jahren	341	15,9 (41,5)	
Studium	Psychologie	189	47,0
	Pädagogik	85	21,1
	Sozialpädagogik	66	16,4
	Heilpädagogik	20	5,0
	Sonstiges	42	10,4
Psychotherapieverfahren (Mehrfachnennung)	Verhaltenstherapie	161	32,4
	Analytische Psychotherapie	117	23,5
	tiefenpsych.-fundierte Psychotherapie	150	30,2
	andere Verfahren	69	13,9
Gesamtanzahl der behandelten erwachsenen Patienten pro Monat (Fallzahl)	334	11,3 (18,1)	
Behandlungsstunden erwachsene Patienten pro Monat insgesamt	326	26,3 (40,2)	
Gesamtanzahl der behandelten Kinder/Jugendlichen pro Monat (Fallzahl)	331	19,8 (14,9)	
Behandlungsstunden Kinder/Jugendliche pro Monat insgesamt	325	64,5 (45,0)	

Legende: M=Mittelwert, sd=Standardabweichung

nig“ und 5% „gar nicht kompetent“ fühlten ( $n = 341$ ). 60,9% ( $n = 210$ ) der befragten Psychotherapeuten behandelten Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung, davon 35,4% ein Kind/einen Jugendlichen und 24,7% zwei Kinder/Jugendliche pro Monat. 76,7% der Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung behandeln ( $n = 154$ ), gaben an, „sehr oft“ bis „häufig“ mit Kindern und Jugendlichen mit einer sogenannten Lernbehinderung zu arbeiten. Patienten mit ei-

2 Das Anschreiben enthielt folgenden Wortlaut: „Der Bogen wendet sich an alle Kammermitglieder, die in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen tätig sind, d. h. an alle Niedergelassenen (mit und ohne KV-Zulassung) und an alle, die im institutionellen Kontext arbeiten (Angestellte in einer Praxis, Beratungsstelle, Ambulanz u. ä.). Wir verschicken den Bogen aus Kostengründen im Rahmen eines Mitgliederrundschreibens an alle Kammermitglieder. Falls Sie nicht an der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind, ignorieren Sie den Fragebogen.“

ner leichten Intelligenzminderung hatten 41,1% der Psychotherapeuten „sehr oft“ bis „häufig“ in ihrer Praxis, wohingegen 90,5% der Befragten „selten“ bzw. „nie“ mit Kindern und Jugendlichen mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung und 97,8% „selten“/„nie“ mit einer schweren oder schwersten Intelligenzminderung zu tun hatten. Als die am häufigsten behandelten Störungsbildern bei ihren Patienten/Klienten mit geistiger Behinderung wurden genannt: Störungen des Sozialverhaltens (91,5%), ADHS (81,7%) und Angststörungen (79,5%). Ebenfalls häufig kamen Verhaltensstörungen (67,3%), PTBS (62,7%) und Depressionen (62,7%) vor. Als weniger häufig vorkommend wurden Zwangsstörungen (50,6%) Essstörungen (26,4%) und Psychosen (7,6%) genannt. Weiter wurden die Psychotherapeuten nach einer Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation im Sinne einer Schulnote befragt. Demnach schätzten 55% die psychotherapeutische Versorgungssituation als mangelhaft und ca. 15% sogar als ungenügend ein, die Durchschnittsnote betrug  $M = 4,7$  ( $n = 302$ ,  $sd = 0,87$ ; vgl. Abbildung 1).

### Schwierigkeiten in der Psychotherapie

Ca. 50% der Psychotherapeuten sahen die größten Schwierigkeiten in der ambulanten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der in diesem Rahmen kaum zu gewährleistenden Bezugspersonen-Arbeit. Dementsprechend ergänzten viele der Befragten in den offenen Antworten, dass das Umfeld bei der Patientengruppe deutlich mehr mit einbezogen werden müsse, beispielsweise durch konkrete Anleitung vor Ort, Besuche zu Hause und in der Schule. Hierzu scheinen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen, zum Beispiel im Sinne von konkreten Abrechnungsmöglichkeiten für die erhöhte Bezugspersonen-/Umfeld-Arbeit, zu fehlen. Ein Psychotherapeut erklärte dies so: „Die Zusammenarbeit mit Schulen und Einrichtungen wird nicht bezahlt. Dies ist eine ‚Good-will-Leistung‘ des Psychotherapeuten!“ Einige Psychotherapeuten waren daher der Meinung, dass aus diesem Grund das ambulante Setting unpassend beziehungsweise al-

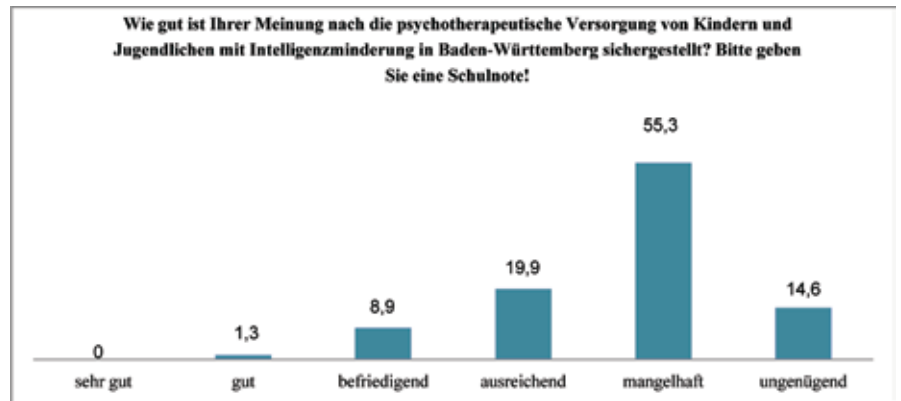


Abbildung 1: Benotung Versorgungssituation Baden-Württemberg nach der Schulnotenskalisierung, Angaben in Prozent,  $n = 302$

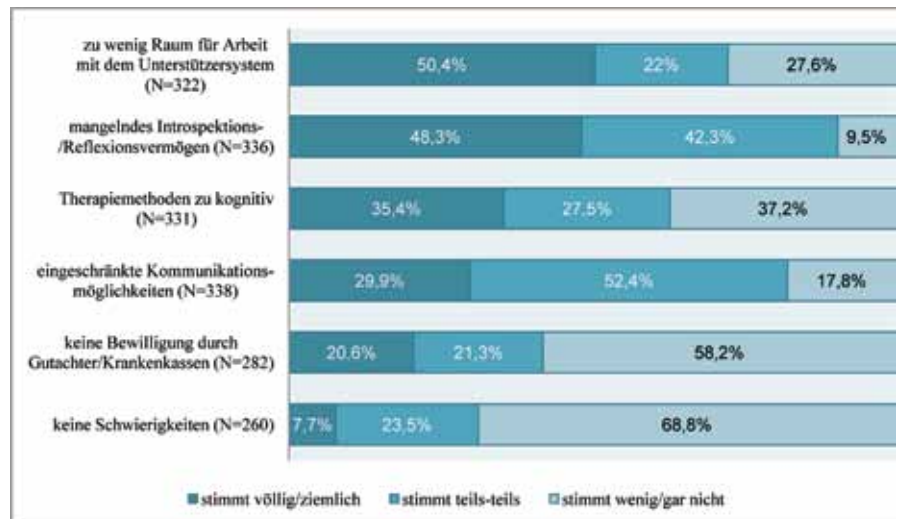


Abbildung 2: Schwierigkeiten in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in Prozent, Rangfolge Zustimmung „stimmt völlig“/„ziemlich“

lein nicht ausreichend sei. Aufsuchende oder vor Ort in den Einrichtungen stattfindende Psychotherapie wäre aus deren Perspektive sinnvoller. Konkret würden bereits erste Psychotherapiegespräche häufig an organisatorischen Problemen, wie zum Beispiel am Transfer oder den Transportkosten zur Praxis, scheitern.

Ebenfalls etwa die Hälfte der Befragten (48%) sieht in einer mangelhaften Introspektions- bzw. Reflexionsfähigkeit der Klientel eine besondere Schwierigkeit (vgl. Abbildung 2). Etwas mehr als jeder Dritte (35%) ist der Ansicht, dass eher kognitiv ausgerichtete Psychotherapiemethoden Barrieren für die therapeutische Arbeit darstellen können. Ein hiermit in Einklang stehendes Ergebnis (nicht in Abbildung 2 enthalten) der Befragung ist, dass hinsichtlich Behandlung von geistig behinderten

Kindern und Jugendlichen die tiefenpsychologisch (62%) und analytisch orientierten Therapieverfahren (65%) leicht vor der Verhaltenstherapie (56,3%) lagen. Weitere circa 30% der Befragten waren der Meinung, dass eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten der Patienten die psychotherapeutische Arbeit erschweren. Wenige Psychotherapeuten (16,9%) scheinen hingegen Schwierigkeiten mit den Gutachtern der Krankenkassen bei der Beantragung von Psychotherapien zu haben. Dies steht in scheinbarem Widerspruch zu vereinzelt Anmerkungen der Befragten im offenen Antwortformat, die an dieser Stelle deutliche Probleme beschrieben und als Verbesserungsmöglichkeiten klare Gutachterrichtlinien sowie Abrechnungsziffern für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung benannten.

## Gründe für Nichtbehandlung und Versorgungslücken sowie Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation

Diejenigen Psychotherapeuten, welche keine Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung behandelten (38,8%, n = 134), wurden nach den Gründen hierzu befragt (Mehrfachantwortmöglichkeit; vgl. Abbildung 2). Hierzu gaben 82% an, keine Patientenfragen zu erhalten. Weitere 25% dieser Psychotherapeutengruppe begründeten die Nichtbehandlung mit fehlendem Ausbildungsinhalt und Methoden, 21% der Psychotherapeuten waren der Meinung, zu wenig Wissen über Menschen mit Intelligenzminderung zu haben.

Nach Gründen für eine mögliche psychotherapeutische Versorgungslücke von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen befragt, vermuteten 80% (n = 327) der Befragten, dass es insgesamt zu wenige Psychotherapeuten gebe, die Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung behandelten. Ein Großteil der Psychotherapeuten sprach sich darüber hinaus für eine grundsätzliche Verbesserung der Versorgung aus, konkret für mehr Zulassungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Als weitere Gründe für die Versorgungslücke nannten 43% wenig oder nicht geeignete Psychotherapieformen sowie circa 38% eine bislang mangelnde Thematisierung durch die Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern. In geringerem Umfang wurden fehlende Transport- und Begleit- (33%) sowie Finanzierungsmöglichkeiten (32%) genannt.

Abschließend wurden die Psychotherapeuten zu möglichen Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgungssituation befragt. Dabei waren 78% der Auffassung, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung Inhalt in der Ausbildung zum KJP/PP sein sollte, 75% wünschten sich mehr Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema und 62% befürworteten eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Behindertenhilfe/Heilpädagogik. Weitere 50% gaben an, dass das Thema weiter von der

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) bzw. den Landespsychotherapeutenkammern thematisiert werden sollte.

## Diskussion und Ausblick

Bundesweit gibt es bisher keine vergleichbaren Studien zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, daher stellt dieses Projekt eine erste empirisch basierte Bestandsaufnahme dar. Detailliertere Analysen zu weiteren Teilfragestellungen sind im Rahmen dieser Studie in Vorbereitung. Die Daten beziehen sich auf das Bundesland Baden-Württemberg, das im Vergleich zu anderen Bundesländern vor allem aus der Perspektive der Bedarfsplanung als allgemein psychotherapeutisch relativ gut versorgt gilt. Eine frühere Studie der LPK Baden-Württemberg kam demgegenüber zum Ergebnis, dass auch hier mit ca. 4% bis maximal 35% nur ein Bruchteil aller Kinder und Jugendlichen mit Behandlungsbedarf psychotherapeutisch oder in einem weiteren Sinne psychosozial versorgt werden können (Nübling et al., 2006; Reisch, Raymann & Nübling, 2007). Die hier durchgeführte Befragung ging deshalb auch von einer weitreichenden psychotherapeutischen Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung aus. Daher ist es zunächst erstaunlich, dass immerhin mehr als die Hälfte der erreichten Psychotherapeuten diese Patientengruppe behandelte und/oder betreute. Dementsprechend erscheint die Versorgungssituation auf den ersten Blick besser als ursprünglich angenommen.

Dabei ist allerdings festzuhalten, dass die Psychotherapeuten im Durchschnitt lediglich ein bis zwei Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung pro Monat, zudem eher mit leichteren Einschränkungen, behandelten. Kinder und Jugendliche mit schweren Beeinträchtigungen fanden sich dagegen kaum bis nie in psychotherapeutischer Behandlung. Bei vielen der befragten Psychotherapeuten ließ sich eine grundsätzliche Bereitschaft feststellen, mehr Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung zu behandeln. Sie würden hierzu allerdings auch zusätzliche Kompe-

tenzen bzw. eine ausreichende Qualifizierung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung benötigen.

Generell besteht die Gefahr, dass diese Kinder und Jugendlichen bei allgemein schlechter Versorgungslage und langen Wartezeiten keinen Psychotherapieplatz finden. Ein Problem könnte sein, dass Psychotherapeuten möglicherweise aufgrund der allgemeinen Unterversorgung zwischen Kindern mit und ohne Intelligenzminderung auswählen können und dann dazu neigen, eher letztere in Behandlung zu nehmen, z. B. aufgrund der aufwendigeren und oft auch belastenderen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Psychotherapeuten benötigen i. d. R. deutlich mehr Zeit für die komplexe Umfeld-Arbeit, welche über die Bezugspersonen-Arbeit eines „normalen“ Klienten hinausgeht.

Als ein Hauptgrund für die Nichtbehandlung gaben jene knapp 40% der Psychotherapeuten, die keine entsprechenden Kinder und Jugendlichen in Behandlung hatten, an, keine Therapieanfragen zu erhalten. Es ist davon auszugehen, dass ca. 15% bis 20% der nicht geistig behinderten und behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen überhaupt einen Psychotherapeuten aufsuchen (Nübling et al., 2006). Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob dies für einen Teil der geistig behinderten und psychisch kranken Kinder und Jugendlichen verschärft zutrifft. Möglicherweise ist für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie für deren Bezugspersonen und -systeme (Eltern, Betreuer, Ärzte sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe) ambulante Psychotherapie kein selbstverständliches Angebot der Gesundheitsversorgung, welches bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen aufgesucht wird. Dies mag einerseits in fehlendem Wissen über in Kombination mit Intelligenzminderung auftretende psychische Störungen, andererseits aber auch in einer ungeklärten Zuständigkeit der Systeme Behindertenhilfe und Psychotherapie/Psychiatrie begründet sein.

Die Rolle der Heilpädagogik in der therapeutischen Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen wird von



Expertenseite (z. B. Hennie et al., 2009) als wichtig angesehen, vor allem auch im Sinne einer engeren Vernetzung von Heilpädagogik und Psychotherapie. Die Autoren dieses Beitrags sind der Auffassung, dass Kooperation und Austausch mit der Heilpädagogik ebenso wichtig sind wie die Anpassung von Methoden und Konzepten an die Fähigkeiten und Bedürfnisse der behinderten Klienten und dass Heilpädagogen möglicherweise besonders gut qualifiziert sind für die therapeutische Arbeit mit dieser Zielgruppe. Die klinische Heilpädagogik hat in der therapeutischen Versorgung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher ein Aufgabenfeld, in das sie sich mit ihrem spezifisch klinisch-diagnostischen Wissen verstärkt einbringen kann und sollte (Simon, 2011).

Die meisten Psychotherapeuten befürworteten zudem eine weitere Bearbeitung der Frage der Psychotherapie bei Intelligenzminderung, z. B. indem dies stärker als Inhalt in die KJP/PP-Ausbildung und Fortbildungen aufgenommen werden sollte. Dies zeigt, dass die Thematik offenbar in der psychotherapeutischen Praxis angekommen ist, während sie in der Aus- und Fortbildung vermutlich noch eher vernachlässigt wird (vgl. Simon & Jäckel, 2014, in diesem Heft, S. 131 ff.).

Die Ergebnisse legen, auch unter Beachtung der qualitativen Angaben der befragten Psychotherapeuten nahe, dass Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung aufgrund der allgemein defizitären psychotherapeutischen Versorgung noch seltener erfolgreich in eine Psychotherapie vermittelt werden können. Hinzukommend bedarf es bei diesen Kindern und Jugendlichen einer umfassenderen Arbeit im/am jeweiligen System sowie bestimmter Qualifikationen, über welche nicht alle KJP verfügen. So ist die geglückte Aufnahme einer Psychotherapie wiederum sehr stark vom Engagement einzelner Therapeuten und Bezugspersonen der betroffenen Kinder und Jugendlichen abhängig. Sorge kann auch der Umstand bereiten, wie wenig Kinder und Jugendliche mit schwereren Beeinträchtigungen aktuell in Psychotherapie sind. Mit zunehmender Schwere der geistigen Behinderung steigt das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Für diese Kinder und Jugendlichen fehlen offensichtlich Wege und Mittel in eine Psychotherapie sowie angepasstes methodisches Wissen der Psychotherapeuten. In diesem Bereich muss nach wie vor von einer weitreichenden Unterversorgung ausgegangen werden.

## Grenzen der Befragung

Es kann problematisiert werden, ob der begrenzte Rücklauf eine Verallgemeinerung der Ergebnisse der Befragung auf die Versorgungssituation in Baden-Württemberg zulässt. Von inhaltlichen Verzerrungen und Einschränkungen in der Stichprobe ist auszugehen, da vermutlich vermehrt diejenigen Psychotherapeuten geantwortet haben, die Interesse an dem Thema hatten. Es kann daher auch angenommen werden, dass diejenigen Psychotherapeuten, die nicht an der Befragung teilnahmen, wenig bis gar keine Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung behandeln und somit die tatsächliche Versorgung geringer ist, als hier ermittelt.

Ein Vorteil der vorliegenden Erhebung liegt in der relativen Homogenität der Befragten, wodurch die externe Validität der Erhebung wiederum als relativ günstig bewertet werden kann. So konnte beispielsweise bezüglich des Praxisortes oder des Psychotherapieverfahrens ein guter Querschnitt aller Befragten erreicht werden.

Psychotherapeuten aus Jugendhilfeeinrichtungen meldeten zurück, dass etwa die Hälfte ihrer Klientel eine Lernbehinderung habe. Zudem fühlten sich einige Psychotherapeuten kompetenter im Bereich der Lernbehinderung. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie aussagekräftig die Untersuchungsergebnisse für den Bereich der geistigen Behinderung sind, wenn die Mehrzahl der befragten Psychotherapeuten lediglich mit Kindern und Jugendlichen mit einer Lernbehinderung arbeiteten. Im Umkehrschluss spricht diese Aussage für eine weitreichendere Unterversorgung vor allem der schwerer behinderten Kinder und Jugendlichen.

Schließlich gab es Psychotherapeuten, die daraufhin hinwiesen, dass viele Eltern und Angehörige der behandelten Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung

selbst von Behinderung oder psychischer Krankheit betroffen seien. Aufgrund dieser eigenen Beeinträchtigungen, häufig ebenfalls mit einer sozialen Randstellung verbunden, sei die Problematik in der Realität noch komplexer.

## Künftige Forschung

Künftige Forschung zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sollte zunächst die Situation weiterer Bundesländer einbeziehen, möglichst mit einer bundesweiten Perspektive. Dringender Forschungsbedarf besteht darüber hinaus zum Thema Psychotherapie für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung; in diesem Bereich wird eine noch größere Versorgungslücke vermutet. Des Weiteren fehlen Studien zur Wirksamkeit einzelner psychotherapeutischer Verfahren und Methoden bei psychisch kranken Menschen mit Intelligenzminderung weitgehend. Eine wichtige Frage ist z. B., ob die Richtlinien-Verfahren in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung allein ausreichend sind. Viele der befragten Psychotherapeuten meldeten zurück, dass die nonverbalen, kreativen sowie die systemischen Psychotherapieansätze in Verbindung mit den Richtlinien-Verfahren großes Potenzial böten. Eine gezielte Forschungsförderung mit dem Schwerpunktthema „psychotherapeutische Versorgung geistig behinderter Menschen“ wäre in diesem Zusammenhang hilfreich (vgl. z. B. Nübling, 2012).

Abschließend sollen einige aus Sicht der Autoren wichtige Zukunftsperspektiven bzw. Handlungsfelder skizziert werden:

**Positionierung der Psychotherapeutenkammern:** Grundsätzlich ist es wünschenswert, dass sich die BPTK sowie die Landespsychotherapeutenkammern öffentlich zur Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung positionieren, ähnlich wie es bereits die Bundesärztekammer getan hat. Als beispielgebend kann hier die jüngste Entwicklung in Baden-Württemberg gesehen werden. Hier wurden ausgewiesene psychotherapeutische Experten aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen in einen Arbeitskreis der Kammer berufen, der den Auftrag hat, die Bedingungen der unzureichenden

Versorgungssituation für diese Patientengruppe zu klären und ein Konzept zu deren Verbesserung zu entwickeln. In einem ersten Schritt wurden im November 2013 fünf regionale Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, in denen v. a. Erfahrungen und Wissen über die psychotherapeutische Arbeit mit geistig behinderten Patienten vermittelt und mit interessierten Psychotherapeuten diskutiert wurden (vgl. ausführlicher unter: [www.lpk-bw.de/archiv/news2013/131210\\_bericht\\_regionale\\_formationen.html](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2013/131210_bericht_regionale_formationen.html)).

**Honorierung der aufwendigeren therapeutischen Arbeit:** Der durch die notwendige stärkere Einbindung des sozialen Umfeldes der betroffenen Kinder und Jugendlichen deutlich höhere Arbeitsaufwand der niedergelassenen Psychotherapeuten (z. B. Gespräche mit Angehörigen, mit Lehrern, Sozialarbeitern/-pädagoginnen etc.) sollte sich möglichst auch in einer entsprechenden Finanzierung widerspiegeln. In den Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe hingegen sollten die psychologischen Dienste eher ausgeweitet denn eingespart werden. Die in diesen Einrichtungen tätigen Psychotherapeuten sind meist unentbehrliche Experten für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung.

**Das Thema Intelligenzminderung in Aus- und Fortbildung:** Die grundsätzliche Bereitschaft der meisten Psychotherapeuten Kinder und Jugendlichen mit Behinderung zu behandeln, sollte unterstützt werden durch Fortbildungen sowie durch die Integration des Themas in die KJP-/PP-Ausbildung.

**Vernetzung von Experten in Psychotherapie und Heilpädagogik:** In der therapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen bedarf es oft heilpädagogischer sowie psychotherapeutischer Methodenkenntnis. Von daher wäre ein interdisziplinärer Zugang wie beispielsweise in sozialpsychiatrischen Praxen und Ambulanzen von großem Vorteil. Ehemalige Sonder- und Heilpädagogen, jetzige KJP, wären gut qualifiziert, um Fortbildungen zum Thema geistige Behinderung anzubieten. Grundsätzlich erscheint es

empfehlenswert, solche Experten länderspezifisch und bundesweit zu vernetzen.

**Ausweitung bzw. Stärkung der Forschung v. a. im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgungsforschung:** Wie auch für die Psychotherapie im Allgemeinen sollten hinsichtlich der Psychotherapie mit psychisch kranken Menschen mit Intelligenzminderung dringend weitere und differenziertere Forschungsvorhaben, insbesondere unter der Perspektive der Versorgungsforschung, initiiert und finanziert werden.

#### Abschließende Anmerkung:

*Die Ergebnisse dieser Studie wurden im Rahmen einer Masterarbeit im Masterstudium*



*Chrisoula Metaxas, Klinische Heilpädagogin (M. A.), ist Leiterin der Fördergruppe im Therapeutisch-Pädagogischen Dienst des Jugendamts Stuttgart (Heilpädagogische Frühförderereinrichtung für entwicklungsverzögerte Kinder). Vor und während des Studiums der Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule Freiburg war sie lange in der stationären Behindertenhilfe (Erwachsene, Kinder und Jugendliche) beschäftigt.*

#### Chrisoula Metaxas

Landeshauptstadt Stuttgart – Jugendamt  
Therapeutisch-Pädagogischer Dienst  
Fördergruppe  
Düsseldorferstraße 59  
70376 Stuttgart  
[chrisoula-metaxas@web.de](mailto:chrisoula-metaxas@web.de)

*diengang Klinische Heilpädagogik von Chrisoula Metaxas angefertigt (Metaxas, 2013). Es fand eine organisatorische und inhaltliche Kooperation zwischen der Katholischen Hochschule Freiburg (Prof. Dr. Traudel Simon) und der LPK Baden-Württemberg (Dr. Rüdiger Nübling) statt. Erstbetreuer der Masterarbeit war Dr. Alexander Wünsch. Wir danken allen befragten Psychotherapeuten für ihre Antworten und Rückmeldungen.*

#### Literatur

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



*Dr. Alexander Wünsch ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sektion Psychoonkologie, Klinikum rechts der Isar, sowie am Medizin-Didaktischen Centrum für Ausbildungsforschung und Lehre (TUM MeDi-CAL) der Technischen Universität München. Er ist außerdem als Dozent an der Katholischen Hochschule Freiburg im Fachbereich Forschungskompetenz tätig.*

#### Dr. phil. Alexander Wünsch

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar  
Langerstraße 3  
81675 München  
[alexander.wuensch@mri.tum.de](mailto:alexander.wuensch@mri.tum.de)



*Prof. Dr. Traudel Simon ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin/Psychanalytikerin und lehrt an der Katholischen Hochschule Freiburg im Studiengang Heilpädagogik als Leiterin des Masterstudiengangs Klinische Heilpädagogik. Ihre Schwerpunkte in der Lehre sind Klinische Psychologie, Diagnostik, Beratung und Spieltherapie, ein Forschungsschwerpunkt ist u. a. die (Psycho)therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung.*

**Prof. Dr. phil. Traudel Simon**

Katholische Hochschule Freiburg  
Studiengangsleitung Masterstudiengang  
Klinische Heilpädagogik  
Karlstraße 63  
79104 Freiburg  
traudel.simon@kh-freiburg.de



*Dr. Rüdiger Nübling ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er ist darüber hinaus Mitgesellschafter der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) Karlsruhe.*

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling**

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



# Inhalte zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Eine Analyse von Ausbildungscurricula

Traudel Simon & Annika Jäckel

**Zusammenfassung:** Die ungenügende ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung ist vermutlich unter anderem darauf zurückzuführen, dass bereits in der Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutin<sup>1</sup> (KJP) das Thema zu wenig berücksichtigt wird. In vorliegender Studie wurden Ausbildungscurricula von 87 anerkannten Ausbildungsinstituten in Deutschland gesichtet und in Bezug auf entsprechende Ausbildungsinhalte sowie Profession bzw. Qualifikation der jeweiligen Dozenten analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass lediglich ca. ein Viertel der Ausbildungsinstitute entsprechende Inhalte verankert hat und keine einheitlichen inhaltlichen Standards bestehen. Dringend notwendig sind daher die Einführung von Seminaren zum Erwerb entsprechender Basiskompetenzen sowie die Möglichkeit einer darauf aufbauenden Spezialisierung durch Fort- und Weiterbildungen, nicht zuletzt unter Gesichtspunkten von Inklusion und Teilhabe dieser Zielgruppe.

- Gibt es Angaben zur Profession bzw. zu bestimmten Qualifikationen der jeweiligen Dozenten?

## Ergebnisse

### Die Institute

Von den 87 Ausbildungsinstituten bieten 42 Institute eine Ausbildung in dem Richtlinien-Verfahren Verhaltenstherapie, 39 in dem Richtlinien-Verfahren tiefenpsychologische bzw. analytische Therapie und sechs Institute in sowohl Verhaltenstherapie als auch in tiefenpsychologischer/analytischer Therapie an.

### Vorhandensein von entsprechenden Ausbildungsinhalten

Insgesamt haben 22 Institute die Thematik geistige Behinderung/Intelligenzminderung in ihrer Ausbildung verankert. 50 Institute behandeln die Thematik nicht und bei 15 Instituten wurden keine Angaben gemacht bzw. war diese Thematik im Ausbildungscurriculum nicht ersichtlich. Von den Ausbildungsinstituten, in denen die Thematik behandelt wird, haben 15 die Ausrichtung Verhaltenstherapie und sieben die Ausrichtung tiefenpsychologisch/analytische Therapie.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

## Hintergrund

In der Studie von Chrisoula Metaxas und Kollegen in diesem Heft (siehe Seite 122 ff.) zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg konnte durch die Befragung von Mitgliedern der Landespsychotherapeutenkammer ein vielschichtiges Bedingungsgeflecht als Ursache für die Unterversorgung ausgemacht werden. Als ein wesentlicher Grund wurde unter anderem die geringe Thematisierung von Besonderheiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel bereits in der Ausbildung zum KJP genannt. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sei in der Regel kein Ausbildungsinhalt.

## Fragestellung und Vorgehen

In einer ergänzenden Studie wurden daraufhin Ausbildungscurricula bzw. Vorlesungspläne von 87 anerkannten Ausbildungsinstituten, die nach den Richtlinien-Verfahren tiefenpsychologische/analytische Therapie und Verhaltenstherapie anbieten, gesichtet und unter folgenden Fragestellungen analysiert:

Sind entsprechende Ausbildungsinhalte vorhanden?

Wenn ja:

- In welchem Umfang werden sie angeboten?
- Wie sind sie in der Ausbildung verankert?

## Umfang

Bezüglich des Stundenumfanges der jeweiligen Seminare, in denen die Thematik behandelt wird, haben insgesamt 18 Institute Angaben gemacht. Bei zwei Instituten wird die Thematik mit drei Stunden im Semester behandelt, vier Institute bieten jeweils vier, fünf oder sechs Unterrichtseinheiten (UE)<sup>2</sup> an. Vier Ausbildungsinstitute weisen ihre Seminare zu der Thematik mit zehn Stunden, vier Institute mit acht UE und ein Institut mit zwölf UE aus. Drei der Institute bieten Seminare in Form eines Wochenendseminars an, mit insgesamt 16 UE.

## Verankerung

Bei drei Instituten werden entsprechende Seminare im Bereich Grundkenntnisse (A) des allgemeinen Ausbildungscurriculums zum KJP angeboten:

- **A2** „Konzepte über die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf psychischer und psychisch mitbedingter Erkrankungen im Kindes- und Jugendlichenalter“,
- **A3** „Methoden und Erkenntnisse der Psychotherapieforschung unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung“,
- **A4** Diagnostik und Differentialdiagnostik einschließlich Testverfahren zur Abgrenzung verschiedener Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, psychosozial- und entwicklungsbedingter Krisen sowie körperlich begründbarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ und
- **A6** „Intra- und interpersonelle Aspekte psychischer und psychisch mitbedingter Störungen in Paarbeziehungen, Familien und Gruppen“.

Sechs der Institute ordnen entsprechende Seminarinhalte dem vertiefenden Teil der Ausbildung (B) zu:

- **B1** „Theorie und Praxis der Diagnostik, insbesondere Anamnese, Indikationsstellung und Prognose, Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung bei Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung der bedeutsamen Beziehungspersonen“,

- **B3** „Therapiemotivation und Widerstand des Kindes oder Jugendlichen und seiner bedeutsamen Beziehungspersonen, Entscheidungsprozesse des Therapeuten, Dynamik der Beziehungen zwischen dem Therapeuten und dem Kind oder Jugendlichen sowie seinen Eltern oder anderen bedeutsamen Beziehungspersonen im psychotherapeutischen Behandlungsprozess“,
- **B4** „Behandlungskonzepte und -techniken sowie deren Anwendung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“,
- **B5** „Behandlungstechniken bei Kurz- und Langzeittherapie von Kindern und Jugendlichen und den bedeutsamen Beziehungspersonen“ und
- **B7** „Gesprächsführung mit den Beziehungspersonen des Kindes oder Jugendlichen im Hinblick auf deren psychische Beteiligung an der Erkrankung und im Hinblick auf deren Bedeutung für die Herstellung und Wiederherstellung des Rahmens der Psychotherapie des Patienten“.

Die anderen Institute machen hierzu keine spezifischen Angaben. Sie verwenden unterschiedliche Zuordnungen oder Bezeichnungen für ihre Seminare wie z. B.: „Störungsspezifische Methoden“, „Psychotherapie, Behandlung oder Psychotherapeutische Behandlung bei geistiger Behinderung/Intelligenzminderung“, „Psychische Erkrankungen oder Verhaltenstherapie bei Kindern mit einer geistigen Behinderung/Intelligenzminderung“.

Bei vier Instituten werden die Seminare dem allgemeinen Thema Intelligenzentwicklung zugeordnet, so z. B. „Geistige Entwicklung und geistige Behinderung“, „Grundlagen der Entstehung und Behandlung geistiger Behinderung“ oder „Intelligenzentwicklung und somit auch Intelligenzminderung allgemein“. Ein Institut bietet speziell ein Seminar zu „Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern mit geistiger Behinderung“ an.

Fünf Institute machten Angaben, ob es sich um eine Wahlveranstaltung oder ein Pflichtseminar handelt: Bei drei Instituten ist die Thematik als Wahlseminar angegeben und bei zwei Instituten als Pflichtseminar.

## Die Dozenten

Fünf Ausbildungsinstitute nannten die Profession der jeweiligen Dozenten. Dabei handelte es sich zumeist um Diplom-Psychologen, zum Teil mit der Ausrichtung Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychologischer Psychotherapeut mit dem Fachkundenachweis Kinder und Jugendliche.

## Diskussion

In Deutschland bieten von insgesamt 87 Ausbildungsinstituten 22 Institute (25,3%) Ausbildungsinhalte zum Thema „geistige Behinderung/Intelligenzminderung“ an, d. h., dass bei nur einem Viertel der Ausbildungsinstitute die Thematik verankert ist. Bedenkt man weiter, dass diese Veranstaltungen zum Teil nicht verpflichtend, sondern als Wahlseminare angeboten werden, scheint das Ergebnis in Bezug auf die vorliegende Stichprobe in seinem Ertrag sehr gering.

Die Zahlen sprechen für sich und so ist es nicht verwunderlich, wenn Unsicherheiten seitens der späteren Psychotherapeuten bezüglich dieser Klientel bestehen. Beim überwiegenden Teil konnten schon in der Ausbildung weder Wissens- noch Methodenkompetenzen in diesem Bereich erworben werden.

Grundlegend ist festzustellen, dass die Thematik bezüglich des zeitlichen Umfangs sehr unterschiedlich und im Ausbildungsverlauf tendenziell im späteren Teil behandelt wird. Ganz offensichtlich wird die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung als ein ausgewiesenes Spezialgebiet gesehen.

Die sehr allgemeinen Angaben zur Profession der entsprechenden Dozenten lassen leider keine Schlüsse auf besondere theoretische bzw. methodische Expertise in Bezug auf Besonderheiten der psychotherapeutischen Arbeit mit der genannten Zielgruppe zu.

<sup>2</sup> Eine Unterrichtseinheit beträgt 45 Minuten.

Bei der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen wird deutlich, dass die Ausbildungsinstitute in Deutschland die Thematik jeweils verschieden handhaben. Es findet sich keine einheitliche formale und inhaltliche Ausbildungskonzeption. Jedes Institut macht hier sehr diverse Angaben und legt unterschiedliche Schwerpunkte zu dem Thema fest.

In persönlichen E-Mail-Kontakten mit den einzelnen Ausbildungsinstituten wurde dennoch die Wichtigkeit des Themas hervorgehoben.

Einige Institute weisen darauf hin, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung nicht im Indikationsbereich der Krankenkassen (SGB V) verankert ist und dies bei der Beantragung einer psychotherapeutischen Behandlung zu Schwierigkeiten führen kann. Sie wird gemeinhin der Heilpädagogik zugeordnet.

## Schlussfolgerung

Was bislang nur vermutet wurde, konnte mit vorliegender Studie nachgewiesen werden. Bereits in der Ausbildung sind Inhalte zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zu wenig integriert. Es existieren keine einheitlichen Standards und Konzeptionen.

Die Schlussfolgerungen liegen auf der Hand: Zu fordern wäre eine Änderung in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für KJP in Bezug auf die Einführung von Ausbildungsinhalten zum Erwerb entsprechender theoretischer und methodischer Basiskompetenzen. In der Folge sollte die Möglichkeit einer weiteren Spezialisierung durch aufbauende Fort- und Weiterbildungen gegeben sein.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung erfordert in jedem Fall besondere Kompetenzen u. a. in Bezug auf Flexibilität im Setting, Erfahrungen mit alternativen Kommunikationsformen sowie mit nonverbalen Verstehenszugängen. Dozenten sollten daher über eine ausreichende Berufspraxis in Diagnostik und Therapie mit dieser Zielgruppe verfügen.



*Prof. Dr. Traudel Simon ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin/Psychanalytikerin und lehrt an der Katholischen Hochschule Freiburg im Studiengang Heilpädagogik als Leiterin des Masterstudiengangs Klinische Heilpädagogik. Ihre Schwerpunkte in der Lehre sind Klinische Psychologie, Diagnostik, Beratung und Spieltherapie, ein Forschungsschwerpunkt ist u. a. die (Psycho)therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung.*



*Annika Jäckel absolvierte zunächst die Ausbildung zur staatlich anerkannten Erzieherin und war anschließend in einer Kindertagesstätte in Bühl tätig. 2013 schloss sie ein Bachelorstudium der Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule Freiburg ab und ist seitdem in einer intensivpädagogischen Wohngruppe für Kinder und Jugendliche in Rendsburg tätig.*

### Korrespondenzadresse:

**Prof. Dr. Traudel Simon**

Katholische Hochschule Freiburg  
Studiengangsleitung Masterstudiengang  
Klinische Heilpädagogik  
Karlstraße 63  
79104 Freiburg  
traudel.simon@kh-freiburg.de



# Standards für die Praktische Tätigkeit

## Beitrag der Bundeskonferenz PiA zur Diskussion um die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen in den Kliniken

Lisa Albrecht, Svenja Blasen, Dr. Peter Freytag, Inga Ladwig & Oliver John

**Zusammenfassung:** Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen<sup>1</sup> machen nur wenig differenzierte Vorgaben zur Durchführung der durch das Psychotherapeutengesetz im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung vorgesehenen Praktischen Tätigkeit. Dadurch entstehen länderübergreifend Probleme bezüglich formaler und inhaltlicher Ausgestaltung der Praktischen Tätigkeit. Basierend auf der mehrere Jahre andauernden Diskussion zu Bedingungen und Qualität der Praktischen Tätigkeit (z. B. Busche et al., 2006; Rief, 2009) formuliert die Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung Mindestanforderungen, um damit eine Diskussion zur Verbesserung der Ausbildungsbedingungen in den Kliniken anzuregen. Die formulierten Standards sollen als Orientierungshilfe sowohl für die Psychotherapeuten in Ausbildung als auch für die Ausbildungsinstitute und Kooperationskliniken dienen.

Die Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) ist eine ständige Konferenz der Landes-kammer-Vertreter der PiA. Sie dient damit dem länderübergreifenden Austausch, erarbeitet jedoch auch im Interesse der PiA konkrete Lösungsansätze zur Verbesserung der Ausbildungssituation.

Grundlage für die Strukturierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ist das Psychotherapeutengesetz (PsychThG), welches neben der Theoretischen Ausbildung, der Selbsterfahrung und der Praktischen Ausbildung an den jeweiligen Institutsambulanzen auch die Praktische Tätigkeit (PT) von insgesamt mindestens 1.800 Stunden als einen wesentlichen Bestandteil der Ausbildung vorsieht. Diese PT wird von den PiA in der Regel in einer Klinik absolviert, die mit dem jeweiligen Ausbildungsinstitut einen Kooperationsvertrag abgeschlossen hat. Die Kooperationsklinik übernimmt dann (vor dem Hintergrund definierter Lernziele) die Verantwortung für einen wesentlichen Ausbildungsabschnitt der PiA.

Aufgrund der fehlenden Regelungen zur Durchführung der PT in den Ausbildungs-

und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV, § 2) wird vor allem dieser Ausbildungsabschnitt vielfach kritisiert (z. B. Vogel, 2013). Entscheidende Probleme und Uneinheitlichkeit bezüglich formaler und inhaltlicher Ausgestaltung zeigten sich länderübergreifend auch im intensiven Austausch unter den Landes-Vertretern der PiA. Es bestehen große Unterschiede hinsichtlich der inhaltlichen Konzeption der entsprechenden Stellen, jedoch auch hinsichtlich der formalen Regelungen (Arbeitsvertrag, Vergütung, Art und Umfang der Anleitung, Supervision, Arbeitsbedingungen etc.).

Verschiedene Autoren, die Gewerkschaft ver.di, psychotherapeutische und ärztliche Berufsverbände sowie Psychotherapeutenkammern haben in der Vergangenheit Stellung zu diesem Ausbildungsabschnitt bezogen und Vorschläge zur Strukturierung und zur Verbesserung gemacht (z. B. Groeger, 2003; Busche, Mösko, Kliche & Koch, 2006; Rief, 2009; ver.di, 2009; Gaebel (DGPPN), 2008; Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, 2013). Die jeweiligen Autoren definieren die

Inhalte und Funktion der PT dabei unterschiedlich, ebenso die Anforderungen an die PiA und die Ausbilder.

Der Bundeskonferenz der PiA ist es ein Anliegen, Mindestanforderungen an die Ausgestaltung der PT zu formulieren, um im Interesse der PiA bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen für diesen Ausbildungsabschnitt zu schaffen. Die formulierten Standards sollen als Orientierungshilfe und Diskussionsgrundlage sowohl für die PiA als auch für die jeweiligen Ausbildungsinstitute und Kooperationskliniken dienen.

Die nachfolgenden Forderungen basieren auf den Erfahrungen der PiA – unmittelbar betroffen und damit Experten der Situation – in unterschiedlichen Ausbildungskontexten:

### Mindestanforderungen an die Ausgestaltung der Praktischen Tätigkeit der Bundeskonferenz der PiA

#### Vorbemerkung

Das PsychThG regelt die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV beschreiben neben den Ausbildungselementen „Theoretische Ausbildung“, „Praktische Ausbildung“ und „Selbsterfahrung“ auch die hier thematisierte „Praktische Tätigkeit (PT)“.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Die PT umfasst laut § 2 der PsychTh-APrV und der KJPsychTh-AprV mindestens 1.800 Stunden. Ihre formale und inhaltliche Ausgestaltung wird dabei jedoch nicht näher umschrieben, was bis in die Gegenwart hinein erhebliche Unterschiede in der Qualität der PT nach sich zieht.

Die vorliegenden Mindestanforderungen der Bundeskonferenz der PiA bieten eine klare Anleitung zur Ausgestaltung des Ausbildungselements der PT. Die PT orientiert sich demnach an einem Konzept, das Rechte, Pflichten, Aufgaben und Betreuung der PiA detailliert umschreibt.

## 1. Anforderungen an die Einrichtung

In der Einrichtung werden verschiedene Krankheitsbilder behandelt. Den PiA wird das Kennenlernen eines breiten Spektrums an Störungsbildern ermöglicht, gegebenenfalls auf der Basis eines Stations- oder Abteilungswechsels während der PT. Das Erreichen von spezifischen, von den Ausbildungsinstituten formulierten Lernzielen wird durch die Einrichtung ermöglicht und gefördert.

Als Richtgröße für das Verhältnis anleitender, festangestellter, approbierter Psychotherapeuten und psychotherapeutischer/psychiatrischer bzw. psychosomatischer Fachärzte zu PiA in der Einrichtung besteht ein Verhältnis von mindestens eins zu eins. Zur Sicherung der Ausbildungsqualität erfolgt die doppelte Besetzung psychotherapeutischer Gruppen mit je einem erfahrenen Anleiter und einem PiA. Die Anleiter werden durch die Institution für die Anleitung und Supervision der PiA in angemessenem Umfang freigestellt.

## 2. Arbeitsvertrag

Die Einrichtung schließt mit den PiA einen Arbeitsvertrag, der insbesondere Fragen der Vergütung, der aus dem Vertrag resultierenden Rechte und Pflichten, der Arbeitszeit, des Umgangs mit Urlaubs- und Krankheitszeiten sowie eventueller Stationswechsel regelt.

### 2.1 Vergütung

Arbeitsverträge orientieren sich an dem in der Einrichtung gültigen Tarifvertrag (bspw.

TVöD), wobei die Qualifikation der PiA als Hochschulabsolventen und der Ausbildungshintergrund berücksichtigt werden. Explizit ausgeschlossen sind Praktikantenverträge oder vertraglose Tätigkeiten mit unklarer Regelung der Rahmenbedingungen sowie jegliche Verträge ohne angemessene Vergütung.

### 2.2 Stellenbeschreibung

Rechte, Pflichten und Aufgaben der PiA werden in einer Stellenbeschreibung dargestellt, die Verantwortlichkeiten sowie klar definierte Unter- bzw. Überstellungsverhältnisse umfasst. Weisungsbefugt sind die Chefärztin bzw. der Chefarzt, die Oberärztin bzw. der Oberarzt und Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

### 2.3 Arbeitszeit

Die tägliche Arbeitszeit überschreitet i. d. R. nicht sieben bis acht Stunden, wobei eine Mittagspause von mindestens 30 Minuten gewährt wird. Überstunden werden finanziell oder zeitlich ausgeglichen. Falls Seminare der Ausbildungsinstitute in die Regelarbeitszeit hineinreichen, werden PiA freigestellt, ohne dass diese Zeiten durch Urlaubstage oder Überstunden ausgeglichen werden müssen.

### 2.4 Urlaub, Krankheit

Es erfolgt eine klare und transparente Urlaubsregelung analog zu tarifrechtlichen Regelungen. Weder Urlaubs- noch Krankheits-tage werden von den laut Ausbildungsverordnung zu bescheinigenden Zeiten abgezogen.

### 2.5 Stations- oder Abteilungswechsel

Es wird den Gegebenheiten der Einrichtung gemäß ein Stations- oder Abteilungswechsel ermöglicht, damit PiA verschiedene Behandlungskonzepte und Störungsbilder kennenlernen können. Das Nähere regelt ein von der Einrichtung zu etablierendes Rotationsverfahren.

### 2.6 Vertretungsregelung

Die PiA vertreten approbierte Kollegen im Krankheits- oder Urlaubsfall nur in Ausnahmesituationen und nur bei Sicherstellung ausreichender Anleitung und Supervision

während entsprechender Zeiten. PiA dürfen auch in Ausnahmesituationen keine ärztlichen Tätigkeiten übernehmen.

### 2.7 Zeugnis

Nach Beendigung der PT wird ein qualifiziertes Arbeitszeugnis ausgestellt.

### 2.8 Anschlussverträge

Jedwede Anstellung nach der PT folgt dem in der Einrichtung gültigen Tarifvertrag.

## 3. Einarbeitung

Die Einarbeitung erfolgt durch Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder entsprechend qualifizierte Fachärzte (möglichst mit psychotherapeutischer Weiterbildung im jeweiligen Richtlinien-Verfahren), die mit den Abläufen und Anforderungen im Arbeitsbereich der PiA vertraut sind.

Die PiA haben Anspruch auf eine angemessene Einarbeitungszeit, welche auch bei einem Stations- oder Abteilungswechsel zu gewährleisten ist. Aufgaben und Erwartungen sind klar und transparent formuliert und in einem Einarbeitungsplan festgehalten. Die Einarbeitungszeit sollte als Richtgröße mindestens vier Wochen umfassen, wobei ihre Dauer mit dem Kenntnisstand der PiA variieren kann.

Während der Einarbeitungszeit übernehmen die PiA in Absprache mit den Anleitern und unter besonders engmaschiger Anleitung zunehmend mehr Aufgaben und Arbeit mit Patienten. Dabei erfolgt nach Absprache eine schrittweise Übernahme von Verantwortung in Gruppen- und Einzelbehandlungen.

Zur Förderung der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team wird das Kennenlernen möglichst vieler Therapiebereiche der Institution durch Hospitation während der Einarbeitungszeit ermöglicht, wozu auch die Hospitation in z. B. Ergotherapie, Sporttherapie, Sozialtherapie und Kreativtherapien gehört. Obligatorisch ist zu Beginn eine Einführung in die Strukturen und Abläufe der Einrichtung, in die Dokumentation sowie eine Vorstellung auf den Stationen bzw. in den Arbeitsberei-

chen. Die Einarbeitungszeit endet mit einem orientierenden Feedback-Gespräch. Formaler Anlass kann dabei z. B. das Ende der Probezeit sein.

#### 4. Aufgaben

Den PiA steht während der PT neben der Erfüllung ihrer klinikinternen Aufgaben ausreichend Zeit für die Theoretische Ausbildung, das Kennenlernen des therapeutischen Angebotes der Einrichtung sowie für Vor- und Nachbereitung, Dokumentation, Supervision, Intervision und Fortbildung zur Verfügung; diese Zeiten sind integraler Bestandteil der Arbeitszeit.

Als Richtgröße für die Arbeitsbelastung der PiA im Sinne der Patientenzahl bzw. des Umfangs der Gruppenbetreuung gilt ein Maximum von zwei Drittel der patientenbezogenen Arbeitszeit approbierter Kollegen. Die maximale Anzahl der gleichzeitig behandelten Patienten ist abhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, dem Schweregrad der Störung, den sonstigen zu übernehmenden Aufgaben (z. B. psychotherapeutische Gruppen, Diagnostik, Dokumentation etc.) und dem individuellen Kenntnisstand der PiA.

Die PiA werden aufgrund ihrer Eingangsqualifikation aktiv in die Versorgung von Patienten einbezogen und übernehmen schrittweise alle psychotherapeutischen Aufgaben, für die Psychotherapeuten im jeweiligen Bereich zuständig sind (z. B. Einzelgespräche, psychoedukative Gruppen, Entspannungsgruppen, störungsspezifische Gruppen), jedoch unter Anleitung und Supervision und in geringerem Umfang. Dabei wird auf eine angemessene Steigerung der Anforderungen an die PiA geachtet (z. B. anfänglich Übernahme standardisierter Gruppen, später stärker interaktionell arbeitender Gruppen). Ähnliches gilt für die Schwere und Komplexität der Störungsbilder in den Einzeltherapien, die nach dem individuellen Kenntnisstand der PiA ausgewählt werden. Anleiter und Supervisoren sorgen für eine Balance zwischen dem Erhalt von Hilfe und Unterstützung sowie der Verfügbarkeit von Therapeuten-Modellen einerseits und dem direktem Erfahrungslernen durch eigenständiges Arbeiten andererseits.

#### 5. Anleitung und Supervision

Die fachliche Betreuung umfasst eine über die gesamte PT hinweg engmaschige und kontinuierliche Anleitung und Supervision durch einen Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder entsprechend qualifizierten Facharzt (möglichst mit psychotherapeutischer Weiterbildung im jeweiligen Richtlinien-Verfahren) möglichst aus dem jeweiligen Team der Station/des Bereichs.

Zur Anleitung gehören neben der Einarbeitung in die jeweiligen Abläufe der Station/des Bereichs sowie der Anleitung bezüglich diagnostischer und therapeutischer Prozesse und Techniken auch die Unterstützung beim Erstellen von Berichten oder Anträgen. Zudem werden die PiA durch das gesamte, gegebenenfalls multiprofessionelle Team im Rahmen von regelmäßigen Fallbesprechungen und Teamsitzungen unterstützt.

Die Einrichtung benennt einen Koordinator/Ansprechpartner für die PiA-Angelegenheiten (Mentor). Dieser soll eine Vertrauensperson sein und in dieser Funktion allen PiA bekannt und für diese ansprechbar sein. Mit ihm finden regelmäßige gemeinsame Treffen der PiA der Institution statt, bei denen auch organisatorische Fragen geklärt werden können und eine begleitende Reflexion der PT stattfinden kann. Zu Beginn der PT werden diese Termine engmaschiger gesetzt und im Verlauf je nach Absprache gegebenenfalls reduziert.

Darüber hinaus wird der Austausch der PiA untereinander innerhalb einer Einrichtung ermöglicht und gefördert. Die PiA können gegenüber der Einrichtung einen PiA-Sprecher benennen.

Jedem PiA wird mindestens eine Stunde Supervision pro Woche (als Gruppen- oder Einzelsupervision) ermöglicht. Die PiA werden in Gruppen- und Team-Supervisionen einbezogen. Als Supervisoren werden mehrere approbierte Psychotherapeuten bzw. Fachärzte der Institution einbezogen, für deren Urlaubszeiten zudem eine Vertretung sichergestellt sein muss. Die Supervision deckt fall- und auch prozessspezifische Aspekte ab. Wenn vorhanden, ist

auch für PiA eine Supervision durch externe, neutrale Supervisoren vorzusehen. Die Supervision ersetzt nicht den engmaschigen Kontakt mit dem Anleiter bei alltäglichen Fragen.

#### 6. Arbeitsplatz

Zur Durchführung der zugewiesenen Tätigkeiten wird den PiA ein angemessener Arbeitsplatz, der die Ungestörtheit der Durchführung von Psychotherapien und anderer Arbeitsabläufe (Diagnostik, Dokumentation, Telefonate, Absprachen) ermöglicht, eingerichtet. Für eine Vollzeitstelle wird ein eigenes Büro zur Verfügung gestellt. Diese ist entsprechend der Erfordernisse der Tätigkeiten ausgestattet mit Schreibtisch, Telefon, PC mit Zugang zum Patientenverwaltungssystem und zu Internet/E-Mail, Drucker, Sitzmöglichkeit für psychotherapeutische Gespräche, Diagnostik- und Therapiematerialien, Flipchart. Die PiA erhalten Zugriff auf Fachliteratur und Manuale.

#### 7. Fortbildung

Die Teilnahme an einrichtungsinternen Fortbildungen, die während der Arbeitszeit in der Institution stattfinden, wird ermöglicht. Die Fortbildungszeit gilt dann als Arbeitszeit. Zur Sicherung der Qualität der Tätigkeit sollten auch externe Fortbildungen (ggf. auch jenseits der Richtlinien-Verfahren) durch Weiterbildungszuschüsse unterstützt werden, insbesondere wenn die Inhalte für die Durchführung der zugewiesenen Tätigkeiten in der Einrichtung hilfreich oder erforderlich sind.

#### Literatur

- Busche, W., Mösko, M., Kliche, T. & Koch, U. (2006). Die „Praktische Tätigkeit“ in der psychotherapeutischen Ausbildung – Eine Akteurs- und Betroffenenbefragung zur Struktur- und Prozessqualität und zur Lage der PiA in diesem Ausbildungsabschnitt. *Report Psychologie*, 31, 390-401.
- Gaebel, W. (2008). Empfehlungen der DGPPN an psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken zur Gestaltung der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. *Der Nervenarzt*, 79 (5), 632-634.

Groeger, W. M. (2003). Vier Jahre Psychotherapie-Ausbildung – Eine erste Bilanz. *Psychotherapeutenjournal*, 2 (3), 203-206.

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (2013). Saarländisches Konsenspapier zu Standards für Ablauf und Betreuung der Praktischen Tätigkeit für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA). *Psychotherapeutenjournal*, 12 (1), 108-109.

Rief, W. (2009). Keine großen Überraschungen, aber interessante Anregungen: Das Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung ist da. *Verhaltenstherapie*, 19, 140-144.

ver.di (2009). *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung – PiA*. Eine Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken.

Vogel, H. (2013). Reform des Psychotherapeutengesetzes – Reform der Psychotherapeutenausbildung. Redaktionelle Vorbemerkung. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 348-349.

#### Autorinnen und Autoren:

*Die vorgestellten Überlegungen zu den Anforderungen an die Praktische Tätigkeit von PiA während ihrer Ausbildung ent-*

*standen im Rahmen einer von der BuKo PiA eingesetzten Arbeitsgruppe, der die oben genannten Autorinnen und Autoren angehören. Die Empfehlungen wurden vom Plenum der BuKo PiA auf dem letzten Sitzungstreffen am 25.03.2014 verabschiedet.*

#### Korrespondenzadresse:

*Dipl.-Psych. Oliver John*

Diplom-Psychologe in Ausbildung zum Psychotherapeuten  
Dienstadresse: Praxis Mohr  
Im Flürchen 66  
66133 Saarbrücken  
oliver\_john@web.de

# Synergieeffekte im Studium der Psychologie und ihre Folgen für die postgraduierte Ausbildung

Wolfgang Mertens

**Zusammenfassung:** Trotz der Zufriedenheit, die im Allgemeinen von Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern<sup>1</sup> über ihre Ausbildung geäußert wird (z. B. Strauß et al., 1998), gibt es verschiedene Hinweise darauf, dass sie einer Verbesserung bedarf. Um diese gut realisieren zu können, wäre es wünschenswert, dass Bewerber für eine postgraduierte Ausbildung bereits mit einem größeren Vorwissen und guten psychotherapeutischen Kompetenzen in die Ausbildung eintreten. Eine Möglichkeit der Verbesserung bestünde unter anderem darin, zukünftig bereits im Psychologiestudium auf stärkere Synergieeffekte zu achten. Die folgenden Überlegungen bewahren somit im Kern die bisherigen und jahrzehntelangen guten Erfahrungen einer aufeinander aufbauenden Ausbildung an Universitäten/Hochschulen und staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten, an denen verfahrensorientiert qualifiziert wird. Aber sie schlagen Verbesserungsmöglichkeiten im psychologischen Grundstudium vor. Insbesondere die Einbeziehung der psychoanalytisch begründeten, systemischen sowie humanistischen Verfahren und ihrer Grundlagen ins Psychologiestudium erscheint notwendig, um bestehende Einseitigkeiten zukünftig zu vermeiden und für gute Synergieeffekte zu sorgen.

## Einleitung

Das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und die damit einhergehende zunehmende Professionalisierung sowie die Diskussionen um eine

Novellierung des PsychThG haben erneut, aber mit größerer Dringlichkeit als zuvor, das Bewusstsein dafür geschärft, welche Anforderungen heutzutage an das Berufsbild des Klinischen Psychologen und Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und

des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) gestellt werden.

Psychologen und Psychotherapeuten haben trotz einer Zunahme ihres Renommées in den letzten 20 bis 30 Jahren wegen diverser rivalisierender Entwertungen seitens anderer Berufsgruppen, aber auch innerhalb ihrer eigenen Reihen, noch zu keinem wirklich überzeugenden Selbstbild gefunden: Am bekanntesten wurden in den zurückliegenden Jahrzehnten die heftigen Fehden zwischen behavioristischen Lernpsychologen, tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Therapeuten, humanistischen Psychologen sowie systemisch vorgehenden Psychotherapeuten. Aber auch experimentelle Grundlagenforscher stehen Anwendern der Psychologie immer wieder skeptisch gegenüber.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.



Es ist also mehr als notwendig, die berufliche Identität des (Klinischen) Psychologen sowie des PP und KJP nicht durch die Aufrechterhaltung von diffamierenden Spaltungen, aber auch nicht durch die stillschweigende „Entsorgung“ von scheinbar überholten oder als unwissenschaftlich geltenden Richtungen und Psychotherapieschulen zu festigen, sondern die jeweiligen Kompetenzen in ihren Grundlagen zu verstehen und gegenseitig zu respektieren. Wenn es gelingen könnte, das universitäre Studium breiter als bislang aufzustellen, ängstlich errichtete Kontaktschranken zu minimieren, dennoch an bewährten Vorstellungen von Wissenschaftlichkeit festzuhalten und bereits während des Studiums eine erste anwendungsorientierte Qualifikation zu erreichen, wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer gefestigten Identität eines zweifelsohne zunehmend wichtiger werdenden Berufes geleistet. Diese könnte auch das Selbstbewusstsein der Ausbildungsinstitute stärken, die dann ebenfalls ihre unterschiedlichen Verfahrensorientierungen gegenseitig besser respektieren könnten.

Aus diesem Grund wird im Folgenden für Synergieeffekte ansatzweise bereits innerhalb des Bachelorstudiums plädiert, vor allem aber im konsekutiven Masterstudium, das ein um zwei Semester verlängertes Direktstudium in Klinischer Psychologie und Psychotherapie ermöglicht. Daran schließt sich eine vertiefte, postgraduale verfahrensorientierte Ausbildung an, die von dieser Grundlage ausgehend auf einer guten Basis steht und darum möglicherweise auch um mindestens ein Jahr verkürzt werden könnte.

## Zur universitären Ausbildungssituation

Studierende der Psychologie kommen in der Regel mit gewissen altersspezifischen und krisenhaften Vorerfahrungen ins Studium der Psychologie, das sie zumeist mit großem Elan und Freude aufnehmen. Nicht wenige bemerken aber nach einigen Semestern, dass sie sich ein Studium, das auf den Beruf des Psychotherapeuten vorbereiten sollte, anders vorgestellt haben.

Zwar können Statistikkurse und experimentelle Praktika durchaus ansprechend gestaltet sein, Statistiklehrer ebensolche elterliche idealisierende Übertragungen erfahren wie andere Dozenten auch und Lehrveranstaltungen über Wahrnehmung, Denken, Intelligenz und Persönlichkeit können durchaus interessante Detailprobleme anbieten, aber wirklich berührt werden viele Studierende davon kaum. Der erste Kontakt mit der Klinischen Psychologie, aber auch mit anderen anwendungsbezogenen Fächern wie zum Beispiel der Organisationspsychologie, wird deshalb von nicht wenigen als eine Art Erlösung betrachtet: Endlich scheinen sie dort angekommen zu sein, weswegen sie das Studium begonnen haben.

Aber auch im Bereich der Klinischen Psychologie bleiben Enttäuschungen nicht aus. Die vorgestellten Modelle über die Entstehung psychischer Krankheiten, die Klassifikation einer Vielzahl von Störungsbildern, das Auswendiglernen von diagnostischen Manualen und ein oftmals eher einseitiges Menschenbild können nicht immer die Hoffnungen erfüllen, die sich Studierende von diesem Fach machen. Oft finden sich ihre allgemeinen Lebenserfahrungen in den vorgestellten Modellen nicht wieder. Zeit für eine ausführlichere Diskussion der gefühlten Diskrepanzen bleibt selten; der Lehrstoff ist zu umfangreich und kann nur an wenigen Stellen wirklich vertieft werden.

Nur scheinbar kann das per PowerPoint im Viertelminutentakt präsentierte Wissen deshalb getrost nach Hause getragen werden, allzu viele Fragen bleiben vor allem anhand dieser Art der Wissensvermittlung offen. Denn so wichtig diese für eine wissenschaftliche Ausbildung auch immer sein mag, so lässt sie doch in der Regel zu wenig Raum für das, was für Klinische Psychologen und Psychotherapeuten die bedeutendsten Kompetenzen sind: Sprechen und argumentieren lernen, sich mit ganz unterschiedlichen Perspektiven auseinandersetzen, erfahren können, wie das eigene Sprechen auf andere wirkt, wie schwierige seelische Inhalte überhaupt versprachlicht werden können, wie Mimik, Gestik und Prosodie die Pragmatik des Sprechens bilden, wie unbewusste Mittei-

lungen verstanden werden können, wie implizite Konstrukte und Annahmen über Gesundheit und Krankheit, ein gelungenes oder weniger gelungenes Leben in der gegenwärtigen Gesellschaft mit ihren verschiedenen sozialen Milieus ständig den stillschweigenden Hintergrund allen klinischen Argumentierens bilden. Zu den bedeutendsten Kompetenzen gehört aber sicherlich, das eigene Handeln in Bezug auf einen individuellen Patienten gut begründen und verantworten zu können.

Über Verbesserungsmöglichkeiten ist im Kreis der Hochschullehrer natürlich oftmals nachgedacht worden, umgesetzt werden sie bislang eher selten. Jeder Lehrende gestaltet seine Disziplin nach eigenem Gusto und orientiert sich an den gegenwärtigen Forschungsthemen des Mainstreams. Nur selten wird ein Blick über den Zaun des eigenen Faches geworfen, sodass den Studieninhalten eine gewisse von der Realität abgeschottete „Labor- und Schreibtischatmosphäre“ anhaftet. Dabei wäre es gar nicht so schwierig, sich den Problemen der Anwendungsfächer auch grundlagentheoretisch anzunähern. Hierzu nur einige Beispiele: Wie können Kenntnisse über die kindliche Sprach- und Denkentwicklung das Geschehen in Träumen mit ihrer eigentümlichen Bilderwelt verständlich machen? Welche Probleme der Wahrnehmungsgenauigkeit und entsprechender Urteilsfehler tauchen in pädagogischen und klinischen Kontexten auf? Welche Rolle spielt die körpersprachliche Kommunikation in psychotherapeutischen Prozessen? Welche Konsequenzen hat die ständige Überarbeitung des autobiografischen Gedächtnisses für psychotherapeutische Rekonstruktionen von Lebensereignissen? Welchen Einfluss haben Affekte und deren Regulierung in einer Arbeitsgruppe? Inwieweit werden Persönlichkeitszüge durch soziokulturelle Entwicklungen beeinflusst? Eine stärkere Integration über die Grenzen der eigenen Spezialisierung hinweg könnte den Anwendungsbezug, den sicherlich 90% aller Studierenden später benötigen, bereits von den ersten Semestern an festigen.

Oftmals, aber durchaus nicht immer, hat die Vernachlässigung der argumentativen Einübung dieser fundamentalen Fertigkeit

ten auch damit zu tun, dass Hochschullehrer zu wenige psychotherapeutische Kompetenzen erwerben können. So ist zum Beispiel bekannt, dass ein renommierter Psychotherapieforscher während seiner gesamten Universitätstätigkeit nur einen einzigen Patienten behandelt hat. Metaanalysen von Wirkfaktoren zu erstellen, erfordert aber eine deutlich andere Qualifikation, als sich im Feld in der Auseinandersetzung mit schwierigen Patienten zu bewähren. Psychotherapeutische Kompetenz kann zudem nur in längerfristigen Lernprozessen erworben werden; dies gilt nicht nur für Studierende und Ausbildungsteilnehmer, sondern selbstverständlich auch für deren Lehrer. Deswegen wäre es zukünftig wichtig, Hochschullehrern für Klinische Psychologie und Psychotherapie ausreichend Gelegenheit zu geben, auch eine gute psychotherapeutische Qualifikation zu erwerben und mit der Praxis kontinuierlich in Kontakt zu bleiben.

Die folgenden Vorschläge sind als ein Beitrag zu der Überlegung gedacht, wie man den gestiegenen Anforderungen an das Berufsbild des PP und KJP zukünftig besser nachkommen kann.

## Vorschläge für die Verbesserung des universitären Curriculums

Wie bereits angesprochen, ist die angesichts der Pluralität von psychotherapeutischen Verfahren immer noch bestehende Tendenz zur gegenseitigen Entwertung für das Berufsbild des PP und KJP vor allem in der Außendarstellung nicht förderlich. Zwar wird deswegen immer wieder eine Monokultur im Sinne einer von manchen Psychotherapieforschern präferierten „Allgemeinen Psychotherapie“ vorgeschlagen, aber das Vorhandensein mehrerer Psychotherapieverfahren mit jeweils vielfältigen Weiterentwicklungen sowie Länder- und kulturspezifischen Besonderheiten trägt auch der Vielfalt des Menschlichen Rechnung. Die Pluralität kann deshalb nicht in das Prokrustesbett der empirischen Evidenzbasierung hineingezwängt werden, zumal die Kriterien angemessener Psychotherapieforschung ebenfalls kontrovers

diskutiert werden. Wichtige Lernerfahrungen können nicht gemacht werden, wenn die Pluralität nicht ausreichend präsentiert ist.

Deswegen werde ich im Folgenden anhand einiger Punkte skizzieren, welche Synergieeffekte sich ergeben könnten, wenn die bislang stark miteinander rivalisierenden Lager sich wahrnehmen, austauschen, annähern, ja vielleicht sogar voneinander lernen könnten. Ich beschränke mich aus Platzgründen auf die Psychoanalyse und die Kognitive Verhaltenstherapie. Selbstverständlich müsste meine Argumentation auch auf die Systemischen und Humanistischen Verfahren ausgeweitet werden. Natürlich gibt es bei genauerer Betrachtung ohnehin große Schnittmengen.

### Zur Forschungsmethodologie

Die weit verbreitete diagnostische Klassifikation der US-amerikanischen Psychiatrie, die auch die Grundlage der klinisch psychologischen Diagnostik bildet, listet weitgehend theorielos klinische Symptome und Verhaltensweisen auf, die sich scheinbar isoliert voneinander erfassen lassen, in der Praxis aber zumeist als Komorbidität verstanden werden müssen. Unter Ausklammerung psychodynamischer Prozesse, die in den ersten Versionen der ICD und des DSM noch eine gewichtige Rolle spielten, wird zunehmend versucht, von den Verhaltensmanifestationen bestimmter Störungsbilder eine direkte Brücke zu genetischen Dispositionen und neurobiologischen Konstrukten zu schlagen. Selbst aber eine verhaltensorientierte Klinische Psychologie könnte sich nicht allein dieser einseitig naturwissenschaftlichen Forschungsauffassung verschreiben, sondern sollte sich auf ihren Ursprung besinnen, in dem komplementäres Denken durchaus noch gepflegt wurde (z. B. Fahrenberg, 2012).

Sicherlich ist es interessant, zum Beispiel bei Patienten mit einer Panikstörung Live Events per Selbsteinschätzung ausfindig zu machen und sie mit dem Auftreten von Panik zu verbinden. Oder biologische Marker der Serotoninfunktion zu überprüfen, ob sie gehäuft bei diesem Klientel zu finden sind. Diese aus der Dritte-Person-Perspektive

vorgenommenen Untersuchungen können aber auch mit Daten aus der Erste-Person-Perspektive mit einer tiefenhermeneutischen Methodik verbunden werden. Dann werden die subtilen Hinweise eines Patienten auf unterschwellig wahrgenommene Reize wichtig, die in seinen Wahrnehmungen, aber auch in seinen phantasierten Assoziationsnetzwerken aufgetreten sind und die Aufschlüsse über Impulse und Affekte vermitteln, die für den Patienten unbewusst bedrohlich sind. Dazu aber sind teilweise andere Kompetenzen bei den Lehrenden erforderlich, als sie bislang während des Psychologiestudiums gelehrt werden.

Aber auch die Psychoanalyse, die sich einst als Naturwissenschaft verstand, sich dann aber ab den 1970er-Jahren einer (tiefen-)hermeneutischen Wende verschrieben hat und sich oftmals einseitig nur noch auf ihre Fertigkeiten in der klinischen Situation verließ, täte gut daran, ihre klinischen Modelle auch bzw. noch häufiger einer „Off line“-Validierung zu unterziehen; quantitative und qualitative psychodynamische Forschungsmethoden sind in den zurückliegenden 30 bis 40 Jahren hierzu in einer kaum noch überschaubaren Fülle entwickelt worden (z. B. Doering & Hörz, 2012).

Kurzum, Klinische Psychologie und Psychoanalyse könnten durchaus voneinander lernen: Erstere von der jahrzehntelangen psychoanalytischen Tradition, mittels einer elaborierten Tiefenhermeneutik Krankheitsbilder zu ergründen und psychodynamische Konstrukte zu veranschaulichen, Letztere von der hoch entwickelten Forschungsmethodik, mit der sich klinische Hypothesen beforschen lassen. Nur am Rande sei noch vermerkt, dass es ja bereits seit Jahren eine gute psychodynamische Forschungstradition gibt, die allerdings von den Praktikern noch zu wenig zur Kenntnis genommen wird.

### Zum Menschenbild

Einige Autoren, die in letzter Zeit zu der Thematik, ob das Psychologiestudium im klinischen Teil verfahrensunabhängig oder ob die Grundlagen der verschiedenen Psychotherapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie bereits im Bachelor- und Mas-

terstudium gelehrt werden sollten, Stellung bezogen, haben sich auch zum Menschenbild geäußert. Eine Frage, die man dabei immer wieder vernehmen konnte, war, wieso es überhaupt verschiedene Menschenbilder geben könne? Mit anderen Worten, das einzig vertretbare Menschenbild sei doch das der kognitiv verhaltensorientierten Psychologie.

Ist aber wirklich alles kognitiv-rational erklärbar? Das klassisch tiefenpsychologische bzw. psychoanalytische Menschenbild hat immer daran festgehalten, dass es in jedem Menschen in einer „tieferen“ Schicht Impulse gibt, die polymorph pervers sind, nach märchenhaftem Reichtum streben, auf grausame Weise alles vernichten wollen, was sich einem in den Weg stellt, grenzenlose Anerkennung und Ruhm einfordern, nach körperlicher Rache dürsten, wenn einem Unrecht geschehen ist, und dabei eigene Regeln des Faustrechts verteidigen möchten, von sexueller Lust nie genug bekommen können, voyeuristische und exhibitionistische Neigungen ausleben und anderes mehr. Davon kann man sich bei jedem Blick in eine Tageszeitung überzeugen.

In einer psychogenetischen Evolutionstheorie lässt sich nachweisen, dass sich große Teile der Menschheit psychodynamisch immer noch in einer Entwicklungsphase befinden, für die diese anthropologischen Bestimmungen zutreffen. In Europa hingegen hat seit der Aufklärung und der Entstehung der modernen Industriegesellschaft Mitte des 18. Jahrhunderts eine kulturelle Evolution stattgefunden, die nicht nur zur Überwindung von kindlichen Denkmodi, sondern auch zu einer Weiterentwicklung von Moral und Sitten geführt hat (z. B. Oesterdikhoff, 2000). Allerdings setzt dies auch einen entsprechenden Enkulturationsprozess voraus, der wiederum für seine optimale Ausprägung gelungene emotionale Eltern-Kind-Kontakte erfordert. Wie schnell das erreichte kulturelle Niveau an Aufklärung, Moral und Demokratie indessen verlorengehen kann, haben vor allem die beiden Weltkriege und der Holocaust im 20. Jahrhundert gezeigt.

Freuds (1927, S. 377) bekanntes Zitat von der „leisen Stimme des Intellekts“, die nicht ruht, „ehe sie sich Gehör verschafft

hat“, beruht auf der Hoffnung, sich von einem kognitiv, moralisch und sittlich niedrigeren, weil kindlichen Entwicklungsstand zu einem erwachsenen, evolutiv entwickelteren, auch symbolisierteren und mentalisierteren Umgang mit Affekten und Triebimpulsen fortentwickeln zu können. Freud wusste aber auch darum, wie prekär dieses erreichte kulturelle Niveau in jedem Einzelnen, aber auch in einer Gruppe sein kann, und dass es jederzeit von einer Regression bedroht werden kann.

Kurzum: Das kognitive Menschenbild gibt einen unsicheren Stand unserer derzeitigen kulturellen Entwicklung in aufgeklärten und demokratischen Industrienationen wider; es rechtfertigt aber keineswegs eine universalistische Aussage. Die Psychoanalyse bevorzugt ein Menschenbild, in dem eher eine tragische Realitätsanschauung mit einer ausgeprägten Empfänglichkeit für die großen Dilemmata, Mehrdeutigkeiten und Ungewissheiten vorherrscht. Dem entspricht größtenteils das psychoanalytische Denken, in dem die ubiquitäre Konflikthaftigkeit und Regressionsanfälligkeit des Menschen betont werden.

Ein Beispiel kann verdeutlichen, wie bei der „Bevorzugung“ eines Menschenbildes ebenfalls psychodynamische Betrachtungsformen zum Tragen kommen: Ein psychoanalytisch orientierter Organisationspsychologe fragte zu Beginn seiner Vorlesung seine studentischen Zuhörer, was sie von ihm hören wollten: eine Schilderung des Lebens in Organisationen, wie es im Lehrbuch steht oder wie es in Organisationen tatsächlich zugeht. Die Studierenden bevorzugten die Lehrbuch-Ausführung. Woran könnte das gelegen haben? Ich vermute, es ist in der Tat anstrengend oder gar bedrohlich, sich mit dem zu befassen und auseinanderzusetzen, was sich bei genauerem Hinschauen als das Ungebändigte und Irrationale erweist; aber es führt kein Weg daran vorbei, wenn man Menschen tiefgründig verstehen will. Patienten kommen zum Psychotherapeuten, um sich mit diesen ungebändigten Kräften, die dranghaft ihre Autonomie einschränken, auseinanderzusetzen. Nur wenn Patienten unsere aufrichtige Empathie spüren, aber gleichzeitig auch unseren gekonteren Umgang mit den heftigen Emo-

tionen wahrnehmen, können wir ihnen als Psychotherapeut tatsächlich helfen. Dies aber setzt wiederum voraus, dass wir die als irrational, kindlich oder gar als pervers imponierenden Emotionen und Wünsche in uns selbst zulassen können und sie nicht ausschließlich in der Unterdrückung und Verdrängung halten oder sie gar per Theorie für nicht existent erklären.

Zukünftige Psychotherapeuten wären also gut beraten, wenn sie sowohl mit einem psychoanalytischen als auch mit einem kognitiven Menschenbild ausreichend Erfahrung gesammelt hätten. Dann könnte möglicherweise die Entscheidung für ein Ausbildungsverfahren auf noch sicherere Füße gestellt werden. Natürlich setzt Psychotherapie auf die Möglichkeit der Vernunft und somit der Bewältigung irrationaler und regressiver Affekte und Impulse; aber um dies als Psychotherapeut zu erreichen, muss man erst einmal den Mut aufbringen, sich selbst mit ihnen zu konfrontieren.

Wir sollten also zu einem Zeitpunkt, in dem andere Wissenschaften sich anschicken, die Einbeziehung irrationaler Motive in ihre bislang sehr rational orientierten Theorien vorzunehmen – wie dies zum Beispiel derzeit in den Wirtschaftswissenschaften gefordert wird –, unser Wissen um die tiefgründige Menschennatur und um unsere Kompetenzen, damit psychotherapeutisch gut umzugehen, nicht leichtfertig aufs Spiel setzen.

### **Die Kunst der praktischen Anwendung**

Es ist hinlänglich bekannt, dass das Verfassen von Anträgen für die Kostenübernahme ambulanter Psychotherapie von den Krankenkassen einer nicht geringen Anzahl von Ausbildungsteilnehmern, aber selbst auch noch fertigen Psychotherapeuten Probleme bereitet. Dieser bedauerliche Umstand hängt mit der Schwierigkeit zusammen, klinische Konzepte auf einen bestimmten Patienten anzuwenden.

In einem nomologischen Wissenschaftsverständnis herrschte lange Zeit die Auffassung vor, dass man ein gut beständiges Gesetzeswissen dergestalt anwenden könne,



indem man nach Art eines logischen Schlusses auf den einzelnen Fall deduziere. Obwohl es einige Jahre gebraucht hat, die Unmöglichkeit dieses Vorgehens einzusehen, spielt es als Auffassung im Hintergrund immer noch eine gewisse Rolle.

Freud hat die Unmöglichkeit, von theoretischen Begriffen und aufgefundenen Regelmäßigkeiten deduktiv auf einen einzelnen Patienten zu schließen, schon früh erkannt, als er mit seinem Konzept der Übertragung auf die individuelle Ausgestaltung der Beziehung von Patient und Psychotherapeut Wert legte. Mit Begriffen wie „konstruieren“ oder „raten“ verwies er auf einen komplexen Erkenntnisprozess, der seit Charles Sander Peirce als „abduktives Schließen“ bezeichnet wird. Auch wenn dieser Erkenntnisakt manchen als Kunst oder Intuition imponiert, so ist er doch lehrbar; und die Grenzen zu einer wissenschaftlichen Betrachtungsweise sind deshalb fließend.

Ich erinnere mich noch gut, wie einige Studierende in Vorlesungen oder Seminaren mit einem amüsierten bis spöttischen Ton an psychoanalytischen Deutungen unbewusster Vorgänge bemängelten, dass man diese Eindrücke doch nicht logisch begründen könne, wie sie es in den ersten Semestern ihres Studiums vor allem anhand des Hempel-Oppenheim-Schemas gelernt hatten. Demgemäß können Ereignisse erklärt werden, wenn sie auf empirisch bewährte Gesetzesannahmen und die erforderlichen Ausgangsbedingungen zurückgeführt werden. Nein, in diesem Sinn logisch ableiten lassen sich diagnostische Eindrücke und psychotherapeutische Interventionen in der Regel nicht. Vielmehr braucht es dazu neben den gelernten klinischen Konzepten Kreativität, Einfallsreichtum, den Mut, auf kindliche Denkmodi zu regredieren, gegen den Strich des gesunden Menschenverstandes wahrnehmen und denken zu können und anderes mehr.

Um abduktives Denken lernen zu können, braucht es allerdings auch Lehrende, die entweder Studierende an ihren eigenen Eindrücken anhand von diagnostischen Schlussbildungen teilhaben lassen oder diesen genügend Sicherheit und Mut für die auf den ersten Blick ungewohnte Art des Denkens vermitteln. Mit anderen Wor-

ten kann die „Kunst“ des Diagnostizierens und psychotherapeutischen Intervenierens bereits in der universitären Ausbildung ausreichend gelehrt und gelernt werden.

Wenn man, wie es in heutigen psychoanalytischen Theorien unbewusster Prozesse angenommen wird, von einem ständigen Transfer von bewussten, vorbewussten und unbewussten Vorgängen ausgeht, liegt es auf der Hand, den Menschen als ein Wesen zu betrachten, das sich kontinuierlich selbst interpretiert. Kettner (2012) hat dies auf die Formel vom „Homo abduzens“ gebracht.

Und wir dürfen Folgendes nicht vergessen: Wenn wir die Erkenntnis ernst nehmen, die heute sowohl von Psychoanalytikern als auch von kognitiven Psychologen geteilt wird, dass sowohl nicht bewusste als auch psychodynamisch unbewusste emotionale und kognitive Prozesse allen bewussten Prozessen des Wahrnehmens, Denkens, Entscheidens vorausgehen und dass die „Ursachen“ von klinischen Symptomen und Leidenszuständen in nicht bewussten und psychodynamisch unbewussten Vorgängen zu suchen sind, dann müssen wir uns auch darauf einstellen, dass unbewusste Phänomene nicht einfach an bestimmten Verhaltensweisen abzulesen sind, sondern dass man zuallererst mit allen Sinnen wahrnehmen muss, was ein Patient erzählt (zur Unterscheidung kognitiv unbewusster bzw. nicht bewusster von psychodynamisch unbewusster Prozesse siehe z. B. Kettner & Mertens, 2010). Die vom Patienten, aber auch von seinen Bezugspersonen bislang „unerhörten“ Botschaften seines Unbewussten müssen erst einmal gehört werden, bevor das Abduzieren einsetzen kann. Und um der Individualität eines einmaligen Unbewussten gerecht zu werden, braucht es neben der Erfahrung des Hörens vor allem Geduld.

Aber so wichtig wie „Raten“ und „Abduzieren“ für den klinischen Urteilsprozess auch sind, sollten sie dennoch durch eine Geltungsbegründung validiert werden. Dazu ist eine Explikation der Hintergrundannahmen und ihres Wirkungsgefüges notwendig. Denn auch abduktives Schließen

kann nachträglich hinsichtlich seiner Erkenntnisakte und -voraussetzungen argumentationszugänglich gemacht werden (siehe Körner, 2003). Hierfür hat die kognitive Denkpsychologie und Kreativitätsforschung wiederum eine Menge anzubieten.

### **Fortbestehen inhaltlicher Differenzen**

Anhand des Themas Lernen wird ausgeführt, warum dieses sich nicht mehr zur Abgrenzung und Unterscheidung von psychodynamischen Verfahren, kognitiver Verhaltenstherapie, aber auch gesprächspsychotherapeutischen, systemischen und humanistischen Verfahren eignet.

Viele Jahre waren US-amerikanische, behavioristische Lerntheorien vor allem mit psychoanalytischem Denken, das von der konstruktivistischen und phantasmatischen Aneignung von äußeren Gegebenheiten ausging, nicht vereinbar. Auch wenn es eine lange Tradition innerhalb der Psychoanalyse gab, sich mit lerntheoretischen Konzepten zu befassen (z. B. Rapaport, 1951; Wachtel, 1977), so haben doch sehr viele Psychoanalytiker einen weiten Bogen um Lernkonzepte gemacht, zum einen, weil die anfänglichen Lerntheorien zum Beispiel von Skinner in einer behavioristischen Tradition standen, für die psychoanalytisches Denken Anathema war. Zum anderen, weil die unter der Dominanz des Lustprinzips stehenden Phantasiebildungen als eigendynamische Prozesse angenommen wurden, die sich keiner Konditionierung, Nachahmung oder keinem Einsichtslernen zu verdanken schienen. Mittlerweile hat sich aber das Konzept des klassischen Konditionierens aufgrund der „kognitiven Wende“ deutlich verändert (siehe Rescorla, 1988), was auch von Psychoanalytikern verstärkt zur Kenntnis genommen worden ist (z. B. Gillett, 1996; Davis, 2001; Talvitie & Ihanus, 2002). Zwar muss man sich das kindliche Fantasieren mit einer hohen Eigendynamik ausgestattet vorstellen, doch können im Kontext des Erwartungslernens auch Vorgänge der Verdichtung und Verschiebung, der Metaphorisierung und Metonymisierung abgebildet werden.

Es gibt also kaum noch einen zu rechtfertigenden Grund, warum Kognitive Psychologen und Psychoanalytiker ihre Erfahrungen



nicht zusammenführen könnten: die einen mit ihrem auch durch viele Experimente abgesicherten Wissen um kognitiv gesteuerte Lernprozesse, die anderen mit ihren Erfahrungen über Fantasiebildungen ab dem Erwerb der Symbolfunktion, in denen die Realität auf idiosynkratische Weise gestaltet wird und die anfänglichen Konditionierungen überformt werden.

Bereits im Universitätsstudium ließen sich also übermäßige Abgrenzungen zwischen den einzelnen Richtungen vermeiden und auf diese Weise könnte eine viel gefestigtere Ausgangsbasis geschaffen werden, mittels der sich bereits manche Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Richtungen und Verfahren, aber auch unaufhebbare Unterschiede klar benennbar werden.

Dazu muss den Studierenden aber die Möglichkeit geboten werden, die derzeitigen Richtungen auf ihrem jeweils aktuellen Stand und in ihrer jeweiligen wissenschaftlichen Herkunftsgeschichte differenziert und vor allem auch praxisorientiert kennenzulernen. Deshalb ist (z. B.) die Ausweitung der bisherigen Ermächtigung der Hochschulambulanzen auf mindestens drei Verfahren wichtig. Denn wenn Studierende angemessen auf ihre spätere postgraduierte Ausbildung vorbereitet werden sollen, müssen sie im Rahmen ihres Studiums bereits an den Hochschulambulanzen neben der Kognitiven Verhaltenstherapie auch tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in Diagnostik und Beratung kennenlernen. Mit anderen Worten: Die Hochschulambulanzen sollten zukünftig paritätisch mindestens mit den drei Richtlinien-Verfahren besetzt sein.

## Überlegungen zu einer Verbesserung der Postgraduierten Ausbildung

Trotz der in verschiedenen Umfragen erfassten Zufriedenheit, die von Psychotherapeuten rückblickend über ihre Ausbildung geäußert worden ist (z. B. Koenen & Martin, 2013; Strauß et al., 2009; Will, 2006), gibt es dennoch verschiedene Hin-

weise darauf, dass es einen Verbesserungsbedarf gibt.

Im Großen und Ganzen sind Ausbildungsteilnehmer zwar durchaus zufrieden und auch die Ausbilder sind der Auffassung, dass die jeweiligen Verfahren optimal gelehrt werden, weil die Seminare zumeist mit großem Engagement und mit viel Praxiserfahrung durchgeführt werden. Die an außeruniversitären Instituten als Dozenten unterrichtenden und als Supervisoren tätigen Kollegen haben in der Regel viele Jahre an Erfahrung in stationärer und ambulanter Psychotherapie erwerben können.

Je nach Dauer der Theorievermittlung, Selbsterfahrung und der Supervision werden vor allem die zuletzt genannten von den Ausbildungsteilnehmern als am hilfreichsten erlebt. Insbesondere die enge Verbindung von Theorie, Selbsterfahrung, praktischer Erprobung, Rückmeldung durch Supervision, kontinuierlicher Durcharbeitung in der Selbsterfahrung sowie theoretischer Beschäftigung wird als unverzichtbar erlebt.

Aufgrund meiner Supervisionstätigkeit mit Psychotherapeuten aus verschiedenen Instituten und Gesprächen mit Kollegen komme ich dennoch zu dem Schluss, dass die postgraduierte Ausbildung verbesserungsbedürftig ist. Dies wird durch die folgenden Eindrücke belegt: In den letzten Jahren sind den Ausbildern auffallende Theorielücken bei nicht wenigen Ausbildungsteilnehmern aufgefallen. Dies ist sicherlich auch auf den Umstand zurückzuführen, dass im Psychologie- und Medizinstudium psychoanalytische Wissensinhalte und Kompetenzen immer weniger gelehrt wurden. Wenn diese Grundlagen aber fehlen, sind die Ausbildungsteilnehmer oftmals ungenügend auf Theorie und Praxis der postgraduierten Ausbildung vorbereitet. Nicht immer lässt sich dieses Defizit kompensieren. Ungenügend ausgebildete Psychotherapeuten sind dann häufig von ihren Patienten überfordert, finden keinen empathisch-emotionalen Zugang zu ihnen, können mit schwierigen Übertragungen und entsprechenden Widerstandsphänomenen kaum umgehen, haben aufgrund einer unzureichenden Erstdiagnostik zu wenig psychodynamisches Verständnis

für die zumeist traumatischen Ängste und deren Abwehr sowie für die daraus resultierende Beziehungsgestaltung und sind nicht selten froh, wenn sie diese anspruchsvollen Patienten bald wieder „loswerden“ können. Sie tun sich schwer mit dem Schreiben von Anträgen, beantragen oftmals nur Kurztherapien und können sich einen längeren psychotherapeutischen Prozess kaum vorstellen. Vor allem angesichts anstrengender Patienten wird das Psychotherapiehonorar als unzureichend erlebt: Nicht wenige Psychotherapeuten sind deshalb erleichtert, mit diesen bald wieder aufhören zu können. Und nicht wenige der frühzeitig vorgenommenen Beendigungen kann man aus Sicht der Patienten durchaus nachvollziehen, denn sie waren dann oftmals mit ihrem Psychotherapeuten und seinem Können unzufrieden. Nahezu jeder Patient, der sich zu einer zweiten Psychotherapie stellt, ist bestenfalls „antherapiert“; manche Symptome sind zwar gebessert, aber grundlegende Schwierigkeiten geblieben.

Wie uns die Psychotherapieforschung erneut bestätigt hat, sind es nicht in erster Linie spezifische technische Verfahren, die psychotherapeutisch hilfreich sind, sondern die Persönlichkeit des Psychotherapeuten, sein Wissen, seine Erfahrung und seine Menschlichkeit, die am meisten zum Erfolg von Psychotherapien beitragen. Und ohne Zweifel gibt es hervorragende Psychotherapeuten, die sich sehr für ihre Patienten einsetzen, ein gutes Gespür für die Beziehung haben, selbstkritisch immer wieder ihre Interventionen hinterfragen können, ein ausreichendes Maß an Besorgnis für die Entwicklung ihrer Patienten aufbringen und ihre Tätigkeit nicht nur als „Job“ auffassen. Aber dies trifft keineswegs auf alle Psychotherapeuten zu und deswegen wäre es die Aufgabe der Institute, die entsprechenden Qualifikationen besser zu fördern. Dies fällt natürlich umso leichter, je besser vorgebildet die Ausbildungsteilnehmer in die postgraduierte Ausbildung kommen.

Aus diesem Grund sollten die Grundlagen für den anspruchsvollen Beruf des Psychotherapeuten bereits im Universitätsstudium gelegt werden; hier können ohne Zweifel wichtige Basiskompetenzen erwor-

ben werden, sofern das Studium nicht allzu theorielastig ist. Bereits hier können auch die persönlichkeitsstrukturellen Voraussetzungen, die den Betreffenden eher für eine andere berufliche Tätigkeit qualifiziert erscheinen lassen, per Selbst- und Fremdeinschätzung erkannt werden, sofern das Curriculum ausreichend praxisorientiert ist. Eine Teil-Approbation, die mit dem Abschluss des Masterstudiums erworben wird, kann zur Ausübung einer psychotherapeutischen Tätigkeit in einer klinischen Institution führen; auch hierbei bestehen immer noch Möglichkeiten der Selbstprüfung, ob man für den Psychotherapeutenberuf in einem stationären oder ambulanten Setting ausreichend geeignet und motiviert ist.

Wenn Bewerber mit einer besseren Vorkonkurrenz in die postgraduierte Ausbildung kommen, stellt auch die Auswahl geeigneter Bewerber kein allzu großes Problem mehr dar.

### Literatur

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



Prof. em. Dr. **Wolfgang Mertens** ist als Psychoanalytiker, Psychologischer Psycho-

therapeut und Supervisor in eigener Praxis tätig. 2002 bis 2014 führte er zusammen mit Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter eine umfangreiche Psychotherapie-Prozess-Outcome-Studie durch. Er ist Autor zahlreicher Lehr-, Handbücher und Monographien zur psychoanalytischen Behandlungstechnik, Entwicklungspsychologie und Methodenlehre.

### Prof. em. Dr. Wolfgang Mertens

Ludwig-Maximilians-Universität München  
Department Psychologie  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Leopoldstr. 13  
80802 München  
[w.mertens@lrz.uni-muenchen.de](mailto:w.mertens@lrz.uni-muenchen.de)

## Essentials einer revidierten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht

Doris Müller, Harry Askitis & Jochen Eckert

**Zusammenfassung:** Vor dem Hintergrund empirischer Forschungsergebnisse zur Einflussnahme einzelner therapeutischer Faktoren auf das Therapieergebnis wird vorgeschlagen, den Schwerpunkt der Psychotherapeutenausbildung weg von den verfahrensspezifischen Interventionsmethoden hin zu einer verfahrensspezifischen therapeutischen Beziehungsgestaltung zu verlagern. Die therapeutische Beziehungsgestaltung soll in Rollenspielen geübt und reflektiert und durch geeignete

Selbsterfahrungsangebote unterstützt werden. Wie bisher sollen ausreichende und auf den Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten<sup>1</sup> abgestimmte Kenntnisse in psychologischem Grundlagenwissen und in Fächern mit Schnittstellenkompetenzen vermittelt werden. Die Vermittlung von Kenntnissen über die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren sollte durch Personen erfolgen, die das jeweilige Verfahren selbst praktizieren und in einem Umfang, dass sie eine

ausreichende Grundlage für differenzielle Therapieindikationen bieten. Das erfordert gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die gewährleisten, dass nicht einzelne wissenschaftlich anerkannte Verfahren aus dem psychotherapeutischen Versorgungssystem ausgeschlossen werden.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Als Voraussetzung sowohl für eine wissenschaftliche (durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, WBP) als auch sozialrechtliche (durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, G-BA) Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens gelten eine vorgegebene Anzahl von Wirksamkeitsnachweisen. Diese bestehen in der Regel in standardisierten (manualisierten) Anwendungen psychotherapeutischer Interventionen, die operational definiert sind und einem bestimmten Psychotherapieverfahren zugeordnet werden können. Die Nachweise haben für eine festgelegte Anzahl von definierten Anwendungsbereichen für Psychotherapie (auf der Grundlage von ICD-10 Klassifikationen) bei psychischen Störungen mit Krankheitswert zu erfolgen. Als methodischer Goldstandard für diese Nachweise gelten randomisierte kontrollierte Studien (*randomized controlled trial*, RCT).

Die Anwendung der auf diesem Wege identifizierten psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens steht bisher auch im Zentrum der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).

Gemessen an der Bedeutung, die den psychotherapeutischen Interventionen (Methoden, Techniken) in Forschung, Lehre und Ausbildung zugemessen wird, ist ihre reale Wirksamkeit eher marginal: Nur circa 8% der durch eine Psychotherapie erzielten Veränderungen lassen sich auf die eingesetzte psychotherapeutische Technik zurückführen (z. B. Norcross & Lambert, 2011), d. h., die Wirksamkeit von 92% der erzielten Veränderungen geht auf andere Wirkfaktoren zurück. Spätestens seit den Ausführungen von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) in der 4. Auflage des „Handbook of Psychotherapie an Behavior Change“ von Bergin und Garfield (1994, S. 270-376) ist international akzeptierte Lehrmeinung, dass die therapeutische Beziehung einen bedeutsameren Einfluss als die eingesetzte Technik auf das Therapieergebnis hat. Ihr wird heute therapieschulenübergreifend eine „essenzielle“ bzw. „zentrale“ Bedeutung beigemessen (Bastinne, 2008).

Vor diesem Hintergrund hat der britische Psychotherapieforscher Wampold bereits 2001 die Forderung nach einem Modellwechsel erhoben: Das bisher dem psychotherapeutischen Handeln überwiegend zugrunde gelegte „*medical model*“ sei durch ein „*contextual model*“ zu ersetzen: Es sei nicht Aufgabe von Psychotherapeuten, eine auf die spezielle Symptomatik abgestimmte spezifische Intervention zur Anwendung zu bringen, sondern die Aufgabe bestünde darin, die Hoffnung, den Glauben und die Zuversicht des Patienten zu stärken, dass die bei ihm angewandte Behandlung helfen werde.

Der Schwerpunkt der Ausbildung sollte zukünftig nicht mehr auf dem Erlernen und Anwenden von psychotherapeutischen Interventionen liegen, sondern auf der Person des Psychotherapeuten und seinem Handeln im therapeutischen Kontext. Für den Psychoanalytiker Körner ist das Ziel einer Psychotherapieausbildung der „gute Psychotherapeut“: *„Ein guter Therapeut – unabhängig davon, welche Methode er anwendet – ist sozial kompetent, d. h. er ist fähig, eine tragende, vertrauenerweckende Beziehung einzugehen, er ist empathisch, interessiert und intuitiv. Er handelt undogmatisch, ist flexibel in seiner Methode ...“* (Körner, 2013, S. 364).

Für die Gesprächspsychotherapie ist die Forderung selbstverständlich, die „therapeutische Beziehung“ zum zentralen Thema einer Ausbildung zum PP und KJP zu machen und die Ausbildung damit zu starten, da Rogers von Beginn an in ihr das wesentliche Therapeutikum gesehen hat.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir für eine revidierte Ausbildung zum PP und KJP folgende Essentials vor:

## I. Ausbildungsthema: die psychotherapeutische Beziehung

Mit folgenden Themen:

- Wie definiert sich eine „qualitativ gute Beziehung“?
- Was unterscheidet eine Alltagsbeziehung von einer therapeutischen Beziehung?

- Welche Faktoren bilden die Grundlage der individuellen Beziehungsfähigkeit? (z. B. Bindungsstil, Empathiefähigkeit, Selbstreflexionsmöglichkeiten etc.)?
- Über welche Beziehungsvoraussetzungen sollte ein Psychotherapeut, über welche sollte ein Patient verfügen, damit sich eine therapeutisch hilfreiche Beziehung entwickeln kann?
- Der therapeutischen Beziehung werden in Abhängigkeit davon, in welchem theoretischen (Therapieverfahren) und praktischen (Einzel- oder Gruppenbehandlung) Kontext sie zum Tragen kommt, unterschiedliche Funktionen zugewiesen und sie entfaltet dann auch unterschiedliche Wirkungen. Diese *Kontextabhängigkeit* der therapeutischen Beziehung sollte paradigmatisch an zwei unterschiedlichen Funktionszuweisungen vermittelt werden:

### 1. Die therapeutische Beziehung dient als Basis für bestimmte Interventionen.

Man spricht von einem „Arbeitsbündnis“ oder von der therapeutischen Allianz, die verschiedene Aspekte umfasst, z. B. die Übereinstimmung in den Therapiezielen, die Zustimmung zu den dazu erforderlichen therapeutischen Aufgaben und eine professionelle Bindung („*bond*“, siehe Bordin, 1979).

### 2. Die therapeutische Beziehung wird nicht nur als notwendige, sondern auch als hinreichende therapeutische Bedingung aufgefasst.

Diese Auffassung vertritt die auf Rogers zurückgehende Gesprächspsychotherapie.

Beide Funktionen sollten in ausführlichen Übungen (Rollenspielen) ausprobiert und durch entsprechende Selbsterfahrungsangebote gestützt werden (Wie viel Vertrauen habe ich in die Ressourcen/in die Aktualisierungstendenz eines Menschen? Wie gut kann ich Ohnmachtsgefühle aushalten und auch teilen? Fühle ich mich wohler, wenn ich die therapeutische Beziehung strukturierend/anleitend gestalte?).

Dabei sollen die Ausbildungsteilnehmer auch in Erfahrung bringen, welche dieser Auffassungen über die Gestaltung und Funktion der therapeutischen Beziehung ihren eigenen Auffassungen und Erfahrungen davon, welche Bedingungen psychische Veränderungen ermöglichen, am nächsten kommen. Idealerweise ergibt sich daraus auch eine Entscheidungsgrundlage für das zu wählende Schwerpunktverfahren.

- Patienten begeben sich mit lebensgeschichtlich geprägten Beziehungserfahrungen und -erwartungen in eine Psychotherapie, die sich nicht selten mit dem verfahrensgeprägten Beziehungsangebot des Psychotherapeuten nicht in Einklang bringen lassen. Zu klären ist, wie weit das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten mit der Ansprechbarkeit des Patienten für dieses Beziehungsangebot übereinstimmen sollte. Diese sogenannte Passungsfrage bildet auch den Ausgangspunkt für Überlegungen zu einer differenziellen Therapieindikation.

Die Selbsterfahrung sowohl einzeln wie in Gruppen ist zentraler Baustein jeder psychotherapeutischen Ausbildung, die Auflösung eigener „blinder Flecken“ durch Eigenterapie ist essenziell. Sie ist nicht kognitiv vermittelbar. Die Entwürfe der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) zum Direktstudium, die zu großen Teilen auf eine Ume-

tikettierung des bisherigen Psychologiestudiums hinauslaufen, berücksichtigen diese Gesichtspunkte der Herausbildung einer „reifen Psychotherapeutenpersönlichkeit“ nicht ausreichend.

## II. Ausbildung in Psychologischem Grundlagenwissen

Psychotherapie gehört zu den Sozialwissenschaften. Ihre zentrale Grundlagenwissenschaft ist die Psychologie. Gelehrt werden sollten die psychologischen Grundlagen- und Anwendungsfächer, die für die Psychotherapiewissenschaft von Bedeutung sind. Dazu gehören auch Forschungsmethoden, soweit sie für den Bereich Psychotherapieforschung relevant sind. Die Ausbildung in Forschungsmethoden sollte die Ausbildungsteilnehmer in die Lage versetzen, die Aussagekraft empirischer Psychotherapiestudien zu beurteilen.

## III. Ausbildung in Fächern, die Schnittstellenkompetenzen vermitteln

Darunter fallen Themen aus den Fächern Medizin, Neurowissenschaften, Biologie, Anthropologie, Philosophie (etwa Menschenbild, Ethik, unterschiedliche erkennt-

nistheoretische Ansätze, auch etwa phänomenologische und hermeneutische), Pädagogik, Sozialpädagogik und Pharmakologie. Inhalt und Umfang der Themen sollten auf ihre Bedeutung für heilkundlich, präventiv oder rehabilitativ tätige Psychotherapeuten der verschiedenen Altersgruppen abgestimmt werden.

## IV. Ausbildung in Psychotherapieverfahren

Eine gleichberechtigte Ausbildung in den vier zentralen psychotherapeutischen Zugängen (humanistisch, systemisch, psychodynamisch und kognitiv-behavioral) und den wissenschaftlich anerkannten und begründeten Verfahren durch Personen, die über ausreichend Praxis mit unterschiedlichsten Störungsbildern in dem jeweiligen Verfahren verfügen, muss gewährleistet werden. Zudem sollten Kenntnisse über wissenschaftlich begründete Psychotherapieverfahren in einem Umfang erworben werden, der es ermöglicht, dass diese weiterentwickelt werden können und bei Bedarf fundierte differenzielle Therapievorschlüsse gemacht werden können.

Bisher kann ein G-BA über die Versagung der sozialrechtlichen Zulassung für wissenschaftlich anerkannte Verfahren indirekt die vertiefte Ausbildung in diesen Verfahren unterbinden. Wir sehen es als wesent-



**Doris Müller**, Dipl.-Psych., ist Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin. Sie ist 1. Vorsitzende der DPGG und Delegierte in der Berliner Psychotherapeutenkammer.



**Harry Askitis**, Dipl.-Psych., PP, ist als Gesprächspsychotherapeut in eigener Praxis tätig. Er absolvierte Ausbildungen u. a. in VT, TP sowie in Körper- und Traumatherapie. Bis 2005 war er berufspolitisch aktiv in Verbänden, der Psychotherapeutenkammer und der KV in Hamburg.



Prof. Dr. **Jochen Eckert**, Gesprächspsychotherapeut (DPGG), ist Mitglied des Leitungsgremiums des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg.



liches Ziel auch einer Ausbildungsreform an, dass die Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft in die Lage kommt, selbst über die Inhalte ihrer Ausbildung zu bestimmen.

### Literatur

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

### Korrespondenzadresse:

*Dipl.-Psych. Doris Müller*

Stubenrauchstr. 61  
12161 Berlin  
Mueller.d.a@t-online.de

# Kompetenz von Psychotherapeuten – Grundlage einer Reform der Psychotherapeutenausbildung

Rainer Richter & Dietrich Munz

Im nächsten Psychotherapeutenjournal (PTJ 3/2014) planen wir einen weiteren Schwerpunkt, der sich mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung befassen wird. Thematisch soll sich der Schwerpunkt auf die Kompetenz von Psychotherapeuten<sup>1</sup> beziehen. Eine Arbeitsgruppe des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und des Länderrats hat dem Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) den Entwurf einer zusammenfassenden Matrix der Kompetenzen von Psychotherapeuten vorgestellt. Wir würden uns freuen, wenn Sie zu diesem Thema und dieser Zusammenfassung mit einem Artikel oder einer Stellungnahme beitragen würden. Die Reflexion und Diskussion unserer psychotherapeutischen Kompetenzen sollte ein kontinuierlicher Prozess werden, da sich sowohl das Berufsbild des Psychotherapeuten als auch

dessen Kompetenzen kontinuierlich entwickeln und umgestalten.

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung und des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) war in der vorletzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals (PTJ 4/2013) Schwerpunktthema. Die dort veröffentlichten Artikel und vorangegangene Artikel im PTJ zur Psychotherapeutenausbildung waren mehrfach Anlass zur weiterführenden Diskussion in Form von Leserbriefen und Stellungnahmen.

In der Einführung zum damaligen Schwerpunkt stellte Vogel die Hintergründe der Notwendigkeit der Reform der Psychotherapeutenausbildung dar und schilderte die Entwicklung der hierzu geführten Diskussionen. Nach Veröffentlichung des Forschungsgutachtens, das vom Bundesge-

sundheitsministerium (BMG) 2007 in Auftrag gegeben worden war, mündete die Diskussion in den Landespsychotherapeutenkammern (LPK) und der BPTK in erste Beschlüsse des DPT zu diesem Thema. Diese Beschlüsse sind auf Seite 351 des PTJ 4/2013 zusammenfassend dargestellt. Der 16. und 17. DPT hatte sich unter anderem darauf geeinigt, dass künftiges Ziel der Ausbildung ein einheitlicher Beruf sein sollte. Die dem damaligen Beschluss zugrunde liegende Approbationsordnung einer postgradualen Ausbildung nach einem Studium mit Masterabschluss umfasste eine Zusammenstellung von Kompeten-

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

zen, die im Studium und während der Ausbildung zu erwerben sind.

Gespräche mit Vertretern aus Politik und dem BMG verdeutlichten, dass diese die Struktur der Psychotherapeutenausbildung analog zur ärztlichen Ausbildung mit Approbation nach dem Studium und anschließender Weiterbildung zur Facharztspezialisierung und kassenärztlichen Zulassung (Arztregistereintrag) favorisieren und uns aufforderten, die sog. Direktausbildung auch in der Psychotherapeuten-schaft zu diskutieren.

Diese Diskussion mündete beim 22. DPT im April 2013 in den Auftrag an BPTK-Vorstand und Länderrat, die Lösungsvorschläge für die zukünftige Struktur der Ausbildung auf Grundlage eines Berufsbilds des Psychotherapeuten und daraus abgeleiteter professioneller Kompetenzen zu erarbeiten.

Wie Richter im genannten PTJ 4/2013 zum Schwerpunkt der Ausbildungsreform ausführt, ist das Berufsbild im PsychThG aus dem Jahr 1998 implizit formuliert und geprägt durch die damaligen Berufsausübungen in der ambulanten Praxis im Delegationsverfahren nach den Psychotherapie-richtlinien. So wurde im PsychThG die Berufsausübung der Psychologischen Psy-

chotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten im SGB V auf die Erbringung von Richtlinienpsychotherapie eingegrenzt (§ 28 Abs. 3 SGB V), und in § 73 Abs. 2 SGB V werden deren berufliche Befugnisse, z. B. hinsichtlich der Verordnung von Heilmitteln oder Krankenhauseinweisungen, eingeschränkt. Die daraus folgenden Probleme und Hemmnisse beschreibt Richter (PTJ 4/2013, S. 350) und leitet daraus die Forderung her, dass das Berufsbild und die von ihm abgeleiteten Kompetenzen von der eigenen Profession neu bestimmt werden müssen.

Gemäß dem Auftrag des 22. DPT im April 2013 haben der Vorstand der BPTK und eine Arbeitsgruppe des Länderrats den damals vorläufigen Entwurf eines Berufsbilds nach mehreren Anhörungen weiterentwickelt und dem 23. DPT im November 2013 zur Diskussion gestellt. (Web-Bericht: [www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/weichenstell.html](http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/weichenstell.html)). Dieses Berufsbild stellte Richter im PTJ 4/2013 (S. 350) zusammenfassend dar.

Auf dem zurückliegenden DPT am 17. Mai 2014 wurde die vom BPTK-Vorstand und Länderrat erarbeitete Zusammenstellung der psychotherapeutischen Kompetenzen zur Diskussion gestellt (<http://0cn.de/7dg9>).

Diese war zuvor in den LPK und in mehreren Anhörungen mit Vertretern von Verbänden, Fachgesellschaften, Hochschulen, Ausbildungsstätten und den Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA) diskutiert worden.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Heftes ist noch nicht absehbar, welchen weiterführenden Auftrag der DPT dem Vorstand der BPTK und dem Länderrat gegeben hat. Bereits jetzt liegt es aber nahe, diese Kompetenzen als Nächstes in inhaltliche und strukturelle Vorgaben für eine zukünftige Ausbildung umzusetzen und dabei insbesondere auch die daraus folgenden Anforderungen an die Finanzierung zu konkretisieren. Unabdingbares Ziel einer Ausbildung zum Psychotherapeuten muss dabei die Erlangung des „Facharzt-niveaus“, die Möglichkeit zum Arztregistereintrag sein.

Die Darstellung und Diskussion psychotherapeutischer Kompetenzen unter verschiedenen Aspekten und Perspektiven kann für diesen Prozess nur förderlich sein. Deshalb würden wir uns freuen, wenn Sie sich mit Beiträgen, Kommentaren und Stellungnahmen in diesen Prozess einbringen, damit wir im nächsten PTJ einen breit ausgestalteten Themenschwerpunkt haben.

*Rainer Richter & Dietrich Munz,  
für den Redaktionsbeirat*

# Neue Methoden und Techniken in der Psychotherapie

## Redaktionelle Vorbemerkung

Psychotherapie ist nachgewiesenermaßen sehr effektiv, aber sie ist keine perfekte Behandlung. Ein substanzialer Anteil von Patientinnen und Patienten profitiert nicht oder nicht ausreichend von unseren Angeboten; darüber hinaus finden nicht alle Hilfesuchende die praktizierten Psychotherapieverfahren für sich als passend. Je nach Störungs- und Behandlungsart brechen 10-50% der Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie vorzeitig ab und weitere 20-60% erreichen keine ausreichende Besserung (z. B. Lambert & Ogles, 2013). Diese Situation impliziert die Notwendigkeit, psychotherapeutische Verfahren zu verbessern und weiterzuentwickeln. Dabei können zwei grundsätzliche Ansätze verfolgt werden: 1) die Optimierung vorhandener, bereits als wirksam bestätigter Methoden, z. B. durch ein besseres Verständnis der zugrunde liegenden Wirkkomponenten und Wirkfaktoren oder durch Untersuchungen zur differenziellen Indikation und 2) die Entwicklung neuer Ansätze und Methoden.

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden hinsichtlich beider Ansätze vermehrt Anstrengungen unternommen, vor allem mit Blick auf Patientengruppen, die bislang noch schwierig zu behandeln waren. Ein Beispiel sind die zahlreichen Neuentwicklungen im Bereich der Traumatherapie, von denen einige in den folgenden Artikeln vorgestellt werden. Der Bedarf an verbesserten Behandlungsmöglichkeiten wird an der schnellen Verbreitung und hohen Akzeptanz deutlich, die diese Verfahren, wie beispielsweise das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) erfahren haben. Entsprechend wichtig scheint es, sich über diese Verfahren zu informieren und sich mit den darin enthaltenen Konzepten und Interventionsmethoden auseinanderzusetzen. Eine zentrale Frage, die sich dabei sowohl aus prakti-

scher als auch aus wissenschaftlicher Perspektive stellt, ist inwieweit neue Verfahren unser Behandlungsangebot nicht nur bereichern, sondern auch tatsächlich einen Beitrag zur Effektivitätssteigerung von Psychotherapie leisten. An dieser Stelle soll kurz darauf eingegangen werden, welche strengen Kriterien neue Verfahren aus wissenschaftlicher Sicht erfüllen müssen, um eine Effektivitätssteigerung für sich beanspruchen zu können. Dabei sind insbesondere drei Erwägungen von Bedeutung:

1) Das Verfahren ist mindestens genauso effektiv wie die bislang praktizierten bzw. als wirksam nachgewiesenen Methoden zur Behandlung einer definierten Patientengruppe. Dieser Nachweis ist wichtig, um bei einer gegebenen Indikation allen Patientinnen und Patienten eine möglichst erfolgversprechende Behandlung anbieten zu können. Der Nachweis, dass eine Behandlung wirksamer ist als ein Placebo oder eine Wartekontrollgruppe ist dabei ein wichtiger Schritt, jedoch noch nicht ausreichend, um wirklich Aussagen darüber zu treffen, welches Verfahren für welche Patientengruppe am gewinnbringendsten erscheint.

2) Neue Verfahren – auch wenn sie sich aus praktischen Beobachtungen ableiten – sollten empirisch prüfbare Annahmen zu ihren Wirkmechanismen formulieren. Solche Annahmen über die Wirkweise einer Behandlung sind von immanenter Bedeutung für Fragen der differenziellen Indikation (was wirkt für wen und warum) und der Weiterentwicklung eines Verfahrens.

3) Damit verbunden lässt sich als dritte Forderung formulieren, dass die als spezifisch für ein Verfahren angenommenen Behandlungskomponenten tatsächlich einen Beitrag zur Effektivität eines Verfahrens leisten. Auch das erscheint im Hinblick auf die weitere Optimierung von Behandlungen un-

umgänglich, da entsprechende Bemühungen stärker den spezifisch wirksamen Interventionen gelten sollten. Der Beleg, dass eine Intervention spezifisch wirksam ist, kann durch sogenannte Komponenten-Studien erreicht werden, die Behandlungen in ihre Bausteine zerlegen und Behandlungsvariationen mit und ohne den jeweiligen Baustein vergleichen.

Für viele der in den letzten Jahren neu vorgeschlagenen Methoden und Verfahren gibt es erfreulicherweise bereits eine rege Forschungsaktivität (wie beispielsweise auch der Artikel von Christof T. Eschenröder zeigt). Gleichzeitig steht gerade der Nachweis der Spezifität neuer Behandlungstechniken häufig noch aus. Bei aller verständlichen Freude über neue und vielversprechende Behandlungsansätze sollte deren praktische Anwendung durch eine stetige wissenschaftliche Untermauerung begleitet werden, wie dies seit vielen Jahren bei den etablierten Psychotherapieverfahren der Fall ist. Vor einer flächendeckenden Implementierung neuer Verfahren muss sichergestellt sein, dass die bereits hohe Qualität unseres psychotherapeutischen Angebots dadurch gesichert und ausgebaut werden kann.

Entsprechend möchten wir Sie einladen, sich mit den folgenden Artikeln über ausgewählte neue Behandlungsansätze in der Traumatherapie zu informieren und sich kritisch damit auseinanderzusetzen.

### Literatur

Lambert, M. & Ogles, R. (2013). Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In M. Richard & H. Vogel (Hrsg.), *Bergin und Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 243-328). Tübingen: DGVT Verlag.

Sylvia Helbig-Lang,  
für den Redaktionsbeirat

# Wie wirksam sind Techniken der Energetischen Psychotherapie, die Exposition mit sensorischer Stimulierung verbinden?

Christof T. Eschenröder

**Zusammenfassung:** Das Interesse für verschiedenartige Ansätze der Energetischen Psychotherapie ist bei deutschen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>1</sup> in den letzten Jahren deutlich gewachsen. Es gibt aber auch kritische Stellungnahmen zur Energetischen Psychotherapie, in denen sie als esoterisch oder unwissenschaftlich eingestuft wird. In diesem Artikel stelle ich die grundlegende therapeutische Strategie von Ansätzen der Energetischen Psychotherapie dar. Die Behauptung, die Wirkung dieser Behandlungen gehe nicht über einen Placebo-Effekt hinaus, wird auf der Grundlage der bisher veröffentlichten randomisierten kontrollierten Studien überprüft und zurückgewiesen. Es gibt unterschiedliche theoretische Erklärungsansätze für die therapeutische Wirksamkeit der Energetischen Psychotherapie. Erklärungen auf der Grundlage des energetischen Paradigmas orientieren sich an Konzepten der Traditionellen Chinesischen Medizin. Aufgrund der Parallelen von Methoden der Energetischen Psychotherapie zur systematischen Desensibilisierung, zum Eye Movement Desensitization and Reprocessing und zu Therapiemethoden, die die Bedeutung der Selbstakzeptierung betonen, erscheinen mir theoretische Konzepte sinnvoller, die sich an bekannten psychologischen und neurophysiologischen Prinzipien orientieren (z. B. reziproke Hemmung dysfunktionaler emotionaler Reaktionen). Die Stimulierung von Punkten der Körperoberfläche bei gleichzeitiger Aktivierung belastender Emotionen kann als eine wirksame Technik der Gegenkonditionierung betrachtet werden.<sup>2</sup>

## Einleitung

Seit etwa zwölf Jahren ist in Deutschland ein zunehmendes Interesse an Ansätzen der *Energetischen Psychologie* bzw. *Energetischen Psychotherapie (EP)* festzustellen. EP ist ein Sammelbegriff für eine Reihe psychotherapeutischer Ansätze, die sich in Details unterscheiden, in der grundlegenden therapeutischen Strategie aber übereinstimmen. In diesem Aufsatz verwende ich diesen Begriff auch für die Ansätze, die sich nicht an energetischen Konzepten orientieren, aber gleiche oder ähnliche Techniken benutzen.

Der amerikanische Psychologe Roger Callahan entwickelte in den 1980er-Jahren die *Thought Field Therapy (TFT)*, bei der das Beklopfen von Akupunkturpunkten im psychotherapeutischen Kontext eine wesentli-

che Rolle spielt (Callahan & Callahan, 2001). Zu den Schülern Callahans, die später ihre eigenen therapeutischen Systeme entwickelten, gehören Gary Craig und Fred Gallo. Die *Emotional Freedom Techniques (EFT)* von Craig (vgl. z. B. Feinstein, Eden & Craig, 2007) wurden durch den deutsch-amerikanischen Therapeuten Rudolf A. Kaufmann in Deutschland eingeführt (Kaufmann, 2002). Viele Psychotherapeuten (auch der Autor dieses Artikels) haben Gallos Kurse über *Energy Diagnostic and Treatment Methods (EDxTM)* besucht und waren von den Ergebnissen der dort erlernten therapeutischen Techniken beeindruckt (Gallo, 2000; 2004; Gallo & Vincenzi, 2010). Callahan, Craig und Gallo interpretieren die Wirksamkeit von EP-Methoden im Rahmen eines energetischen Paradigmas und beziehen sich dabei vor allem auf Ansätze der Traditionellen Chinesischen Medizin.

Verschiedene neuere Ansätze arbeiten mit den gleichen oder ähnlichen Techniken wie Callahan, Craig oder Gallo, distanzieren sich aber von dem energetischen Paradigma (Aalberse & Geßner-van Kersbergen, 2012; Ruden, 2012). Der südamerikanische Arzt Joaquin Andrade (2012) nennt seinen Ansatz *Bifokale multisensorische Aktivierung (BMSA)*. Maarten Aalberse (2012, S. 23) schlägt den Begriff *Bifokale Achtsamkeit* vor, um die Gemeinsamkeit der Techniken zu beschreiben, bei denen sich Personen einerseits achtsam auf eigene Probleme und andererseits auf Selbstberührungen oder andere Aktivitäten konzentrieren. Steve Reed (2012), der seine Methode *REMAP* nennt, betrachtet die Stimulierung bestimmter Akupunkturpunkte als eine besonders wirksame Technik zur Gegenkonditionierung belastender emotionaler Reaktionen. Michael Bohne orientierte sich zunächst an Gallos Ansatz (Bohne, 2006); später entwickelte er ein Konzept, das er als *Prozessorientierte Energetische Psychologie* und neuerdings als *Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP)* bezeichnet (Bohne, 2010a; Wehrsig, 2012).

Was haben diese verschiedenen therapeutischen Ansätze gemeinsam, die sowohl in der Arbeit mit Erwachsenen als auch mit Kindern und Jugendlichen angewendet werden können? Das grundlegende thera-

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

<sup>2</sup> Für wichtige Anregungen zu diesem Artikel möchte ich mich bei Dr. Claudia Wilhelm-Gößling, Ralf Steinkopff, Dirk Wehrsig, Dr. Heiner Vogel und dem Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals bedanken.





Abbildung 1: Selbstakzeptanzübung (aus: Eschenröder, C. T. & Wilhelm-Göbbling, C. (2012). *Energetische Psychotherapie – integrativ* (S. 326). Tübingen: dgvt-Verlag)

peutische Vorgehen enthält im Allgemeinen die folgenden Elemente:

1. Zunächst wird ein negatives Gefühl aktiviert, zumeist indem die Patientin oder der Patient in der Therapiestunde an eine belastende vergangene oder zukünftige Situation denkt, sie sich bildhaft vorstellt und/oder darüber erzählt. Auch die Aktivierung der negativen Emotionen durch eine Konfrontation in vivo ist möglich. Das Ausmaß der Belastung wird auf einer 0-10-Skala eingeschätzt (0 bedeutet keinerlei emotionale Belastung; 10 die stärkste mögliche Belastung). In der englischsprachigen Fachliteratur wird diese Skala als SUD-Skala bezeichnet (SUD = *Subjective Units of Disturbance*; Wolpe, 1972).
2. In vielen Fällen werden Patienten dazu angeregt, einen selbstakzeptierenden Satz zu sprechen und gleichzeitig einen Akupunkturpunkt, z. B. den Handkantenpunkt (HK), zu klopfen oder den sogenannten Selbstakzeptanzpunkt (er wird auch „Wunder Punkt“ oder „Heilender Punkt“ genannt) sanft zu reiben (vgl. Abbildung 1). Ein solcher Satz könnte z. B. lauten „Auch wenn ich furchtbare Angst vor ... habe, liebe und akzeptiere ich mich so, wie ich bin“ oder „Auch wenn die Erinnerung an ... mich stark belastet, behandle ich mich freundlich und liebevoll“.
3. Während die Patienten an die belastende Situation denken, stimulieren sie als

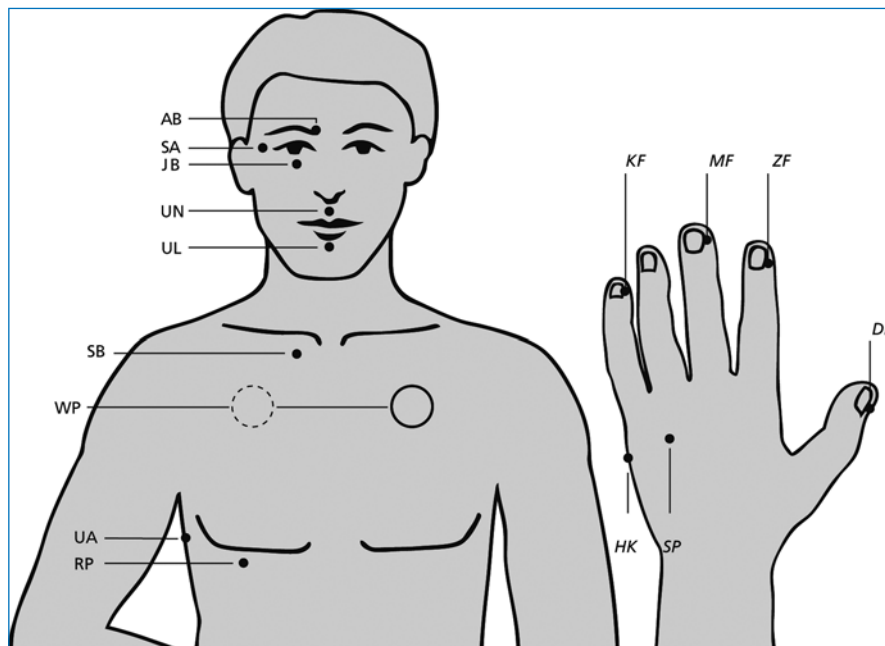


Abbildung 2: Behandlungspunkte der EP (aus: Eschenröder, C. T. & Wilhelm-Göbbling, C. (2012). *Energetische Psychotherapie – integrativ* (S. 327). Tübingen: dgvt-Verlag). Der „Wunde Punkt“ wird gerieben, die übrigen Punkte werden im Allgemeinen durch Klopfen stimuliert. Die Behandlungspunkte liegen symmetrisch sowohl auf der linken als auch auf der rechten Körperseite (außer den Punkten in der Körpermitte).

Hauptbehandlung eine Reihe von sensiblen Punkten der Körperoberfläche (zumeist Akupunkturpunkte) durch Beklopfen, Massieren oder Berühren mit den Fingerspitzen (vgl. Abbildung 2); als Nebenbehandlung werden weitere Aktivitäten wie Augenbewegungen, Summen einer Melodie oder Zählen durchgeführt. Anschließend wird der Grad der Belastung erfragt und auf der SUD-Skala eingeschätzt. Typischerweise berichten Patienten, dass die Belastung geringer wird, dass sie sich entspannter fühlen oder dass das Erinnerungsbild weiter weg rückt oder verblasst. Die Koppelung zwischen belastenden Gedanken und dem Klopfen wird so oft wiederholt, bis die emotionale Belastung verschwunden oder zumindest deutlich reduziert ist.

4. Bei vielen EP-Ansätzen werden nach der Verminderung oder dem Verschwinden der negativen Gefühle positive Gedanken, Vorstellungsbilder oder Handlungspläne verankert, indem sie wiederholt mit bestimmten Stimulierungen gekoppelt werden.
5. Patienten werden dazu angeregt, wirksame EP-Techniken im Alltag anzuwenden, insbesondere vor kritischen Situationen und eventuell auch während

dieser Situationen. Es gibt Selbsthilfebücher, die Anleitungen zur Anwendung dieser Techniken geben (z. B. Bohne, 2010b; Feinstein et al., 2007).

Das „Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG“ (WBP, 2010, S. 3-5) unterscheidet zwischen Verfahren, Methoden und Techniken der Psychotherapie. Ich betrachte die unterschiedlichen EP-Ansätze nicht als eigenständige psychotherapeutische Verfahren, sondern als Methoden, die in verschiedene Verfahren wie Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie integriert werden können. Innerhalb einer Methode kann man zwischen einzelnen Techniken unterscheiden, die miteinander kombiniert werden können.

Da das Beklopfen des eigenen Körpers zur Bewältigung von Ängsten und anderen belastenden Gefühlen recht ungewöhnlich ist, nannte Bohne (2006, S. 23) diese Techniken eine „kulturfremde Provokation“. Geßner-van Kersbergen (2012, S. 20) weist aber darauf hin, dass solche sensorischen Stimulierungen auf uraltes Wissen und Alltagserfahrungen zurückgreifen, „nämlich, dass wir durch Berührung, durch Summen

oder Singen (...) uns selbst und andere beruhigen und trösten können“. Wenn man die Grundprinzipien des therapeutischen Vorgehens in der EP betrachtet, wird man vieles Bekannte wiederentdecken: Wie bei der systematischen Desensibilisierung von Joseph Wolpe (1972) oder dem Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) von Francine Shapiro (1998) wird zur Einschätzung der Stärke negativer Emotionen die SUD-Skala verwendet. Bei der Desensibilisierung nach Wolpe werden zumeist Entspannungstechniken zur Gegenkonditionierung negativer Gefühle eingesetzt; beim EMDR werden gleichzeitig mit der Aktivierung belastender Erlebnisse rhythmische Augenbewegungen, akustische oder taktile Stimulierungen durchgeführt. Bei der taktilen Variante von EMDR wird bei den Berührungen nicht darauf geachtet, ob Akupunkturpunkte stimuliert werden; vielmehr werden die rechte und die linke Körperseite abwechselnd berührt. Die Verankerung positiver Gedanken und Vorstellungen findet man auch beim EMDR (zum Vergleich von EMDR und EP siehe Eschenröder, 2012, S. 164-167). Dass Selbstvorwürfe und Selbstabwertung wegen der eigenen psychischen Probleme zur Verschlimmerung von Symptomen führen, eine akzeptierende Haltung dagegen zu einer Verminderung, wird in unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen betont. Die Förderung der Selbstakzeptierung geschieht bei der EP in einer ritualisierten Form. Es ist aber wichtig, in der Therapie einen individuell passenden Satz auszuarbeiten (vgl. Bohne, 2010a, S. 48-51). Bei der Diskussion der theoretischen Erklärungsversuche zur Wirkung von EP-Methoden komme ich auf diese Parallelen zu anderen Therapiemethoden zurück. Stark vereinfacht könnte man sagen:

**Energetische Psychotherapie = Exposition + multiple sensorische Stimulierung + kognitive Umstrukturierung.**

## Fallstudien zur EP

Einzelfallstudien geben einen Einblick in das typische Vorgehen bei der EP. Der Sammelband von Eschenröder und Wilhelm-Gößling (2012) enthält eine Reihe

von Fallstudien, die zeigen, wie EP-Techniken in die Verhaltenstherapie, die psychodynamische Psychotherapie und die Therapie von Kindern und Jugendlichen integriert werden können. Fallstudien in dem von Bohne (2010a) herausgegebenen Buch berichten über die Integration von EP in die Behandlung von Traumafolgestörungen, Angststörungen und psychosomatischen Störungen. Ich möchte nun die Anwendung von EP-Techniken am Beispiel einer kurzen Krisenintervention bei extrem starker Prüfungsangst schildern:

*Die Referendarin Frau V. kam auf Empfehlung ihres Mentors zu mir. Ihre letzte mündliche Prüfung war um drei Wochen verschoben worden, da sie sich am Tag der Prüfung krank gemeldet hatte. Sie sei morgens zusammengebrochen, ihr Blutdruck sei abgesackt und sie habe überhaupt nichts mehr gewusst. Vorher habe sie extrem viel gelernt und sich stark unter Druck gesetzt, damit sie auf jede Frage möglichst wie aus der Pistole geschossen antworten könne. Als Hintergrund für diese starke Angst schilderte sie eine frühere Prüfung, bei der sie eine Blockade bekommen habe; sie wäre beinahe gescheitert und habe gerade noch eine Vier bekommen. Da der Prüfer sehr viel von ihr gehalten habe, sei ihr dieses Versagen besonders peinlich gewesen.*

*Ich besprach mit ihr, dass es sinnvoll wäre, zunächst die emotionale Belastung zu vermindern, die sie bei der Erinnerung an die frühere Prüfung noch deutlich spürte. Anschließend sollten dann die Angst vor der bevorstehenden Prüfung reduziert und hilfreiche Gedanken verankert werden. Die Patientin fand dieses Vorgehen einleuchtend.*

*Da sich Frau V. das schlechte Abschneiden bei der früheren Prüfung übel nahm, wurde zunächst die Selbstakzeptanzübung durchgeführt. Sie fand den Satz hilfreich: „Auch wenn es mir sehr peinlich ist, dass ich bei dieser Prüfung versagt habe, möchte ich mich jetzt freundlich und liebevoll behandeln.“ Das wiederholte Aussprechen*

*dieses Satzes wurde mit dem Klopfen des HK gekoppelt. Anschließend beklopfte die Patientin die Standardbehandlungspunkte (vgl. Abbildung 2), während sie an die vergangene Prüfung und die dadurch ausgelösten Selbstzweifel dachte. Nach vier Klopfsequenzen stellte sie fest, dass sie deutlich ruhiger geworden war. Ich riet ihr eindringlich, bis zur nächsten Sitzung nicht länger als zwei Stunden täglich zu lernen, da sie sich ja schon sehr gründlich mit dem Prüfungsstoff beschäftigt hatte. Beim Auftreten von Prüfungsangst sollte sie die Selbstakzeptanzübung und die Klopfsequenzen erneut durchführen.*

*In der zweiten Sitzung berichtete Frau V., es sei ihr relativ gut gegangen und sie habe bei Angst die Klopfübungen gemacht. Der Gedanke an die bevorstehende Prüfung löste noch mittelstarke Angst aus. Durch die Selbstakzeptanzübung und die Klopfübungen konnte diese Angst noch weiter reduziert werden. Mit einem Wert von 3 auf der 0-10-Skala der emotionalen Belastung (SUD-Skala) war die Patientin zufrieden, da ja „etwas Aufregung ganz normal ist.“ Nun besprach ich mit ihr, welche innere Einstellung hilfreich wäre, um die Prüfungssituation gut zu bewältigen. Ein hilfreicher Gedanke war: „Ich nehme mir bei Fragen Zeit zum Überlegen und konzentriere mich.“ Ein weiterer konstruktiver Gedanke, den wir erarbeiteten, lautete: „Ich gehe mit Ruhe und Zuversicht in die Prüfung. Auch wenn ich etwas nicht weiß, ist das nicht schlimm.“ Beide Sätze wurden mit dem Beklopfen eines Behandlungspunkts gekoppelt, den die Patientin als besonders angenehm empfand. Zum Abschluss der Sitzung besprachen wir, wie sie die gelernten Techniken bis zur Prüfung einsetzen konnte: Wenn sie sich durch Angst beeinträchtigt fühlte, sollte sie das „gesamte Programm“ durchführen, ansonsten nur die Verankerung der hilfreichen Gedanken.*

*Kurz nach der Prüfung meldete sich die Patientin telefonisch und bedankte sich. Sie hatte die Prüfung mit einer*

*Zwei bestanden und sei nur „normal aufgeregt“ gewesen. Offensichtlich war es in diesem Fall gelungen, den Teufelskreis von katastrophisierenden Gedanken, Selbstzweifeln, Angst und heftigen körperlichen Reaktionen zu durchbrechen. Sowohl die kognitive Umstrukturierung als auch die Verminderung des überhöhten Erregungsniveaus durch die Klopfsequenzen hatten Frau V. geholfen, eine für ihr weiteres berufliches Leben entscheidend wichtige Prüfungssituation zu bewältigen.*

Natürlich ist es nicht immer möglich, mit den beschriebenen EP-Techniken (Selbstakzeptanzübung, Klopfen der Standardbehandlungspunkte, Verankern positiver Kognitionen) so schnelle Erfolge zu erzielen wie bei Frau V. Manchmal sinkt das Erregungsniveau nur langsam; in anderen Fällen ist es zunächst nötig, Blockierungen zu erkennen und aufzulösen, die eine Veränderung behindern (vgl. Bohne, 2010a, S. 51-61). Und es gibt auch Patienten, die nicht positiv auf diese Techniken ansprechen.

Das folgende Zitat zeigt, dass EP-Ansätze nicht nur bei spezifischen Problemen verwendet werden können, sondern auch bei komplexen Störungen. Sie können auch in stationäre Therapien von psychisch schwer gestörten Personen integriert werden, wie die Untersuchung von Roseline Brinkman (2010a, 2010b) zeigt, die auch im Abschnitt über empirische Untersuchungen erwähnt wird. Ich möchte als Beispiel dafür die Aussage einer Patientin zitieren, die wegen Substanzabhängigkeit und Traumafolgestörungen behandelt wurde:

„Das Klopfen und die Entspannungsübungen sind der wesentliche Bestandteil meines Notfallkoffers! Durch meine Traumatisierung und weil bei mir fast alles triggern kann und zu Dissoziationen führt, sind diese Übungen, genau genommen, lebenswichtig für mich. Von daher ergibt es sich auch, dass ich die Übungen nicht nur bei Bedarf, sondern ständig anwende, also ein Ritual, welches in den Alltag bei mir mittlerweile eingebaut ist. Zudem hilft mir das regelmäßige Klopfen, bei mir zu bleiben, mich wahrzunehmen, und dadurch

habe ich auch die Kontrolle darüber, ob ich in der Realität bin, weil ich es fühle, oder schon wieder auf Abwegen bin, weil ich nichts fühle (...)

(...) Als ich in der Entgiftung langsam wieder zu mir kam, also auf dem Weg raus aus der Dissoziation, half mir das Klopfen, wieder Boden und Halt in der Realität zu finden. Ein wenig machte es auch die Qual der Entgiftung leichter.“ (Brinkman, 2010b, S. 148)

### Skeptische Stellungen zur EP

Da es anfangs kaum methodisch überzeugende empirische Untersuchungen zur EP gab, wurden diese Ansätze manchmal mit starker Skepsis betrachtet. So charakterisierten z. B. Brandon Gaudiano und James Herbert (2000) Callahans Ansatz als Pseudowissenschaft.

Die Bayerische Psychotherapeutenkammer lehnte bis 2012 die Akkreditierung von Veranstaltungen zur EP ab (und damit die Vergabe von Fortbildungspunkten für den Besuch dieser Veranstaltungen). In einem Schreiben an den Autor dieses Artikels vom 7. September 2009 wurde die Ablehnung unter anderem damit begründet, „dass die Wirkung der Energetischen Psychotherapie durchaus sehr umstritten ist. Es konnte bisher keine über einen Placebo-Effekt hinausgehende Wirkung belegt werden“. Weitere Argumente für die Ablehnung lauteten:

„Es liegt in der Verantwortung der Psychotherapeutenkammern, den Bereich der von ihr anerkannten Fortbildungen frei zu halten von solchen Veranstaltungen, die geeignet sein können, dem Ansehen der Profession dadurch zu schaden, dass sie in der Art ihres Vorgehens oder auch der für sie dargebotenen Werbung nicht hinreichend von unseriösen oder esoterischen Inhalten abgegrenzt sind.“

Aufgrund der empirischen Belege für die Wirksamkeit von EP-Methoden und der nicht esoterischen theoretischen Konzepte zur Erklärung dieser Wirkungen hat die

Bayerische Psychotherapeutenkammer ihre Haltung inzwischen geändert und akkreditiert jetzt auch Fortbildungen zur EP.

### Empirische Untersuchungen

Positive Erfahrungsberichte von Psychotherapeuten können als Hinweis, aber nicht als wissenschaftlicher Nachweis für die Wirksamkeit einer Psychotherapiemethode betrachtet werden. Bis vor Kurzem gab es zwar einige Studien, die über positive Wirkungen der EP berichteten, aber nur wenige methodisch gute empirische Untersuchungen. Erfreulicherweise wurden in den letzten Jahren in verschiedenen Ländern (USA, Australien, Großbritannien, Schweden, Türkei und Deutschland) weitere randomisierte kontrollierte Studien (RCT-Studien) zur Wirksamkeit von EP-Methoden durchgeführt. Einen ausführlichen deutschsprachigen Überblick zu diesen Arbeiten findet man bei David Feinstein (2012a) und Christof Eschenröder (2012, S. 172-175). In dem aktuellsten Überblicksartikel von Feinstein (2012b) werden 18 RCT-Studien zur Wirksamkeit der EP ausgewertet.<sup>3</sup>

Im Folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über RCT-Studien zur EP geben, bei denen eine EP-Gruppe mit einer Wartekontrollgruppe, einer unbehandelten Kontrollgruppe oder einer anderen Behandlung verglichen wurden.

**Behandlung von Kleintierphobien:** Die Studie von Steve Wells und Kollegen zur Behandlung von spezifischen Phobien (Kleintierphobien) zeigte, dass eine Sitzung mit einer weit verbreiteten EP-Methode (EFT nach Craig) zu einer signifikant stärkeren Verminderung der Angst auf der Verhaltensebene und der subjektiven Ebene im Vergleich zu einer Placebo-Kontrollgruppe führte (Wells, Polglase, Andrews, Carrington & Baker, 2003). Die Kontrollgruppe führte eine Atemübung durch, während sie an das phobische Objekt dachte, was geringfügige Besserungen be-

<sup>3</sup> Im Internet findet man eine Version dieses Artikels unter [www.EnergyPsychologyResearch.com](http://www.EnergyPsychologyResearch.com).



wirkte. Die signifikante Überlegenheit von EFT auf der Verhaltensebene wurde auch in der Katamnese nach sechs bis neun Monaten gefunden.

Harvey Baker und Linda Siegel verglichen in einer teilweisen Replikation der Wells-Studie zur Behandlung von Kleintierphobien EFT, ein unterstützendes Interview im Stil von Carl Rogers und eine unbehandelte Kontrollgruppe (Baker & Siegel, 2010). Die EFT-Sitzung führte zu einer signifikanten Verminderung bei verschiedenen Angstmaßen unmittelbar nach der Behandlung und bei der Katamnese, während das unterstützende Interview keine Veränderung bewirkte.

**Prüfungsangst:** In der Studie von Nilhan Sezgin und Bahar Özcan wurde gezeigt, dass EFT bei Personen mit starker Prüfungsangst das Angstniveau signifikant stärker reduzierte als bei einer Gruppe, die mit *Progressiver Relaxation (PMR)* behandelt wurde (Sezgin & Özcan, 2009). Bei beiden Gruppen wurde jeweils eine Sitzung zur Einführung in EFT bzw. PMR durchgeführt.

**Redeangst:** Die Untersuchung von Beverly Schoninger und John Hartung zeigte, dass eine Sitzung mit *Thought Field Therapy (TFT)* bei der Behandlungsgruppe zu einer signifikanten Reduzierung von Redeangst und zu einer größeren Zuversicht in Bezug auf künftige Redesituationen führte (Schoninger & Hartung, 2010). Bei der Wartekontrollgruppe gab es während der Wartezeit keine bedeutsamen Veränderungen; die anschließende TFT-Behandlung führte ebenfalls zu einer signifikanten Verminderung der Redeangst.

In der Studie von Sharon Jones und Kollegen wurden Personen mit Redeangst mit EFT behandelt (Jones, Thornton & Andrews, 2011). EFT führte im Vergleich zu einer Warte-Kontrollgruppe zu einer bedeutsamen Verminderung von subjektiven Maßen der Redeangst.

**Zwangsstörungen:** Steffen Moritz und Kollegen untersuchten bei Patienten mit Zwangsstörungen die Wirkung eines Selbsthilfeprogramms zum Klopfen von Meridianpunkten (dabei handelt es sich

um eine Variante von EFT) (Moritz et al., 2011). Die Kontrollgruppe erhielt eine Anleitung zur Progressiven Muskelentspannung. Beide Gruppen erhielten die Programme über das Internet. Nach vier Wochen fanden mehr Personen die Klopfmethode hilfreich als die Muskelentspannung (39% versus 19%). Es gab aber bei keiner der beiden Gruppen signifikante Veränderungen bei den Symptomen der Zwangsstörung.

**Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS):** Karatzias und Kollegen verglichen in ihrer Studie die Wirkung von EMDR und EFT bei posttraumatischen Störungen (Karatzias et al., 2011). Beide Behandlungen (höchstens acht Sitzungen; durchschnittlich weniger als vier Sitzungen) führten in ungefähr gleichem Ausmaß zu signifikanten Besserungen direkt nach der Behandlung und beim Follow-up nach drei Monaten (sowohl die Einschätzung durch einen Experten als auch mittels Fragebogen zeigten deutliche Besserungen bei posttraumatischen Symptomen).

Phyllis Stein und Audrey Brooks berichten über die Behandlung von Soldaten mit PTBS mit sechs EFT-Sitzungen. Die Behandlung wurde von lizenzierten Psychotherapeuten oder von Coaches durchgeführt (Stein & Brooks, 2011). Die Behandlung führte zu einer deutlichen Verringerung posttraumatischer Symptome. Nur 24% der von Coaches und 17% der von Psychotherapeuten behandelten Veteranen litten beim Follow-up sechs Monate nach dem Ende der Behandlung noch unter klinisch definierter PTBS.

In einer Studie von Dawson Church und Kollegen wurden Soldaten mit PTBS mit EFT behandelt (sechs Sitzungen) (Church et al., 2013). Im Vergleich zu einer Warte-gruppe verminderten sich bei der EFT-Gruppe der psychologische Stress und das Ausmaß der posttraumatischen Symptome signifikant. Nach der Behandlung entsprachen die Werte von 90% der EFT-Gruppe nicht mehr den Kriterien für eine PTBS-Diagnose verglichen mit 4% der Patienten der Warte-gruppe nach der Wartezeit. Die Patienten der Warte-gruppe wurden anschließend ebenfalls erfolgreich mit EFT behandelt.

Feinstein (2010) referierte in einem Überblicksaufsatz Untersuchungen zur Behandlung von posttraumatischen Störungen mit EP. Er fasst die Ergebnisse dieser Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

„Two randomized controlled trials and six outcome studies using standardized pre- and posttreatment measures with military veterans, disaster survivors, and other traumatized individuals corroborate anecdotal reports and systematic clinical observation in suggesting that (a) tapping on selected acupoints (b) during imaginal exposure (c) quickly and permanently reduces maladaptive fear responses to traumatic memories and related cues.“ (Ebd., S. 385)

**Substanzabhängigkeit und komplexe Traumafolgestörungen:** Brinkman (2010a; 2010b) verglich in ihrer Doktorarbeit die Standardbehandlung in einer norddeutschen Klinik für Patientinnen mit der Doppeldiagnose Substanzabhängigkeit und komplexe Traumafolgestörung mit einer Behandlung, in der die Patientinnen während des Klinikaufenthalts in Einzelsitzungen mit EP behandelt wurden. Die EP-Gruppe erzielte sowohl am Ende der Behandlung als auch beim Follow-up nach einem Jahr sehr viel bessere Therapieergebnisse als die Vergleichsgruppe. Die Autorin fasst die wichtigsten Ergebnisse ihrer Studie folgendermaßen zusammen:

„In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass durch eine Behandlung mit Energetischer Psychotherapie sowohl eine Verminderung der posttraumatischen und dissoziativen Symptomatik, eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und Allgemeinbefindlichkeit, eine Reduktion von Craving und Rückfallhäufigkeit als auch eine Erhöhung des Kohärenzgefühls bewirkt wird. Die Zahl der Therapieabbrüche konnte vermindert und die gesamte Behandlungsdauer verkürzt werden.“ (Brinkman, 2010 a, S. 122).

**Essstörungen:** Charles Elder und Kollegen verglichen drei Interventionen zur Aufrechterhaltung von Gewichtsverlusten bei Übergewichtigen, die zuvor erfolgreich an einem Abnehmprogramm teilgenommen hatten: Die *Tapas Acupressure Technique*



(TAT), Qigong und eine Gruppe, in der Fragen gestellt und Erfahrungen ausgetauscht werden konnten (*self-directed support group*) (Elder et al, 2007). Bei der TAT werden bestimmte Körperpunkte berührt, während man an das Problem denkt (vgl. Gallo, 2000, S. 276-279). Nach 24 Wochen konnten die Teilnehmer der TAT-Gruppe am besten die Gewichtsverluste aufrechterhalten; die Qigong-Gruppe war am wenigsten erfolgreich.

Peta Stapleton und Kollegen untersuchten die Behandlung von Heißhungerattacken (*food cravings*) bei übergewichtigen Personen mit EFT (Stapleton, Sheldon, Porter & Whitty, 2011). In dieser Studie wurde ein unmittelbarer Effekt der EFT-Behandlung im Vergleich zur Wartelistengruppe gefunden. Die Wartelistengruppe erhielt anschließend die gleiche Behandlung. Ein Follow-up nach sechs Monaten zeigte, dass die positiven Effekte der Behandlung (Verminderung des Heißhungers auf bestimmte Nahrungsmittel) erhalten blieben.

**Krankheitsbewältigung:** In der Studie von Gunilla Brattberg (2008) erhielten Frauen, die unter Fibromyalgie litten, ein EFT-Programm über das Internet. Eine Behandlungs- und eine Wartelistengruppe wurden verglichen. Die Behandlung führte zu Besserungen bei Symptomen von Schmerz, Angst und Depression und zu einer größeren Akzeptanz der Schmerzen.

### Fazit

Insgesamt sind in den letzten Jahren viele Belege für die Wirksamkeit von EP durch RCT-Studien veröffentlicht worden. Am besten ist die Wirksamkeit bei Angststörungen und posttraumatischen Störungen belegt. Schon sehr kurze Interventionen führten bei spezifischen Ängsten (Kleintierphobien, Prüfungs- und Redeangst) zu bedeutsamen und anhaltenden Besserungen. Bei posttraumatischen Störungen zeigten mehrere Studien die Wirksamkeit von EFT. In einer Untersuchung war EFT etwa gleich wirksam wie EMDR. Eine weitere Studie zeigte, dass die Wirksamkeit einer stationären Behandlung von Substanzabhängigkeit und komplexen Traumafolgestörungen bedeutsam verbessert werden kann, wenn EP-Techniken vermit-

telt werden, die die Patientinnen während und nach der Behandlung in schwierigen Situationen anwenden konnten.

Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass EP-Methoden bei Übergewicht helfen können, Heißhunger zu reduzieren und Erfolge beim Abnehmen zu stabilisieren. Ein weiteres mögliches Anwendungsgebiet ist die Förderung der Krankheitsbewältigung bei Fibromyalgie. Bei Zwangsstörungen wurde ein Selbsthilfeprogramm zur Klopfakupressur von einem Teil der Patienten zwar als hilfreich beurteilt; es führte aber nicht zu einer Verminderung der Zwangssymptome.

Können die positiven Wirkungen von EP-Methoden auf Placebo-Effekte zurückgeführt werden? Baker und Siegel (2010) zeigten, dass EFT bei der Behandlung von Kleintierphobien wirksamer war als eine Placebo-Behandlung; die Studien von Wells et al. (2003) zur Behandlung von Kleintierphobien und von Sezgin und Özcan (2009) zur Behandlung von Prüfungsangst kamen zu dem Ergebnis, dass EFT im Vergleich zu einer mäßig wirksamen Entspannungstechnik signifikant überlegen war. Nach Karatzias et al. (2011) war EFT bei der Behandlung von PTBS genauso wirksam wie EMDR. Dies ist bisher die einzige Studie, in der eine EP-Methode mit einer als wirksam belegten Therapiemethode verglichen wurde. Weitere Studien zu Angststörungen oder PTBS, bei denen EP mit Behandlungen verglichen wird, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist (z. B. Konfrontation ohne gleichzeitige sensorische Stimulierung), wären besonders wichtig, um das Potenzial von EP-Methoden zu erkunden.

Bei den Studien von Wells et al. (2003), Baker und Siegel (2010), Schoninger und Hartung (2010), Brinkman (2010b) und Karatzias et al. (2011) wurden Effektstärken als Maß für die Größe der Veränderungen berechnet. Nach Hans Jürgen Eysenck (1994, S. 485) betrug die durchschnittliche Effektstärke von Placebo-Behandlungen 0.56; nach einer von Klaus Grawe und Kollegen zitierten Untersuchung lag die durchschnittliche Effektstärke von Placebo-Behandlungen im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen bei 0.21 (Grawe,

Donati & Bernauer, 1994, S. 712). Bei allen fünf Untersuchungen waren die Effektstärken von EP-Behandlungen *wesentlich* höher als die von Placebo-Kontrollgruppen; oft lagen sie höher als 1.0.

## Theoretische Grundlagen

Callahan, Craig und Gallo, die unterschiedliche Ansätze der EP entwickelten, interpretieren die Wirksamkeit der verwendeten Techniken im Sinne der Meridianlehre der Traditionellen Chinesischen Medizin (vgl. Callahan & Callahan, 2001; Gallo, 2000; Gallo & Vincenzi, 2010; Kaufmann, 2002). Demnach führen psychische Störungen zu einer Störung im Fluss subtiler Energien durch das Meridiansystem; diese Störung werde durch das Klopfen von Akupunkturpunkten abgeschwächt oder aufgelöst, was dann zu positiven emotionalen, kognitiven und behavioralen Wirkungen führe. Häufig wird die Aussage von Craig zitiert: „Die Ursache aller negativen Emotionen ist eine Störung innerhalb des körpereigenen Energiesystems.“ (Hartmann, 2002, S. 19) Nach dieser Sichtweise handelt es sich bei der EP um ein neues Paradigma, das sich von allen anderen psychotherapeutischen Ansätzen unterscheidet. Allerdings gibt es nach meinem Wissen keine physikalischen Methoden, um den Fluss dieser subtilen Energien (oder die postulierte Umkehrung der Flussrichtung oder die Blockierung des Energieflusses) zu messen. Grundlegende theoretische Annahmen des energetischen Paradigmas können also mit den gegenwärtig verfügbaren wissenschaftlichen Methoden nicht überprüft werden.

Im Gegensatz zu diesen sehr spekulativen Konzepten kann die Wirkung von EP-Methoden auch mit empirisch überprüfbaren psychologischen und neurophysiologischen Prinzipien erklärt werden. Feinstein (2008; 2010; 2012b) betrachtet EP-Methoden als Kombination von Exposition mit der Stimulierung von Akupunkturpunkten im Kontext einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Er formuliert die Hypothese: Die Assoziation zwischen einer aktivierten traumatischen Erinnerung oder einer bedrohlichen Situation und übermäßiger Erregung wird durch die ma-

nuelle Stimulierung von Akupunkturpunkten abgeschwächt; durch diese Stimulierung werden Signale zur Amygdala oder anderen Gehirnstrukturen gesendet, die zu einer schnellen Verminderung der Übererregung führen (Feinstein, 2008, S. 200). James Lane (2009) interpretiert die Wirkung der EP als Gegenkonditionierung von Angstreaktionen. Andrade (2012) und Ruden (2012) beschreiben ausführlich neurophysiologische Mechanismen, die der Wirkung dieser Methoden zugrunde liegen könnten. Andrade (2012, S. 133) fasst das Grundprinzip seines Ansatzes, den er Bifokale multisensorische Stimulierung (BMSA) nennt, folgendermaßen zusammen:

„Wir haben es bei der BMSA mit einer neurohumoralen Aktivierung durch multisensorische Stimuli zu tun, wobei ein Fokus der Aufmerksamkeit auf das Erleben (z. B. die Erinnerung an das traumatische Ereignis) gelegt wird, während ein zweiter Fokus bei der sensorischen Stimulierung (...) liegt – man spricht demnach von einem dualen bzw. bifokalen Fokus. Die gleichzeitige Aktivierung von traumatischer Erinnerung mit den entsprechenden physiologischen und/oder emotionalen Begleitphänomenen und der neuronalen Aktivierung infolge eines neutralen Reizes ruft eine Interferenz hervor und führt zu einer Entkopplung zwischen Auslöser und Reaktionsmuster.“

In Bezug auf das praktische Vorgehen findet man deutliche Parallelen zwischen EP-Techniken mit Techniken der EMDR und verhaltenstherapeutischen Techniken, insbesondere der systematischen Desensibilisierung, für die allerdings deutlich längere Behandlungszeiten notwendig sind. Weiterhin wird bei der EP die Selbstakzeptierung der Person mit Schwächen und Schwierigkeiten durch bestimmte Übungen gefördert; hier gibt es Ähnlichkeiten zu verschiedenen therapeutischen Methoden, z. B. zu dem Ansatz von Albert Ellis (vgl. Eschenröder, 2012, S. 159-160).

Auch wenn es Unterschiede zwischen EP, EMDR und systematischer Desensibilisierung gibt, vermute ich, dass die Wirkung

dieser Methoden auf ein gemeinsames Grundprinzip zurückgeführt werden kann:

„Der Problemzustand wird aktiviert (durch reale Konfrontation oder durch die Vorstellung der Problemsituation und der damit verbundenen Gedanken, Gefühle und körperlichen Reaktionen); gleichzeitig wird ein damit inkompatibler neutraler oder positiver Zustand hervorgerufen. Die Intensität der belastenden Gefühle wird durch die wiederholte Koppelung der unvereinbaren Zustände geschwächt.“ (Eschenröder, 2012, S. 179)

Die Verminderung negativer Emotionen durch das Klopfen von Akupunkturpunkten und/oder andere sensorische Stimulationen können im Sinne von Wolpe (1972) als *reziproke Hemmung* einer problematischen emotionalen Reaktion durch eine konkurrierende Reaktion betrachtet werden. Wenn Patienten das Klopfen als wirksame Selbsthilfemethode zur Verfügung steht, fühlen sie sich nicht mehr hilflos ihren Symptomen ausgeliefert und sind eher in der Lage, bisher vermiedene Situationen aufzusuchen und Probleme konstruktiv zu lösen (Eschenröder, 2012, S. 180).

Bohne (2010a, S. 16-31) nennt seinen Ansatz *Prozessorientierte Energetische Psychologie* oder auch *Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP)*. Er grenzt sich deutlich vom energetischen Paradigma ab und betont, dass es sich bei diesem Ansatz um eine Zusatztechnik handelt, deren Anwendung eine psychotherapeutische Ausbildung voraussetzt. Nach Bohne (2010a, S. 30) spricht vieles dafür, „dass es sich beim Klopfen und bei den Selbstakzeptanzaffirmationen um eine interessante und geschickte neuronale Stimulation der emotionsverarbeitenden Hirnareale bzw. eine Verstärkung emotionaler Erregungsmuster durch eine Stimulation körperlicher, emotionaler und gedanklicher Netzwerke handelt.“

Wenn man sich nicht am energetischen Paradigma, sondern an anderen theoretischen Konzepten orientiert, mag man durchaus fragen, ob die Bezeichnung „Energetische Psychotherapie“ noch angemessen ist. Bisher hat sich aber noch kein anderer Name als Oberbegriff für die

genannten Ansätze allgemein durchgesetzt.

## Schlussbemerkungen

Methoden der EP werden in den Bereichen der Psychotherapie, der Gesundheitsförderung und des Coaching angewendet (Bohne, 2010; Eschenröder & Wilhelm-Gößling, 2012). Sie können in die kognitive Verhaltenstherapie (Eschenröder, 2012; Born, 2012; Bockhold, 2012), in die Psychodynamische Psychotherapie (Wilhelm-Gößling & Vlamynck, 2012; Kallweit, 2012) und die Therapie von Kindern und Jugendlichen (Tappe, 2012) integriert werden. Viele Psychotherapeuten betrachten diese Methoden als eine wichtige Bereicherung ihrer therapeutischen Handlungsmöglichkeiten.

Aus verschiedenen Gründen wurde den Ansätzen der EP aber auch mit starkem Misstrauen begegnet. Die überhöhten Erfolgsversprechungen trotz anfangs nur schwacher empirischer Evidenz wurden kritisiert, ebenso die theoretischen Grundannahmen des energetischen Paradigmas.

Die bisher veröffentlichten empirischen Untersuchungen zur EP zeigen, dass EP-Methoden oft in relativ kurzer Zeit zu bedeutsamen Besserungen bei Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen führen; weiterhin können sie dabei helfen, Suchtdruck und Heißhungerattacken zu vermindern. Es gibt plausible Hypothesen zu den Wirkmechanismen der EP, die aber bisher noch nicht ausreichend überprüft wurden: Am wichtigsten ist sicherlich die Desensibilisierung belastender emotionaler Reaktionen durch Exposition kombiniert mit sensorischer (insbesondere taktiler) Stimulierung. Auch die Förderung der Selbstakzeptierung und das Ausarbeiten und Verankern positiver Gedanken, Vorstellungen und Handlungspläne können zur Wirksamkeit beitragen. Bedeutsam ist auch, dass Patienten erlernte Techniken im Alltag vor und manchmal auch in kritischen Situationen anwenden und so ihre Selbstwirksamkeit deutlich steigern können.

## Literatur

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



Dipl.-Psych. **Christof T. Eschenröder**, Psychologischer Psychotherapeut, arbeitet als

Verhaltenstherapeut in eigener Praxis in Bremen. Zu seinen Spezialgebieten gehört die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen und von Prüfungs- und Redeanst. Er leitet Fortbildungsseminare über Methoden der Energetischen Psychotherapie.

Dipl.-Psych. **Christof T. Eschenröder**

Treseburger Str. 15  
28205 Bremen  
[ceschenroeder@t-online.de](mailto:ceschenroeder@t-online.de)

# EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen

Oliver Schubbe

**Zusammenfassung:** Neue Traumatherapien wie traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) haben zahlreiche wissenschaftliche Studien angeregt. Beide gelten inzwischen als wirksam, um die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen zu behandeln. Dieser Beitrag stellt die Ansätze nicht gegeneinander, sondern spürt den gemeinsamen psychotherapeutischen Grundsätzen nach. Schon bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und in Hinblick auf andere Traumafolgestörungen ergibt die Wirksamkeitsforschung kein so deutliches Bild mehr. „Brainspotting“ und „Somatic Experiencing“ behaupten, in bestimmten Fällen den Einsatzbereich der Traumatherapie zu erweitern. Diese beiden Ansätze werden vorgestellt, um zu zeigen, in welchen Fällen sie möglicherweise das Spektrum psychotherapeutischer Handlungsmöglichkeiten erweitern könnten. Während es keinen Ansatz zu geben scheint, der sich gleichermaßen für alle Traumafolgestörungen, alle Therapiesituationen und alle Altersgruppen eignet, werden doch schulenübergreifende Grundsätze einer „Schonenden Traumatherapie“ erkennbar.

## Einleitung

Wenn die verschiedenen Schulen der Psychotherapie inhaltlich zusammenkommen sollten, dann am leichtesten auf dem Arbeitsfeld der Traumatherapie. Hier haben alle Psychotherapieschulen etwas beizutragen, denn „Trauma“ gilt seit Pierre Janet und Sigmund Freud als Grundbegriff der Psy-

chotherapie. Auf diesem Arbeitsfeld kommt die Psychologie der Physiologie so nahe wie die zwei Seiten einer Medaille. Die Stressphysiologie und posttraumatische Gedächtnisprozesse sind so gut erforscht, dass kein Therapiemodell mehr daran vorbeikommt. Die Gedächtnisforschung zeigt, dass traumatische Erfahrungen die Gedächtnisverarbeitung („Konsolidierung“)

überfordern und unverarbeitet gebliebene Inhalte nicht vollständig ins explizite Gedächtnis integriert werden. Wenn die Inhalte dann später implizit angetriggert werden, wird die physiologische Stresskaskade ausgelöst und Stress sowie dessen Vermeidung vereiteln die überfällige Endverarbeitung („Rekonsolidierung“). Die posttraumatische Symptomtrias von Intrusionen (Flashbacks, Alpträume), Übererregung und Vermeidung begünstigt die ganze Symptompalette von häufigen Angststörungen, dissoziativen und depressiven Störungen über Süchte und Schmerzstörungen bis hin zu funktionellen körperlichen Erkrankungen.

Zur Behandlung posttraumatischer Störungen haben die verschiedenen Psychotherapieschulen in den letzten Jahrzehnten unterschiedliche Modelle entwickelt, z. B. das Modell der Traumaverarbeitung des Psychoanalytikers Mardi Horowitz (1976), das lerntheoretische Modell der Furchtstruktur (Foa & Kozak, 1986), das kognitive Modell (Ehlers & Clark, 2000), das duale Repräsentationsmodell (Brewin, Andrew & Valentine, 2010)



und das sozio-interpersonelle Modell (Maercker & Horn, 2012). Folgerichtig vertreten die S3-Leitlinien der AWMF-Fachgesellschaften ebenso wie das im deutschen Sprachraum umfassendste „Curriculum Spezielle Psychotherapie“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT e. V. keine einzelne Psychotherapieschule, sondern ein breites Spektrum behandlungsrelevanter Modelle und Vorgehensweisen.

Der vorliegende Überblick ergänzt die allgemeinen Behandlungsprinzipien mit einer Liste spezifischer methodischer Elemente, die sich in bestimmten Behandlungssituationen klinisch bewährt haben. Um einen solchen Überblick mit Inhalt zu füllen, werde ich EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing beschreiben und zwischen allgemeinen Prinzipien und spezifischen Behandlungselementen unterscheiden.

1988 veröffentlichte Francine Shapiro ihre Dissertation zur „Wirksamkeit der multisaccadischen Desensibilisierungstechnik zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung“ (Shapiro, 1988). Nach ihrer Mitarbeit bei John Grinder wendete sie sich Joseph Wolpe und der KVT zu. Da die Behandlung der PTBS zu dieser Zeit eine sehr schlechte Prognose hatte, galten ihre Forschungsergebnisse in der Fachwelt als unrealistisch positiv. Erst ein Fallbericht von Wolpe über EMDR (Wolpe & Abrams, 1991) war schließlich der Startschuss für einen wissenschaftlichen Wettlauf zwischen EMDR und verhaltenstherapeutischer Traumatherapie. Das Ziel der Forschung war hoch gesteckt: Menschen mit PTBS zeiteffektiv und anhaltend von den Symptomen dieser Diagnose zu befreien.

Shapiro verfolgte die Strategie, die acht Phasen von EMDR unverändert zu lassen, um der Forschung einen stabilen Gegenstand zu bieten. Im Laufe von 25 Jahren wurde EMDR zu der am häufigsten untersuchten Methode der Traumatherapie. Traumafokussierte KVT und EMDR überrundeten schließlich die Wirksamkeit von Psychopharmaka. Beide werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen (WHO, 2013). In Deutschland wurde EMDR vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) speziell für die Behandlung der PTBS bei Erwachsenen anerkannt.

Welcher gemeinsame Faktor könnte für den Erfolg von traumafokussierter KVT und EMDR verantwortlich sein? Beide bringen traumatische Gedächtnisinhalte in systematischer Weise ins Bewusstsein. Diese „**Exposition**“ besteht aus „Aktivierung“ plus „Gegenwartsorientierung“. Erst das Gleichgewicht zwischen beiden ermöglicht eine Behandlung innerhalb tolerierbarer Grenzen, im „Toleranzfenster“, das im Verlauf der Behandlung immer größer wird.

### Exposition = „Aktivierung“ + Gegenwartsorientierung

Exposition im Toleranzfenster ist ein zentraler Wirkfaktor, aber die „Gegenwartsorientierung“ setzt voraus, dass die traumatisierende Situation in der Realität bereits überwunden ist: Krieg, Gewalt, Armut, Stigmatisierung, Tabuisierung, medizinische, psychotische und suizidale Krisen, Täterkontakt, Selbstschädigung, schwere Dissoziation, Süchte und Zwänge. Auch der Aspekt „Aktivierung“ setzt einiges voraus, vor allem die Fähigkeit, für überschwemmende Affekte Symbole und Worte zu finden und sich danach trösten und beruhigen zu können. Erst wenn all diese Voraussetzungen erfüllt sind, gilt der Satz von Jacob Levy Moreno: „Jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“ (Moreno, 1924, S. 75-78).

## Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR

EMDR ist eine prozessorientierte Methode in acht Phasen. Die Phasen drei bis sechs sind für EMDR spezifisch, die übrigen entsprechen allgemeinen Behandlungsstandards.

### EMDR ist eine Methode in acht Phasen nach Francine Shapiro

1. Anamnese und Behandlungsplanung
2. Stabilisierung und Vorbereitung
3. Einschätzung
4. Durcharbeiten
5. Verankerung
6. Körperertest
7. Abschluss
8. Nachbefragung

Die **Traumaaanamnese** sollte auf kurze und sachliche Art und Weise geschehen, um die Erinnerungen möglichst wenig zu aktivieren. In der Phase der **Stabilisierung und Vorbereitung** soll ein Arbeitsbündnis entstehen, das auf Vertrauen basiert und ein gutes Gleichgewicht zwischen professioneller Distanz und authentischer Nähe hält. Nach einer Erklärung von EMDR wird die Art der Stimulierung vereinbart: geführte Blickrichtungswechsel, Kopfhörmusik oder abwechselnde Handberührungen. Ein Stoppsignal soll die Intensität der Aktivierung im Toleranzbereich halten. Mit dem **Einschätzen** beginnt die EMDR-spezifische Aktivierungsphase: Ein Ausgangsthema wird gewählt und das belastende Material auf mehreren Ebenen aktiviert:

- a) Das Narrativ (Ausgangssituation: Was ist passiert?)
- b) Ein intrusives Bild (Was ist der schlimmste Sinneseindruck, der bei dieser Erinnerung auftaucht?)
- c) Die kognitive Ebene (Welcher belastende Gedanke über Sie selbst ist mit dieser Erinnerung verbunden?)
- d) Emotionen (Welche Gefühle sind damit verbunden?)
- e) Körperwahrnehmungen (Welche Körperempfindungen sind mit der Erinnerung verbunden, und wo sind diese zu spüren?)

Als Gegenpol zur negativen Selbstüberzeugung, z. B. „Jetzt ist es aus“, wird eine positive Gegenkognition gesucht, z. B. „Ich lebe“, und eingeschätzt, wie sehr die neu gewählte Überzeugung schon zutrifft (von 1= völlig falsch bis 7= völlig zutreffend). Dann wird die subjektive Belastung durch die Ausgangssituation erfragt (von 0= keine bis 10= maximale Belastung), um die Veränderung der Belastung im Laufe der Sitzung verfolgen zu können.

Das **Durcharbeiten** wird auch Prozessieren genannt: Während der Patient oder die Patientin die Aufmerksamkeit auf die Erinnerungen richtet, beginnt die erste Stimulierungsreihe mit Handbewegungen, bilateral stimulierenden Klangaufnahmen oder wechselseitigen Berührungen. Eine einzelne Serie dauert so lange, bis körperliche Anzeichen von Entspannung zu se-



hen sind. Stimulierung und Unterbrechung wechseln einander ab, bis die Belastung auf 0 oder 1 gesunken ist.

Falls der Verarbeitungsprozess blockiert oder sich die Assoziationen im Kreis drehen, wird das „therapeutische Einweben“ eingesetzt: Die Stimulierung kann variiert werden. Hinführende Fragen können helfen, nötige Ressourcen in den Assoziationsfluss einzubinden. Das „Einweben“ sollte sparsam eingesetzt werden: „Gutes Einweben bringt die nötigen Informationen gerade in Reichweite; nicht mehr, nicht weniger“ (Spierings, 2011).

Ist der Belastungsgrad ganz abgesunken und die positive Selbstüberzeugung stimmig geworden, folgt die **Verankerung**. Dazu werden die Ausgangserinnerung und die positive Kognition mit einer kurzen und langsamen Serie von Rechts-links-Stimulierungen verbunden. Etwaige Reste werden mit weiteren Stimulierungsreihen zu Ende verarbeitet. Um zu prüfen, ob die positive Veränderung auch die körperliche Ebene erreicht hat, wird der **Körpertest** durchgeführt. Der Patient oder die Patientin vergegenwärtigt sich erneut die Kombination aus Ausgangssituation und positiver Kognition und spürt seine oder ihre Körpersensationen, um mögliche Restspannungen zu lokalisieren. Für den **Abschluss** bietet sich die Durchführung von Entspannungs- und Distanzierungstechniken an, um den Patienten oder die Patientin vollständig in die Gegenwart zurückzuholen. In diesem abschließenden Teil der Sitzung sollte außerdem darauf hingewiesen werden, dass der Verarbeitungsprozess auch in den nächsten Tagen noch weitergehen kann; so treten keine Überraschungen auf, falls nach der Sitzung weitere belastende Bilder oder Assoziationen auftauchen.

Die letzte Phase, die **Nachbefragung**, erfolgt in der Folgesitzung. Dort wird dann über die zwischenzeitliche Entwicklung gesprochen und erneut der Belastungsgrad überprüft (Schubbe, 2006).

### Fallvignette zu EMDR

Gegen die Anwendung von EMDR sprachen bei der 25-jährigen Krankenschwester Frau K., dass ihr Verhalten

von deutlich unterscheidbaren Persönlichkeitszuständen bestimmt war und der sie früher missbrauchende Stiefvater noch manchmal Kontakt zu ihr aufnahm. Im Verlauf der vorangegangenen fünf Monate hatte sie große Fortschritte gemacht, sich selbst zu beruhigen, imaginativ einen sicheren Ort zu etablieren, für ihre inneren Kinder zu sorgen und sich gegen eben diesen Stiefvater abzugrenzen. Aber jede Nacht wurde sie von einem heftigen Albtraum aus dem Schlaf gerissen. Jede Nacht sah sie das Bild ihrer geliebten Großmutter, der jede Nacht andere grausame Dinge passierten. Grundsätzlich war EMDR zur Behandlung der posttraumatischen Ein- und Durchschlafstörungen indiziert. Für den Einsatz von EMDR sprach, dass Albträume eindeutig auf den Suizid der Großmutter und nicht auf den Missbrauch durch den Stiefvater bezogen waren, ich also davon ausgehen konnte, die beiden Themen getrennt behandeln zu können. Für die Bearbeitung sprach außerdem, dass der Traum selbst schon eine Symbolisierungsleistung darstellte, indem er immer neue grausame Szenen erfand, anstatt die Großmutter am Strick zu zeigen, wie die Patientin sie als Zweieinhalbjährige vorgefunden hatte.

Zu Beginn der EMDR-Sitzung brachte Frau K. alle inneren Kinder an den sicheren Ort, nur das träumende Mädchen durfte draußen bleiben, während sich die erwachsenen Persönlichkeitsanteile innen im Halbkreis hinter sie stellten und versprochen, nötigenfalls mit dem kleinen Finger „Stopp“ zu signalisieren. Der schlimmste Moment des letzten Albtraums war der, als das Gesicht der Großmutter von Ratten zerfressen wurde. Da ich das betroffene innere Kind zu jung für die Arbeit an Kognitionen fand, erfragte ich die Negative Kognition von einem unterstützenden Persönlichkeitsanteil: „Ich habe niemanden mehr.“ Die wünschenswerte positive Überzeugung „Ich bin geborgen“ fühlte sich überhaupt nicht zutreffend an (1 auf der Skala von 1 bis 7). Die Emotionen waren von Verzweiflung, Todesangst und Einsamkeit ge-

prägt, der Belastungsgrad lag bei 10. Auf Körperebene war Kälte zu spüren. Ich leitete ihren Blick mit meiner Hand abwechselnd nach rechts und links und achtete sehr sorgfältig darauf, ob Frau K. im Verarbeitungsprozess gut assoziiert blieb. Dabei half es mir, auf meine eigene emotionale Resonanz zu achten. Nach der ersten Stimulierungsreihe stand dem inneren Kind die ganze winterliche Szene vor Augen. In der zweiten Sequenz zitterte der Körper der Patientin zunehmend, das Gesicht wurde sichtbar besser durchblutet, und die Erinnerung an die lebendige Großmutter kehrte in die Erinnerung des inneren Kindes zurück: die Großmutter, die sie auf ihren Schoß nahm, sie in ihre weichen Arme schloss und sie mit warmer Stimme in ihren heißgeliebten Körpergeruch hüllte. Nach acht Stimulierungssequenzen war die Belastung gänzlich verschwunden, sodass ich mich entschied, zur Überprüfung noch einmal den Albtraum anzusprechen. Da tauchte in der Vorstellung des inneren Mädchens ein helles Licht auf, das dem Mädchen mit einer vertrauten warmen Stimme versprach, es immer und überallhin zu begleiten. „Ich bin geborgen“ war dazu genau der passende Satz, den ich mit einer weiteren Serie bilateraler Stimulierung zu verankern half. Selbst beim Gedanken an den letzten Albtraum berichtete die Patientin am Ende der Sitzung von einem entspannten Wärmegefühl.

Aufgrund der starken dissoziativen Störung überprüfte ich den Zustand der Patientin recht zeitnah. Die Besserung war nicht nur stabil geblieben, sondern eine ganze Flut positiver Gefühle war nach der EMDR-Sitzung aufgetaucht. Sie spürte, dass sie auf ihren Stiefvater voll und ganz verzichten konnte, und erwirkte gegen ihn eine richterliche Anordnung.

Während sich die Forschung über EMDR meistens auf das 8-Phasen-Gesamtpaket konzentrierte, wird neuerdings auch die Wirkung einzelner Komponenten erforscht. „Sind Augenbewegungen wirklich erforderlich?“, fragten Sack, Zehl, Otti, Lahmann & Stingl (2014). Die groß angelegte Studie

zeigte, dass ein äußerer Blickfokus während der Traumaverarbeitung die Wirksamkeit gegenüber nur nach innen gerichteter Aufmerksamkeit steigert. Die bilaterale Stimulierung kann wohl beruhigend wirken, ist aber nicht wirksamer als ein ruhender äußerer Blickfokus. Sollten andere Forschungen dies bestätigen, wäre es vielleicht bei bestimmten Patientengruppen möglich, die bilaterale Stimulierung wegzulassen, zum Beispiel wenn keine Tendenz zur Übererregung besteht.

## Brainspotting

Im Frühjahr 2003 experimentierte der New Yorker Psychoanalytiker David Grand (Ph. D. der Society for Psychoanalytic Study and Research) mit der Anwendung von EMDR. Beim Anleiten der Augenbewegungen bemerkte er, dass die Augen nicht immer kontinuierlich folgten, sondern manchmal reflexartig reagierten. Neugierig geworden stellte er fest, dass bestimmte Blickrichtungen die Aktivierung von Erinnerungen besser unterstützten als andere, die eher zur Beruhigung führten. Über die Anleitung der Blickrichtung war es also möglich, traumatische Erinnerungen zu aktivieren, Flashbacks zu begrenzen und den Erregungsgrad zu dosieren. Inzwischen zeigt die erste Wirksamkeitsstudie, dass die Behandlung von PTBS durch Brainspotting um eine effektive Methode erweitert werden könnte (Hildebrand, Grand & Stemmler, im Druck).

Wenn heute schon Digitalfotos außer dem Bild auch Datum, Uhrzeit und Ortsinformationen enthalten, kann man sich leicht vorstellen, dass auch menschliche Erinnerungen nicht nur aus den erinnerbaren Szenen bestehen, sondern auch unmittelbar mit Informationen über Körperreaktionen, Körperhaltung, Raumposition und Blickrichtung etc. verbunden sind. Wie die in den Digitalfotos versteckten Daten helfen, die Fotos nach Zeit und Ort zu sortieren, können auch implizite Gedächtnisebenen wie Körperhaltung und Blickrichtung eingesetzt werden, um bestimmte Gedächtnisinhalte aufzurufen, zu fokussieren oder zu defokussieren. Damit ist es möglich, den Grad der Aktivierung stufenlos zu steuern und so einen für die Gedächtnis-

Tabelle 1: Ablauf der Aktivierungssequenz – Vergleich EMDR versus Brainspotting

Aktivierungssequenz mit EMDR	Aktivierungssequenz mit Brainspotting
Narrativ (Ausgangsthema)	Narrativ (optional)
Schlimmster Sinneseindruck	
Negative Kognition (NK)	
Positive Kognition (PK)	
Validität der positiven Kognition (VoC)	
Emotion	
Belastungsgrad (SUD)	Belastungsgrad (SUD)
Körpersensation	Körpersensation
	Blickrichtung oder Körperhaltung lokalisieren

verarbeitung optimalen Aktivierungsgrad herzustellen. Außerdem können Blickrichtung und Körperhaltung eingesetzt werden, um amnestische und dennoch Symptome verursachende Erinnerungsinhalte zu aktivieren und zu verarbeiten, ohne zuerst die Amnesie auflösen zu müssen.

Wie EMDR wird auch Brainspotting im Rahmen eines vollständigen Behandlungsplans eingesetzt, beginnt also mit der Anamnese und Behandlungsplanung. Die Stabilisierungsarbeit geht fließend in die Exposition über, denn die Blickrichtung oder Körperhaltung wird sowohl zur Stabilisierung als auch zur Aktivierung unverarbeiteter Erinnerungen eingesetzt.

Die Aktivierung beginnt bei Brainspotting wie im EMDR-Protokoll mit einem kurzen Gespräch über die belastende Ausgangssituation. Die damit verbundene Belastung wird auf der SUD-Skala (SUD = *Subjective Units of Disturbance*; Wolpe, 1972). eingeschätzt, die Körpersensationen werden erfragt. Nun geht es auf die implizite Ebene, die nicht mehr direkt erfragt werden kann. Zum Glück gibt es eine Alternative dazu, systematisch Trigger zu setzen: Indem zum Beispiel der Blick in Zeitlupe horizontal von einer Seite zur anderen geführt wird, werden die unwillkürlich-nonverbalen Reaktionen systematisch gescannt. Wie auf der Senderskala eines Radioempfängers lassen sich so beim langsamen Justieren der Blickrichtung unterschiedliche Reaktionen auslösende Positionen ermitteln. Die Reaktionen können entweder als nonverbale Signale von außen beobachtet

oder als Körperempfindungen direkt erlebt und geschildert werden.

Unter einem „Brainspot“ versteht Grand einen über Blickrichtung oder Körperhaltung indirekt aktivierten Zustand des Gehirns, ein bestimmtes Erregungsmuster. Auf der psychologischen Ebene ist damit der mit der Blickrichtung oder Körperhaltung assoziierte innere Zustand gemeint. Beim Scannen der Blickrichtung ist es wichtig, auf alle Reaktionen wie Blinzeln, doppeltes Blinzeln, Pupillenweite, Husten, Zuckungen oder Veränderungen im Gesichtsausdruck zu achten. Dieses Vorgehen wird als „**Outside-Window-Brainspotting**“ bezeichnet, insofern die Reaktionen hier als nonverbale Signale von außen vom Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin beobachtet werden. Wenn der Patient oder die Patientin anhand der eigenen Empfindungen den Punkt höchster und geringster Aktivierung lokalisiert, heißt dies „**Inside-Window-Brainspotting**“. Da der Blick im Brainspotting zum Fokussieren genutzt wird und der Verarbeitungsprozess auch ohne bilaterale Stimulierung abläuft, setzt Grand bilaterale Musik als zusätzliche Möglichkeit dann ein, wenn der Grad der physiologischen Erregung reduziert werden soll.

Zu Beginn einer Brainspotting-Sitzung werden die Fragen nach dem schlimmsten Erinnerungsbild, nach Kognitionen und Emotionen im Vergleich zu EMDR quasi übersprungen (Tabelle 1 gibt einen vergleichenden Überblick), was innerhalb der Sitzung zu einem früheren Einstieg in den Prozess der Gedächtnisverarbeitung führt. Während EMDR eine Doppelstunde in An-

spruch nimmt, kann Brainspotting meistens bequem im Verlauf von 50 Therapie-minuten zu Ende geführt werden.

Der Verarbeitungsprozess fokussiert anfangs auf die Gedächtnisebene der Körpersensationen, während ein anderer Teil der Aufmerksamkeit auf einen äußeren Punkt gelenkt wird. Nun beobachtet der Patient oder die Patientin in einer akzeptierenden Haltung alle assoziativ auftauchenden Inhalte. Der Prozess ist beendet, wenn keine Missempfindungen oder Belastungen mehr zu spüren sind.

Grand verwendet den Begriff der „**Dualen Affektregulation**“, um die Zweigleisigkeit der Affektregulation zu beschreiben: einerseits die Beziehungsebene und parallel dazu die Affektmodulation über die Blickrichtung oder Körperhaltung (Grand, 2014).

Zu Brainspotting gehört eine konsequent patientenzentrierte Arbeitsweise: Der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin setzt nur den haltenden therapeutischen Rahmen und begleitet den Behandlungsprozess, die Inhalte kommen alle vom Patienten oder von der Patientin. In vielen Punkten steht Brainspotting in der Tradition von Somatic Experiencing: Es wird angenommen, dass alles im Gehirn Gespeicherte über den Körper zugänglich ist und umgekehrt jede Erfahrung auch auf Körperebene repräsentiert ist. Da die Körperwahrnehmung insofern für die Selbstregulation zentral ist, wird bei Brainspotting direkt nach der Aktivierung auf Körperebene gefragt, ohne Kognitionen oder Emotionen zu thematisieren. Umgekehrt als in kognitiven Modellen wird angenommen, dass in einem veränderten physiologischen Zustand auch neue Gedanken und Überzeugungen auftauchen und die posttraumatischen Symptome auf kognitiver und Verhaltensebene in einem neu auf Sicherheit geeichten Nervensystem nicht mehr neu angetriggert werden.

### Arbeiten mit Körperressourcen

Entlehnt aus dem Somatic Experiencing wird während des Brainspotting-Prozesses nicht nur die Körperstelle mit der höchsten Aktivierung fokussiert, sondern bei Bedarf auch die mit dem höchsten Sicherheitsge-

fühl verbundene Stelle. Dieser Ort im Körper, von dem die größte Beruhigung ausgeht, wird als **Körperressource** bezeichnet. Wird mit der Körperressource gearbeitet, scheint ein sanfterer Verarbeitungsprozess einzusetzen, der für schwertraumatisierte, dissoziative oder instabile Patienten und Patientinnen eine große Erleichterung der Exposition darstellen kann.

### Fallvignette zu Brainspotting

*Frau S. hatte sich im Alter von 18 Jahren aus einer kurzen, aber intensiven Beziehung mit einem alkoholsüchtigen Mann getrennt. Sie fühlte sich tief verlassen, war aber auch stolz darauf, trotz ihrer großen Angst vor dem Alleinsein, die Trennung vollzogen zu haben. Anfangs hatte sie ihrem Mann gegenüber den wütenden Impuls, ihn umzubringen. Dann hatte sie stattdessen eine Überdosis Schlafmittel genommen. Eine Nachbarin habe ihr in letzter Minute das Leben gerettet. Mir vermittelte sie, ich sei der einzige Mensch, der sie verstehen und behandeln könne – falls sie dies als Waise überhaupt wert sei. Bei genauerer Anamnese nannte sie alle Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Um einen ausreichend klaren therapeutischen Rahmen zu schaffen, vereinbarte ich mit ihr die Modalitäten der Behandlung schriftlich. In den ersten Sitzungen konnte sie sich keinen sicheren Ort vorstellen. Am Ende der Sitzungen probierten wir verschiedene Erdungsübungen, und schließlich fand sie eine Körperressource: ihre Füße. Da innerhalb der therapeutischen Beziehung anfangs häufig Störungen auftraten und die Verlassensangst der Patientin auch außerhalb der Psychotherapie oft getriggert wurde, wollte ich zuerst die Bindungsressourcen der Patientin stärken.*

*Brainspotting kann nicht nur mit belastenden Ausgangsthemen, sondern auch ressourcenorientiert eingesetzt werden. So nutzte ich Brainspotting zuerst, um die spärlichen Bindungsressourcen zu aktivieren. Während einer Odyssee von Pflegefamilie zu Pflegefamilie hatte sie als Kind punktuell auch immer wie-*

*der recht positive Beziehungserfahrungen gemacht. Ich bat die Patientin, sich an alles zu erinnern, was im Laufe ihres Lebens zu ihrer heutigen Idee von sicherer Bindung beigetragen habe, auf ihre Körperempfindung zu achten und eine diesen Zustand verstärkende Blickrichtung auszuwählen. An ihrer deutlich entspannteren Mimik konnte ich sehen, dass es ihr gelang, mit positiven Vorstellungen in Kontakt zu kommen. Dann lud ich sie ein, die damit verbundenen Körperempfindungen zu spüren, die sie als warm und fließend beschrieb. Doch dabei stieg in ihr eine tiefe Traurigkeit über die vielen Verluste auf, die sie während ihrer Kindergarten- und Vorschulzeit erlitten hatte. Beim Blick auf den „Bindungs-Spot“<sup>1</sup> gelang es ihr, ihren inneren Zustand zu beobachten, anstatt überflutet zu werden. Sie beschrieb die Empfindung einer unendlichen inneren Leere, sah dann das kleine Mädchen von damals und begann, dieses innere Kind zu trösten. Während die Patientin mit den Augen den positiven „Bindungs-Spot“ fokussierte und der Verarbeitungsprozess gut im Fluss blieb, erlebte sie unerwartliches Begehren, nie genug Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen zu können. Ich achtete darauf, sie mit dem Blick und damit verbunden mit einem inneren Beobachteranteil in einem positiven Zustand zu halten. Gelegentlich ließ ich ein paar bestätigende oder beruhigende Worte von mir hören und erinnerte sie an ihre guten Erfahrungen. Ich ließ ihr viel Zeit, dieses angenehme Erleben zuzulassen, ganz viel davon zu bekommen, bis sie nach 15 Minuten schließlich von sich aus unterbrach: „Ich weiß jetzt endlich wieder ganz genau, wonach ich die ganzen Jahre gesucht habe, wofür ich mein Leben lang so kämpfte: das Gefühl von menschlicher Wärme und einfach da zu sein.“*

*In der nächsten Sitzung berichtete Frau S., dass sie zwischen den Sitzungen oft schöne Erinnerungen an ihre früheren Pflegefamilien gehabt habe. Sie freute*

1 Methodisch geht die Arbeit mit dem „Attachment-Spot“ auf Lisa Schwarz zurück.



*sich darüber, sich neuerdings zu Hause bewusst angenehme Momente einrichten zu können, was bis dahin überhaupt nicht ihre Art gewesen war. Zu den folgenden Sitzungen brachte sie selbst gemalte Bilder früher Erinnerungen und Märchen, die sie für ihr inneres Kind geschrieben hatte.*

## Somatic Experiencing

Somatic Experiencing (SE) wurde in den 1970er-Jahren von dem Biophysiker und Psychologen Peter Levine entwickelt. Der körperorientierte Ansatz steht in der Tradition der Biosynthese nach David Boadella. Der Dynamik des vegetativen Nervensystems und den posttraumatischen Abreaktionen wird besondere Beachtung geschenkt (Levine, 1997). Wie im Focusing dient die akzeptierende Beobachtung der Körperempfindung und des „Felt Sense“ als Medium der Veränderung.

„Ein ‚Felt Sense‘ ist keine geistige, sondern eine physische Erfahrung, ein körperliches Wahrnehmen einer Situation, einer Person oder eines Ereignisses,“ schreibt Eugene Gendlin (1981), der diesen Begriff geprägt hat. Zentrale methodische Elemente von SE sind Ressourcenbildung, Erdung, Zentrierung, Dosierung und das Nachspüren (Tracking von Körperempfindungen, Gefühlen, Gedanken, Bildern und Bewegungen).

Zuerst werden Ressourcen entwickelt, die in der traumatischen Situation fehlten. Erst danach beginnt die achtsam dosierte Traumaverarbeitung durch Pendeln zwischen den positiven und den traumatischen Erinnerungen. Akzeptierendes Beobachten der Körperempfindungen setzt die autonome Selbstregulation in Gang, die Körperwahrnehmung verändert sich, es kommt zu körperlichen Abreaktionen wie Abzittern, zur Änderung des Muskeltonus und der Durchblutung (Wärmegefühl, Prickeln). Levine geht davon aus, dass neue physiologische Zustände neue Gefühlen, Gedanken und schließlich Handlungen nach sich ziehen.

Neue Methoden wie Brainspotting oder die Schonende Traumatherapie nach Mar-

**Tabelle 2: Berücksichtigung verschiedener Ebenen in der Traumatherapie**

Ebene	VT/KVT	EMDR	Brainspotting	SE	Systemische Therapie
Narrativ	ja	ja	ja	ja	ja
Kognition	ja	ja	teils	ja	ja
Sehen/Imagination	ja	ja	ja	ja	ja
Hören	ja	ja	teils	ja	ja
Riechen	teils	teils	teils	teils	
Schmecken	teils	teils	teils	teils	
Tastwahrnehmung	ja	ja	teils	ja	
Emotion	ja	ja	ja	ja	
Körpersensation	teils	ja	ja	ja	
Bilaterale Reize		ja	ja		
Körperhaltung			ja	ja	ja
Raumposition			ja	ja	ja
Blickrichtung			ja		
Neurozeption			ja		
Bindungsmuster	teils	teils	ja	ja	ja
Handlungsimpuls	teils	teils	ja	ja	ja
Interaktionsmuster					ja
Rolle im System					ja
Entwicklungsstufe	teils	teils	teils	teils	ja
Innerer Konflikt			ja	teils	ja
Transgenerationales		teils	ja		ja
Gesellschaft					Ja

tin Sack (Sack, 2010) haben den Grundsatz der Dosierung (Titration) von Levine aufgegriffen und damit die Dichotomie von Stabilisierung vs. Exposition aufgelöst. Obwohl die klinische Erfahrung immer wieder die Wirksamkeit von SE belegt hat, ist die Anerkennung von SE in Deutschland dadurch beeinträchtigt, dass die Ausbildung nicht auf akademische Psychotherapeuten begrenzt ist und sehr wenig zu SE geforscht worden ist. Die Kontroverse um die Wissenschaftlichkeit von SE wird auch daran deutlich, dass manche Psychotherapeutenkammern für SE-Ausbildungen Fort- und Weiterbildungspunkte vergeben (Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein), andere nicht (Bayern), obwohl die Grundsätze von SE inzwischen auf breiter Linie Eingang in die Traumatherapie gefunden haben.

### Fallvignette Somatic Experiencing

*Statistisch gesehen überfährt jeder Berliner U-Bahn-Fahrer einmal während seines Berufslebens einen Menschen. Für Herrn Z. hatte das Berufsleben gerade erst begonnen, aber trotzdem erlebte er immer wieder die Aufprallszene, jeden Tag mehrfach, aber auch nachts, dann wachte er schweißgebadet auf. Wenn er einem U-Bahn-Eingang nahe kam, überfielen ihn Angstgefühle und Schwindel. Seine Vorgeschichte war unauffällig. In der Therapie fiel es ihm schwer, in seinem Körper eine ruhige Stelle zu lokalisieren, aber nach zwölf Sitzungen gelang ihm dies zuverlässig. Zu Hause beruhigte ihn die Gegenwart seiner Frau, über die er mit Liebe und Begeisterung*



sprach. Außerhalb beruhigte ihn sein neuer Geländewagen: „Damit wäre mir das nicht passiert, mit dem hätte ich locker ausweichen können.“ Während die posttraumatische Symptomatik von einem extrem starken Ungleichgewicht zwischen Vermeidung und Überflutung geprägt ist, pendelte das therapeutische Gespräch um einen Gleichgewichtszustand. Die Phase der Durcharbeitung brachte Herrn Z. in Kontakt mit belastenden Sequenzen, dann aber auch wieder weg davon in Kontakt mit seinem Körper. Als er vor seinem inneren Auge sah, wie das Blut auf die Frontscheibe spritzte, begann er am ganzen Körper zu zittern. Jetzt ging es darum, diese körperliche Abreaktion zu normalisieren, dann aber die Aufmerksamkeit des Patienten auch gleich wieder auf positive Inhalte zu lenken, z. B. auf die ruhigste Körperstelle, die sogenannte Körperressource. Im Verlauf der Sitzung fiel es Herrn Z. zunehmend leichter, zu den belastenden Erinnerungsresten zurückzukehren und die noch im Körper steckende Erstarrung zu spüren. Am Ende der Sitzung kam aus ihm ganz spontan der Satz hervor: „Jetzt ist es wirklich vorbei.“ Sieben Sitzungen und zwei Monate später saß Herr Z. zum ersten Mal wieder im Führerstand, eine Woche lang fuhr er immer zu zweit. Schließlich kehrte er wieder voll an seine alte Arbeitsstelle zurück, eine erhöhte Wachsamkeit aber blieb bei ihm bestehen.

### Die Dosierung

Ein Ungleichgewicht zwischen Intrusionen und Vermeidungstendenzen ist ein zentrales Merkmal posttraumatischer Störungen. Dieses Gleichgewicht kann auf jeder Ebene der inneren Wahrnehmung gestört sein. Auf jeder Ebene der inneren Wahrnehmung stellt sich die Frage, wie das Gleichgewicht zwischen Aktivierung und korrigierender Gegenwartserfahrung ermöglicht werden kann. Aufgrund der Vielzahl der Ebenen wähle ich zur übersichtlichen Darstellung eine Tabellenform (siehe Tabelle 2, S. 161). Im Überblick wird schnell deutlich, dass die verschiedenen Ansätze

teils dieselben, teils aber auch unterschiedliche Ebenen berücksichtigen. Die systemischen Ansätze habe ich hinzugenommen, da dort Gedächtnisebenen angesprochen werden, die bei den anderen Ansätzen oft zu kurz kommen.

Da sich das menschliche Gedächtnis mindestens auf die genannten Ebenen bezieht – sicher habe ich noch einige ausgelassen –, muss bei der Endverarbeitung traumatischer Erinnerungen jede im Einzelfall vorhandene Wahrnehmungsebene berücksichtigt werden. Besondere Aufmerksamkeit erfordern amnestische, dissoziierte, implizite oder aus irgendwelchen Gründen unbewusste Gedächtnisinhalte, die dennoch Symptome verursachen. Sie dürfen einerseits nicht übersehen werden, die Auflösung einer dissoziativen Barriere geht aber andererseits häufig mit einer kurzfristigen Erhöhung des Belastungserlebens einher. In solchen Fällen kommt es ganz besonders auf eine präzise Dosierung der Aktivierung an, denn zu wenig erhält die Dissoziation aufrecht, zu viel führt jedoch zu unnötigen Verschlimmerungen.

Eine wichtige Rolle spielt die Bindungsebene. Die Bindungserfahrung ist der wichtigste Resilienzfaktor, deshalb reagieren im Erwachsenenalter vor allem diejenigen Menschen auf traumatische Ereignisse mit Symptomen, die keine sichere Bindung erfahren haben oder schon früh traumatisiert wurden. Wenn die Entwicklungs-, Bindungs-, Beziehungs- oder systemische Ebene betroffen ist, sollte dies in der Behandlung Vorrang vor anderen Inhalten haben. Wird dieser Vorrang nicht eingeräumt, kommt es nicht nur zu Blockaden im Verarbeitungsprozess, sondern meistens auch zu Störungen der therapeutischen Beziehung. Die therapeutische Beziehung ist wiederum eine wichtige Voraussetzung dafür, die Affekttoleranz und damit das Toleranzfenster zu erweitern.

Gendlin (1962) schrieb seine Dissertation über Wirkfaktoren der Psychotherapie. Weder unterschiedliche Methoden noch die therapeutische Beziehung machten für das Ergebnis einen so großen Unterschied wie die Frage, ob die Patienten die Veränderungen auch auf Körperebene erlebten oder nicht. Nach Jahrzehnten der For-

schung kam auch Bessel van der Kolk (1994) zu dem Schluss, die Körperebene als Schlüsselebene der Traumaverarbeitung zu bezeichnen.

#### **Absolute Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren:**

- akutes psychotisches Erleben
- akute Suizidalität
- Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko

#### **Relative Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren:**

- mangelnde Affekttoleranz
- anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis
- hohe akute psychosoziale und körperliche Belastung

Quelle: S3-Leitlinie PTBS (Flatten et al., 2011)

Die vorgestellten traumaspezifischen Methoden sind zur Behandlung einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen geeignet, wenn sie in eine Verhaltenstherapie, eine psychodynamische Therapie oder ein Verfahren der Humanistischen Psychotherapie (Personzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Existenanalyse, Integrative Therapie) integriert werden. Da viele Formen von Dissoziation, Depression, Angststörungen, Süchten, Schmerzsyndromen und psychosomatischen Stressfolgeerkrankungen ihre Wurzel in einer posttraumatischen Störung haben können, sind die traumaorientierten Ansätze auch zur Behandlung solcher Traumafolgen geeignet. Dann ist allerdings eine Traumaanamnese und ätiologische Fallkonzeption nötig, um den Zusammenhang zwischen den verursachenden Bedingungen und solchen sekundären Traumafolgen zu erkennen. Wenn eine Sucht vorliegt, muss das Konzept zur Suchtbehandlung Vorrang vor der Traumabehandlung erhalten. Bei struktureller Dissozia-

tion und frühen Persönlichkeitsstörungen ist ein besonders klarer und sicherer therapeutischer Rahmen erforderlich. Bei Augenproblemen oder optosensitiver Epilepsie sollte anstelle optischer Stimulierung eine akustische oder taktile Stimulierung angewendet werden. Grundsätzlich ist vor jeder Psychotherapie eine medizinische Abklärung erforderlich, und selbstverständlich ist individuelle Psychotherapie nicht zur Lösung von Problemen geeignet, die durch andere Menschen, die Lebensumstände oder die gesellschaftlichen Verhältnisse aufrechterhalten werden.

### Rahmenbedingungen eines schonenden Behandlungskonzepts von Traumafolgestörungen (nach Sack, 2010)

- Klar definierter, haltgebender therapeutischer Rahmen
- Klar definierte, erreichbare Ziele
- Patient als „Behandlungspartner“
- Information des Patienten über
  - diagnostische Ergebnisse
  - Behandlungsmöglichkeiten und -methoden
  - Behandlungsplanung
- Wiederholte problemorientierte bzw. situationsgebundene Psychoedukation
- Einbeziehen vorhandener und Aktivierung neuer Ressourcen
  - für den Alltag, mit dem Ziel der Ich-Stabilisierung
  - zur Lösung von (traumabedingten/traumaassoziierten) Alltagsproblemen
  - innerhalb der konfrontativen Behandlung der traumatischen Erinnerung
- Individuell angepasste Wahl und Kombination der traumatherapeutischen Methoden

### Fazit

Die wirksamsten Methoden der Traumatherapie basieren auf der Wiederbegegnung mit der traumatischen Erinnerung im Gleichgewicht zwischen „Aktivierung“ und „Gegenwartsorientierung“. Unterschiedliche Methoden fokussieren auf verschiedene Ebenen der Wahrnehmung, für die Rückadaptation der Stressphysiologie spielen jedoch die Körperebene und das Verständnis der Ursachen eine Schlüsselrolle. Die therapeutische Beziehung, die transgenerationale Weitergabe, aber auch der institutionelle und der gesellschaftliche Umgang mit den Betroffenen, erweitern oder begrenzen die Möglichkeiten zur Verarbeitung. Früh und bindungstraumatisierte Patienten brauchen vor und während der Traumaverarbeitung Hilfe bei der Symbolisierung und Mentalisierung überflutender traumatischer Affekte. Keine einzelne der genannten Methoden kann allen Menschen und Behandlungssituationen gerecht werden oder gar eine absolute Überlegenheit beanspruchen. Umgekehrt ist es sinnvoll, mehrere Ansätze zu kennen und patientenorientiert selbst widersprüchlich erscheinende Grundsätze und um Effektivität konkurrierende Komponenten zu einem umfassenden Behandlungsplan zu verbinden.

### Literatur

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



**Oliver Schubbe** ist Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, Leiter des Instituts für Traumatherapie in Berlin und Vorstand der Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung. Er erlernte Familientherapie bei Virginia Satir, EMDR bei Francine Shapiro und Brainspotting bei David Grand.

#### Oliver Schubbe

Institut für Traumatherapie  
Carnarstraße 10  
10623 Berlin  
[schubbe@traumatherapie.de](mailto:schubbe@traumatherapie.de)

# Rezidivierende Depressionen – Lassen sich Rückfälle verhindern und psychische Gesundheit erhalten?

## Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektive

Ulrich Stangier, Anne-Katrin Risch, Thomas Heidenreich & Martin Hautzinger

**Zusammenfassung:** In der psychotherapeutischen Versorgung werden rezidivierende Depressionen als häufigste Verlaufsform oftmals vernachlässigt. Der Verbesserung der Rückfallprophylaxe kommt deshalb ein hoher Stellenwert zu. Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie sowie ressourcenaktivierende Interventionen stellen vielversprechende Therapieansätze dar, um Rückfällen vorzubeugen. Vorgestellt wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz, der diese Methoden für die Einzeltherapie in der psychotherapeutischen Praxis integriert. In einer randomisierten, kontrollierten Studie zeigte sich bei Patientinnen und Patienten<sup>1</sup> mit fünf und mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte eine Überlegenheit des Ansatzes gegenüber systematischer Psychoedukation. Die Studie legt nahe, dass Patienten mit hohem Risiko zu depressiven Rückfällen durch gezielte Maßnahmen der Rückfallprävention profitieren können.

## Einleitung

### Fallbeispiel Frau H.:

Frau M., 34-jährig, verheiratet, zwei Kinder, beschreibt, dass sie seit dem 20. Lebensjahr an wiederkehrenden Depressionen leide (insgesamt sind sieben depressive Episoden explorierbar). Sie kommt aus einem kleinen Dorf und ist die Erste in einer bäuerlich geprägten Familie, die ein Studium aufgenommen hat. Ihre Kindheit war durch harte Mitarbeit auf dem Hof und wenig Anerkennung und Zuwendung vonseiten der Eltern geprägt. Für ihren Wunsch, zu studieren, sei sie von den Eltern nur ausgelacht worden. Ihre erste depressive Episode trat kurz nach Beginn ihres Studiums auf und war durch starkes Grübeln, Selbstzweifel und Versagensängste gekennzeichnet. Frau M. ist berufstätig und für die Kindererziehung sowie den Haushalt zuständig. Ihr Ehemann geht in seinem

Beruf als Wissenschaftler auf und ist wenig zu Hause. Frau M. ist häufig erschöpft und macht sich Vorwürfe, dass sie nicht leistungsfähiger sei. Ihren Ehemann um mehr Unterstützung zu bitten, fällt ihr schwer. Kontakt zu Freunden oder Bekannten hat sie kaum, da ihr die Zeit fehlt und sie sich gegenüber diesen auch schnell minderwertig fühlt. Sie fühlt sich oft einsam und wünscht sich mehr Kontakte. Nachts liegt sie häufig wach und grübelt darüber, dass es so nicht mehr weitergehen kann. Da ihre Depression bisher ausschließlich medikamentös behandelt wurde, hat sie sich nun zu einer ambulanten Psychotherapie entschlossen.

Ein Großteil der Patienten in der psychotherapeutischen Praxis leidet unter einer depressiven Störung. Auf der Grundlage der Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen

Versorgung erfüllen 10,2% der Patienten von niedergelassenen Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten die Kriterien einer depressiven Störung (Erhart & von Stillfried, 2012). Angesichts des stark episodischen Verlaufs wird vielfach vernachlässigt, dass bei depressiven Störungen ein rezidivierender oder chronischer Verlauf eher die Regel als die Ausnahme ist.

So erleiden unbehandelt 30-50% der Betroffenen innerhalb von zwei Jahren einen Rückfall, innerhalb von fünf Jahren sind es bereits 60% und nach 15 Jahren 85% der Patienten (Keller & Boland, 1998). Das Rückfallrisiko steigt mit jeder depressiven Episode in der Vorgeschichte an. Nach der ersten depressiven Episode erleiden ungefähr 50% der Patienten einen erneuten Rückfall, nach zwei oder drei Episoden sind es 70-80% der Patienten (Judd, Paulus & Shettler, 2000; Teasdale et al., 2000). Ein rezidivierender Verlauf (siehe Abbildung 1) ist somit der Normalfall.

Aber auch nach medikamentöser Erhaltungstherapie oder kognitiv-verhaltenstherapeutischer Akutbehandlung sind die Rückfallraten hoch und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Hollon et al., 2005; Dobson et al., 2008). Metaanalysen weisen auf mittlere Rückfallraten nach KVT von 29% nach einem und 54% nach zwei Jahren hin (Vittengl, Clark, Dunn & Jarrett, 2007).

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

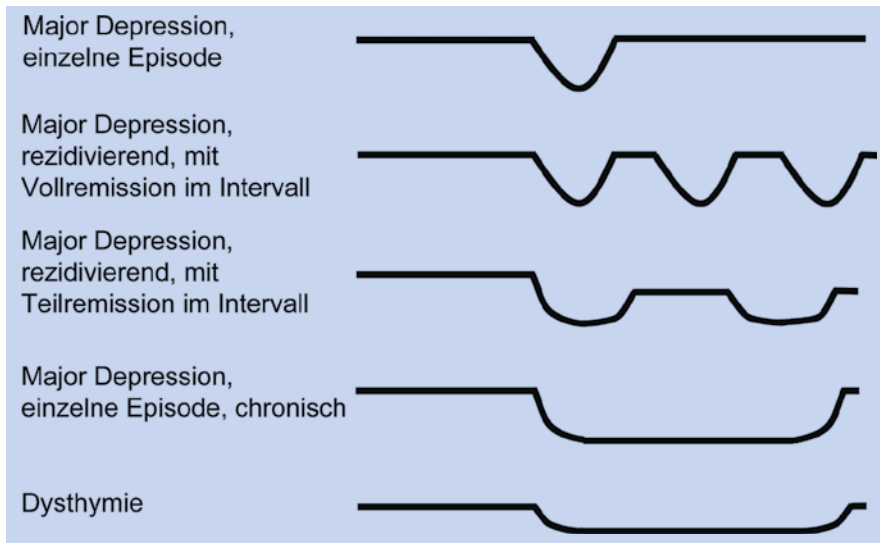


Abbildung 1: Unterschiedliche Verlaufsformen der unipolaren Depression

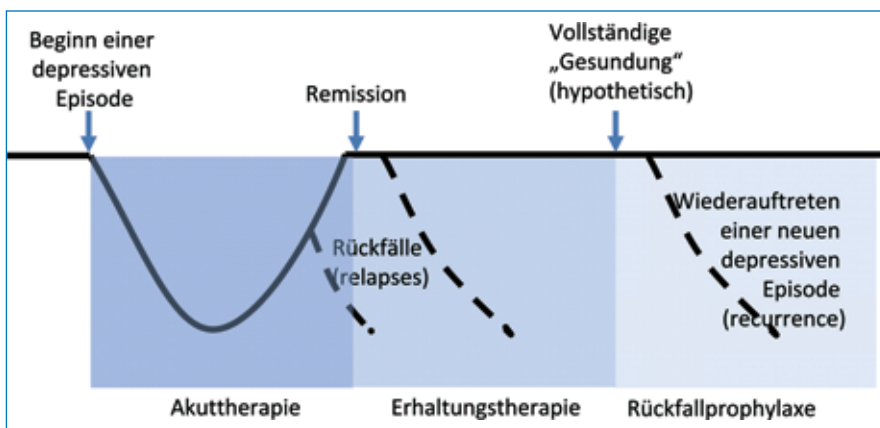


Abbildung 2: Ansatzpunkt der Rückfallprophylaxe

Die kürzlich veröffentlichte Studie zur Versorgung von Patienten mit Depression in Deutschland (sogenannte Bertelsmann-Studie; Melchior, Schulz & Härter, 2014) ergab, dass zwei von drei Patienten mit Depression, die in gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, rezidivierende bzw. chronische Verlaufsformen aufweisen. Diese große Patientengruppe wird jedoch weder richtig diagnostiziert noch adäquat behandelt. Nur 12% der Patienten werden entsprechend den S3-Leitlinien behandelt, darunter 9% mit einer Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie, und nur bei 6% wurde eine ausreichend lange psychotherapeutische Behandlung durchgeführt. 31% erhielten keine angemessene Behandlung.

Dies zeigt, dass auch in der psychotherapeutischen Versorgung eine stärkere Berücksichtigung der Rückfallprävention ein zentrales Ziel der Behandlung von Depres-

sion sein muss. Es ist dabei üblich, neben der Akuttherapie (die während depressiven Episoden durchgeführt wird) zwei weitere Formen der Behandlung zu unterscheiden: Während die Erhaltungstherapie (*maintenance therapy*) nach zumindest teilweiser Remission einsetzt, bezeichnet der Begriff „Rückfallprophylaxe“ eine Behandlungsphase, die nach einer vollständigen Erholung von der depressiven Episode stattfindet (siehe Abbildung 2).

Im vorliegenden Artikel wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansatz vorgestellt, dessen Wirksamkeit evaluiert wurde und der verschiedene Ansätze der Rückfallprävention integriert.

### Wie entstehen depressive Rückfälle?

Während sich eine Vielzahl von biologischen und psychologischen Modellen zur

Ätiologie von Depression auf die Erstmanifestation der Depression beziehen, gibt es weitaus weniger Erklärungsmodelle, die sich speziell auf die Entwicklung rezidivierender Verläufe beziehen. Besondere Aufmerksamkeit hat, insbesondere im Zusammenhang mit der Entwicklung achtsamkeitsbasierter Therapieansätze, das Modell der kognitiven Vulnerabilität von Teasdale (1988) erlangt. Diese Theorie geht davon aus, dass während der ersten depressiven Episode eine Verbindung zwischen den depressogenen Informationsverarbeitungsprozessen und negativer Stimmung im Gedächtnis entsteht. Depressogene Informationsverarbeitungsprozesse sind unter anderem eine selektiv auf negative Aspekte gerichtete Aufmerksamkeit, negative Muster der Attribution von Misserfolgs- und Erfolgserlebnissen sowie Grübeln. Je mehr depressive Episoden eine Person erlebt, desto stärker wird diese Verknüpfung zwischen negativer Stimmung und depressogener Informationsverarbeitung. In der Folge reichen dann schon geringfügige, mit leichteren negativen Stimmungszuständen einhergehende Belastungen aus, um dysfunktionale Schemata und depressogene Informationsverarbeitungsprozesse zu reaktivieren. Aktivierte dysfunktionale Schemata und depressogene Informationsverarbeitungsprozesse verschlechtern ihrerseits die Stimmung, führen möglicherweise zu sozialem Rückzug oder Inaktivität und können so ein depressives Rezidiv auslösen.

Neben der störungsorientierten Sichtweise (Ätiologie der Depression) wird in dem vorliegenden Ansatz auch die salutogenetische Sichtweise (Antonovsky, 1979) berücksichtigt. Zu den Faktoren, die zur Aufrechterhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit beitragen, gehört danach auch, Kompetenzen zur Vorbeugung von Rückfällen aufzubauen. Somit ist die kognitiv-verhaltenstherapeutische Erhaltungstherapie nicht einfach eine Verlängerung der Akutbehandlung, sondern kann als eigenständige Behandlung zur Senkung des Rezidivrisikos eingesetzt werden. Positiv formuliert ist das Ziel, eine vollständige Genesung zu fördern und aufrechtzuerhalten. Nach dem Konzept des psychologischen Wohlbefindens (Ryff & Singer, 1996) sind motivations- und entwicklungspsychologische Aspekte von zentraler Be-



deutung für den Erhalt der psychischen Gesundheit. Das Konzept von Ryff umfasst die Aspekte Autonomie (Gefühl der Selbstbestimmung), Persönliches Wachstum (Gefühl von kontinuierlichem Wachstum und Entwicklung als Person), Kontrollierbarkeit der Umwelt (Gefühl, das eigene Leben sowie das persönliche Umfeld wirkungsvoll zu gestalten), Sinnhaftigkeit des Lebens (Glaube, dass das eigene Leben zielgerichtet und bedeutungsvoll ist), positive Beziehungen zu anderen (qualitativ gute Beziehungen zu anderen) und Selbstakzeptanz (positive Einstellung zu sich selbst und der eigenen Vergangenheit). Patienten mit rezidivierender Depression zeigen deutliche Beeinträchtigungen in den genannten Bereichen (Risch, Taeger, Brüdern & Stangier, 2013).

### Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression (KET)

Einer der ersten Versuche, die in der Akuttherapie erlernten Strategien der kognitiven Therapie auf die Bewältigung zukünftiger Belastungssituationen als potenzielle Auslöser für depressive Rückfälle zu übertragen, wurde von Jarrett et al. (2001) im Rahmen der *Continuation-Phase Cognitive Therapy* (C-CT) unternommen. Kernelement dieses Ansatzes ist der Transfer von Fähigkeiten zur Veränderung von Kognitionen (z. B. dysfunktionalen Überzeugungen) und depressiven Verhaltensweisen (z. B. Rückzug) auf die Verhinderung zukünftiger Rückfälle. In einem „Stresstest“ werden diese Fähigkeiten dann auf den Umgang mit problematischen Situationen übertragen, die in der Vergangenheit depressive Rückfälle ausgelöst haben. Interessanterweise aber bildeten gerade die Probleme in der Rückfallprophylaxe von rezidivierenden Depressionen auch den Katalysator für die Entwicklung von Ansätzen der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie (Heidenreich & Michalak, 2013), die klassische kognitiv-behaviorale Techniken mit nicht klinischen Behandlungsmethoden (z. B. Achtsamkeit und Akzeptanz im Umgang mit belastenden Gedanken) verbinden. Zu diesen Ansätzen gehört die *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

(MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2008), die neben kognitiven Techniken auch achtsamkeitsbasierte Meditationstechniken einbezieht. Ähnlich wie MBCT, versucht auch die *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), eine akzeptierende Haltung des Patienten zu belastenden Gefühlen und Gedanken zu fördern, die Tendenz zur Vermeidung von belastenden Erfahrungen bei Depression zu überwinden und gleichzeitig auch die Motivation zur aktiven Erreichung eigener Ziele durch die Orientierung an persönlichen Werten zu steigern. Aus der positiven Psychologie stammen Anregungen zur Entwicklung der *Well-Being Therapy* (WBT, Fava & Ruini, 2003), die auf eine Förderung des psychologischen Wohlbefindens und einen ausgeglichenen Lebensstil abzielt. Die Ansätze der C-CT, MBCT und WBT senken vor allem bei Patienten mit hohem Rückfallrisiko (instabile Remission, früher Beginn der Depression, Rezidive in der Vorgeschichte, traumatische Erlebnisse in der Kindheit) die Rückfallraten (Jarrett et al., 2001; Jarrett, Minhajuddin, Gershenfeld, Friedman & Thase, 2013; Ma & Teasdale, 2004; Kuyken et al., 2008; Williams et al., 2014; Fava et al., 2004). Der Transfer in die klinische Praxis des Psychologischen Psychotherapeuten, insbesondere in der Anwendung bei rezidivierender Depression, ist jedoch aufgrund

der hochgradig spezialisierten Therapieansätze nicht einfach. Erschwerend kommt hinzu, dass einige der Ansätze nicht in der klinischen Praxis bekannt (C-CT, WBT) oder primär für das Gruppensetting entwickelt (MBCT) wurden.

Um die Übertragung dieser Ansätze in die klinische Praxis zu erleichtern, wurden die verschiedenen Ansätze der kognitiven Erhaltungstherapie in ein Therapiekonzept integriert (Kognitive Erhaltungstherapie, KET; Risch, Stangier, Heidenreich & Hautzinger, 2012). Die KET ist auf das Einzelsetting ausgelegt und zielt speziell auf Patienten mit multiplen depressiven Episoden in der Vergangenheit ab, die zum Behandlungszeitpunkt mindestens teilremittiert sein sollten. Da jeder Patient ein individuelles Muster an rückfallrelevanten psychologischen Risikofaktoren aufweist, beinhaltet die KET unterschiedliche Behandlungsmethoden, die flexibel kombinierbar sind und auf den *Abbau* dieser Risikofaktoren sowie den *Aufbau* von Schutzfaktoren abzielen (siehe Tabelle Seite 167).

Kernstück der KET ist die Ableitung eines individuellen Störungsmodells der Depression, anhand dessen die Prozesse abgebildet werden, die den Patienten in eine depressive Episode führen können. Aus dem Prozessmodell lassen sich die einzelnen Therapie-

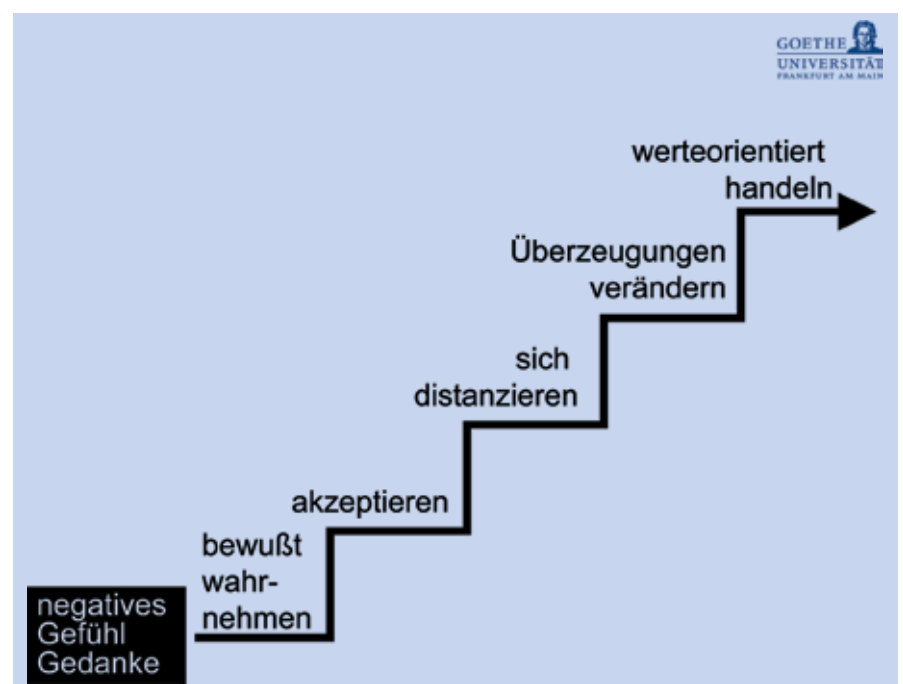


Abbildung 3: Stufen der Informationsverarbeitung der kognitiven Therapie der Depression

Tabelle: Behandlungsziele und -methoden der KET

	Behandlungsziele	Behandlungsmethoden
1	Diagnostik und Informationsvermittlung (obligatorisch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anamnese der Lebens- und Krankheitsgeschichte anhand Life-Chart, Psychoedukation</li> <li>■ Individuelles Prozessmodell, Analyse früherer und aktueller Risiko- und Schutzfaktoren, individueller Werte und Lebensziele</li> <li>■ Ableitung von Therapiezielen</li> </ul>
Die Behandlungsmethoden werden auf der Grundlage eines individuellen Störungsmodells und den hieraus abgeleiteten Zielen in flexibler Weise dem Behandlungsprozess angepasst.		
2	Achtsamkeit, Akzeptanz und werteorientierte Verhaltensaktivierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vermittlung einer achtsamen und akzeptierenden Grundhaltung</li> <li>■ Achtsamkeits- und Akzeptanzübungen</li> <li>■ Planung und Umsetzung werteorientierter Aktivitäten</li> </ul>
3	Kognitive Umstrukturierung von dysfunktionalen Grundannahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gedankentagebuch</li> <li>■ Sokratischer Dialog</li> <li>■ Verhaltensexperimente zur Prüfung dysfunktionaler Überzeugungen</li> <li>■ Belastungstests: Anwendung erlernter kognitiver Techniken in Risikosituationen</li> </ul>
4	Verbesserung des psychischen Wohlbefindens	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wohlbefinden-Tagebuch</li> <li>■ Bewusstmachen von Gedanken, die Wohlbefinden einschränken</li> <li>■ Verbesserung der Work-Life-Balance</li> </ul>
5	Ergänzende Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aktivitätsaufbau</li> <li>■ Soziales Kompetenztraining</li> <li>■ Kommunikationstraining</li> <li>■ Problemlösetraining</li> </ul>
6	Therapieabschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vermittlung von Strategien zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs und Stabilisierung in Krisensituationen</li> </ul>

beim Ehemann einfordern), und Aktivitätsaufbau im Sinne zentraler persönlicher Werte und Ziele, wie beispielsweise soziale Kontakte außerhalb der Familie aufnehmen und/oder pflegen. Durch die regelmäßige Anwendung von Achtsamkeits- und Akzeptanzübungen sowie die Gedankenprotokolle gelang es Frau M., sich zunehmend besser von ihren dysfunktionalen Gedanken zu distanzieren und die eigenen Fähigkeiten realistischer einzuschätzen. Die Thematisierung zentraler persönlicher Werte half ihr, sich ihrer eigenen Bedürfnisse bewusst zu werden und durch die Formulierung konkreter Ziele und Aktivitäten besser ihnen gemäß zu leben. Das Einfordern von Unterstützung gegenüber dem Ehemann wurde im Rollenspiel nach den Regeln des Sozialen Kompetenztrainings und des Kommunikationstrainings eingeübt. Am Ende der Psychotherapie übernahm der Ehemann von Frau M. zweimal in der Woche die Kinderbetreuung, sodass Frau M. Zeit für eigene Aktivitäten hatte. Sie nutzte die Zeit, indem sie sich für einen Sportkurs anmeldete und sich wieder regelmäßiger mit Freunden traf.

ziele ableiten. So kann eine Neigung zu starkem Grübeln mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Techniken behandelt werden. Starke Selbstabwertung, die auf eine negative Grundeinstellung zu sich selbst zurückzuführen ist, kann mit den kognitiven Techniken behandelt werden. In Abbildung 3 ist das kognitive Prozessmodell der Depression abgebildet, das in individualisierter Form mit dem Patienten gemeinsam abgeleitet wird.

Das Prozessmodell geht zunächst davon aus, dass negative Gefühle und Gedanken häufig nicht bewusst wahrgenommen werden – Achtsamkeitsübungen und konkrete Verhaltensanalysen können die Patienten darin unterstützen, negative Gedanken und Gefühle wahrzunehmen (inklusive der körperlichen Anteile derselben). Diese Gedanken und Gefühle zu akzeptieren („auch wenn ich es nicht mag, jetzt ist dieses Gefühl da“), ist eine wichtige Voraus-

setzung, um sich von ihnen distanzieren zu können („ich habe dieses Gefühl, aber ich bin nicht dieses Gefühl“). In weiteren Schritten können Überzeugungen mittels kognitiver Strategien verändert und werteorientierte Verhaltensweisen etabliert werden.

**Fortsetzung Fallbeispiel Frau M.:**

Im Rahmen der KET wurde mit Frau M. zunächst ein individuelles Prozessmodell erarbeitet. Daraus ergaben sich folgende Therapieziele: Verbesserung der Fähigkeit, automatisierte negative Gedanken schneller zu bemerken und sich von ihnen lösen zu können, Abbau der negativen Selbstschemata und Aufbau einer mitfühlenderen und realistischeren Sicht auf die eigenen Fähigkeiten und Rechte (z. B. Unterstützung

**Verringert die KET die Rückfallhäufigkeit?**

Die Effektivität der KET wurde in einer multizentrischen randomisierten und kontrollierten Langzeitstudie mit insgesamt 180 Patienten überprüft, die an einer rezidivierenden Depression litten, jedoch zum Psychotherapiebeginn symptomfrei waren (für eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse siehe Stangier et al., 2013). Die Patienten hatten durchschnittlich fünf Episoden in der Vorgeschichte erfahren. Die erste Episode war durchschnittlich mit 31 Jahren aufgetreten, bei einem Durchschnittsalter zu Studienbeginn von 49 Jahren. 75% der Patienten nahmen prophylaktisch Medikamente (Antidepressiva oder mood stabilizer). Aufgenommen wurden nur Patienten, die primär an einer rezidivierenden Depression litten. Die Häufigkeit sekundärer komorbider Störun-

gen lag für DSM-IV-Achse-I-Störungen bei 38%, für Achse-II-Persönlichkeitsstörungen bei 13%. In der Studie wurden die Rückfallraten nach der Behandlung mit der KET im Vergleich zu einer psychiatrischen Psychoedukation (PE) verglichen. Beide Behandlungen wurden anhand eines Manuals (KET: Risch et al., 2012; PE: Hautzinger, Schlösser & Barocka, 2006) und mit jeweils 16 Sitzungen über acht Monate durchgeführt. Die Rückfallraten wurden direkt nach Behandlungsende (acht Monate) sowie zwölf, 24 und 36 Monate nach Behandlungsende erhoben. Behandelt wurden Patienten mit rezidivierender Depression, die mindestens drei depressive Episoden in der Vorgeschichte erlebt hatten und zu Behandlungsbeginn remittiert waren. Bei Patienten mit fünf oder mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte reduzierte die KET die Rückfallraten (50% vs. 73,3%) innerhalb von zwölf Monaten stärker als die PE. Dieser Effekt bestand auch nach 24 Monaten, nicht mehr jedoch nach 36 Monaten (Stangier et al., 2013). Bei Patienten mit weniger als fünf depressiven Episoden in der Vorgeschichte war die KET hinsichtlich der Reduktion der Rückfallraten der PE nicht statistisch signifikant überlegen (51% vs. 60%). Dies zeigt, dass insbesondere die Hochrisikopatienten von einer kognitiven Erhaltungstherapie profitieren, während bei Patienten mit einem moderaten Rückfallrisiko die unspezifischen Effekte (z. B. regelmäßiger therapeutischer Kontakt, therapeutische Beziehung, Information) und eine strukturierte Psychoedukation ähnliche Effekte erzielen.

## Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen zunächst, dass die KET wider Erwarten keinen generellen Vorteil gegenüber Psychoedukation bringt, sondern erst dann von deutlichem Nutzen ist, wenn eine große Zahl von Rückfällen in der Vorgeschichte besteht. Je mehr Rückfälle ein Patient vor der Psychotherapie hatte, umso mehr konnte er von der KET profitieren. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass diese Patienten nach der Theorie von Teasdale (1988) eine besonders hohe kognitive Vulnerabilität aufweisen

und die spezifischen Aspekte der Psychotherapie insbesondere bei dieser „Hochrisikogruppe“ hilft, die automatisierten Prozesse, die immer wiederkehrend in die Depression führen, zu verändern. Der Vergleich mit einer relativ „starken“ Kontrollbedingung, die wesentliche Merkmale einer guten psychiatrischen Routineversorgung (regelmäßige Termine, Beratung bezüglich Medikamente, Informationsvermittlung, supportive Interventionen, therapeutische Beziehung) aufwies, spricht dafür, dass die spezifischen therapeutischen Komponenten der Psychotherapie für den Unterschied verantwortlich gemacht werden können. Trotz dieses positiven Ergebnisses sind die Rückfallraten mit 51% für KET und 60% für PE für einen Katamnesezeitraum von einem Jahr zwar vergleichbar mit den Rückfallraten in anderen Studien, etwa mit MBCT (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004; Kuyken et al., 2008), jedoch immer noch sehr hoch. Mehrere Faktoren können hierfür verantwortlich gemacht werden:

1. Die klinischen Merkmale unserer Patientenstichprobe (Anzahl der Rezidive in der Vorgeschichte, Anteil Dauermedikation) sprechen dafür, dass vergleichsweise stark beeinträchtigte und chronifizierte Patienten in den psychiatrischen Ambulanzen rekrutiert wurden.
2. Die Psychotherapeuten der Studie setzten sich primär aus Psychologen in Ausbildung zusammen, die durchschnittlich 1,7 Jahre Berufserfahrung aufwiesen. Fehlende klinische Erfahrung wiederum könnte angesichts der schwierigen Problematik einer rezidivierenden Depression möglicherweise ein starkes Handicap für die Behandlung darstellen.
3. Trotz dieser Besonderheiten muss berücksichtigt werden, dass die Rückfallraten im Bereich der Ergebnisse von anderen Studien mit psychologischen Ansätzen zur Rückfallprophylaxe liegen. Metaanalysen sowohl für psychologische (Vittengl et al., 2007) als auch pharmakologische Therapieansätze (Geddes et al., 2003) zeigen, dass die Wirksamkeit begrenzt ist.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Metaanalysen, die bedeutsame Zusammenhänge von Adhärenz mit dem Therapiemanual, therapeutischer Kompetenz und therapeutischer Beziehung für den Therapieerfolg fanden (Webb, DeRubeis & Barber, 2010; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011), konnten wir in unseren Prozessanalysen solche Zusammenhänge wider Erwarten nicht feststellen. Eine mögliche Ursache könnte darin liegen, dass die Variabilität dieser Faktoren in unserer Studie aufgrund der Manualisierung des Therapieansatzes und der Auswahl der Psychotherapeuten eingeschränkt ist. Andererseits gibt es aber auch Hinweise aus neueren Studien, die für eine stärkere Bedeutung des Technikfaktors bei schweren Ausprägungen von Depression sprechen (Webb et al., 2012). Unabhängig davon ist die Behandlungssituation in der Rückfallprophylaxe eine andere als in der Akutbehandlung: Die Patienten zeigen aktuell keine oder nur wenige Symptome, und die Psychotherapie zielt auf die Verhinderung zukünftiger Rückfälle ab. Möglicherweise hängt daher der Erfolg der Psychotherapie in einem noch sehr viel höheren Maße von der Motivation des Patienten und seinen Erwartungen und Vorstellungen hinsichtlich des Störungsverlaufs und der Einflussmöglichkeiten ab (Brown et al., 2007).

In der klinischen Praxis suchen die Patienten in der Regel zunächst eine Psychotherapie für die akute Depression. Aber auch wenn die Symptome zurückgehen, ist eine kognitive Vulnerabilität latent vorhanden und kann auch durch geringfügige Belastungen wieder zu depressiven Episoden führen. Angesichts der immens hohen Rückfallgefahr ist daher eine kognitive Rückfallprophylaxe für den dauerhaften Erfolg einer Psychotherapie von großer Bedeutung und sollte daher in der Therapieplanung von Beginn an mitberücksichtigt werden.

## Literatur

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



*Prof. Dr. Ulrich Stangier, Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität, ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut. Seine Forschungsschwerpunkte sind Psychotherapieforschung, insbesondere zur kognitiven Therapie bei Depression, Sozialer Phobie und Körperdysmorphen Störung, sowie Prozessforschung (therapeutische Kompetenzen, allgemeine Wirkfaktoren).*



*Dr. Anne Katrin Risch, approbierte Psychologische Psychotherapeutin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Klinisch-Psychologische Intervention und Geschäftsführerin/leitende Psychologin der Ambulanz für Forschung der Universität Jena. Forschungsschwerpunkte sind Psychotherapieforschung, insbesondere zur kognitive Therapie bei Depression, Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie und Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken.*



*Prof. Dr. Martin Hautzinger, Universitätsprofessor für Psychologie, ist u. a. Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie der psychotherapeutischen Hochschulambulanz am Fachbereich Psychologie der Universität Tübingen. Seine Arbeitsschwerpunkte sind u. a. Interventionsforschung, Affektive Störungen bei verschiedenen Alters- und Zielgruppen, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, psychophysiologische Störungen und körperliche und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.*



*Prof. Dr. Thomas Heidenreich, approbierter Psychologischer Psychotherapeut, ist Professor für Psychologie an der Hochschule Esslingen und Prodekan der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege. Seine Forschungsschwerpunkte sind Kognitiv-behaviorale Ansätze insbesondere bei Depression und Angststörungen sowie achtsamkeitsbasierte Ansätze.*

**Korrespondenzadresse:**

**Prof. Dr. Ulrich Stangier**

Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Institut für Psychologie  
Varrentrappstr. 40-42  
60486 Frankfurt am Main  
Stangier@psych.uni-frankfurt.de



# Neue Version von Psychinfo sorgt für steigende Nachfrage

Helga Loest & Peter Riedel

**Zusammenfassung:** Das Psychotherapeuten-Suchprogramm *Psychinfo*, ein gemeinsames Angebot von sechs Landespsychotherapeutenkammern, wurde seit 2006 kontinuierlich verbessert, 2013 erfolgte ein Relaunch. Der Beitrag geht näher auf die einzelnen Verbesserungen ein. Die dargestellten Nutzerdaten geben Hinweise auf versorgungspolitische Folgerungen.

Der Relaunch des Psychotherapeuten-Suchprogramms *Psychinfo* ([www.psychinfo.de](http://www.psychinfo.de)) hat das System effektiver und damit auch attraktiver gemacht. Nicht nur das Design wurde zeitgemäßer, auch die nachfrageorientierten Suchstrategien konnten verfeinert werden. Psychinfo wird seit acht Jahren von den Psychotherapeutenkammern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein gemeinsam betrieben, die sich in der „ARGE Psychinfo“ zusammengeschlossen haben.

Neben Psychinfo gibt es privatwirtschaftlich betriebene Suchsysteme und Suchprogramme der Kassenärztlichen Vereinigungen. Für andere Bundesländer gibt es Suchprogramme der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer (siehe Websites der Landeskammern). Einer der Vorteile, den Psychinfo gegenüber privatwirtschaftlich betriebenen Programmen aufweist ist, dass über den Service der sechs in der „ARGE Psychinfo“ zusammengeschlossenen Psychotherapeutenkammern ausschließlich approbierte Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten<sup>1</sup> nachgewiesen werden. Außerdem werden Angebote auch über die Grenzen des jeweiligen Bundeslandes hinaus angezeigt, was naturgemäß gerade in grenznahen Regionen von besonderer Bedeutung ist. Aktuell sind in dem Suchprogramm über 11.000 der bundesweit knapp 40.000 Kammermitglieder erfasst. Allerdings unterscheiden sich die Leistungsan-

gebote zwischen den Ländern, da die Landespsychotherapeutenkammern nicht einheitlich erfassen.

## Nutzungseffizienz wird regelmäßig evaluiert

Die Erfahrungen, die seit mittlerweile mehr als acht Jahren mit Psychinfo gesammelt werden konnten, fließen in kontinuierliche Verbesserungen ein. Neben der regelmäßigen Evaluation der Nutzungseffizienz wird das System an die aktuellen Standards interaktiver Internetsuchprogramme angepasst und mit Links zu Informationen über übergeordnete bundeseinheitliche Regelungen versehen, sodass sich die Nutzer umfassend informieren können. Der erreichte Standard ist nachweislich gut: Bereits im August 2008 wurde Psychinfo in die „Patienten-Information – Qualitätsgeprüfte Gesundheitsinformationen für Patienten und Laien“<sup>2</sup> des Ärztlichen Zentrums für Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) aufgenommen und am 14.09.2011 erneut geprüft. Die Prüfung wird in regelmäßigen Abständen wiederholt.

Der Relaunch im Sommer 2013 hat die Nutzungsintensität weiter verbessert, wie bei der Auswertung von Daten ermittelt werden konnte (siehe Abbildung 1). So gibt es durchschnittlich mehr als 1.600 Suchanfragen pro Tag. Bei jeder individuell formulierten Suchanfrage werden im Mit-



Abbildung 1: Nutzungsstatistik Psychinfo zeigt deutliche Zunahme der Nachfragen mit der neuen Version

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.  
 2 [www.patienten-information.de/gesundheitsinformationen/psychotherapeutensuche/?matchedKeyword=Psychotherapeutensuche](http://www.patienten-information.de/gesundheitsinformationen/psychotherapeutensuche/?matchedKeyword=Psychotherapeutensuche)

tel 24 (je Resultat maximal 100) Psychotherapeuten zur Auswahl angeboten. Und aus Sicht der Anbieter: Jeder Psychotherapeut, der sich für die Suche erfassen ließ, tauchte durchschnittlich siebenmal pro Tag entsprechend der nach den vorgegebenen Wunschkriterien generierten Auswahl auf.

## Zahlreiche Kriterien für passgenaue Psychotherapeutensuche

In der neuen Programmstruktur liefert die Schnellsuche bereits auf der Startseite eine Liste von Psychotherapeuten, deren Praxen sich in der Nähe des angegebenen Ortes befinden. Gleichzeitig wird die geografische Lage der Praxen in einem Kartenausschnitt markiert. Besucher der Seite haben damit ein unmittelbares erstes Erfahrungsergebnis.

Zusätzliche Wünsche sind über die erweiterte Menü-Suche einzugeben. So können zum Beispiel Psychotherapeuten für Erwachsene oder Kinder und Jugendliche gesucht werden, mit Spezialisierungen für besondere Krankheiten oder Störungen und auch Psychotherapeuten mit Fremdsprachenkenntnissen.

Psychinfo-Nutzer können außerdem vorgeben, ob sie eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten bevorzugen. Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen wählen eine Kassenpraxis, auf Wunsch auch ein zugelassenes Psychotherapieverfahren. Privatversicherte und Selbstzahler können zusätzlich unter einer Vielzahl von Privatleistungen wählen. Insgesamt gibt es mehr als 120 verschiedene Kriterien, mit denen die Psychotherapeutensuche eingegrenzt werden kann (siehe Abbildung 2).

Bei zu wenigen Treffern kann die Suche auf ein größeres Gebiet erweitert werden. Im Vergleich zur Schnellsuche ohne Zusatzwünsche ändern sich entsprechend auch die Kartendarstellung und die Liste der Resultate. Besonders komfortabel: Wurde mit der Wunschadresse das Gebiet nicht genau getroffen oder in einem unterversorgten Gebiet mit weit entfernten An-

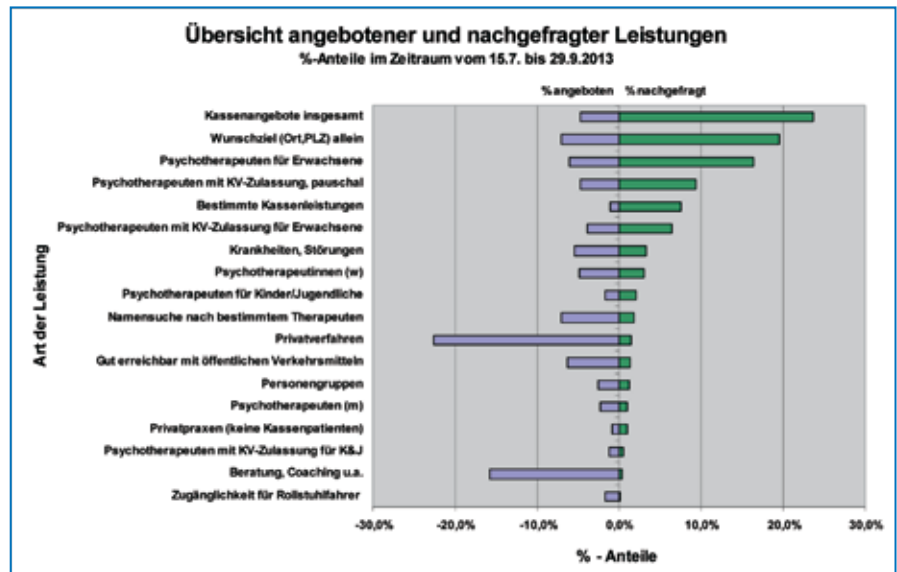


Abbildung 2: Übersicht Angebote und Nachfragen jeweils bezogen auf die Gesamtzahl

geboten gesucht, kann die Landkarte mit dem Mauszeiger verschoben werden – beispielsweise hin zu einem besser versorgten Nachbarort, der mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen ist. Die Resultate in der Namensliste und die entsprechenden Markierungen in der Kartendarstellung werden dabei automatisch aktualisiert.

## Elektronische Visitenkarte des Psychotherapeuten kann ausgedruckt werden

Mit der Überarbeitung des Suchsystems wurden die Eingabefenster für die unterschiedlichen Suchkriterien neu strukturiert und den Bedürfnissen der Nutzer besser angepasst. So rangieren in den Menü-Strukturen jetzt Eingabefelder für häufig nachgefragte Suchkriterien vor seltener nachgefragten Kriterien. Außerdem wurden die Eingaben und Ergebnisse in einem Fenster integriert. Dadurch fällt das bisher notwendige Zappen weg. Da die üblichen alphabetischen Auflistungen nach Postleitzahlen, Orten oder Namen der Psychotherapeuten wenig Aufschluss über die Erreichbarkeit liefern, werden in Psychinfo die Suchergebnisse in der Reihenfolge der kürzesten Entfernungen zum eingegebenen Wunschort aufgelistet und grafisch dargestellt. Besonderen Suchkomfort bietet ein „intelligentes“ Eingabefeld für alle

Wunschortangaben mit automatischen Ergänzungen von Teileingaben für Orts- und Straßennamen. Ebenfalls sehr komfortabel: Ist die Zahl der per Suchanfrage erhaltenen Psychotherapeuten zu klein bzw. zu groß, kann das Suchgebiet einfach per Schieberegler vergrößert bzw. verkleinert werden. Und wer einen Namen in der Liste oder den Marker in der Karte anklickt, erhält eine elektronische Visitenkarte des Psychotherapeuten. Außerdem können per Mausklick gegebenenfalls über Google-Street-View auch Straßenansichten des Wunschortes generiert werden.

## Keine personenbezogene Datenspeicherung der Anfragen

Psychinfo erfasst nicht nur das Feedback der Benutzer, sondern wertet auch alle Details jeder Anfrage statistisch aus. Eine Speicherung von Daten, bezogen auf die Person (IP) der Nutzer, erfolgt nicht. Die anonymen Daten können später zur Systemoptimierung genutzt werden, stehen darüber hinaus aber auch für versorgungspolitische Planungen zur Verfügung. Durch die zentrale Systemverwaltung und rationelle Aktualisierung sowie die Online-Erfassung der Anbieterdaten ist Psychinfo im Unterschied zu vielen privatwirtschaftlich betriebenen Suchsystemen auch für die Anbieter kostenlos

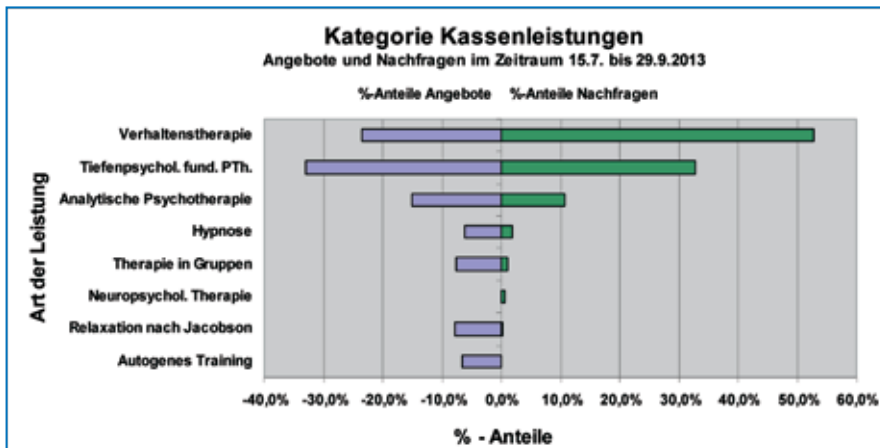


Abbildung 3: Angebotene und nachgefragte Kassenleistungen

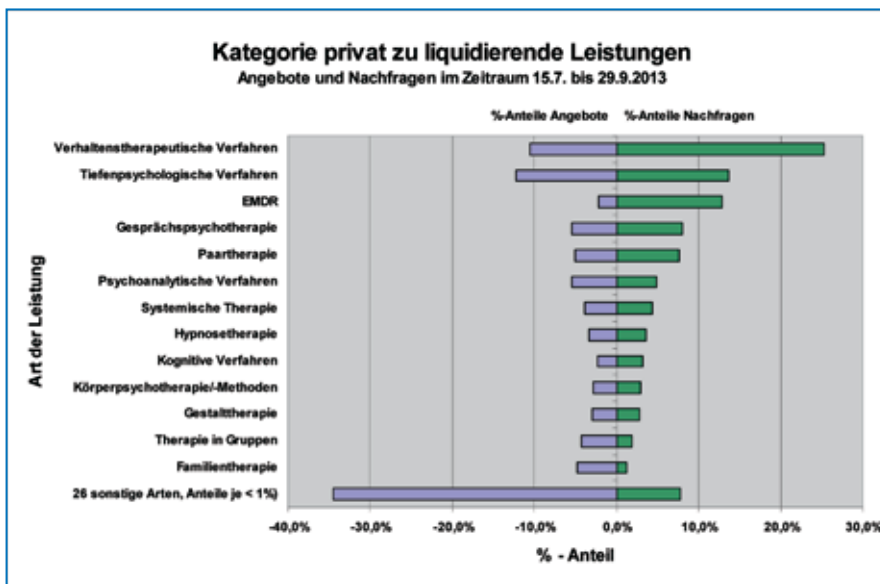


Abbildung 4: Angebot und Nachfrage privat zu liquidierender Leistungen

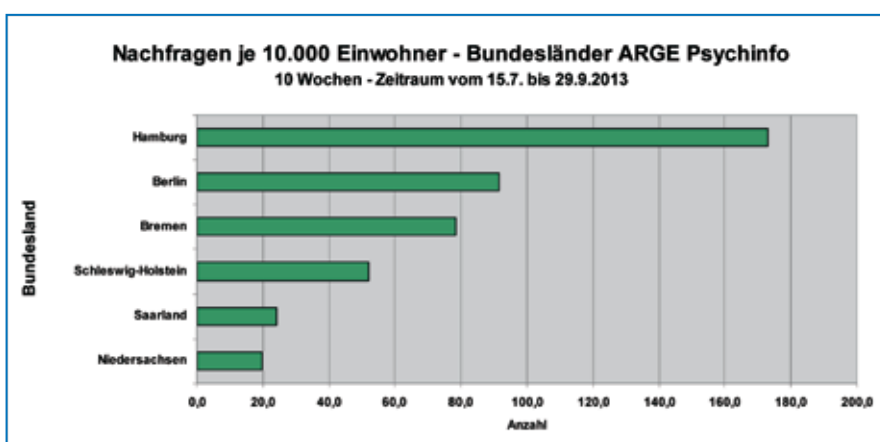


Abbildung 5: Nachfragen im Verhältnis zur Einwohnerzahl

Die hohe Nutzerfrequenz kann durchaus als Indikator für den sich ändernden Informationsbedarf über psychotherapeutische Angebote, in Grenzen auch für den sich ändernden Behandlungsbedarf betrachtet werden.

## Verhaltenstherapie rangiert bei der Nachfrage ganz oben

Bei Kassenleistungen halten sich Angebot und Nachfrage in etwa die Waage. In Psychinfo kann differenziert nach den Richtlinien-Verfahren und -Methoden gesucht werden. Bei den Suchanfragen rangiert Verhaltenstherapie an erster Stelle und macht mehr als 50% der Sucheingaben aus, beim Angebot dagegen nur rund ein Viertel. Prozentual relativ ausgewogen sind Angebot und Nachfrage bei der Tiefenpsychologisch fundierten und bei der Analytischen Psychotherapie. Hypnose, Autogenes Training, Relaxation nach Jacobson und Therapie in Gruppen werden dagegen prozentual deutlich häufiger angeboten als nachgefragt (siehe Abbildung 3).

Bei Privatleistungen gilt etwa jede vierte Suche ebenfalls der Verhaltenstherapie, während der Anteil an den Angeboten 10% kaum übersteigt. Bei Tiefenpsychologischen Verfahren sind Angebot und Nachfrage annähernd ausgeglichen. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Gesprächspsychotherapie und Paartherapie werden häufiger nachgefragt als angeboten (siehe Abbildung 4).

In jeder sechsten Anfrage wurde nach Psychotherapeuten mit Englischkenntnissen gesucht. Das dürfte keine Probleme bereiten, da doppelt so viele Psychotherapeuten angeben, über englische Sprachkenntnisse zu verfügen. Auch bei Französisch ist das Angebot mehr als doppelt so groß wie die Nachfrage (5%). Ganz anders sieht es für Behandlungen in türkischer Sprache aus: Knapp einem Fünftel der Nachfrage steht nicht einmal ein Zwanzigstel der Angebote gegenüber. Ähnlich groß ist das Unterangebot an russischer, spanischer und arabischer Psychotherapie, bei denen der Nachfrage (jeweils über 5% aller Nachfragen) ein deutlich zu geringes Angebot gegenübersteht.

und frei von Werbung. Die Kosten für Systemadministration, Weiterentwicklungen und Mitgliedersupport werden über

die Kammerbeiträge finanziert, wobei pro Mitglied und Jahr ein Betrag von unter einem Euro anfällt.

## Die meisten Anfragen bezogen auf die Einwohnerzahl kommen aus Hamburg

Mit über 30.000 kamen die absolut meisten Anfragen im beobachteten Zehn-Wochen-Zeitraum aus Berlin, dicht gefolgt von Hamburg. Bezogen auf die jeweilige Einwohnerzahl lag jedoch Hamburg mit über 170 Anfragen je 10.000 Einwohner mit deutlichem Abstand an der Spitze (siehe Abbildung 5). Dieses Ergebnis ist vermutlich unter anderem auf entsprechende PR-Aktionen in den Apotheken der Freien und Hansestadt zurückzuführen. Auffällig ist, dass die Anfragen in den Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen insgesamt häufiger sind.

## Psychotherapeutensuche findet unter der Woche statt

Etwa jede fünfte Nachfrage per Psychinfo wird an Werktagen gestellt. Am Samstag sinkt die Zahl der Nachfragen auf um die 5% aller Nachfragen (siehe Abbildung 6).

Der Tagesverlauf der Nachfragen hat unter der Woche sein Minimum in der Zeit zwischen nachts 2:00 und morgens 7:00 Uhr. Zwischen 11:00 und 12:00 Uhr sowie nachmittags zwischen 14:00 und 16:00 Uhr liegen die Höhepunkte. Dies legt die Vermutung nahe, dass häufig von der Arbeitsstelle aus nach Psychotherapeuten gesucht wird. Außerdem sind darin auch die Anfragen von Krankenkassen enthalten, die Psychinfo für ihre professionellen Zwecke nutzen. Ein möglicher Zusatznutzen des Suchsystems: Psychotherapeuten können diese ermittelten Schwerpunktzeiten als Hinweis für bedarfsorientierte Zeitfenster ihrer telefonischen Sprechzeiten nutzen.

Deutlich höhere Angebots- als Nachfrageanteile gibt es demgegenüber im Bereich Erwachsene und Kinder/Jugendliche in sozialen Notlagen gemäß SGB VIII (ehemals BSHG/KJHG), Senioren und Angehörige psychisch Kranker sowie in kleinerem Umfang auch für Gewaltstraftäter und Sterbende.

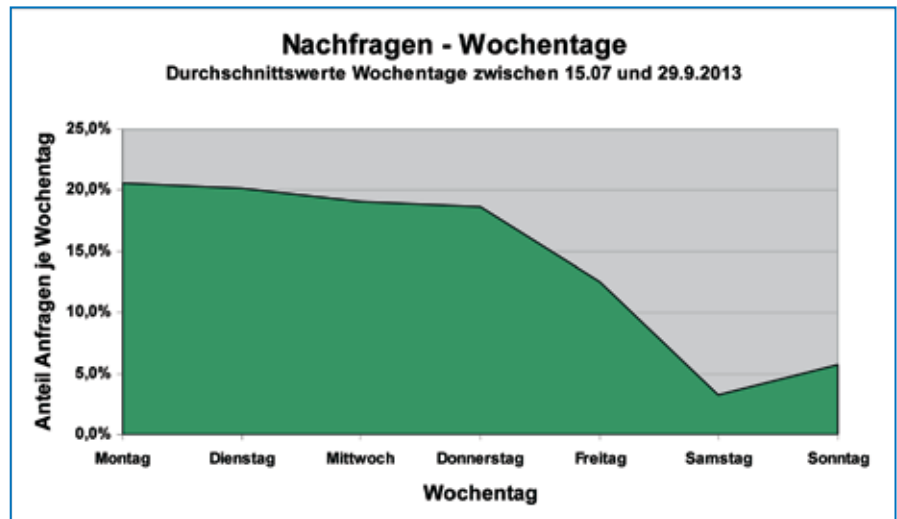


Abbildung 6: Häufigkeit der Nachfragen im Wochenverlauf

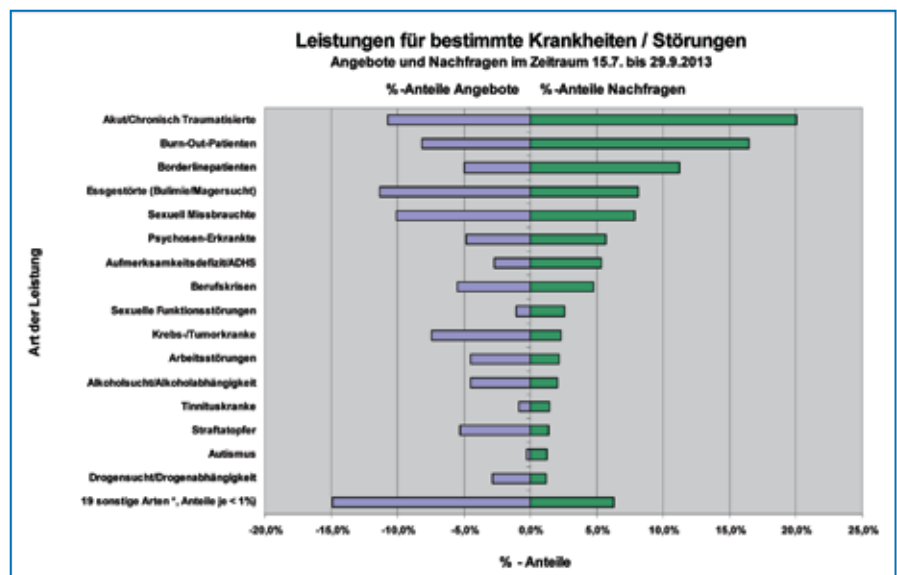


Abbildung 7: Angebot und Nachfrage zu Spezialisierungen zur Behandlung besonderer Krankheiten/Störungen

Die Übersicht über die Nachfragen nach besonderen Leistungen (siehe Abbildungen 3 und 4) und Spezialisierungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten (Abbildung 7) und Personengruppen (Abbildung 8, S. 174) liefert Anhaltspunkte für die Planung von Fort- und Weiterbildung.

Besonders eklatant ist das Missverhältnis bei der Personengruppe der jungen Erwachsenen: Etwa 50% der Anfragen stehen nur 10% der Angebote gegenüber.

## Weitere Verbesserungen sind geplant

Mit der Überarbeitung des Suchsystems sind erhebliche Verbesserungen erreicht worden. Es sind aber noch weitere Optimierungen in Arbeit. So wird zukünftig die Wunschadresse lokal beim Benutzer gespeichert, die beim letzten Besuch von Psychinfo eingetragen worden war. Außerdem soll differenziert werden, ob Fremdsprachenkenntnisse für Beratungsgespräche oder aber auch für Psychotherapie angeboten und gewünscht werden.



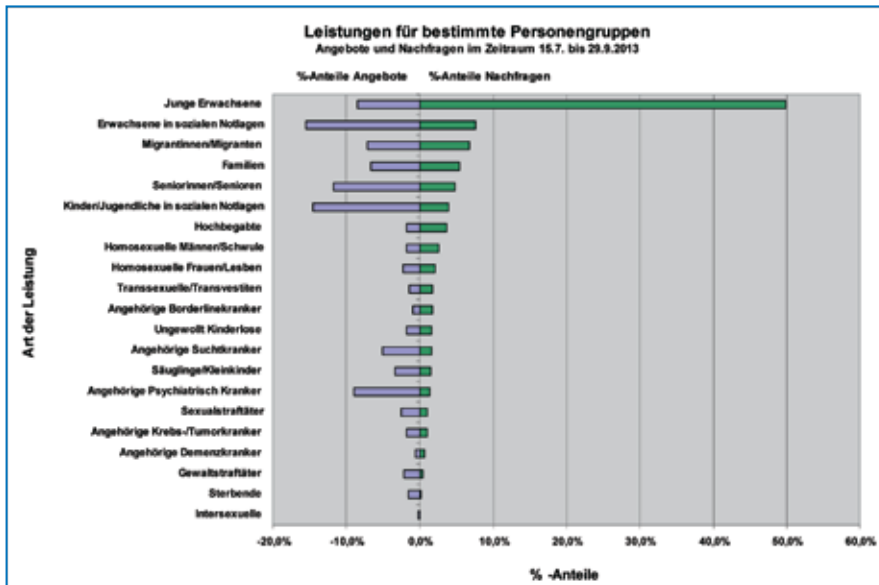


Abbildung 8: Angebot und Nachfrage zu Spezialisierungen zur Behandlung spezieller Personengruppen



Dipl.-Psych. **Helga Loest** (Autorin Bericht) arbeitet in eigener Praxis als Psychotherapeutin, Coach, Supervisorin und Organisationsentwicklerin in Bremen. Sie ist als Vorstandsmitglied der Bremer Psychotherapeutenkammer Mitglied in der von den Kammervorständen getragenen „ARGE Psychinfo“.

**Dipl.-Psych. Helga Loest**

Georg-Bitter-Straße 19  
28205 Bremen  
helga@loest.net



Dr.-Ing. Dipl.-Psych. **Peter Riedel** (Autor Datenauswertung/Grafik) war im ersten Beruf in der Flugzeugindustrie in den Bereichen Entwicklung/Informatik und Management in Bremen und Hamburg tätig, im zweiten Beruf niedergelassener Psychotherapeut in Hamburg. Er ist Projektleiter der „ARGE Psychinfo“, Systemadministrator und für Psychinfo Vorstandsbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

**Dr.-Ing. Dipl.-Psych. Peter Riedel**

Isestraße 25  
20144 Hamburg  
sysadmin@psych-info.de

# Aktuelles aus der Forschung

## Über die Zukunft der Evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung

### Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung

Anna Eiling, Carina Schlipfenbacher, Susanne Hörz-Sagstetter & Frank Jacobi

Im November 2013 erschien in *Clinical Psychology Review* eine Sonderausgabe zum Thema „Zukunft der Evidenzbasierten Psychotherapie“ vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen und Herausforderungen für die Psychotherapieforschung in den USA. Die Ausgabe umfasst sechs Artikel, in denen prominente Psychotherapieforscherinnen und -forscher<sup>1</sup> zu unterschiedlichen Aspekten dieses Themas Stellung beziehen (Übersicht siehe Kasten). Im vorliegenden Beitrag werden die Kernaussagen dieser Artikelserie – hinsichtlich steigender Verschreibungszahlen von Psychopharmaka und Rückgang von Psychotherapie, der Bekanntmachung rein

biomedizinischer Erklärungs- und Behandlungsmodelle, der starken Beeinflussung der Forschung durch den Anspruch der Evidenzbasierung an therapeutische Verfahren und der Kürzung von Forschungsgeldern für die Psychotherapieforschung – zusammengefasst und kommentiert.

Gaudiano und Miller nennen in ihrem einleitenden Überblick vier übergeordnete aktuelle Herausforderungen für die Psychotherapieforschung: steigende Verschreibungszahlen von Psychopharmaka und Rückgang von Psychotherapie, die zunehmende Propagierung rein biomedizinischer Erklärungs- und Behandlungsmodelle, die starke Beeinflussung der Forschung durch den Anspruch der Evidenzbasierung an psychotherapeutische Verfahren und die Kürzung von Forschungsgeldern für die Psychotherapieforschung (S. 814).

Alle Artikel der Serie beziehen sich auf diese von Gaudiano und Miller skizzierte Gesamtentwicklung – mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Im Folgenden werden die Kernaussagen der Beiträge thematisch gebündelt dargestellt. Am Ende dieses Beitrages werden diese kommentiert und Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu der Situation in Deutschland herausgearbeitet.

Alle Artikel der Serie beziehen sich auf diese von Gaudiano und Miller skizzierte Gesamtentwicklung – mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Im Folgenden werden die Kernaussagen der Beiträge thematisch gebündelt dargestellt. Am Ende dieses Beitrages werden diese kommentiert und Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu der Situation in Deutschland herausgearbeitet.

### Psychopharmaka auf dem Vormarsch – Psychotherapie auf dem Rückzug

Gaudiano und Miller stellen zunächst fest, dass in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren in den Vereinigten Staaten die Behandlung von psychischen Störungen mit Psychotherapie alleine oder in kombinierter Behandlung im Vergleich zu Pharmakotherapie zurückgegangen sei – sowohl Behandlungen an sich als auch die durchschnittliche Anzahl der Psychotherapiestunden pro Behandlung. Aufgrund geringerer finanzieller Anreize würden weniger Psychiater psychotherapeutische Behandlungen anbieten und viele Allgemeinärzte

verschrieben Psychopharmaka, was deren Verbreitung stark erhöhe, jedoch keinerlei Evidenzbasierung widerspiegele (z. B. gestiegene Verschreibungszahlen für Antipsychotika bei Angststörungen und für Antidepressiva auch bei leichten Depressionen). Es gebe zudem häufig Behandlungen mit mehreren Substanzen bei unzureichender Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen (S. 817). Auch Deacon (S. 850) weist darauf hin, dass mehr als jeder fünfte amerikanische Erwachsene Psychopharmaka nehme, und zwar häufig jenseits des eigentlichen Zulassungsbereichs (*off-label*) und häufig mehr als zwei unterschiedliche Präparate. Dabei habe die Hälfte gar keine psychiatrische Diagno-

se – und auf der anderen Seite sei die Mehrheit derer, die unter psychischen Störungen leiden, überhaupt nicht in Behandlung. Dies stehe im Widerspruch zur Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte, die zahlreiche Belege für die Wirksamkeit von Psychotherapien (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Therapie, psychodynamische Verfahren, *mindfulness*-basierte Therapien) für die häufigsten psychischen Störungen geliefert hat (in einigen Fällen auch die Überlegenheit gegenüber Psychopharmaka).

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

## Sonderausgabe des *Clinical Psychology Review* zum Thema „Zukunft der Evidenzbasierten Psychotherapie“

Gaudiano, B. A. & Miller, I. W. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: Challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33, 813-824.

Wakefield, J. C. (2013). The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clinical Psychology Review*, 33, 825-845.

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 846-861.

Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review*, 33, 862-869.

Hayes, S. C., Long, D. M., Levin, M. E. & Follette, W. C. (2013). Treatment development: Can we find a better way? *Clinical Psychology Review*, 33, 870-882.

Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L. & Lutzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900.

## Medikalisierung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie

Deacon beschreibt die Entwicklung und den Einfluss des sogenannten biomedizinischen Modells auf die klinische Psychologie und Psychotherapie und ihre Beforschung. In den USA dominiere die Sichtweise, dass psychische Störungen durch biologische Ursachen im Gehirn verursacht werden, sich qualitativ nicht von körperlichen Erkrankungen unterscheiden und die Behandlung daher auf biologische bzw. pharmakologische Strategien zu fokussieren sei. Folglich sei das Hauptziel der Forschung innerhalb des biomedizinischen Paradigmas, die biologischen Ursachen zu entschlüsseln, und es sei die Aufgabe der Therapieforschung, diese Dysfunktionen zu beheben (S. 847). In einem kurzen historischen Abriss macht Deacon deutlich, wie sich das biomedizinische Verständnis etabliert habe. Im Zuge der Entdeckung der ersten wirksamen Psychopharmaka und anderer invasiver Verfahren wie der Elektrokrampftherapie seit den 1950er-Jahren folgten schnell verschiedene chemische *Imbalance*-Theorien als wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung weiterer Medikamente, die die angenommene Pathophysiologie gezielt verändern

sollten. Das psychiatrische Feld habe sich in der Folge in Freudianer und Anhänger des biomedizinischen Modells gespalten. Die Veröffentlichung des DSM-III durch die American Psychiatric Association (APA) 1980 sei als Reaktion darauf zu verstehen: Es sollte gezielt das biomedizinische Modell propagiert werden, um den Status einer legitimen Fachrichtung innerhalb der wissenschaftlichen Medizin zu erlangen. Die APA habe sich seither für den Schulterchluss mit der Pharmaindustrie entschlossen und gemeinsame Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit habe dazu geführt, dass das National Institute for Mental Health (NIMH) zunehmend Forschung im Rahmen des biomedizinischen Modells gefördert und psychologische Ansätze vernachlässigt habe. Die Bilanz nach nunmehr über 30 Jahren und Milliarden in Neuroscience und Entwicklung neuer Medikamente geflossener Dollar sei allerdings ernüchternd; z. B. sei bislang kein biologischer Marker mit ausreichender Sensitivität und Spezifität gefunden worden, um ein diagnostisches Kriterium für irgendeine psychische Störung darzustellen (Gaudiano & Miller, S. 820; Deacon, S. 851). Das Ziel, auf diese Weise Krankheiten zu finden, die funktionale, ätiologisch begründete, anstelle topografischer Entitäten darstellten, sei vorerst gescheitert (Gaudiano & Miller, S. 817). Wakefield bemängelt in seinem

Beitrag, dass keine Richtungsänderung im Revisionsprozess von DSM-IV zu DSM-V erfolgt sei, als klar wurde, dass mit bahnbrechenden Erkenntnissen aus der Neurowissenschaft nicht mehr zu rechnen war. Dadurch habe schließlich die Validität der Diagnosen gelitten. Gaudiano und Miller merken kritisch an, dass – statt die biologisch orientierten Forschungsprogramme zu hinterfragen – in den USA ein neues Diagnosesystem (*Research Domain Criteria*, RDoC) entwickelt werde, welches nach wie vor betont, dass beobachtbare Verhalten neurale Schaltkreise zugrunde liegen und die Kontextabhängigkeit psychischer Fehlfunktionen vernachlässigt.

Auch die Anti-Stigma-Kampagnen der APA im Zusammenhang mit der Verbreitung des biomedizinischen Modells („Psychische Störungen haben biologische Ursachen wie andere Erkrankungen auch“) seien kontraproduktiv gewesen und hätten Stigmatisierung sogar gefördert. Deacon sieht die Hoffnung, dass es vor allem durch die Erklärung biologischer Defizite bei Menschen mit psychischen Störungen zu einer positiveren Einstellung ihnen gegenüber führen könnte, wohl in einem Missverständnis darüber begründet, was Stigma eigentlich ist (S. 852).

Obwohl die Fachwelt mittlerweile nicht mehr hinter diesen verkürzten Erklärungsansätzen stehe, gebe es immer noch eine deutliche Informationsverzerrung in Richtung biologischer Erklärungen und Behandlungsansätze. Insbesondere die millionenschwere – in den USA zulässige – *direct-to-consumer*-Werbung der Pharmaindustrie mache sich diese Vorstellungen weiterhin zunutze: Personen verlangten vom Arzt die beworbenen Präparate bei vermeintlich zutreffenden Beschwerden und bekämen sie nachweislich häufiger auch verschrieben (S. 850).

## Evidenzbasierte Medizin und psychotherapeutische Praxis

Aus dem Zugzwang heraus, dem seit Ende der 1980er-Jahre verstärkter Anspruch an Evidenzbasierung gerecht zu werden, und

um im Wettbewerb mit medizinischen Disziplinen mithalten zu können, wurden randomisiert-kontrollierte Therapiestudien (randomized controlled trials, RCTs) in Analogie zur Pharmaforschung auch in der Psychotherapieforschung zum Goldstandard erhoben (z. B. Goldfried, S. 864). Ist ein Therapieprogramm mehrmals einer Kontrollbedingung in einer RCT überlegen gewesen, gelte es als „empirically supported treatment“ (EST) und damit als evidenzbasiert. Dieser Ansatz habe zweifelsohne wirksame störungsspezifische Therapieprogramme hervorgebracht, und teilweise sei auch deren Verbreitung in die Routineversorgung (dissemination) gelungen (Deacon, S. 853). Andererseits greife dieser Forschungsansatz aber an vielen Stellen zu kurz. Allem voran wird die mangelnde externe Validität genannt, da die Behandlungen in RCTs stark strukturiert und manualisiert sein müssen und Patientengruppen in der Regel sehr homogen sind. Sowohl die Psychotherapie als auch die Patientstichproben würden daher nicht als repräsentativ für die Praxis wahrgenommen. Zudem mangle es oft an sinnvollen Kontrollbedingungen, und die Wettbewerbsorientierung („horse race“-Ansatz) von RCTs vergesse häufig, Moderatoren und Mediatoren mit zu erheben, die Aufschluss über Wirkmechanismen geben könnten (Deacon, S. 853; Gaudiano & Miller, S. 815; Goldfried, S. 864). Dazu komme, dass der Fokus in RCTs oft nur auf kurzfristigen Effekten liege, längere Follow-Up-Zeiträume seien selten, aber genau dort zeige sich in einigen Fällen die Überlegenheit von Psychotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie (Gaudiano & Miller, S. 817). Goldfried macht in seinem Beitrag darauf aufmerksam, dass sehr aufschlussreich sein könne, genauer die Misserfolgswfälle im Rahmen von Behandlungen mit ESTs zu betrachten. Da werde dann deutlich, dass in solchen Fällen oft Störungen in der Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut vorgelegen hätten. Somit seien sowohl die (evidenzbasierte) Technik als auch die therapeutische Beziehung sowie deren Synergie von entscheidender Bedeutung. Insbesondere komme es aber auf grundsätzliche Prinzipien der Veränderung an, wie z. B. die Bahnung einer positiven Erwartung an die Psychotherapie, die Förderung der Bereitschaft, die

Realität immer wieder zu testen, die Ermöglichung neuer, korrigierender Beziehungserfahrungen usw. (Goldfried, S. 867). Die Berücksichtigung solcher empirisch fundierter Mechanismen wird vielerorts als „evidence based practice“ (EBP) beschrieben. In Erweiterung zum EST-Konzept gehöre zu EBP laut Gaudiano und Miller mehr als durch RCTs belegte Wirksamkeit, nämlich „die Integration der besten verfügbaren Forschungsergebnisse mit klinischer Expertise im Kontext der klinischen Eigenschaften der Patienten, ihres kulturellen Hintergrunds und ihrer Präferenzen“ (S. 815). Dieser Ansatz sei zwar fehleranfälliger, aber auch ideografischer, und werde dadurch der Realität besser gerecht.

### Psychotherapieentwicklung und Forschungsförderung

Das US-amerikanische NIMH habe die öffentliche Förderung für die Entwicklung neuer Psychopharmaka wieder erhöht, da die Forschung für die pharmazeutischen Konzerne aufgrund schwierigerer juristischer und ethischer Rahmenbedingungen unattraktiver geworden sei – womit nun für rein psychologische Forschung weniger Geld übrig bleibe (Gaudiano & Miller, S. 817). Gleichwohl sei es in der Vergangenheit durchaus möglich gewesen, groß angelegte Forschungsprojekte für rein psychologische Konzepte zu realisieren, was sich etwa in der recht umfangreichen Beforschung kognitiv-behavioraler Verfahren niederschlägt. Die Evidenz der kognitiven Verhaltenstherapie wäre heute nicht so beeindruckend, wenn nicht Gesundheitsministerien und private Institutionen große Summen an Forschungsgeldern investiert hätten (Gaudiano & Miller, S. 817). Die im RCT-Paradigma genutzte Kombination aus topografisch definierten Symptomen und technisch sauber definierten Behandlungsmanualen habe hinsichtlich der *Evaluation von Verfahren* in den letzten 30 Jahren viel bewirkt. Für die *Therapieentwicklung* habe sich dieser Ansatz jedoch aufgrund der Notwendigkeit, die Ergebnisse in die Behandlungspraxis zu übertragen, als problematisches Modell erwiesen (Hayes et al., S. 872).

### Die Kluft zwischen Forschung und Anwendung in der Psychotherapie

In mehreren der Beiträge wird insbesondere die Etablierung des biomedizinischen Modells für die entstandene Kluft zwischen forschungs- und anwendungsorientierten klinischen Psychologen verantwortlich gemacht. Die Frage nach der Validität des RCT-Paradigmas sei Gegenstand hitziger Debatten und Grund für die Polarisierung zwischen den Befürwortern von ESTs in der Praxis und deren Gegnern (Deacon, S. 855) geworden. Auch Goldfried postuliert, dass sich dieses Forschungsparadigma immer weniger mit den Bedürfnissen der praktizierenden Psychotherapeuten decke, wenngleich sie von methodischen Fortschritten in der Psychotherapieforschung profitieren. Praktizierende Psychotherapeuten und Forscher lebten in verschiedenen Welten. Die einen seien zu sehr mit der Honorierung von Behandlungsleistungen beschäftigt, die anderen mit der Beschaffung von Forschungsgeldern. Dabei gebe es nur wenige Interaktionspunkte, unter anderem weil die Praxis zu spät in die Entwicklung und Erforschung von Therapieverfahren einbezogen werde (Hayes et al., S. 879). Lilienfeld et al. gehen in ihren Ausführungen der Frage nach, ob und warum klinische Psychologen Widerstände gegenüber EBP hegen. Widerstände gegenüber EBP könnten etwa dadurch entstehen, dass praktische Verfahren unterschiedlich gut wissenschaftlich untermauert seien. Ein praktizierender Psychotherapeut könne sich gedrängt fühlen, seine eigene, lang erprobte Methode aufzugeben oder zumindest zu modifizieren. Forschungsergebnisse, nach denen lang verwendete Verfahren wirkungslos seien, würden von den praktizierenden Psychotherapeuten, die diese Verfahren anwenden, entweder nicht geglaubt oder die Therapeuten seien nicht bereit, diese Informationen über ihre persönlichen Erfahrungen zu stellen. Untersuchungsergebnisse zeigten, dass zumindest eine gewisse Skepsis bei praktizierenden Psychotherapeuten gegenüber der evidenzbasierten Psychotherapie vorhanden sei (S. 887). Zwar erkennen die meisten prak-



tizierenden Psychotherapeuten prinzipiell einen Nutzen der Forschung für die klinische Praxis an – nichtsdestotrotz würden Forschungsergebnisse als weniger relevant im Vergleich zu anderen Informationsquellen eingestuft. Bereits bei Studenten scheint die evidenzbasierte Psychotherapieforschung wenig Begeisterung hervorzurufen. Diese ambivalente Sichtweise erklären Lilienfeld et al. (S. 887) unter anderem durch die schlechte Aufbereitung und Kommunikation der Forschungsergebnisse für praktizierende Psychotherapeuten. Die Autoren haben **sechs Quellen des Widerstands** von Praktikern gegenüber der Forschung herausgearbeitet (S. 888-895):

1. **„Naiver Realismus“:** Hiermit ist der Glaube gemeint, dass die externe Welt tatsächlich so ist, wie wir sie sehen. Praktizierende Psychotherapeuten priorisieren ihre klinische Intuition vor systematischer Forschung. Veränderungen bzw. Verbesserungen während einer Psychotherapie können ohne systematische Untersuchungen jedoch nicht zwingend auf die Psychotherapie zurückgeführt werden, Veränderungen können auch durch andere Faktoren zustande kommen. Solche nur scheinbar therapeutischen Effekte seien zum Beispiel Spontanremissionen, Regression zur Mitte, multiple Behandlungseinflüsse oder aber auch die Rechtfertigung des Aufwands. Alternativ zur evidenzbasierten Psychotherapieforschung wird ein Modell des „klinischen Wissenschaftlers vor Ort“ vorgeschlagen (S. 889). Dabei solle der praktizierende Psychotherapeut im klinischen Setting wie ein Wissenschaftler handeln und denken. Dieses Modell stelle aus den zuvor beschriebenen Gründen keine vollständige Alternative zur EBP dar, könne aber dennoch sinnvoll der Hypothesenentwicklung dienen.
2. **„Mythen und Irrglauben hinsichtlich der menschlichen Natur“:** Solche Fehlkonzeptionen bezögen sich auf Annahmen, warum und wie bestimmte Interventionen wirksam seien, beispielsweise dahingehend, dass das Aufdecken unterdrückter Erinnerungen aus der Kindheit (z. B. durch Hypnose oder geführte Fantasiereisen) Linderung bei Traumata schaffen könnten. Derartige

Techniken könnten jedoch sehr leicht zur Produktion falscher Erinnerung („false memory“) führen, und es gebe keine Belege, dass diese Techniken hilfreich seien. Auch stelle beispielsweise die alleinige Traumdeutung keine adäquate Methode zur Behandlung von Ängsten dar. Behandlungskonzepte, denen bestimmte zweifelhafte Annahmen zugrunde liegen, wie etwa die Überzeugung, dass nur absolute Abstinenz das Ziel von Suchtarbeit sein kann, behinderten massiv die Erreichbarkeit vieler Betroffener.

3. **„Ablehnung der Relevanz von Gruppenwahrscheinlichkeiten für das Individuum“:** Eine dritte Quelle für den Widerstand sehen Lilienfeld et al. darin, dass praktizierende Psychotherapeuten oft nicht erkennen, wie Gruppenwahrscheinlichkeiten für ihre individuellen Patienten relevant sein könnten, und glauben, der Individualität ihrer Patienten durch evidenzbasierte Psychotherapieforschung nicht gerecht werden zu können. Dem könne man allerdings entgegenwirken, indem vermehrt Moderatoren- und Mediatoren-Analysen in Forschungsprogramme aufgenommen würden. Ergebnisse solcher Subgruppen-Analysen, die praxisrelevante Patienten- und Psychotherapeutenmerkmale untersuchen, würden der Individualität der Patienten besser gerecht und seien für Psychotherapeuten besser nachvollziehbar.
4. **„Umkehr der Beweispflicht“:** Empirische Wissenschaft ist vom Wesen her konservativ – nicht zuletzt, weil sich die meisten neuartigen Ideen letztlich als falsch erweisen. Die Beweislast klinischer Behandlungsansätze liegt also bei den Befürwortern eines bislang ungeprüften oder neuen Ansatzes. Lilienfeld et al. betonen, dass hierbei zwischen nicht geprüften und nicht wirksamen Therapien unterschieden werden müsse. Viele humanistische und psychodynamische Therapieansätze müssten nicht zwingend unwirksam sein, sie seien nur noch nicht hinreichend geprüft worden. Der Vorwurf, die evidenzbasierte Psychotherapieforschung sei nicht fair, könne entkräftet werden, wenn solche Psychotherapieansätze nach einer Prüfung in den Kanon wis-

senchaftlich anerkannter Psychotherapien aufgenommen würden. Gleichzeitig müsse es klinischen Forschern erlaubt sein, rigoros auf empirische Evidenz zu bestehen, bevor der Schluss gezogen werde, eine Psychotherapie sei wirksam.

5. **„Fehleinschätzungen dessen, was EBP ist und was nicht“:** Nach Lilienfeld et al. zählen zu solchen Fehleinschätzungen, dass EBP und die zugehörige Therapieforschung...:

- Innovation bei der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden erstickte,
- einen „one size fits all“-Ansatz in der Behandlung erfordere,
- nichtspezifische Einflüsse in der Psychotherapie ausschließe,
- nicht auf Personen generalisiert werden könne, die nicht an den kontrollierten Studien teilgenommen haben,
- alle Belege außer die der RCT außer Acht lasse,
- unnötig sei, denn alle Behandlungen, unabhängig von der Methode, seien gleich effektiv,
- ohnehin stark begrenzt sei, da psychotherapeutische Veränderungen nicht quantifizierbar seien,
- allein schon deswegen fehlerhaft sei, weil menschliches Verhalten nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden könne.

Für alle diese Fehleinschätzungen führen Lilienfeld et al. Argumente an, die derartige skeptische Annahmen infrage stellen. Beispielsweise nennen sie Befunde, die zeigen, dass es durchaus RCTs mit großer ökologischer Validität gibt und sich Ergebnisse kontrollierter Studien durchaus auf die Versorgungsrealität übertragen ließen. Oder sie weisen auf moderne Behandlungsmanuale, die keineswegs mehr wie bei „Malen nach Zahlen“ jeden Schritt vorgeben, sondern explizit die individuelle Ausgestaltung betonen. In Bezug auf die vermeintliche Nichtvermessbarkeit psychotherapeutischer Veränderungen erinnern sie an E. L. Thorndike (1949), der konstatierte: „Wenn etwas existiert, dann existiert es in irgendeiner bestimmten Quantität – und wenn es in

irgendeiner bestimmten Quantität existiert, dann ist es auch messbar.“

### 6. „Pragmatische, einstellungsbezogene oder didaktische Hindernisse“:

Hiermit sprechen Lilienfeld et al. eine Reihe von kritischen Punkten an, die im Grunde nichts mit dem eigentlichen Inhalt von Psychotherapie bzw. deren Erforschung zu tun haben. So bestehen zum Beispiel für Praktiker allein schon deutliche zeitliche Barrieren, sich ausführlich mit Forschungsliteratur, entsprechenden Weiterbildungen oder Supervision bei der Übertragung neuen Wissens in die eigene Praxis zu beschäftigen. Auch der Zugang zu Fortbildungen, Fachzeitschriften oder Übungsmaterialien kann sich schwierig gestalten. Manche Praktiker könnten auch angesichts der überwältigenden Fülle an Forschungsbefunden oder komplexer neuerer, z. T. schwer verständlicher statistischer Methoden abgeschreckt werden. Diese Probleme seien durchaus auch einer gewissen Elfenbeinturm-Mentalität seitens der Forschung geschuldet.

## Wie kann die Kluft zwischen Psychotherapiepraxis und Psychotherapieforschung verkleinert werden?

Eine Übersicht über Probleme, die zur Vertiefung der Kluft zwischen Forschung und Praxis beitragen, sowie über diesbezügliche Lösungsansätze liefert nebenstehende Tabelle.

Lilienfeld et al. gestehen bei ihrer ausführlichen Darstellung der Widerstände der Praktiker gegenüber evidenzbasierter Psychotherapie zu, dass einige davon durchaus verständlich seien. Und letztlich lerne man ohnehin als Psychotherapeut, dass man auf Widerstände eingehen müsse, sonst schadeten sie der therapeutischen Beziehung. Dabei seien Widerstände keineswegs an sich pathologisch – sie müssten nur angemessen thematisiert und bearbeitet werden. Widerstände könnten zum Beispiel bei Praktikern oder Psycho-

**Tabelle: Scientist-Practitioner-gap: Probleme und Lösungsansätze**  
(nach Lilienfeld et al., 2013)

Probleme, die zur Vertiefung der Kluft zwischen Forschung und Praxis, beitragen	Lösungsansätze zur Überwindung dieser Kluft
Fehleinschätzung dessen, um was es sich bei „Evidenzbasierter Praxis“ überhaupt handelt	Spezifische, vorhandene Gegenargumente und Aufklärungen heranziehen
Naiver Realismus	Kenntnisse über Folgen des naiven Realismus können der Überzeugung dienen, evidenzbasiert zu arbeiten; Modell des Wissenschaftlers vor Ort zur Hypothesenbildung
Mythen und Irrglauben	Identifizieren und Korrigieren
Glaube, dass Gruppenwahrscheinlichkeiten der Individualität des einzelnen Patienten nicht gerecht werden	Identifizierung von Moderatorvariablen
Praktische Hindernisse, an Quellen zu gelangen	Freier/problemloser Zugang der praktizierenden Psychotherapeuten zu Übungsmaterialien, Forschungsergebnissen, Literatur und Manualen
Kaum Interaktion zwischen praktizierenden Psychotherapeuten und Forschung	Schaffen von gemeinsamen Foren und Netzwerken
Schwierigkeiten, Kerneinstellungen von praktizierenden Psychotherapeuten hinsichtlich der eigenen Methoden zu ändern	Beachtung der psychologischen Erkenntnisse hinsichtlich Einstellungsänderungen – schrittweises Einführen evidenzbasierter Psychotherapie, um Reaktanz zu vermeiden
Komplexität von Fachartikeln, mangelnde Kenntnisse und mangelnde Übung bei der Anwendung und Interpretation statistischer Methoden	Aufbereitung von Fachartikeln in einer „leicht verdaulichen“ Form; Fortbildungen für praktizierende Psychotherapeuten, um Fachartikel und Forschung richtig interpretieren zu können
Zersplitterung der einzelnen Psychotherapierichtungen, Fehlen einer gemeinsamen starken Stimme	Verbesserte Öffentlichkeitsarbeit im Dienste aller Psychotherapierichtungen
Psychotherapeuten, die evidenzbasiert arbeiten, haben keinen wirtschaftlichen Vorteil und keine bessere Anerkennung gegenüber den nicht evidenzbasiert-orientierten Psychotherapeuten	Anreize, auch in finanzieller Hinsicht, evidenzbasiert zu arbeiten
Mangelnde Kommunikation mit Politik und Öffentlichkeit hinsichtlich der Vorteile von Psychotherapie	Nach ausreichender Evidenzprüfung direktes Ansprechen der Betroffenen
Stärkerer Austausch zwischen Forschung und Praxis bereits während der Therapieentwicklung	z. B. „Contextual behavioral science modell of treatment development“ von Hayes et al.
Vergeudung von Ressourcen und Geldern	Beachtung der Public-Health-Relevanz, Erforschung von Moderatorvariablen, Einbeziehen der Praktiker in den Forschungsprozess von Anfang an

therapeuten in Ausbildung oft bereits allein dadurch verringert werden, dass ausdrücklich auf die genannten Probleme hingewiesen werde (wie etwa auf den naiven Realismus, unechte therapeutische Effekte oder den „*bias blind spot*“, der verhindert, eigene Fehler zu entdecken, und diese nur bei anderen vermutet). Diese und andere Mechanismen der Einstellungsbildung müssten explizit in der Lehre – auch in direktem Zusammenhang mit klinischer Urteilsbildung – thematisiert werden. Studenten sollten dazu angehalten werden, nach dem „Warum?“ in der Psychotherapieforschung zu fragen und nicht nur nach dem „Was?“. Aufgabe von Aus- und Fortbildungen sei es auch, oben genannte Mythen zu identifizieren und zu korrigieren. Der Widerstand könne durch intensivere Beziehungen zwischen Psychologen in der Praxis und Psychologen in der Forschung reduziert werden (z. B. Diskussion von Fallbeispielen, gegenseitige Instruktion, verstärkter Einbezug von Praktikern in allen Phasen des Forschungsprozesses, angefangen bei der Wahl geeigneter Fragestellungen). Insbesondere sei darauf zu achten, dass Reaktanz minimiert werde, etwa indem bestimmte wissenschaftliche Meinungsführer, die bei Praktikern wenig Glaubwürdigkeit genießen, quasi Vorschriften „aus dem Elfenbeinturm“ machen. Hierbei kann es zunächst sinnvoller sein, einzelne Aspekte und Techniken einzuführen, als gleich ganze Programme umsetzen zu wollen („EBP an sich: ja oder nein?“). Großer Bedarf bestehe auch an Fachartikeln, die in leicht zugänglichen Einheiten für Praktiker abgefasst sind, sodass die neuesten Ergebnisse auch direkt in der Praxis umgesetzt werden können. Andererseits sollten Praktiker durch die nötigen Fortbildungen lernen, Ergebnisse aus der Wissenschaft richtig interpretieren zu können. Lilienfeld et al. schließen mit der Empfehlung, dass diejenigen, die Ansätze von EBP in der Psychotherapie vertreten und verbreiten möchten, sich schlichtweg „psychologischer“ anstellen mögen, indem sie zunächst einmal ein Verständnis für die Widerstände auf Praktikerseite entwickeln (S. 897).

Gaudiano und Miller fordern Psychologen und Psychotherapeuten dazu auf, trotz ihrer vielfältigen theoretischen Ausrichtun-

gen stärker für ihre gemeinsamen Interessen einzutreten (S. 821f.). Die evidenzbasierte Psychotherapieforschung müsse deutlicher gegenüber anderen Berufsgruppen vertreten werden, wofür es auf Forschungsseite mehr Gelder und mehr Zeit brauche. Seitens der praktizierenden Psychotherapeuten könne die Motivation erhöht werden, evidenzbasierte Psychotherapie zu betreiben, indem dies von den Krankenkassen gefördert werde. Die Öffentlichkeit müsse für die evidenzbasierte Psychotherapieforschung gewonnen und über die Vorteile psychosozialer Methoden wie Psychotherapie gegenüber Pharmakotherapie informiert werden. Damit stünden vor allem auch wissenschaftliche Fachgesellschaften stark in der Verantwortung. Gezielte Informationen über die Effektivität von Psychotherapie müssten an die Politik weitergeleitet werden. Nach gründlicher Prüfung der Evidenz könne dann auch eine direkte Hinwendung an den Verbraucher (z. B. über Kampagnen) erfolgen. Auch Goldfried schlägt zur Überwindung der Kluft die Einrichtung von Foren vor, in denen sich Forscher und Praktiker austauschen und Netzwerke aufbauen können. Zudem müsse der Austausch in beide Richtungen stattfinden: Praktiker sollen beispielsweise Rückmeldung über die Anwendung der neuesten Forschungsergebnisse an die Wissenschaft geben, auf deren Grundlage weiter geforscht werden kann (S. 868f.). Es habe bereits erfolgreiche Initiativen in diese Richtung gegeben, wie etwa die Gründung der Society for the Exploration of Psychotherapy Integration ([www.sepiweb.org](http://www.sepiweb.org)), die seit 30 Jahren kollaborative Forschungsprojekte fördert, oder die „*two-way bridge*“-Initiative der Society of Clinical Psychology der American Psychological Association von 2010, die systematische Erfahrungen von Praktikern mit der Anwendung von ESTs gesammelt habe. Dazu lägen nun erste Ergebnisse vor.

Deacon plädiert ebenfalls dafür, zunächst Diskrepanzen innerhalb der psychologischen psychiatrischen Fachrichtungen zu überwinden. Es sei offensichtlich, dass die klinische Psychologie zunächst Ordnung im eigenen Haus schaffen müsse, wenn die Profession psychologische Behandlungen auf einem hochkompetitiven Gesundheitsmarkt voranbringen wolle (S. 855).

Ein kritischer Dialog, zum Beispiel über Nutzen und Grenzen des RCT-Paradigmas, werde innerhalb der klinischen Psychologie bereits auf konstruktive, respektvolle Art und Weise möglich und viele Forscher konzentrierten sich (wieder) mehr auf Prozessvariablen. Die Macht des biomedizinischen Modells sei allerdings in Diskussionen der letzten Zeit massiv spürbar. Deacon kritisiert, dass Einzelpersonen oder Organisationen, die öffentlich die Effektivität psychiatrischer Medikation, die Validität von DSM-definierten Diagnosen oder die wissenschaftliche Basis von Hirnerkrankungstheorien psychischer Störungen anzweifeln, oft reflexhaft als ignorant, inkompetent und gefährlich diskreditiert würden (S. 856). Insbesondere die APA habe sich hierbei in den vergangenen Jahren unrühmlich hervorgetan, indem sie auf unseriöse Weise auf derlei Kritik reagierte. Solange aber bestimmte Fragen wie etwa die folgenden nicht offen diskutiert würden, sei nach Deacon die Qualität der Versorgung psychisch Kranker und die Glaubwürdigkeit der Behandler in Gefahr:

- Wie können psychische Störungen hirnganorganisch begründet sein, wenn sich trotz extrem hohem Forschungsaufwand keine biologischen Marker finden lassen?
- Wie sieht chemisches Gleichgewicht im Gehirn aus, von dem man Ungleichgewicht abgrenzen könnte, wenn direkte, valide und klinisch nützliche Messmethoden des Transmitterhaushalts gar nicht existieren?
- Warum wurden diese (biologisch orientierten) Theorien dennoch so stark von Institutionen wie der APA und des NIMH unterstützt und bis heute nicht mit gleicher Anstrengung richtiggestellt, obwohl die Fachwelt nicht mehr dahinter stehen kann („*last century thinking*“)? Welche Rolle spielen Interessenskonflikte und Verwicklungen mit der Pharmaindustrie? Sollten weiterhin Millionen von Dollar hauptsächlich in biomedizinische Erforschung psychischer Erkrankungen investiert werden und politische Ämter weiterhin vorrangig von Unterstützern dieses Modells besetzt bleiben?
- Warum steigt die Schwere und Chronizität psychischer Erkrankungen trotz zu-

nehmender Verschreibungszahlen wirksamer und angeblich unschädlicher Medikamente?

Hayes et al. sehen einen wichtigen Lösungsansatz für die zuvor beschriebenen Probleme darin, dass bei der Therapieentwicklung von Anfang an die Praxis in die Forschung mit einbezogen wird. Um das „aneinander Vorbearbeiten“ von Praxis und Forschung sowie die Vergeudung von Ressourcen und Geldern zu verhindern, schlagen sie eine neue Forschungsstrategie vor („*Contextual behavioral science*

*model of treatment development*“, S. 871f.). Das Modell gründet auf einigen philosophischen und theoretischen Überlegungen für die Therapieentwicklung. Mögliche Probleme bei der Umsetzbarkeit oder Verbreitung sollten schon während der Entwicklung der Verfahren berücksichtigt werden. Die Versorgungsrelevanz müsse dabei im Auge behalten und die gesellschaftliche Belastung in Relation gesetzt werden. Dabei sollten Moderatorvariablen die Verbindung zwischen nomothetischen und ideographischen Ansätzen herstellen. Ein solches System zur Entwicklung von Be-

handlungsverfahren müsse sensitiv sein für individuelle Merkmale wie Kultur, Werte oder aktuelle Veränderungsbereitschaft, aber auch für Theorien und Prinzipien sowie für praktischere Entwicklungsstrategien. Einzelne Interessen verschiedener Teilgruppen der Psychologenschaft müssten zugunsten kooperativer Projekte in den Hintergrund gestellt werden. Der Fortschritt in der Entwicklung von Verfahren hinge sowohl von harter Arbeit und Kreativität der Psychologie als Gemeinschaft als auch von einer übergreifenden Strategie ab.

## Kommentar zur Artikelserie in *Clinical Psychology Review* 33 (7)

Die vorgestellte Sonderausgabe des *Clinical Psychology Review* bietet einen interessanten und umfassenden Einblick in die aktuellen Debatten und die umfangreiche einschlägige Literatur zum Stand der amerikanischen Psychotherapieforschung und ihre politische Verortung. Diese Artikel entbehren nicht einer gewissen politischen Verve – zum Beispiel, wenn es um Attacken auf die Vorherrschaft pharmakologischer Forschung und Therapie geht –, sind aber durchweg um Differenzierung und Seriosität bemüht. Sicherlich wirken sich die beschriebenen Entwicklungen auch auf die Psychotherapieforschung in Europa aus, da die USA einen großen Teil der „*scientific community*“ ausmachen. Es gibt aber zweifelsohne wichtige Unterschiede. In Deutschland sind die sogenannten Richtlinien-Verfahren der Psychotherapie Regelleistungen der Krankenkassen und es gibt keine direkt an den Verbraucher adressierte Werbung für Psychopharmaka. Das mag angesichts der beschriebenen Auswirkungen einerseits den politischen Druck geringer erscheinen lassen, andererseits muss auch hierzulande immer wieder – unter anderem gegenüber Populärmedien – für eine Versachlichung der relevanten Debatten eingetreten werden. Die äußerst emotional und engagiert geführte Diskussion um die Einführung des DSM V scheint beispielsweise hierzulande zu einem Schauplatz für grundlegendere Fragen um das biomedizinische Verständnis von psychischen Störungen und die pharmakologische Versorgung psychischer Erkrankungen geworden zu sein. Weitere Unterschiede zwischen der US-amerikani-

schen und der europäischen Situation bestehen darin, dass beispielsweise in Großbritannien die öffentliche Förderung nicht-pharmakologischer Behandlungen mit Psychotherapie und anderen psychosozialen Interventionen weitaus besser ausgebaut ist als in den USA und hinsichtlich der Behandlungsleitlinien eine ganz andere Kultur der Akzeptanz von EBP herrscht (vgl. National Institute for Health and Clinical Excellence; [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

Auch in Deutschland und Europa gibt es wieder zunehmend Bestrebungen, Psychotherapieforschung jenseits des RCT-Paradigmas voranzutreiben. Beispielsweise wird in Großbritannien ein Forschungsprojekt zur Therapieevaluation bei Depression im Jugendalter gefördert, in dem eine umfangreiche qualitative Studie in ein RCT-Studiendesign integriert wurde. So sollen, im Sinne eines „*mixed-methods*“-Ansatzes, nicht nur Erkenntnisse über die Wirksamkeit und möglicherweise Überlegenheit einzelner Verfahren gewonnen werden, sondern auch über Wirkmechanismen und differenzielle Indikation (Midgley et al., 2013). Es wäre wünschenswert, wenn weitere Forschergruppen sich dieser vielversprechenden Strategie anschließen und sich trauen würden, gemeinsam neues methodisches (quantitatives sowie qualitatives) und konzeptuelles Terrain zu betreten und derartige Projekte auch in Deutschland gefördert würden. Dabei geht es zum einen um eine Vielfalt von Methoden und zum anderen um eine Vielfalt von inhaltlichen Zugängen. Es gilt, vor allem den Erhalt bzw. die Weiterentwicklung von

psychologischer und Verhaltensforschung – wie z. B. „*Roadmap for Mental Health Research in Europe*“, ROAMER; Wittchen, Knappe, Andersson et al., 2014; siehe Kurzüberblick zum ROAMER-Projekt im Kasten Seite 182 – sicherzustellen und allzu einseitige Neuroscience- bzw. pharmakologische Ausrichtung zu verhindern. In Bezug auf die Vorschläge zur Verkleinerung der Praxis-Forschungs-Kluft lässt die international herausragende Situation in Deutschland, dass Psychotherapien vollständig kassenfinanziert sind, manche Ideen der Autoren, z. B. die Motivation bei den praktizierenden Psychotherapeuten zur Anwendung von evidenzbasierten Psychotherapien durch Kassenfinanzierung zu erhöhen (Gaudio & Miller), als nicht besonders zutreffend erscheinen. Während in US-amerikanischen Studien sowohl Psychotherapeuten als auch Patienten vor allem durch die Finanzierung der Behandlungsstunden anhand von Drittmitteln zu einer Teilnahme an Psychotherapiestudien motiviert werden können, sind hierzulande vor allem der verstärkte interdisziplinäre Dialog, die Beteiligung an der Entwicklung von praxisrelevanten Fragestellungen, der Übertrag von klinisch interessanten sowie leicht umsetzbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis und die Rückmeldung der Forschungsergebnisse an die beteiligten Praktiker mögliche Anreize. Um Praxis und Forschung näher zueinander zu bringen, ist es allerdings nötig, dass beide Felder in den Dialog treten und gegenseitige Forderungen stellen wie auch Verständnis für die berufliche Realität der anderen aufbringen. Dazu gehört zum Beispiel die



## ROAMER – „A Roadmap for Mental Health Research in Europe“

Der Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit sowie die Prävention, Erkennung und Behandlung psychischer Störungen stellen zentrale Herausforderungen an die Sozial-, Gesundheits- und letztlich Forschungspolitik dar, auch angesichts rückläufiger Investitionen von öffentlichen Institutionen, der Pharmaindustrie und privater Stifter in die Forschung. Dies gilt ähnlich wie in den USA auch in Europa, wobei es eine vergleichbar einflussreiche Institution wie das NIMH für Europa nicht gibt. Seit 2011 hat sich das ROAMER-Konsortium ([www.roamer-mh.org](http://www.roamer-mh.org); FP7/2007-2013; agreement no. 282586) dieser Herausforderungen angenommen: Wissenschaftlich und praktisch tätige Psychologen, Psychiater und Neurowissenschaftler arbeiten zusammen mit Vertretern von Patienten, Versorgern, Behandlern, Förderinstitutionen und politischen Entscheidungsträgern aus ganz Europa daran, eine europäische Agenda (*roadmap*) für die Erforschung psychischer Gesundheit in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren zu entwerfen. Dazu wurden in den sechs Bereichen (1) Infrastrukturen und Kapazitätsaufbau, (2) Biomedizin, (3) Psychologische Forschung und Interventionen, (4) Soziale und ökonomische Aspekte, (5) Öffentliches Gesundheitswesen und (6) Wohlbefinden der aktuelle Kenntnisstand und Expertenwissen zusammengetragen. Es wurden auch Unklarheiten und Lücken aufgezeigt, um benötigte Fortschritte zu identifizieren und zu priorisieren. Diese Agenda will zukünftige Ausschreibungen und Förderlinien, wie etwa das EU-Rahmenprogramm Horizon 2020 mitgestalten, und wirbt – begründet auf den Ergebnissen dieser umfangreichen Recherchen – für koordinierte, interdisziplinäre und kollaborative Aktivitäten in Grundlagen- und Anwendungsforschung sowie dem öffentlichen Gesundheitswesen, um angesichts begrenzter Ressourcen ein Maximum an Erkenntnisgewinn, Implementation und Dissemination zu erreichen. Um die vielfach beschriebene Diskrepanz zwischen Forschungsinteressen und gesellschaftlicher Relevanz zu überwinden, muss auch die Position der Psychologie als eigenständige Verhaltensforschung gestärkt werden. Sie liefert eine Vielzahl an Theorien und methodischen Herangehensweisen, die in wechselseitiger Ergänzung statt in Konkurrenz mit biomedizinischen, neurowissenschaftlichen und anderen Ansätzen das Verständnis von psychischer Gesundheit und psychischen Störungen prägt. Standpunkte und Kommentare des ROAMER-Konsortiums aus dem Bereich der Psychologischen Forschung und Interventionen wurden jüngst in einer Sonderausgabe des *International Journal of Methods in Psychiatric Research (IJMPR; Suppl 23 (1))* veröffentlicht. Die Volltexte können bei der Autorin erfragt werden.

Dr. Dipl.-Psych. Susanne Knappe

Technische Universität Dresden  
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Chemnitzer Str. 46  
01187 Dresden  
[susanne.knappe@tu-dresden.de](mailto:susanne.knappe@tu-dresden.de)

Berücksichtigung von geringen Kapazitäten für Forschungsfragen auf der Praktikerseite.

Zum Beispiel hat Padberg (2011, 2012) auf Mängel bei der Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse hingewiesen: Psychotherapeuten lesen keine Forschungsliteratur, weil diese nicht instruiert, nicht wirklich informiert – und nicht inspiriert. Orientierung fänden Praktiker eher an anderer Stel-

le, etwa in der praktischen Ausbildung, während der Supervision, an konkreten Beispielen und in überwältigendem Maße in der Arbeit mit den Klienten selbst. Forschungsarbeiten, die auf Falldarstellungen und praktische und anschauliche Schilderungen verzichten, können keine Maßstäbe setzen und verschenken Möglichkeiten des wohlwollenden Nachvollziehens auf Praktikerseite. Der „*local clinical scientist*“, der bei Lilienfeld et al. vorgeschlagen wird,

nimmt insbesondere auf ein in Deutschland nicht vorhandenes Modell Bezug: PsyD-Programme (*PsyD: Doctor of Psychology*), die eine Promotion in starker klinischer Ausrichtung mit Behandlungsfällen bei gleichzeitiger Ausbildung zum Psychotherapeuten ermöglichen. Analog dazu könnte somit schon im Rahmen der akademischen wie klinischen Ausbildung die klinische und wissenschaftliche Identität gleichsinnig gefördert werden – was der Kluft entgegenwirken könnte. Die von einigen der Autoren genannte Kluft zum „akademischen Elfenbeinturm“ weist darauf hin, dass gerade die Kooperation zwischen universitären und klinischen Einrichtungen intensiviert werden sollte. So wurden zum Beispiel im „Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt“ (Leitung S. Hörz-Sagstetter & W. Mertens; vgl. Mertens, 2014) die Perspektive der Psychotherapeuten durch Fragebögen und Interviews mit einbezogen sowie der Austausch durch Diskussion der Zwischenergebnisse gefördert. Beispielsweise wurden hier formalisierte und praxisalltägliche Formen der Diagnostik gegenübergestellt (Erhardt et al., 2010). Ein weiteres prominentes Beispiel ist die SOPHO-PRAX-Studie, bei der über kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychodynamische Verfahren hinweg auch naturalistisch durchgeführte Therapien im Feld untersucht werden (Hoyer, Strauß et al., 2014).

**Fazit:** Die Kompetenzen der Wissenschaftler (v. a. didaktische Verbreitung der klinisch gewonnenen Erkenntnisse, Entwicklung und Durchführung von Forschungsdesigns, Einwerbung von Projektgeldern) und der Kliniker (z. B. praktische Expertise, klinische Hypothesen, Umsetzbarkeit) sollten mehr synergistisch genutzt werden. Diese große Expertise, die Praktiker und Forscher gemeinsam im Bereich der Psychotherapie besitzen, sollte selbstbewusst vertreten werden, nicht zuletzt, um langfristig eine professionelle, hochwertige psychosoziale Versorgung sicherzustellen.

### Literatur

Erhardt, I., Mertens, W., Benecke, C., Zehleitner, M. & Hörz, S. (2010). Kassenanträge für psychoanalytische Psychotherapie und OPD-2 im Vergleich. *Psycho-*

*therapie und Sozialwissenschaft, 1, 79-106.*

Hoyer, J. & Strauß, B. (2014). *Wie erfolgreich sind niedergelassene Psychologische PsychotherapeutInnen bei der Behandlung der Sozialen Phobie? Ergebnisse der SOPHONet-Vergleichsstudie unter besonderer Berücksichtigung von Bindungs- und Beziehungsfaktoren.* Plenumsvorträge auf dem 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag, Leipzig, 22.3.2014.

Mertens, W. (2014). Psychoanalytische Psychotherapieforschung. In W. Mertens, *Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. Eine Standortbestimmung* (S. 110-134). Stuttgart: Kohlhammer .

Midgley, N., Ansaldo, F. & Target, M. (2013). The Meaningful Assessment of Therapy

Outcomes: Incorporating a Qualitative Study Into a Randomized Controlled-Trial Evaluating the Treatment of Adolescent Depression. *Psychotherapy*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0034179

Padberg, T. (2011). Vom Scientist-Practitioner zum Practicing Scientist. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 43* (3), 625-638.

Padberg, T. (2012). Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur? *Psychotherapeutenjournal, 11* (1), 10-17.

Wittchen, H.-U., Knappe, S., Andersson, G. et al. (2014). The need for a behavioural science focus in research on mental health and mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23* (Suppl. 1), 28-40.



*Dipl.-Psych. Anna Eiling studiert Psychotherapie (Master of Science) in Kombination mit der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) an der Psychologischen Hochschule Berlin. Ihre wissenschaftlichen Interessensschwerpunkte liegen in der Psychotherapieforschung und im Bereich der Depressionen und Traumatisierungen.*

**Dipl.-Psych. Anna Eiling**

Psychologische Hochschule Berlin  
a.eiling@psychologische-hochschule.de

# Buchrezensionen

**Hardt, J. (2013). Methode und Techniken der Psychoanalyse. Versuche zur Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag. 242 Seiten. 24,90 €.**

Gerhard Bliersbach

Eine Patientin hat ihre erste Stunde. „Vorher ruft sie noch schnell an“, beginnt Jürgen Hardt sein Beispiel einer psychotherapeutischen Sitzung, „und möchte wissen, wo sie parken kann, weil es so schwierig sei, einen Parkplatz zu finden. Gehört dieses Telefonat zur ersten Stunde? Was ist mit der Begrüßung, dem oft schwierigen Übergang von einer Alltagsbegegnung in das vom Alltagsverstand aus gesehen fast absonderliche Arrangement?“ (S. 9). Das Beispiel stammt aus dem ersten Kapitel *Methoden und Techniken*; der Titel dieses Kapitels ist der Titel seines Buches. Jürgen Hardt skizziert in den nachfolgenden sechzehn unterschiedlich adressierten Texten (Vorträge auf Tagungen, Beiträge für Publikationen) sein Grundverständnis von psychoanalytisch orientierter Psychotherapie als einer systematisch verfremdeten, ihre Subtexte explorierenden Begegnung. Das Telefonat der Patientin gehört selbstverständlich zum Kontext der psychotherapeutischen Stunde als Artikulation ihrer nicht bewussten seelischen Bewegungen beim Aufsuchen einer fremden Situation.

Mit seinen Texten unternimmt Jürgen Hardt seine Standortbestimmung als psychoanalytischer Psychotherapeut sowohl in praktischer wie in wissenschaftstheoretischer Hinsicht. In praktischer Hinsicht unterscheidet er präzise zwischen *der Methode* und *den Techniken*: Während die Methode die Handlungsseite der Theorie darstellt – gewissermaßen deren forschende Suchhaltung –, sind die Techniken, wie er sagt, *systemneutrale* (S. 86), *geordnete Tätigkeitsformen* im jeweiligen Rahmen eines psychotherapeutischen Verfahrens (beispielsweise: ambulante oder stationäre Psychotherapie; soziotherapeutische oder Paartherapie). So gehört das Assozi-

ieren zu den Inhalten eines Traumes, von der theoriegeleiteten Aufforderung ange-regt, sich den Bewegungen psychischer Kontexte im Dienst ihrer Untersuchung zu überlassen, wie auch die Exploration der latenten Bedeutungen des Anrufens und Fragens nach einem Parkplatz kurz vor der Stunde zu der psychoanalytischen Forschungshaltung der Therapeutin oder des Therapeuten.

In wissenschaftstheoretischer Hinsicht plädiert Jürgen Hardt für einen eigenen Status. Das psychoanalytische Vorgehen, sagt er, „entzieht sich der Dichotomie von Geistes- und Naturwissenschaften, ist mit Hermeneutik, auch Tiefenhermeneutik, nicht zur Gänze fassbar, sie überschreitet die teilnehmende Beobachtung, weil sich das Forschungsobjekt in den Prozess einbeziehen lässt“ (S. 16). Dessen wissenschaftliche Zukunft, schreibt er, bestünde nicht „in der neurobiologischen Bestätigung, sondern darin, dass sie ihren eigenen Gegenstand, das unbewusste Seelische, konsequent weiter erforscht“ (S. 109). Dagegen habe ich nichts einzuwenden; die neurobiologische Forschung hat hinsichtlich *unserer* relevanten Kontexte bislang die Befunde sozialisationspsychologischer Forschung verdoppelt. Schwierig ist Jürgen Hardts Begründung des eigenen wissenschaftstheoretischen Status. Zwei Autoren bietet er für seine Argumentation auf: Sigmund Freud und Wilhelm Salber, seinen Kölner Universitätslehrer, der mit seinem Konzept der *Gegenstandsbildung*<sup>1</sup> eine auf die Erfassung und Systematisierung des *seelischen Geschehens* – ein Begriff des Psychischen, den beide Autoren verwenden – zugeschnittene Wissenschaftstheorie entworfen hat, die die Paradigmata der Phänomenologie, der Gestalt-

psychologie und der Psychoanalyse eingearbeitet hat. In Sigmund Freuds letzter deutschsprachiger Arbeit mit dem englischen Titel „Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis“<sup>2</sup> fand Hardt dessen Konzeption der Psychoanalyse als Wissenschaft von der *Natur* des Seelischen. Aber beide Autoren haben eine beschreibende, phänomenologische, selbstexplorative Form der Erfassung seelischer Bewegungen bevorzugt und sind damit dem geisteswissenschaftlichen Paradigma verpflichtet geblieben. Insofern nimmt Jürgen Hardt eine wissenschaftstheoretisch weiter zu begründende Position ein.

Jürgen Hardt hat eine sehr ambitionierte Publikation vorgelegt. In einer Zeit forcierter Verdichtung unserer Tätigkeiten hat es die Langsamkeit der explorativen Nachdenklichkeit schwer. Psychotherapien sollen möglichst schnell und effektiv zugleich sein. Aber seelische Prozesse sind natürliche Bewegungen mit eigenen Rhythmen und eigenem Takt. Ihnen angemessen zu folgen – dafür plädiert Jürgen Hardt; er favorisiert die psychoanalytisch orientierte Erforschung im Tempo der Zeitlupe. Wer sich mit den Komplikationen und dem Reichtum dieses Vorgehens beschäftigen will, ist mit diesem Buch gut bedient.

Gerhard Bliersbach,  
Hückelhoven

- 1 Salber, W. (1959). Der Psychische Gegenstand. Untersuchungen zur Frage des psychologischen Erfassens und Klassifizierens. Bonn: Bouvier.
- 2 Freud, S. (1938). Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis. In S. Freud, Gesammelte Werke (Bd. XVII, S. 139-147) Frankfurt a. M.: Fischer.

**Wienberg, G., Walther, C. & Berg, M. (2013). PEGASUS – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen (6., völlig neu überarbeitete Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag. 256 Seiten, mit CD-Rom. 49,95 €.**

**Benedikt Waldherr**

Die Begriffe „Psychoedukation“, „Schizophrenie“ und „schizoaffektive Psychose“ stehen nicht im Vordergrund der Arbeit ambulant tätiger Psychotherapeuten. Regelmäßig finden sich diese Begriffe im Bereich der Sozialpsychiatrischen Dienste, der stationären Behandlung und der teilstationären Einrichtungen.

Mit dem Buch „PEGASUS – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen“ von G. Wienberg und Kollegen erhält man ein übersichtlich gestaltetes Arbeitsbuch in robuster handlicher Aufmachung für den häufigen Gebrauch sowie eine sehr übersichtliche und einfach zu handhabende CD-Rom mit umfangreichen Arbeitsmaterialien.

Das Programm umfasst 14 schlüssig aufeinander aufbauende Gruppenstunden. Anschaulich wird ein Konzept vermittelt, das betroffene Patienten didaktisch klar und gut strukturiert über das Entstehungsmodell und Behandlungsmöglichkeiten bei schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen informiert. Gedacht ist das Programm für die Gruppenarbeit mit Betroffenen, die bereits einmal oder mehrmals an psychotischen Episoden gelitten haben.

Das Programm ist für Gruppen von sechs bis acht Patienten ausgelegt, die von jeweils zwei Moderatoren in der Zeiteinheit von 60 Minuten über Störungsmodell, biopsychosoziale Faktoren, akute Verläufe, Psychotherapie, Pharmakotherapie und Krisenprävention bei psychotischen Störungsbildern informiert werden. Im Zentrum dieses psychoedukativen Konzepts stehen die aktive Beteiligung der Betroffenen und die Einbindung in einen aktiven Gruppenprozess. Die individuellen Erleb-

nisweisen ihrer Erkrankung und ihre subjektiven Erfahrungen mit der Erkrankung sollen die Gruppenteilnehmer mit den wissenschaftlichen Fakten und objektiven Erkenntnissen verbinden.

Zentrale Ziele des Programmes sind, Verständnis für und Wissen über die eigene Erkrankung zu vermitteln, Krankheitsbewältigungsverhalten anzuleiten und zu fördern und Compliance in der medikamentösen Therapie zu erhöhen. Psychoedukation als Teil eines umfassenden Behandlungskonzeptes ist, gerade bei Menschen mit Schizophrenie und schizoaffektiven Psychosen, ein wichtiger Baustein, um die psychotherapeutischen Maßnahmen einzubetten, die sich ergänzenden Therapieelemente zu erklären und in einen übersichtlichen Zusammenhang zu stellen.

Wichtig an dem vorgestellten Programm ist das interdisziplinäre Herangehen. Pegasus wendet sich also nicht nur an Psychotherapeuten, sondern auch an Sozialpädagogen und Ärzte, die in diesem Bereich arbeiten. Die Autoren sind lang erfahren in verschiedenen Bereichen der Psychiatrie und Psychoedukation. Das Pegasus-Programm ist erstmals 1995 erschienen und wurde seither kontinuierlich erprobt und weiterentwickelt. Inzwischen hat es sich in über 600 psychoedukativen Gruppen bewährt. In diese 6. Auflage sind viele Erfahrungen aus der bisherigen Gruppenarbeit, die überwiegend im stationären oder teilstationären Setting stattgefunden hat, eingeflossen. Neben dem bisher schon bewährten Einsatzgebiet der Strukturierung und Durchführung von psychoedukativen Gruppen ist es auch für die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting hochinteressant. Das Pegasus-Programm beinhaltet viel Wissen und Erfahrung in didaktisch gut

aufbereiteter Form über die Arbeit mit schizophren oder schizoaffektiv erkrankten Patienten. Es informiert anschaulich und umfassend über alle Sachverhalte, die ein Betroffener zur besseren Bewältigung seiner Störung benötigt. Damit gibt es einen Rahmen vor, in dem ambulante Psychotherapie schizophrener erkrankter Menschen gut verankert werden kann, auch wenn man die Wissensinhalte in der Einzeltherapie einsetzt und verwendet.

Vielleicht sind die Arbeitsmaterialien, die auf der mitgelieferten CD-Rom aufbereitet sind, etwas überdimensioniert, da sie ja für eine Gruppenarbeit ausgelegt sind. Aber sie liefern wertvolle Anregungen für jeden Psychotherapeuten, der psychoedukative Elemente in seiner Psychotherapie verwendet. Insbesondere ist es aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten hilfreich, die Patienten zur Mitarbeit über Pencil-and-Paper-Hausaufgaben zu motivieren und so zur vertieften Auseinandersetzung mit ihrem Störungsbild anzuleiten, um letztlich auch weitergehende kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapietechniken daran anzuknüpfen und einzubauen.

Das Buch ist für jeden zu empfehlen, der sich in seiner Arbeit als Psychotherapeut diesem Patientenkollektiv zuwenden will, weil es die notwendigen Informationen und pädagogischen Schritte in kluger Abfolge, erprobt und aufeinander abgestimmt, vermittelt. Natürlich ersetzt es kein Fachbuch über die aktuellen Forschungsbefunde zum Thema „Schizophrenie und deren Ursachen“, aber es ist eben von Praktikern für Praktiker gemacht und daher sehr geeignet, auch in der ambulanten Einzelpraxis Verwendung zu finden.

*Benedikt Waldherr,  
Landshut*



## 24. Deutscher Psychotherapeutentag – Weichenstellungen für eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen

Der 24. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fand am 17. Mai 2014 in Berlin statt. Seine Themen waren die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die Reform der Psychotherapeutenausbildung sowie Anpassungen in der Muster-Berufsordnung.

### Breite Unterstützung für das differenzierte Versorgungskonzept

Zentrales Thema des 24. DPT waren Weichenstellungen für die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), stellte den Delegierten das gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern sowie den Ausschüssen und Kommissionen der BPTK entwickelte Konzept vor.

Ausgangspunkt der Reformüberlegung sei das breite Spektrum unterschiedlicher Erkrankungen, das Psychotherapeuten im ambulanten und stationären Bereich behandeln. Dem differenzierten Versorgungsbedarf der Patienten könnten Psychotherapeuten aufgrund einengender Rahmenbedingungen insbesondere im ambulanten Bereich bislang nicht ausreichend gerecht werden. Die angestrebte Reform könne außerdem das Wartezeitenproblem zumindest entschärfen. Für dessen Lösung komme man allerdings um eine wirkliche Reform der Bedarfsplanung nicht herum.

### Psychotherapeutische Sprechstunde

Ein niedrigschwelliger und zeitnaher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung solle künftig mithilfe einer psychotherapeutischen Sprechstunde ermöglicht werden. Innerhalb dieser Sprechstunden solle eine orientierende Erstdiagnostik und – wenn fachlich möglich – eine Indikationsstellung erfolgen. Psychotherapeuten



Versammlungsleitung v. l.: Gerd Hoehner, Wolfgang Schreck, Gabriela Küll

könnten so für ihre Patienten eine Art Lotsenfunktion übernehmen. Die psychotherapeutische Sprechstunde sei ein additives Leistungsangebot, das dem bisherigen Versorgungsangebot der Psychotherapeuten vorgelagert sei.

### Ergänzende psychotherapeutische Leistungen

Notwendige Ergänzung der Sprechstunde sei ein differenzierteres ambulantes Versorgungsangebot der Psychotherapeuten. Neben diagnostischen Leistungen gehörten zur Erweiterung des Leistungsspektrums z. B. geleitete Selbsthilfe und psychoedukative Gruppen, aber auch Krisenintervention und aufsuchende Behandlung.

### Aufhebung der Befugnisseinschränkung

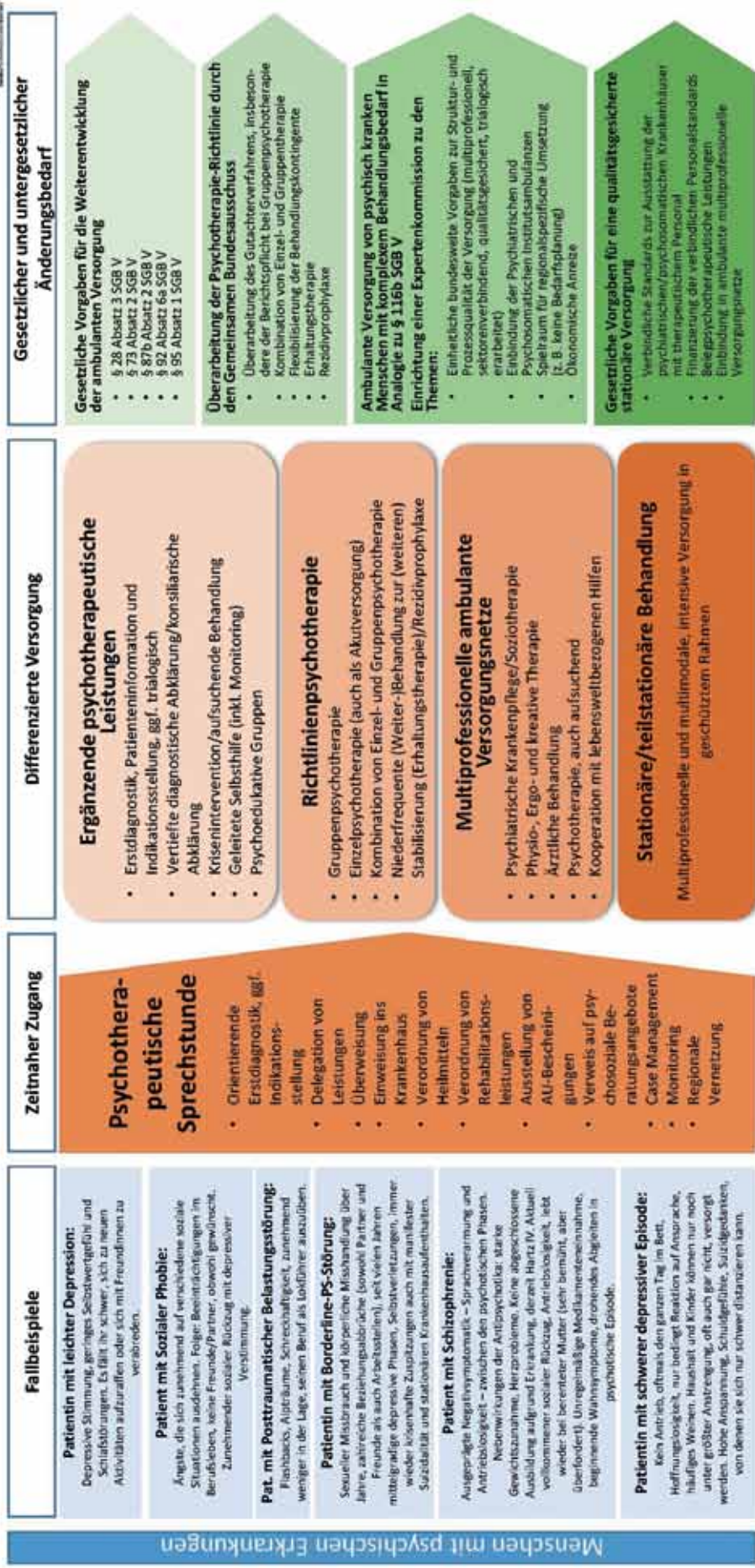
Um im Rahmen der Sprechstunde Patienten bei der Suche nach adäquaten Versorgungsangeboten angemessen unterstützen zu können, müsse die Befugnisseinschränkung in § 73 Absatz 2 SGB V aufgehoben werden. Psychotherapeuten sollten ihre Patienten ins Krankenhaus einweisen, Heilmittel sowie Rehabilitationsleistungen verordnen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen können.

Die Psychotherapie-Richtlinie biete Patienten ein verlässliches psychotherapeutisches Angebot, das ihnen bei entsprechender Indikation auch intensivere und längere Behandlungen ermögliche, um wieder gesund zu werden, betonte Prof. Richter. Reformbedarf in der Richtlinie gebe es dennoch bei einer Reihe von einzelnen Punkten wie z. B. bei der notwendigen Überarbeitung des Gutachterverfahrens, der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, der Möglichkeit, Erhaltungs- und Rezidivprophylaxe anzubieten, sowie der Flexibilisierung der Behandlungskontingente und Behandlungsformen insbesondere für Patienten mit schweren chronischen Beeinträchtigungen.

### Entbürokratisierung und Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie

Die Psychotherapie-Richtlinie biete Patienten ein verlässliches psychotherapeutisches Angebot, das ihnen bei entsprechender Indikation auch intensivere und längere Behandlungen ermögliche, um wieder gesund zu werden, betonte Prof. Richter. Reformbedarf in der Richtlinie gebe es dennoch bei einer Reihe von einzelnen Punkten wie z. B. bei der notwendigen Überarbeitung des Gutachterverfahrens, der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, der Möglichkeit, Erhaltungs- und Rezidivprophylaxe anzubieten, sowie der Flexibilisierung der Behandlungskontingente und Behandlungsformen insbesondere für Patienten mit schweren chronischen Beeinträchtigungen.

# Differenziertes Versorgungskonzept



Menschen mit psychischen Erkrankungen

+++ Der Direktzugang bleibt erhalten +++ Nicht jede Praxis muss eine psychotherapeutische Sprechstunde und ergänzende psychotherapeutische Leistungen anbieten  
 +++ Praxen können in unterschiedlichem Umfang und Ausprägung das Konzept der psychotherapeutischen Sprechstunde realisieren +++



### **Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze**

Es fehle außerdem – so Richter – ein sektorenverbindendes Angebot an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Die BPTK schlage vor, eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) moderierte Expertenkommission zu berufen, um Lösungskonzepte zum flächendeckenden Aufbau solcher sektorenverbindenden Netze zu entwickeln. Themen der Expertenkommission seien einheitliche bundesweite Vorgaben zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität der Versorgung, die Einbindung der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen in die Netze sowie die Beschreibung eines Spielraumes für die regionalspezifische Realisierung der Netze inklusive notwendiger ökonomischer Anreize.

### **Spezifische Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Peter Lehndorfer erläuterte den Delegierten die notwendigen Anpassungen des Konzepts in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Kernpunkte seien die Vernetzung mit der Jugendhilfe, aber auch mit der Behinderten- und Sozialhilfe und die Möglichkeit einer ambulanten multimodalen Versorgung in der Psychotherapeutenpraxis (Sozialpsychotherapie-Vereinbarung).



Peter Lehndorfer

Der DPT nahm das Konzept inklusive der Anpassung für den Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit großer Zustimmung zur Kenntnis. Es sei wichtig, betonten Delegierte, Doppelstrukturen an der Schnittstelle zur Jugendhilfe, zur Gemeindepsychiatrie, aber auch zur Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) zu vermeiden. Man dürfe sich „nicht ins Gehege kommen“. Ziel sei eine abgestimmte Versorgung, die man sektoren- und kostenträgerübergreifend konzipieren müsse. Es gehe auch darum, die Trennung der Versorgung durch SGB V, VIII, IX und XII zu überwinden. Bisherige Erfahrungen lehrten, dass es nicht gut funktioniere, wenn der Aufbau integrierter Versorgung ausschließlich von einem Sektor verantwortet wird.

### **Bedarfsgerechte Inanspruchnahme und Versorgung**

Anhand einer Analyse von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) berichtete Jürgen Doeber, Mitglied der KBV-Vertreterversammlung, den Delegierten, dass mehr als 60 Prozent der psychisch kranken Menschen eine Kurzzeittherapie erhalten. Außerdem zeigte die Analyse, dass Psychotherapeuten und Patienten sehr verantwortungsbewusst mit den im Rahmen der Richtlinie zur Verfügung stehenden Kontingenten umgingen. Die Länge der Behandlungen orientiere sich – so Doeber – offensichtlich nicht an den zeitlichen Vorgaben der genehmigten Behandlungskontingente, sondern am individuellen Behandlungsbedarf der Patienten. Insgesamt zeigten die Daten, dass es für die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, Psychotherapien willkürlich nach zwölf Stunden zu unterbrechen und insgesamt die Leistungen der Psychotherapeuten im Rahmen der Richtlinie zu rationieren, keine empirische Grundlage gebe.

### **Reformkurs der BPTK zur stationären Versorgung bestätigt**

Integraler Bestandteil des differenzierten Versorgungskonzeptes sind Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung. Hierzu legte der BPTK-Vorstand ein eigenes Positionspapier „Qualität der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen sichern und wei-



Prof. Dr. Rainer Richter

terentwickeln“ vor. Prof. Richter stellte den Delegierten auch dieses Konzept vor und beschrieb die intensive Debatte der zurückliegenden Monate zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

### **Pauschalierendes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik**

Ziel des PEPP sei, erläuterte Prof. Richter, dass ein Krankenhaus für Patienten mit einem vergleichbaren Behandlungsaufwand auch eine vergleichbare Menge Geld erhalte. Das PEPP sei auf einem guten Weg, sich zu einem solchen Entgeltsystem zu entwickeln. Wie jedes Entgeltsystem könne es aber auch Fehlanreize setzen. Die BPTK konzentriere sich daher auf Überlegungen, wie Fehlanreize minimiert und vielleicht sogar verhindert werden könnten.

### **Verbindliche Vorgaben zur Strukturqualität**

Zentrale Baustelle in der stationären Versorgung sei die Sicherung der Strukturqualität in den Kliniken. Ohne klare Vorgaben zur Strukturqualität setzten pauschale Vergütungen Anreize für die Kliniken, beim Personal zu sparen. Wohin dies führe, so Prof. Richter, sehe man bei den somatischen Krankenhäusern. Das bisherige Instrument zur Sicherung der Strukturqualität im Bereich der Psychiatrie, die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), sei je-



#### 24. Deutscher Psychotherapeutentag

doch veraltet. Die Psych-PV bilde 30 Jahre Innovation im Bereich der Psychotherapie nicht ab und kenne die Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht. Ohne Psychotherapeuten sei eine angemessene Strukturqualität aber nicht denkbar. Diese Mängel müssten, so Richter, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) korrigiert werden. Der G-BA entwickle bis Ende 2016 Empfehlungen für die Personalausstattung der Kliniken. Die BPTK gehe davon aus, dass sich auf der Basis dieser Personalempfehlungen in den Kliniken ein erheblicher Anpassungsbedarf insbesondere im Bereich der Psychotherapie ergeben wird. Es sei daher wichtig, dass die Empfehlungen des G-BA erstens verbindlich für die Kliniken würden und zweitens den Kliniken die finanziellen Möglichkeiten zugestanden würden, diese Veränderungen auch zu refinanzieren. Prof. Richter versicherte den Delegierten, dass die BPTK sich für die fristgerechte Verabschiedung der Standards im G-BA und für Lösungen zur Refinanzierung entsprechender Standards in den Kliniken einsetzen werde.

Die Delegierten würdigten das Engagement der BPTK für eine Weiterentwicklung des PEPP. Die Debatte der letzten Monate – so ein Delegierter – sei „polemisch, unsachlich und lobbyistisch gesteuert“ gewesen. Man habe versucht, einen Keil in die Profession zu treiben, indem Klinikleitun-

gen Psychotherapeuten wegen der Positionierung der BPTK unter Druck gesetzt hätten. Das – so Prof. Richter – „gehe so gar nicht“. Der Vorstand übernahm einen Antrag aus dem DPT, gemeinsam mit anderen Akteuren die nächsten Reformschritte des PEPP zu diskutieren, auch um diesen Tendenzen entgegenzusteuern.

#### **Beanstandung des G-BA-Beschlusses zu psychiatrischen Institutsambulanzen einstimmig gefordert**

Ein weiteres Thema des DPT war der vom BMG noch nicht genehmigte Beschluss des G-BA zur Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Dieser Beschluss, erörterte Prof. Richter, sei nicht sachgerecht. Er arbeitete heraus, dass sich das Diagnosespektrum in den PIA deutlich von dem in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterscheide. Nicht nur das Diagnose- und Beeinträchtigungsspektrum haben wenige Überschneidungen, sondern auch Art und Umfang der psychotherapeutischen Versorgung seien nicht vergleichbar. PIA leisteten z. B. Krisenintervention, Erhaltungs-therapie, Psychoedukation sowie Fallmanagement und regelhaft eben keine Richtlinien-psychotherapie. Die den PIA zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Mittel reichten in keiner Weise aus, um eine psychotherapeutische Versorgung anzubieten, die auch nur annähernd der im

vertragspsychotherapeutischen Bereich entspreche.

Besonders problematisch sei, dass der Beschluss direkte Auswirkungen auf die Versorgung haben werde. In Ostdeutschland, so Richter, warten psychisch kranke Menschen durchschnittlich 14 bis 19 Wochen auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Etwas Entlastung sollte sich durch die Umsetzung der Bedarfsplanungsreform ergeben. Aktuell schreiben die KVen in Ostdeutschland 237,5 zusätzliche Praxissitze aus. Durch den Beschluss des G-BA könnte hier nun jeder fünfte Sitz gestrichen werden. Nach Berechnungen der BPTK könnten 48,5 von 237,5 ausgeschriebenen neuen Sitzen dem G-BA-Beschluss zum Opfer fallen.

Prof. Richter informierte die Delegierten, dass die BPTK das BMG aufgefordert habe, den Beschluss des G-BA vom 17. April 2014 nicht zu genehmigen. Der Beschluss sei willkürlich, entbehre jeder fachlichen und empirischen Grundlage und sei darüber hinaus für die Versorgung schädlich. Die Delegierten des 24. DPT unterstützten dieses Vorgehen mit einer einstimmig verabschiedeten Resolution.

#### **Mindestlohn für Psychotherapeuten in Ausbildung**

Eine intensive Debatte entspann sich an der Frage, ob sich die BPTK im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens dafür einsetzen solle, dass auch Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA) von einem gesetzlichen Mindestlohn profitieren könnten. Es gehe darum, erläuterten die Antragsteller, die aktuelle Notlage abzumildern. Es gebe viele PIA, die während ihrer Praktischen Tätigkeit „mit Null rausgehen“. Bis eine umfassende Ausbildungsreform realisiert sei, würden noch Jahre vergehen. Es bestehe aber akuter Handlungsbedarf. Dem wurde entgegen gehalten, dass PIA, die schließlich Akademiker seien, für ihre qualifizierten versorgungsrelevanten Tätigkeiten während der postgradualen Ausbildung mindestens ein Einkommen analog einer halben Psychologenstelle erhalten müssten. „Mindestlohn, das geht einfach nicht“ betonte ein Delegierter. Gegen den Einbezug von PIA in Regelungen zum Min-



destlohn wurde auch zu bedenken gegeben, dass selbst eine Vergütung in Höhe eines Mindestlohns für die Klinik als Arbeitgeber ohne weitere gesetzliche Maßnahmen nicht gegenfinanziert werden könne. „Die Stellen in den Kliniken werden sich verknapfen“, wurde gewarnt. Der DPT votierte äußerst knapp für den Mindestlohn und forderte die BPTK auf, sich im laufenden Gesetzgebungsverfahren dafür einzusetzen.

### **Reform der Ausbildung – Richtungsentscheidung weiter vorbereiten**

Prof. Richter, Dr. Nikolaus Melcop und Michael Krenz informierten den DPT über den Stand der gemeinsamen Arbeit der AG des Länderrats und des Vorstands der BPTK. Dr. Melcop beschrieb die bisher durchgeführten Gespräche und Anhörungen und plädierte dafür, die Reformdiskussion zu intensivieren. Wenn die Profession eine Reform wolle, dann müsse sie der Politik bald sagen, wofür sie eintrete. Auch die Finanzierungsfrage werde man klären können. „Wenn Versorgungsnotwendigkeiten eine Reform sinnvoll erscheinen lassen, dann werden auch zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt.“

Herr Krenz schilderte den Stand der Diskussion zum Berufsbild. Man habe nun einen Zwischenstand erreicht: einen „Common Ground“ der Profession. Aber man dürfe auch in Zukunft nicht aufhören, sich

zu fragen: „Wer sind wir? Wer wollen wir sein? Welche Forderungen werden an uns gestellt?“. Prof. Richter erläuterte den Stand des Kompetenzprofils. Auch hier sei ein gutes Zwischenergebnis erreicht worden. Nun sei es an den Hochschulen zu zeigen, wie und in welchen Strukturen sie Kompetenzen vermitteln wollen und können. Das Gleiche gelte für die Ausbildungsstätten. Die Profession warte auf Vorschläge.

Prof. Richter schilderte den Delegierten Mindestanforderungen an alle Reformszenarien, die man aus der bisherigen Diskussion ableiten könne. Anhand der Mindestanforderungen sei es möglich, so Richter, das Problemlösungspotenzial der aktuell diskutierten Reformszenarien, also der Reform der postgradualen Ausbildung, der Konzeption eines Direktstudiums mit postgradualen Ausbildungsabschnitt bzw. der Etablierung einer Direktausbildung, herauszuarbeiten und dabei die Frage zu beantworten, wie in den unterschiedlichen Szenarien ausreichend Aus- bzw. Weiterbildungsplätze gesichert und finanziert werden könnten.

In der Debatte wurde deutlich, wie wichtig es ist, dass die Profession sich über den Stellenwert der aktuell diskutierten Reformoptionen und der damit verbundenen Entwicklungsperspektive der Profession Klarheit verschafft. Eine Reform der Psychotherapeutenausbildung in die-

ser Legislaturperiode werde – betonte Prof. Richter – mit jedem DPT unwahrscheinlicher. „Die Zeit“, so Prof. Richter, „rinnt uns durch die Hände“. Auch viele Delegierte betonten, dass es an der Zeit sei, Entscheidungen zu treffen. Eingebracht wurde aber auch, dass man vor einer Entscheidung wissen müsse, worin die Chancen bestünden und welche Gefahren drohten, was die Profession gewinnen oder verlieren könne. Für die Ausbildungsstätten komme es nun darauf an herauszuarbeiten, was die hohe Qualität der derzeitigen Ausbildung begründe und wie man diese Elemente in den unterschiedlichen Szenarien erhalten könne.

### **Klares Votum zur Muster-Berufsordnung**

Der DPT verabschiedete auf Antrag des Vorstandes die Muster-Berufsordnung in geschlechtergerechter Sprache. Außerdem war es gelungen, im Vorfeld dieses DPT einen breiten Konsens zur Ausgestaltung des Einsichtnahmerechts der Patienten in ihre Behandlungsdokumentation vorzubereiten. Der dem DPT vorgelegte Antrag stellte klar, dass sich die Pflicht der Psychotherapeuten, Einsichtnahme in eine Patientenakte zu gewähren, an der nach dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes geltenden zivilrechtlichen Rechtslage orientieren muss. Additiv wird in der Muster-Berufsordnung nun aber auch klargestellt, dass ein Verstoß gegen die Berufsordnung dann nicht vorliegt, wenn ein Psychotherapeut auszugsweise die Einsicht in die Behandlungsdokumentation verweigert, weil davon seine Persönlichkeitsrechte stark berührt wären. Ob und inwieweit diese Voraussetzung vorliegt, kann von den Landespsychotherapeutenkammern geprüft und festgestellt werden. Ihnen ist auf Verlangen die vollständige Akte vorzulegen. Die Regelungen des Patientenrechtegesetzes bleiben davon unberührt. Die geänderte Muster-Berufsordnung wird im PTJ 3/2014 veröffentlicht. Sie ist als Download unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) verfügbar.

### **Versorgung psychisch kranker Soldaten**

Thema des DPT war auch der Vertrag zwischen dem Bundesministerium der Vertei-



v. l.: Michael Krenz, Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Nikolaus Melcop

digung und der BPTK zur Erleichterung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung für Soldaten. Prof. Richter erhielt viel Beifall für sein Plädoyer, niemanden sein „Menschsein“ abzusprechen und bei der psychotherapeutischen Verpflichtung zu bleiben, die Autonomie der Patienten zu respektieren und damit auch die Entscheidung eines Patienten für den Beruf des Soldaten. Wichtig war dem DPT festzuhalten, dass Soldaten, die von ihrer Erkrankung geheilt sind, in der Folge nicht in ihrer beruflichen Entwicklung behindert werden sollten. Diese Grundsatzposition der Profession gelte für alle Patienten und damit auch für Soldaten. Angemahnt wurde aus gesellschaftspolitischer Perspektive aber auch, dass man sich eine explizite Aussage der BPTK gegen den Krieg gewünscht hätte. Problematisiert wurde außerdem die Verschwiegenheitsverpflichtung von Patienten und Psychotherapeu-



v. l.: Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Dietrich Munz, Peter Lehndorfer, Monika Konitzer, Andrea Mrazek

ten. Konsens war, dies vertieft zu diskutieren, da dieses Problem nicht nur bei der

Behandlung von Soldaten, sondern auch in anderen Bereichen eine Rolle spiele.

## Diotima-Ehrenpreis 2014 für Prof. Dr. Ursula Lehr

Am 16. Mai 2014 erhielt Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr in Berlin den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft. Die BPTK ehrte mit Prof. Lehr eine Wissenschaftlerin und Politikerin, die sich für ein positiveres Altersbild in unserer Gesellschaft und eine angemessene Gesundheitsversorgung älterer Menschen engagiert.

Prof. Dr. Rainer Richter wies in seinem Grußwort darauf hin, dass die demografische Entwicklung Deutschlands dazu führe, dass sich das Gesundheitssystem auf eine steigende Zahl älterer Patienten einstellen müsse. Dies gelte auch für die Psychotherapie. Wie unsere Gesellschaft diese Herausforderung meistere, hänge wesentlich davon ab, wie über das Altern und das Alter gedacht werde. Die BPTK ehre deshalb mit Prof. Lehr eine Frau, die mit ihren wissenschaftlichen Arbeiten zeigen konnte, dass ein rein defizitorientiertes Altersbild falsch sei. Prof. Lehr setze sich seit Langem für ein differenziertes und realistisches Bild des Alterns in unserer Gesellschaft ein.

Im Anschluss ging Prof. Dr. Eva Jaeggi, Verhaltenstherapeutin und Psychoanalytikerin, in ihrem Vortrag darauf ein, was das



Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr

Alter für die Psychotherapie bedeute. Häufige Themen, die in der Psychotherapie mit alten Menschen eine Rolle spielten, seien der Wegfall sozialer Kontakte, der Verlust nahestehender Personen, veränderte berufliche und familiäre Rollen und die Verarbeitung von Kriegs- und Nachkriegstraumata. Prof. Jaeggi betonte die

Notwendigkeit, älteren Patienten in der Psychotherapie eine realistische Sicht auf das Alter zu vermitteln. Hierzu gehöre auf der einen Seite das Bild vom alten Menschen, der aktiv sei und sich verändern könne; auf der anderen Seite aber auch das Bild vom alten Menschen, der loslassen und zur Ruhe kommen dürfe.

Prof. Dr. Andreas Kruse, Nachfolger Lehrs am Lehrstuhl für Gerontologie in Heidelberg, würdigte Prof. Lehr in seiner Laudatio als herausragende Wissenschaftlerin, mutige Politikerin und Frau mit „élan vital“, die der Betrachtung des Altersprozesses eine neue Richtung gegeben habe. Er beleuchtete die Bedeutung von Lehrs Werk für die Psychotherapie. Ihre Forschungen hätten gezeigt, dass das Altern nicht rein biologisch determiniert sei, sondern gestaltet werden könne. In diesem Sinne sei es die Aufgabe von Psychotherapeuten, die „Selbstgestaltung des Alterns“ zu fördern. Die Unterstützung der Selbstreflexion über die eigene Biografie und die Stärkung der Selbstgestaltung des Lebens seien wichtige Aspekte in der Psychotherapie älterer Menschen. Prof. Kruse begleitete die Festveranstaltung musikalisch mit Klavierstücken von Johann Sebastian Bach.

In seiner Preisverleihungsrede dankte Prof. Richter der Preisträgerin insbesondere auch für ihr Engagement als Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit für das Psychotherapeutengesetz von 1998. Ohne Prof. Lehrs Engagement für die Durchführung eines Forschungsgutachtens und ihre Durchsetzungsfähigkeit wäre die Etablierung des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als akademische Heilberufe nicht möglich gewesen.

In ihrer Dankesrede ging Prof. Lehr vertiefend auf die Folgen der demografischen Entwicklung für unsere Gesellschaft ein. Sie beleuchtete die Herausforderungen unserer zunehmenden Langlebigkeit für die Psychotherapie und wies auf die Unter- und Fehlversorgung psychisch kranker älterer Menschen hin. Noch zu wenige psychisch kranke ältere und alte Menschen erhielten eine Psychotherapie. Ursachen hierfür seien vor allem das falsche

Bild vieler Behandler von der „Untherapierbarkeit“ alter Menschen sowie die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Vorurteile gegenüber Psychotherapie bei den älteren Menschen selbst. Prof. Lehr betonte, dass psychische Erkrankungen auch im Alter behandelbar seien, und forderte, dass mehr getan werden müsse, um ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen angemessen zu versorgen.

## Psychotherapeuten im Krankenhaus – Zentrale Ergebnisse der Angestelltenbefragung der BPTK

Von Februar bis März 2013 hat die BPTK eine groß angelegte Umfrage der angestellten Psychotherapeuten durchgeführt. Die größte Gruppe der angestellten Psychotherapeuten (fast 40 %) ist im Krankenhaus tätig. Weitere Bereiche, in denen viele Psychotherapeuten arbeiten, sind die Jugendhilfe (16 %) und die Rehabilitation (15 %).

Durch die Befragung liegen nun erstmals empirische Daten zu Tätigkeiten und Positionen von Psychotherapeuten in Krankenhäusern vor. Diese werden politisch genutzt – aktuell bei der Erarbeitung der Empfehlungen zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik durch den G-BA – um eine Verankerung der Psycho-

therapeuten gemäß ihrer Qualifikation und ihrer fachlichen Kompetenzen zu erreichen. Zudem liegt erstmals eine Einschätzung der psychotherapeutischen Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Sicht der Psychotherapeuten vor. Diese Ergebnisse können im BPTK-Themenheft „Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen – Ergebnisse einer BPTK-Befragung von angestellten Psychotherapeuten“ nachgelesen werden.

### Psychotherapeuten sind in der stationären Versorgung unverzichtbar

Nach den Fachärzten (N = 7041) sind Psychotherapeuten die zweitgrößte Heilber-

rufsgruppe (N = 5648), die in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen tätig ist. 88 % der befragten Psychotherapeuten im Krankenhaus arbeiten in Krankenhäusern für Psychiatrie oder Psychosomatik.

### Psychotherapeuten entscheiden eigenständig

Psychotherapeuten im Krankenhaus sind in die wesentlichen patienten- und behandlungsbezogenen Entscheidungen einbezogen (Abbildung 1). Drei von vier Psychotherapeuten (74 %) sind außerdem an den Entscheidungen zur Psychopharmakotherapie beteiligt – trotz der bestehenden rechtlichen Beschränkungen.

### Psychotherapeuten nehmen Leitungsaufgaben wahr

Knapp die Hälfte (48,6 %) der befragten Psychotherapeuten übernimmt faktisch Leitungs- und Führungsaufgaben im Krankenhaus. Davon wird aber der Hälfte keine formale Leitungsfunktion (25,1 %) zugestanden. Psychotherapeuten mit informeller Leitungsfunktion übernehmen in der Regel die gleichen Aufgaben wie Psychotherapeuten mit „offizieller“ Leitungsfunktion (Abbildung 2).

### Qualifikation von Psychotherapeuten im Arbeitsvertrag meist nicht berücksichtigt

Psychotherapeuten werden mehrheitlich (56 %) als Diplom-Psychologen oder Dip-

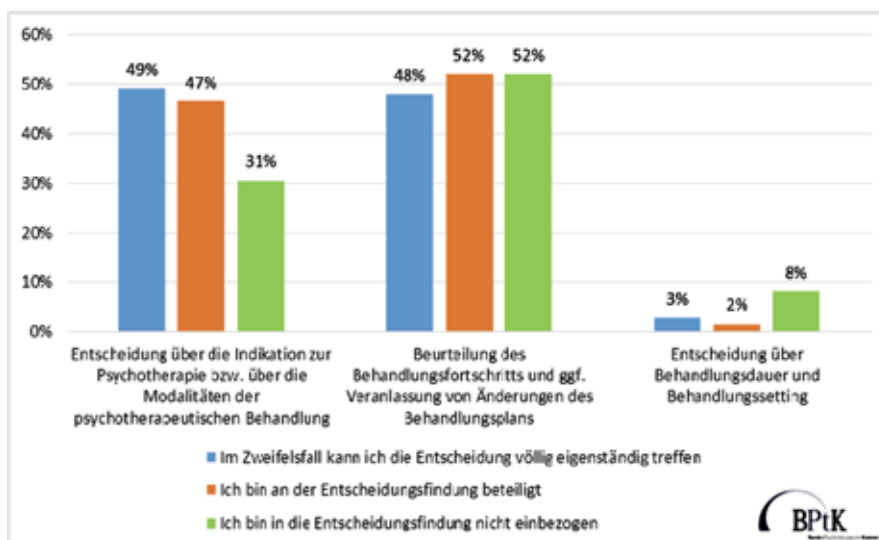


Abbildung 1: Einbezug der Psychotherapeuten in Behandlungsentscheidungen  
Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013



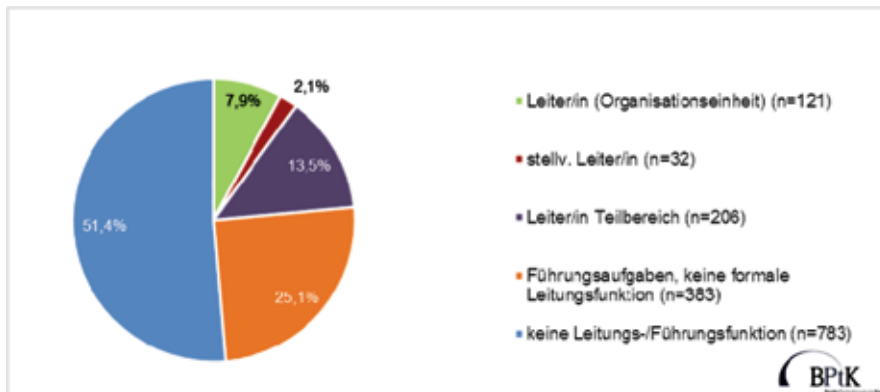


Abbildung 2: Berufliche Position von Psychotherapeuten im Krankenhaus  
Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013

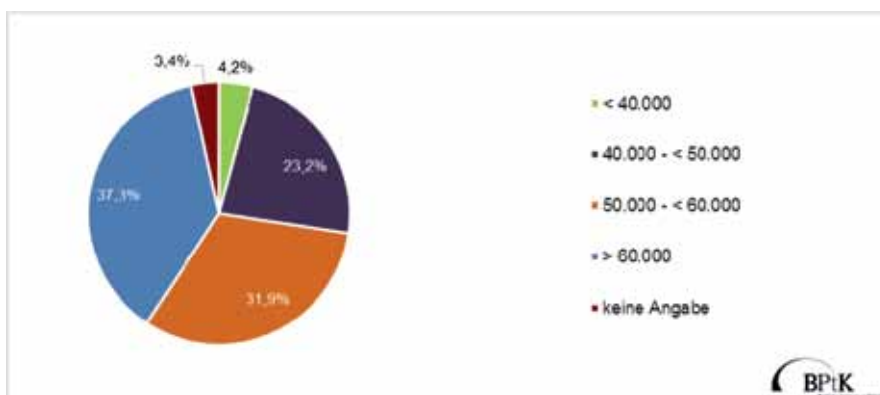


Abbildung 3: Bruttoeinkommen in Euro pro Jahr bezogen auf Vollzeitätigkeit  
Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013

lom-(Sozial-)Pädagogen eingestellt. Ihre besondere, mit der Approbation erworbene Qualifikation und ihre Kompetenzen in der Behandlung psychischer Erkrankungen werden damit nicht angemessen berücksichtigt. Nur bei knapp einem Drittel der Psychotherapeuten wird die Approbation im Arbeitsvertrag genannt. Für Patienten ist durch diese Eingruppierung, aufgrund einer überholten beruflichen Bezeichnung, nicht transparent, ob ein Krankenhaus über die Personalausstattung verfügt, die für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung notwendig ist.

### **Einkommen der Psychotherapeuten der Qualifikation meist nicht angemessen**

Das Einkommen von in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten (Abbildung 3) ist fast immer geringer als das Einkommen von Fachärzten, deren jährliches Einkommen mindestens 62.000 Euro und mehr beträgt. Die Approbation hat mehrheitlich keinen Einfluss auf die Höhe der Vergütung der Psychotherapeuten.

Die tarifliche Eingruppierung der Psychotherapeuten richtet sich in der Regel nach

dem Grundberuf bzw. Hochschulabschluss und nicht nach der tatsächlichen Qualifikation und den Kompetenzen der Psychotherapeuten.

Aus den Ergebnissen ergibt sich dringender politischer Handlungsbedarf. Psychotherapeuten müssen entsprechend ihres Qualifikationsprofils und ihrer faktischen Aufgaben in der Organisationsstruktur der Krankenhäuser verankert und vergütet werden. Zentrale Forderungen der BPTK sind:

- die Verankerung der Psychotherapeuten im Personalportfolio der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik gemäß ihrer Qualifikation und ihrer fachlichen Kompetenzen,
- eine angemessene tarifliche Eingruppierung von Psychotherapeuten gemäß Fachärzten,
- eine Änderung in § 107 SGB V zur Ermöglichung von Leitungsfunktionen für Psychotherapeuten.

Das gesamte BPTK-Themenheft „Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen – Ergebnisse einer BPTK-Befragung von angestellten Psychotherapeuten“ können Sie demnächst unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) herunterladen. Weitere Themenhefte zu den Bereichen Rehabilitation und Jugendhilfe sind in Planung.

#### **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,

das Patientenrechtegesetz wurde vor mehr als einem Jahr vom Bundestag verabschiedet. Im Vorfeld gab es viele Diskussionen, u. a. darüber, dass die neuen Regelungen die Patienten-Therapeuten-Beziehung negativ beeinflussen könnten. Bei Veranstaltungen zum Patientenrechtegesetz und aus Anfragen an die Kammer wird deutlich, dass viele Kolleginnen und Kollegen diesbezüglich beunruhigt und verunsichert sind. Unter anderem wird geäußert, dass die Verpflichtung zur Aufklärung der Patienten über mögliche Risiken und Nebenwirkungen der psychotherapeutischen Behandlung dazu führen kann, dass Patientinnen und Patienten mit Angststörungen oder Störungen ihrer Emotionsregulationsfähigkeiten durch die Aufklärung noch mehr verunsichert und destabilisiert werden könnten. Diese durch unsere Aufklärung aufkommenden Ängste müssen wir also möglicherweise schon in dieser frühen Behandlungsphase thematisieren und psychotherapeutisch bearbeiten. Verunsichert reagieren viele Kolleginnen und Kollegen auch auf die Vorschrift, mögliche Behandlungsalternativen zu benennen und ggf. auch zu erklären. Hierdurch sind wir veranlasst, die Indikationsstellung für das von uns angewandte Therapieverfahren zu erläutern und mit den Patientinnen und Patienten zu erarbeiten, welche Therapieform wir im individuellen Fall für sinnvoll einschätzen.

Diese Diskussion verdeutlicht jedoch auch, dass viele Kolleginnen und Kollegen sich nicht ausreichend mit der Berufsordnung und der schon seit Langem bestehenden Rechtslage auseinandergesetzt haben. Die genannten Aufklärungspflichten sind in unserer Berufsordnung sehr ähnlich geregelt wie im Patientenrechtegesetz.

Umstritten und von vielen Kolleginnen und Kollegen diskutiert wird die Regelung im Patientenrechtegesetz zum Einsichtsrecht der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsdokumentation bzw. die Patientenakte. In der Rechtsprechung wurde dazu bisher auch von höchsten Gerichten gewürdigt, dass subjektive und persönliche Einschätzungen in der Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen dem Patienten nicht grundsätzlich offengelegt werden müssten. Das ist derzeit auch so in unserer Berufsordnung geregelt. Die Rechtslage hat sich diesbezüglich aber durch das Patientenrechtegesetz entscheidend geändert. Nunmehr besteht das Einsichtsrecht auch in subjektive Einschätzungen. Das im Gesetz nun formulierte uneingeschränkte Einsichtsrecht der Patienten in die Behandlungsunterlagen führt zu Verunsicherung, wie zukünftig die Dokumentation gestaltet werden kann, wenn z. B. eigene Reaktionen, Phantasien, möglicherweise auch eigene Betroffenheit für die Dokumentation und Supervision für wichtig erachtet werden. Die in den Psychotherapeutenkammern und Verbänden geführten Diskussionen dazu verdeutlichen, dass auch das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten gewürdigt werden sollte und somit für die Berufsordnung eine Formulierung gefunden werden muss, die vermittelt, dass die Einsicht in die Teile der Dokumentation, die das eigene Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten betreffen, dem Patienten auch verweigert werden kann.

Dies wurde auf dem 24. Deutschen Psychotherapeutentag am 17.05.14 auch so beschlossen und die Musterberufsordnung in diesem Sinne geändert. In im Einzelfall zu begründenden Fällen kann der Psychotherapeut die Einsicht in die Teile der Dokumentation verweigern, die sein

Persönlichkeitsrecht berühren, ohne dass dies durch die Kammer geahndet wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass persönliche Eindrücke, subjektive Wahrnehmungen und Einschätzungen von vornherein geschwärzt werden dürfen. Die Kammer kann ggf. in einem Berufsrechtsverfahren überprüfen, ob ein solches schutzwürdiges Persönlichkeitsrecht vorliegt oder nicht.

Wir möchten Sie anregen, sich sowohl in Ihren Verbänden als auch in Qualitätszirkeln und Interventionsgruppen damit auseinanderzusetzen, wie Sie künftig Ihre Dokumentation gestalten. Eine gute Grundlage hierfür kann die zusammen mit der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung erarbeitete ausführliche Information zum Patientenrechtegesetz sein, die in wenigen Tagen erscheinen wird. Neben weiteren Ausführungen zum Patientenrechtegesetz und der Berufsordnung wird diese Information in Kürze auch auf unserer Homepage zum Download zur Verfügung stehen.

Die Vertreterversammlung im Herbst wird die Aufgabe haben, unsere Berufsordnung unter Berücksichtigung des Patientenrechtegesetzes zu diskutieren und Änderungen zu verabschieden. Wir werden Sie danach ausführlich über die Neufassung der Berufsordnung informieren und die Änderungen erläutern.

Wir wünschen Ihnen eine erholsame, sonnige Sommerzeit!

Ihr Kammervorstand,

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

## 2. Vertreterversammlung der LPK am 5. April 2013

Die 2. Vertreterversammlung (VV) der LPK BW fand am Samstag, den 5. April 2014 im Maritim Hotel in Stuttgart statt. Zunächst diskutierten die Delegierten ausführlich den Vorstandsbericht, den Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz vortrug. Anschließend stand die Wahl eines stellvertretenden Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) auf der Tagesordnung. Diese Wahl war nötig geworden, da auf der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung am 8. Februar 2014 kein Stellvertreter für Prof. Dr. Bailer (Wahlbündnis „Freie Liste“) gewählt werden konnte. Der auf der VV am 5. April 2014 von der „Freien Liste“ vorgeschlagene Kandidat erhielt nicht die erforderliche Stimmenmehrheit, sodass die Wahl vom Wahlleiter wiederum vertagt wurde.

Anschließend referierte Dr. Rüdiger Nübling die Ergebnisse der Studie „Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland – eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern“. Die VV diskutierte den Bericht ausführlich und z. T. auch kontrovers. Insgesamt ist aber festzustellen, dass die Untersuchung ein wichtiger Beitrag zur Lage der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung darstellt, mit der einige Ergebnisse vorangegangener Studien mit ähnlichen Fragestellungen



### Plenum der Vertreterversammlung

bekräftigt werden konnten (zu den Ergebnissen s. u.).

Dr. Munz führte dann in den Sachstand zum Thema „Reform der Psychotherapeutenausbildung“ ein. Er berichtete von den Aktivitäten in der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), insbesondere von der AG des Länderrates und BPTK-Vorstands. Die LPK BW ist dort mit Vizepräsident Martin Klett vertreten. In der AG wurde ein Berufsbild entwickelt, das dem DPT im Mai 2014 präsentiert wurde. Weiterhin hat die AG ein aus dem Berufsbild abgeleitetes Kompetenzprofil für die Inhalte der zukünftigen Ausbildung erarbeitet, welches vom DPT ebenfalls diskutiert wurde. Die VV verabschiedete zu diesem Tagesordnungspunkt eine Resolution, in der die Sicherstellung einer ausreichenden Qualifikation

zur Ausübung eines approbierten Heilberufes gefordert wird, unabhängig vom Modell einer Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Im Zuge des Inkrafttretens des Patientenrechtegesetzes wird eine Überarbeitung der Berufsordnung (BO) notwendig. Auf Bundesebene wurde das auf dem letzten Psychotherapeutentag bereits begonnen, in der LPK BW hat sich der Berufsausschuss bereits mit diesem Thema befasst, deren Vorsitzende Trudi Raymann in die Änderungsbedarfe, welche sich aus dem Patientenrechtegesetz ergeben, einführte. Zu den wichtigsten Punkten der Akteneinsicht, der Dokumentation und der Aufklärungspflichten wurde diskutiert. Der BO-Ausschuss wird hierzu Änderungsvorschläge erarbeiten. Die Änderung der BO soll aber nach Möglichkeit erst erfolgen, wenn die Überarbeitung Musterberufsordnung der BPTK abgeschlossen ist.

Abschließend wurde der Tagesordnungspunkt „Arbeitskreis Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ diskutiert. Zunächst wurde von Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub über die jüngsten Aktivitäten des AK berichtet, insbesondere über die regionalen Fortbildungsveranstaltungen in Stuttgart, Ravensburg, Karlsruhe, Reutlingen und Freiburg, die im vergangenen November stattfanden. Zu diesem Tagesordnungspunkt wurde ein Antrag gestellt, der den Vorstand beauftragt, das Thema der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung auch in der laufenden Legislaturperiode aktiv zu verfolgen. Weiterhin soll der Vorstand bis zur nächsten Vertreterver-



*Vorstand und Versammlungsleitung (v. l. n. r.): Dr. Roland Straub, Kristine Göpel, Birgitt Lackus-Reitter, Ullrich Böttinger, Dr. Peter Baumgartner, Dr. Dietrich Munz und Martin Klett*

sammlung prüfen, ob das Amt einer/eines LPK-Behinderten- oder Inklusionsbeauftragten eingerichtet werden soll. Er wurde ebenfalls beauftragt, eine landesweite Veranstaltung zum Thema „Barrierefreie Psychotherapie“ durchzuführen. Mit dem Thema der Barrierefreiheit sollen nicht nur Fragen der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung angesprochen, sondern Schnittstellen zu weiteren Arbeitskreisen strukturell unterversorgter Patienten-

gruppen genutzt werden. Dieser Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen.

Ein weiterer mit großer Mehrheit angenommener Antrag beauftragt den Vorstand, eine Arbeitsgruppe zur Überprüfung möglicher Reformen einzurichten bezüglich folgender Punkte:

- Zusammensetzung und Größe der Vertreterversammlung,

- Wahl- und Stimmrecht,
- sachgerechte Regelungen für die Vertretung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung in der Vertreterversammlung.

Pünktlich um 17 Uhr konnte Sitzungsleiter Dr. Peter Baumgartner die 2. Vertreterversammlung beenden.

## „Arbeitsplatzkonflikte als Hintergrund psychischer Erkrankungen“ – Workshop mit Mobbing-Spezialist Michael Ziegelmayr

Arbeitsplatzprobleme, speziell Konflikte mit Kollegen und/oder Vorgesetzten treten immer häufiger als Hintergrund für psychische Erkrankungen auf. Beim Landespsychotherapeutentag 2013 hatten wir dieses Thema aufgegriffen und angekündigt, dass hierzu Workshops der Kammer angeboten werden. Der erste Workshop zum Thema wurde am 28. März 2014 in der Geschäftsstelle der LPK BW durchgeführt.



*Mobbing-Experte Michael Ziegelmayr und Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz*

Die Gründe der Arbeitsplatzprobleme sind vielfältig und können nicht Gegenstand der Psychotherapie sein. Trotzdem ist es erforderlich, den Arbeitsplatzhintergrund in die Psychotherapie mit einzubeziehen, wenn er für das Auftreten der psychischen Erkrankung von Bedeutung ist. Insbesondere bei hoch eskalierten Arbeitsplatzkonflikten und Mobbing braucht es spezielle Interventionen, die nur teilweise dem „üblichen“ Repertoire eines Psychotherapeuten entsprechen. Dabei sind mehrere Aspekte von besonderer Bedeutung. Zum einen differentialdiagnostische Kompetenzen zur Abgrenzung von Mobbing gegenüber anderen Formen von Arbeitsplatzkonflikten. Ein zweiter wichtiger Aspekt ist ein Überblickswissen über arbeits- und sozialrechtliche Aspekte von Mobbing. Zum Dritten bedarf es einer Reflektion des persön-

lichen Hintergrunds zum Thema Konflikte, um mit den unterschiedlichen, häufig destruktiven Varianten der Konfliktbewältigung der Klienten und Patienten sicher umzugehen, und schließlich darf die Bedeutung von Unterstützungsnetzwerken bei Mobbingfällen nicht unterschätzt werden. Der Workshop hatte dementsprechend folgende Schwerpunkte:

- Mobbingbetroffene in der psychotherapeutischen Praxis – was sind die besonderen Anforderungen? Eine Einführung in das Thema.
- Diagnostik von Mobbing bzw. Arbeitsplatzkonflikten als Hintergrund psychischer Erkrankungen. Differentialdiagnostische Möglichkeiten des Erkennens von Mobbing-situationen in der Abgren-

zung zu „normalen“ Arbeitsplatzkonflikten.

- Persönliche Konfliktenerfahrungen und Konfliktmanagementkompetenzen. Reflektion der persönlichen Erfahrungen mit und der Einstellungen zu Konflikten und Konfliktbewältigungsmöglichkeiten.
- Rahmenbedingungen der Psychotherapie bei Mobbingbetroffenen – Sozial- und Arbeitsrecht. Arbeits- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen bei Konflikten am Arbeitsplatz.

Referent war Diplom-Psychologe Michael Ziegelmayr, der schon beim Landespsychotherapeutentag vorgetragen hatte. Er war mehrere Jahre Mitarbeiter der Mobbing-Hotline Baden-Württemberg und hat dort sowohl in der telefonischen Beratung als auch im stationären Setting Mobbing-Betroffene beraten und betreut. Der Workshop war ein voller Erfolg und mit 20 Teilnehmern ausgebucht. Die meisten konnten wichtige Impulse für ihre tägliche Arbeit mit Betroffenen mitnehmen. Die Unterlagen zum Workshop wurden von Herrn Ziegelmayr dankenswerterweise zur Verfügung gestellt, Sie finden sie auf der Kammerhomepage [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) unter „Aktuelles“ vom 2. April 2014.

## LPK Baden-Württemberg und ZfP Südwürttemberg unterzeichnen gemeinsame Empfehlung zur Praktischen Tätigkeit für Psychotherapeuten in Ausbildung

Seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes haben die darin weitgehend fehlenden Regelungen der Praktischen Tätigkeit (§ 2 der PsychTh-APrV bzw. KJ-

PsychTh-APrV) zu ständiger und berechtigter Kritik und Diskussion der gesamten Psychotherapeuten-schaft, der Ausbildungsinstitute und vor allem der betroffe-

nen Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten geführt. Trotz vielfacher und ständiger Bemühungen psychologischer und auch ärztlicher Berufs- und Fachverbände,



der Kammern und auch der Gewerkschaft ver.di gelten bis heute für Kooperationskliniken keine einheitlichen Standards bezüglich Arbeitsvertrag, Bezahlung, qualifizierter Anleitung und Arbeitsbedingungen.

Trotz vieler Bemühungen, u. a. auch der Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung, werden bis heute Ausbildungskandidaten (siehe Beitrag in diesem Heft, S. 134ff.) von den Einrichtungen voll eingesetzt und erhalten dabei weder eine angemessene Supervision noch eine ausreichende oder gar keine Vergütung. Eine Verbesserung der Situation in den Kliniken hängt auch von der Ausgestaltung der Landesgesundheitspolitik mit jeweils unterschiedlichen Landeskrankengesetzen ab, ist also auch Ländersache.

Auf Landesebene haben jüngst die Psychotherapeutenkammern Hessen und Saarland eigene Vereinbarungen mit Kliniken und Klinikträgern getroffen. So hat sich in Hessen die Kammer 2012 z. B. mit der Vitos GmbH auf eine gemeinsame Empfehlung für die Ausgestaltung der Praktischen Tätigkeit geeinigt. Die Vitos GmbH bündelt als strategische Holding zwölf gemeinnützige Unternehmen und ist der größte Anbieter in Hessen für die ambulante, teil- und vollstationäre Behandlung psychisch kranker Menschen.

Für eine ähnliche Vereinbarung hatte nun der LPK-Vorstand Kontakt mit dem Geschäftsführer des ZfP Südwestfalen aufgenommen.

Geschäftsführer Dr. Dieter Grupp, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Diplom-Psychologe und Betriebswirt (MBA), verfügt selbst über langjährige klinische Erfahrung in der Zusammenarbeit mit psychologisch-psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen in verschiedenen psychiatrischen Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen. Er kennt und versteht daher die wesentlichen Probleme und Anliegen sowohl der angestellten Kolleginnen und Kollegen wie auch die der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten während der Praktischen Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik. Das ZfP als größter Träger psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser in Baden-Württemberg mit zahlreichen Standorten vom Bodensee bis Stuttgart ist mit seinen Einrichtungen und Angeboten regional und überregional vernetzt und bietet in seinen Kooperationskliniken zahlreiche Plätze für die Praktische Tätigkeit an.

Der Unterzeichnung folgte ein ausführlicher und intensiver Gedankenaustausch zu aktuellen, die psychotherapeutische Versorgung betreffenden gesundheitspolitischen und versorgungsrelevanten Bun-



*Dr. Roland Straub, Dr. Dietrich Munz und Dr. Dieter Grupp nach der Unterzeichnung*

des- und Landesthemen der Psychiatrie und Psychotherapie wie z. B. zu den aktuellen Diskussionen zum PEPP usw.

Wir freuen uns, dass das ZfP Südwestfalen bereit ist, einheitliche Standards in den Kooperationskliniken zu gewährleisten. Zu weiteren Entwicklungen, welche sich auf die Inhalte der Empfehlungen auswirken, haben wir regelmäßigen Austausch vereinbart.

Diese beispielgebende Vereinbarung soll Impuls sein, weitere Träger und Unternehmen, die in ihren Kooperationskliniken in Baden-Württemberg eine Praktische Tätigkeit anbieten, zu gewinnen und dazu zu bringen, sich diesen Empfehlungen anzuschließen.

Die Vereinbarung im Wortlaut finden Sie auf der Kammerhomepage [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) unter „Aktuelles“ vom 24. März 2014.

## Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung veröffentlicht

Die vor Kurzem veröffentlichte LPK-Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland liefert aktuelle Zahlen zu Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, Therapieausfällen, Arbeitszeiten von Psychotherapeuten und Psychotherapieverfahren. An der von Rüdiger Nübling, Karin Jeschke, Matthias Ochs und Jürgen Schmidt im Frühjahr 2012 durchgeführten Befragung nahmen über 2.300 Psychotherapeuten aus fünf Bundesländern teil. Die Studie versteht sich

als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Die Autoren sowie der Kammervorstand bedanken sich herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen, die sich an der Studie beteiligt haben, sowie auch bei den Mitarbeitern der Geschäftsstellen der beteiligten Landeskammern. Der Ergebnisbericht kann auf der LPK-Homepage unter [www.lpk-bw.de/archiv/news2014/140513\\_lpk\\_studie\\_ambulante\\_pt\\_versorgung.html](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/140513_lpk_studie_ambulante_pt_versorgung.html) heruntergeladen werden.

### Geschäftsstelle

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



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

## Gutachtertätigkeit Forensik und Straftäterbehandlung: Gespräch mit Justizminister Bausback

Mitte März trafen sich Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Vorstandsmitglied Benedikt Waldherr, Geschäftsführer Alexander Hillers und Andreas Rose, Vorstandsbeauftragter für Forensik, mit Prof. Dr. Winfried Bausback, bayerischer Staatsminister der Justiz. Im Fokus des Gesprächs standen die Themen Gutachtertätigkeit im Bereich der Forensik und Psychotherapie mit Straftäter/innen. Minister Bausback zeigte sich gut vorinformiert und interessiert. Der Minister machte darauf aufmerksam, dass trotz der bereits durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen und der Liste unserer Mitglieder, die sich bereit erklärt haben, ehemalige Straftäter/innen psychotherapeutisch behandeln zu wollen, noch erheblicher Bedarf an niedergelassenen Psychotherapeut/innen für die Behandlung der „Probanden“ – so die Bezeichnung des Justizministeriums für ehemalige Straf-

täter/innen – bestehe. Bausback informierte, dass in der Ambulanz für Sexual- und Gewaltstraftäter/innen in der Münchner Bayerstraße Räume vorgehalten würden, in denen Psychotherapeut/innen ambulante Psychotherapien durchführen können. Andreas Rose stellte die Thematik der Gutachtertätigkeit von Psychotherapeut/innen im Bereich der Forensik und die entsprechende Richtlinie der Kammer vor. Staatsminister Bausback äußerte, dass großer Bedarf an zusätzlichen qualifizierten Gutachter/innen bestehe, und begrüßte die Einführung der Richtlinie. In Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung von ehemaligen Straftäter/innen bestand Übereinstimmung in der Einschätzung, dass es weiterhin viel zu wenige ambulante Behandlungsplätze für Psychotherapie gebe. In diesem Zusammenhang thematisierte Benedikt Waldherr die Frage, inwie-

weit dem/der Psychotherapeut/in Akteneinsicht gewährt werden könne. Für die Behandlung sei es wichtig, z. B. auch (anonymisierte) Zeugenaussagen der Opfer bewerten oder Ermittlungsergebnisse zur Tat mit den Angaben des Probanden/der Probandin vergleichen zu können. Das Ministerium hat festgehalten, dass unter dem Gesichtspunkt des Daten- und Opferschutzes zwar keine generelle Akteneinsicht in Strafakten gewährt werden könne, in Einzelfällen aber bezüglich bestimmter Teile der Akten Ausnahmen denkbar seien. Die PTK Bayern und das Ministerium werden in Kontakt bleiben, um die weitere Zusammenarbeit und die Psychotherapie der ehemaligen Straftäter/innen weiter zu fördern. Die Planung einer weiteren Fortbildungsveranstaltung für die Psychotherapie mit ehemaligen Straftäter/innen wurde vorbesprochen.

## Mitglieder-Forum in Würzburg



*Rund 30 Kammermitglieder nahmen am ersten Mitglieder-Forum in der Tagungsstätte Barockhäuser in Würzburg teil. (Foto: Heiner Vogel)*

Am 08.05.2014 fand in Würzburg das erste von vier im Jahr 2014 geplanten Mitglieder-Foren – Informationsveranstaltungen der PTK Bayern für Mitglieder – statt. Die Kammermitglieder informierten sich über die von Nikolaus Melcop

und Heiner Vogel vorgetragenen Themen wie u. a. zur Ausbildungsreform, zur von den Kammern vorgeschlagenen Einführung von psychotherapeutischen Sprechstunden für Niedergelassene, zum Versorgungswerk und zum Stand der Diskussion um das „PEPP“, das neue Vergütungssystem für Psychiatrische und Psychosomatische Krankenhäuser. In der angeregten und konstruktiven Diskussion zeigten sich die Mitglieder sehr interessiert an möglichen Zukunftsszenarien, wie z. B. einer Sprechstunde und erweiterten Aufgaben

in der Fallführung, und konnten sich durchaus vorstellen, daran mitzuwirken. Die anderen drei Mitglieder-Foren, die bei

Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe noch nicht stattgefunden hatten, wurden im Mai und Juni in Regensburg, Nürnberg

und München organisiert. Im PTJ 3/2014 werden wir ausführlicher darüber berichten.

## Bayerns neuer Patienten- und Pflegebeauftragter Hermann Imhof in der Kammer

Das Gespräch mit dem Patienten- und Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung, Hermann Imhof (MdL), fand am 12.03.2014 in der neuen Kammergeschäftsstelle statt. Die Gesprächspartner vonseiten der Kammer waren Nikolaus Melcop und Bruno Waldvogel. Neben Hermann Imhof nahm an dem Gespräch auch Elisabeth Nordgauer-Ellmaier, Leiterin der Geschäftsstelle des Patienten- und Pflegebeauftragten, teil. Hermann Imhof charakterisierte es als strategisch kluge Entscheidung des Ministerpräsidenten, den Patientenbeauftragten aus der Ebene der Verwaltung auf die Ebene des Landtages gehoben und gleichzeitig mit dem Aufgabenbereich der Pflege verbunden zu haben, wie dies auch auf Bundesebene geschehen sei. Der Bereich der Pflege sei in seinem Amt eine wichtige Ergänzung zur Zuständigkeit für Patient/innen. Er selbst war lange Jahre als Direktor bei der Caritas in Nürnberg für Pflege-Einrichtungen verantwortlich. Nach

einer Einführung in die Geschichte und Charakteristika unseres Berufes erläuterten Melcop und Waldvogel die unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kammern bei Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen (BLÄK, PTK Bayern, Gesundheitsamt). Sie wiederholten auch vor diesem Hintergrund

nochmals die Auffassung der Kammer, dass eine – zusätzliche – niedrighschwellige fachliche Beratung für Patient/innen in Psychotherapien in der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) angesiedelt werden sollte. Abschließend be-



*Der neue Patienten- und Pflegebeauftragte Hermann Imhof (Mitte) mit Kammerpräsident Nikolaus Melcop (links) und Vizepräsident Bruno Waldvogel. (Foto: Johannes Schuster)*

tonte Imhof, dass er der Kammer als Ansprechpartner gerne unterstützend zur Verfügung stehe und sich auch gerne bei fachlichen Fragen an die Kammer wenden werde.

## Treffen mit Vertretern der AOK Bayern

Im Rahmen der regelmäßigen Treffen mit Vertretern der Krankenkassen sprachen Nikolaus Melcop, Peter Lehdorfer und Alexander Hillers am 07.05.2014 mit Klaus Schwarzer, Referent Leistungsmanagement in der AOK Bayern. Schwarzer wirkt auch im Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die AOK an neuen Konzepten zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker mit. Im Mittelpunkt des Gesprächs standen die Themen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung, Möglichkeiten und Konzepte zur Verbesserung der Versorgung, das von der AOK in Zusammenarbeit mit drei bayerischen Arztnetzen gestartete Projekt „Depressionen managen“, Statistikauswertungen der Kassen, Befugnisweiterungen für PP und KJP sowie das Gutachterverfahren. Hinsichtlich

der Wartezeitenproblematik befürwortete Schwarzer die Einführung einer Sprechstunde für Patient/innen. Schwarzer nahm das Angebot der Kammer, der AOK hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung Zahlenmaterial zur Verfügung zu stellen und die Kasse bei der Interpretation zu unterstützen, dankend an. Für die Zukunft der Versorgung sieht die AOK Kompetenz- und Befugnisweiterungen für unsere Berufe, wie z. B. die Verordnung von Medikamenten und die Überweisungsmöglichkeiten, als wichtige Weiterentwicklung des Leistungsspektrums der Psychotherapeut/innen an. Klaus Schwarzer zeigte sich des Weiteren offen für Reformen im Gutachterverfahren. Ferner zeigte er sich aufgeschlossen gegenüber neuen Konzepten innovativer Versorgungsformen, z. B. für eine verbesserte Ver-

zahnung der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In diesem Zusammenhang wurden auch die Papiere zu einem zukünftigen differenzierten psychotherapeutischen Versorgungskonzept der BPTK einerseits und des GKV-Spitzenverbands andererseits besprochen. Schwarzer zeigte sich zu allen Themen gut informiert und sehr interessiert und bat um Intensivierung der Zusammenarbeit. Die Gesprächsrunde kam überein, den Austausch zu vertiefen und die Agenda des Treffens gemeinsam weiter im Blickfeld zu halten. Die Kammer kritisierte in Bezug auf die oben erwähnten Arztnetze zur Behandlung von Depressionen die fehlende Einbindung unseres Berufstandes. Hierzu hat Klaus Schwarzer an einen Fachreferenten der AOK verwiesen, zu dem Kontakt aufgenommen wird.

## Vizepräsident Waldvogel setzt sich bei Staatsministerin Aigner für Freie Berufe ein

„Das System der Selbstverwaltung mit seinem Kammerwesen und seinen Berufs- und Gebührenordnungen ist für die Freien Berufe wichtig und unerlässlich.“ Das hob Kammer-Vizepräsident Bruno Waldvogel anlässlich eines Gesprächstermins des Verbandes der Freien Berufe in Bayern (VFB) mit der stellvertretenden Ministerpräsidentin und Staatsministerin für Wirtschaft und Medien, Energie und Technologie Ilse Aigner am 08.04.2014 in München hervor. „Angriffe auf die Strukturen der Freien Berufe seitens der EU sind angesichts der Erfolge der Selbstverwaltungen auch in Bezug auf den Verbraucherschutz abwegig und

nicht nachvollziehbar“, so Waldvogel, der gleichzeitig Vizepräsident des VFB ist. Die Staatsministerin plädierte für die Erhaltung der Freien Berufe und des Kammerwesens. Dr. Fritz Kempter, Präsident des VFB, fügte hinzu, es sei wichtig, die Politik hier immer wieder zu sensibilisieren. Ein weiteres Thema des Gesprächs war u. a.



Vizepräsident Bruno Waldvogel (links) mit Staatsministerin Ilse Aigner, Dr. Fritz Kempter, Präsident des VFB und Rüdiger von Eisebeck, Vizepräsident des VFB. (Foto: Julia Maßmann)

die Finanzierung der für 2015 geplanten Studie zur Lage der Freien Berufe.

## Gespräch mit dem Verband der Ersatzkassen, LV Bayern

Im PTJ 1/2014 hatten wir berichtet, dass im Rahmen der Sitzung der neuen Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums (StMGP) zum Problem der „Zunahme“ psychosomatischer Betten vonseiten des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) pauschale Unwahrheiten hinsichtlich der Arbeit von Psychotherapeut/innen geäußert bzw. wiederholt wurden. Dazu gehörten u. a. die bekannten Unterstellungen, dass Psychotherapeut/innen nur leichte Fälle behandeln würden, sehr wenig arbeiteten und eine Indikation nach Verfahren nicht stattfindet. Im Anschluss an diese Sitzung hatte Nikolaus Melcop die Vertreter des vdek zu einem klärenden Gespräch in die Kammergeschäftsstelle eingeladen. Am 10.03.2014 konnten Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel

und Alexander Hillers das Gespräch mit Dr. Ralf Langejürgen, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, und Peter Busse, zuständig für die ambulante Versorgung im vdek, führen. Melcop stellte die angesprochenen Themen aus Sicht der Kammer richtig und untermauerte die Kammerposition mit Zahlen aus der GKV-Versorgung. Ferner wies er darauf hin, dass unsere Berufsgruppe die Möglichkeit zur Abgabe halber Praxissitze in außerordentlich hoher Zahl nutze. Zusätzlich wies Bruno Waldvogel auf die fachlich begründete Notwendigkeit hin, Behandlungen prinzipiell auch nach Abgabe der Praxis vom abgebenden bzw. vom aufnehmenden Psychotherapeuten noch zu Ende führen zu können, da anderenfalls die Praxis nur schwer mit einem Leistungsumfang

abgegeben werden könne, der die Bedingungen einer Nachbesetzung hinreichend erfüllt. Langejürgen räumte ein, dass möglicherweise als „missverständlich“ übermittelte Aussagen vom vdek so nicht beabsichtigt gewesen seien. Solche seien nicht Ansicht der Vertreter des vdek. In Bezug auf die Versorgungsproblematik stellte Langejürgen konkrete Fragen zu den Themen Gruppentherapien, Behandlungsverfahren und Diagnosegrundlagen. Melcop und Waldvogel stellten dazu die Hintergründe und Zusammenhänge dar. Ein weiteres Vertiefungsthema war der Hintergrund der unterschiedlichen Behandlungsansätze bei Psychotherapeut/innen und Psychiater/innen. Diskutiert wurde u. a. das Thema einer offenen Psychotherapie-„Sprechstunde“.

## Expertenkreis Psychiatrie: PsychischKranken(Hilfe)Gesetz, Entgeltsystem und Krisenversorgung

In der 6. Sitzung des Expertenkreises Psychiatrie im bayerischen Gesundheitsministerium (StMGP) standen Mitte März die Einführung des PsychischKranken(Hilfe)Gesetzes (PsychK(H)G), des Pauschalieren Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken (PEPP) sowie eine neue AG Krisenversorgung im StMGP im Vordergrund. Nachdem sich die Landtagsausschüsse Gesundheit und Soziales mit dem PsychK(H)G befasst haben, will

jetzt der AK Gesundheit der CSU dazu Anhörungen veranstalten, um sich ein differenziertes Bild zu verschaffen. Die Neuordnung des Unterbringungsgesetzes sei unstrittig; umstritten sei hingegen weiterhin, inwieweit weitere Hilfen dort geregelt werden sollen. Eine erste Auswertung einer Umfrage des StMGP bei allen Mitgliedern des Expertenkreises zu den Vorstellungen für ein PsychK(H)G (Januar 2014) zeige ein sehr heterogenes Bild. Dr. Georg Wal-

zel, StMGP, hat in der Sitzung mehrfach betont, dass insbesondere in Bezug auf die Verbesserung der Krisenversorgung einschließlich akutpsychotherapeutischer Sprechstunden wohl ein besonderer Veränderungsbedarf bestehe. Hinsichtlich der Diskussion um das PEPP haben die Vertreter/innen der psychiatrischen Kliniken gefordert, dass die Staatsregierung sich offensiver hinter die Forderungen der PEPP-Gegner/innen stellen möge. Dr. Walzel hat



sich bereit erklärt, ein Gespräch im „kleinen Kreis“ zu organisieren. Nikolaus Melcop hat die PTK Bayern auf die Teilnehmerliste setzen lassen. Als ersten Schritt

zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung hat Dr. Walzel eine **AG Krisenversorgung** mit folgenden Teilnehmer/innen vorgeschlagen: Verband der Bezirke,

KVB, BLÄK, PTK Bayern und Vertreter der Krankenkassen. Die Leitung der neuen AG Krisenversorgung wird Dr. Walzel übernehmen.

## „Wer hat Angst vorm Seelenarzt?“ – eine Dokumentation als Anstoß – zum Dialog

„Psychiatrie – was ist das?“ war das Thema einer Podiumsdiskussion der Süddeutschen Zeitung (SZ), über die die SZ am 27.03.2014 unter dem Titel „Wer hat Angst vorm Seelenarzt“ berichtet hat. In diesem Artikel wird u. a. Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz und Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit, Ingolstadt, zitiert. Aufgrund einer Aussage, die als Entwertung unseres Berufsstands verstanden werden kann, hat Kammerpräsident Nikolaus Melcop einen Leserbrief geschrieben, der zusammen mit weiteren kritischen Leserbriefen am 14.04.2014 erschienen ist. Zahlreiche Kammermitglieder und auch ärztliche Kolleg/innen haben sich inzwischen für diesen Leserbrief

bedankt. Die SZ hat am 23.04.2014 die Reaktion Prof. Pollmächers auf unseren Leserbrief erneut als Leserbrief abgedruckt. Prof. Pollmächer hat parallel gegenüber Nikolaus Melcop ein persönliches Gespräch angeregt. Dieses Gespräch fand am 19.05.2014 in der Kammergeschäftsstelle unter Beteiligung von Prof. Pollmächer, Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Heiner Vogel statt. Bei dem Gespräch wurde, nach klärenden Worten zu dem Artikel, über notwendige psychotherapeutische Angebote in psychiatrischen Kliniken für Erwachsene gesprochen – einschließlich der erforderlichen Finanzierung. Weiterhin wurde das Problem thematisiert, dass Psychologische Psychotherapeut/innen mit ihrer Zusatz-

qualifikation im Stellenplan der Kliniken bisher meist nicht genannt werden. In Bezug auf die äußerst unbefriedigende Vergütungs- und Ausbildungssituation von Ausbildungsteilnehmer/innen in den Kliniken wurde gemeinsam überlegt, wie hier sowohl kurzfristig als auch perspektivisch Lösungen angestrebt werden können. Es bestand insgesamt Übereinstimmung, dass neben der Klärung von fachlichen und berufsbezogenen Fragen insgesamt die Beteiligten eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Vertretern der psychiatrischen Kliniken und den Psychotherapeutenkammern erreichen wollen, nicht zuletzt angesichts der enormen Herausforderungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen.

## 13. Suchtforum „Familie und Sucht“: Über 400 Teilnehmer/innen in München

„Familie und Sucht – Schicksal Familie oder Familien-Schicksal?“ Unter diesem Titel fand am 02.04.2014 das 13. Suchtforum im Kardinal Wendel Haus in München statt. Die Kooperationspartner des Suchtforums – PTK Bayern, Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS e. V., Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) sowie Bayerische Landesapothekerkammer (BLAK) – setzten für alle Akteure im Gesundheitswesen das Signal, die Bedeutung des Systems Familie bei der Entstehung und Bewältigung von Suchterkrankungen zu erkennen und ihre Beratungen und Interventionen dementsprechend auszurichten. Im Vorfeld des Suchtforums fand im Kardinal Wendel Haus eine Pressekonferenz statt, auf der die Bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml Kampagnen und Aktionen der Bayerischen Staatsregierung bzw. des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vorstellte. Die Koope-

rationspartner – Heiner Vogel, Vorstandsmitglied der PTK Bayern, Prof. Felix Tretter, Vorstand der BAS, Dr. Heidemarie Lux, Vizepräsidentin der BLÄK, sowie Thomas Benkert, Präsident der BLAK, – warnten davor, bei einer Suchterkrankung nur die Betroffenen für sich alleine zu betrachten. „Suchthilfe, Psychotherapie, Primärmedizin und Jugendhilfe müssen besser miteinander vernetzt werden“, so die gemeinsame Erklärung. Heiner Vogel ordnete vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Zahlen an Suchtkranken in Deutschland und Bayern dem flächendeckenden Ausbau von niedrigschwelligen, suchtherapeutischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsangeboten weiterhin hohe Priorität zu. Noch wichtiger sei Prävention. Familien benötigten eine interdisziplinäre Unterstützung wie beispielsweise eine ambulante oder stationäre Psychotherapie oder Familienhilfe, um mit dem chronischen Stressor

der Suchterkrankung umgehen zu können. Dabei könnten systemische, paar- und familientherapeutische Ansätze unter Einbezug des betroffenen Suchtpatienten Rückfälle und Belastungen reduzieren. „Die meisten Behandlungsprogramme im Suchtbereich sind noch individualistisch ausgeprägt. Die Bedeutung familiärer und anderer Kontextbedingungen wird ausgeblendet“, kritisierte Vogel. „Dies liegt auch an Fragen der Kostenregelung, denn die Leistungsträger, also vor allem Krankenkassen und Rentenversicherungsträger finanzieren die Behandlung von einzelnen Betroffenen. Dass dazu die Einbeziehung des engeren sozialen Umfeldes und der Familie gehört, liegt den Trägern oft fern.“ Die Presseinformation, die Statements der Expert/innen der Pressekonferenz sowie die Präsentationen der Fachvorträge der Referent/innen finden Sie in unserer Homepagemelldung vom 07.04.2014.

## Kurznachrichten

### **Kammer ist Kooperationspartner des STMGP-Jahresschwerpunkts „Diabetes“**

„Diabetes bewegt uns“: Das ist das Motto der diesjährigen Kampagne des STMGP, die vom 16.05.2014 bis 12.07.2014 dauert. Am Aktionstag 12.07.2014 am Odeonsplatz in München werden Aktions- und Informationsstände über Diabetes informieren und zum Mitmachen einladen (Obstbranding, Kalorienraten, Kalorienmemory, Sportarten ausprobieren etc.). Die Kammer wird an diesem Tag mit einem Informationsstand vertreten sein. Kammerpräsident Nikolaus Melcop hat im Rahmen des Landesgesundheitsrates Ende März die Notwendigkeit der flächendeckenden Anwendung erfolgreicher Maßnahmen – nicht nur Modellprojekte – und der Begleitforschung eingebracht. Er hat angeregt, dass über ein einfaches Kriterium zur Messung langfristiger Erfolge der Bemühungen unter anderem der Staatsregierung auch ein „BewegungsindeX“ der Bevölkerung eingeführt werden sollte, der dann evtl. langfristig auch zum Vergleich zwischen Bundesländern und Staaten dienen könnte.

### **Psychotherapeutische Versorgung von Soldat/innen: Weitere Fobi-Veranstaltung in München**

Im Rahmen der gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung der Bundeswehr und der BPtK am 13.03.2014 in Berlin wurde vereinbart, weitere Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren. Im April hat sich hierzu das Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr an die Kammer gewandt. Im Herbst 2014 wird in einer Münchener Kaserne eine weitere Veranstaltung stattfinden, die sich an interessierte Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Bayern und Baden-Württemberg sowie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer richtet. Die drei Landeskammern werden ihre Mitglieder rechtzeitig über den Termin und das Programm informieren.

### **Weitere Aktivitäten der Kammer**

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert

wurden bzw. an denen sie teilgenommen hat: QM/QZ Lenkungsausschuss der KVB am **26.02.2014**; Veranstaltung der Bayerischen Versorgungskammer „BVK im Dialog: Entscheiden zwischen Bauch und Logik: Einblicke in die Risikoforschung“ am **11.03.2014**; interdisziplinäre Veranstaltung mit Psycho-Onkologie Großhadern und lebensmut e. V. „Der Tod in der Therapie. Die Arbeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen mit betroffenen Familien“ am **12.03.2014**; Fortbildungsveranstaltung der Bundeswehr und der BPtK „Psychotherapeutische Behandlung von Soldaten“ am **13.03.2014**; 2. Sitzung des Landesgesundheitsrates (LGR) am **24.03.2014**; Treffen der bayerischen Heilberufekammern am **17.03.2014**; 13. Bayerisches Gesundheitsforum am **28.03.2014**; Tagung des Institutes für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht an der Goethe-Universität Frankfurt „Psychotherapie in der GKV zwischen alten Kontroversen und gesetzlicher Neuregelung“ am **01.04.2014**; Ideenwettbewerb II (DptV, DVT, unith): „Wie könnte es mit der Weiterbildung in Psychotherapie weitergehen?“ am **04.04.2014**; AG zum Runden Tisch Pflegekammer des STMGP am **09.04.2014**; DAK Gesundheit im Dialog „Gesund leben und arbeiten“ am **10.04.2014**; AK Reha von Health Care Bayern e. V. „Wird der Rehabedarf heute richtig erkannt? – Wiedereingliederung nach Unfall und Krankenhausaufenthalt“ am **11.04.2014**; regionale Gesundheitskonferenzen Südostoberbayern am **12.03.2014** (Altötting), **20.03.2014** (Traunstein), **26.03.2014** (Berchtesgader Land) und **17.04.2014** (Mühldorf); LZG-Zukunftswerkstatt am **07.05.2014**; Präsidiumssitzungen des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) am **12.03.2014** und **14.05.2014**; Sitzungen des Expertenkreises Psychiatrie am **12.03.2014** und **20.05.2014**; BKK-Fachveranstaltung „Kindergesundheit fördern – Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten rechtzeitig erkennen und behandeln“ am **21.05.2014**; Klausurtagung der PTK Hamburg „Fragen der Beurteilung von Forschungsvorhaben am Menschen durch Ethikkommissionen“ am **24.05.2014**.

### **Bevorstehende Veranstaltungen**

**Psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. 1. Termin: 12.07.2014 in Würzburg. 2. Termin: 13.12.2014 in München.

**Dichtung und Wahrheit. Zur Glaubhaftigkeit von Aussagen in Psychotherapien und Begutachtungen:** Termin: 28.06.2014 in München.

**Psychoonkologie:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern, der KVB und dem Roman-Herzog-Krebszentrum Comprehensive Cancer Center, München. Termin: 12. bis 13.09.2014 in München.

**Psychische Störungen bei Flüchtlingskindern:** Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern mit REFUGIO. Termin: 27.09.2014 in München.

**Erstellung von Legasthenie-Gutachten durch KJP und PP für Schule und Jugendhilfe:** Termin: 18.10.2014, 10.00 bis 17.00 Uhr in Nürnberg.

**13. Suchtforum** mit dem Titel „Familie und Sucht“ in Kooperation mit der BAS, BLÄK und BLAK. 2. Termin: 05.12.2014 in Nürnberg.

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**

Birketweg 30  
80639 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)

## Diskussionsbeitrag zu einer differenzierten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterschiedlichster Patientengruppen mit psychischen Erkrankungen/ Störungen

**Dipl.-Psych. Michael Krenz,  
Präsident der Psychotherapeuten-  
kammer Berlin**

Ziel dieses Beitrages ist die Weiterentwicklung, Ergänzung und Differenzierung des bewährten psychotherapeutischen Systems der Richtlinienpsychotherapie (SGB V), um zu einer qualitativ erforderlichen und quantitativ ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung von Patienten zu gelangen.

Basis ist die bereits tätige ambulante psychotherapeutische Praxis, die nach regionalen, personalen sowie versorgungsspezifischen Erfordernissen und nach Finanzierung schrittweise um psychotherapeutische Interventionen erweitert/fokussiert werden kann. Managementgesellschaften werden dazu nicht benötigt.

Damit wird den Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) erst ermöglicht, ihrer gesundheitspolitisch geforderten Rolle als behandelnde PsychotherapeutInnen für alle Patientengruppen nachzukommen.

**Dieses dynamische, prozessuale Versorgungsmodell eröffnet bereits in der Phase der Diagnose-/Indikationsstellung die Möglichkeit, Patientepfade mit Ärzten und Akteuren aus anderen Hilfesystemen zu definieren.**

PatientInnen erhalten auf Nachfrage kurzfristig die Gelegenheit, zu einem zu vereinbarenden Termin („Terminsprechstunde“) Anlass und Anliegen mit einem PP/KJP zu besprechen und damit einen zu strukturierenden Klärungsprozess einzuleiten.

In einem ersten Schritt wird mit den PatientInnen besprochen, ob eine Untersuchung zur Klärung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung/Störung indiziert erscheint und eine Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit des Patienten vorliegt. In diesem Kontext ist der Patient/die Patientin im ersten Schritt über die Möglichkeiten und Grenzen einer Psychotherapie zu informieren und aufzuklären.

In dieser Terminsprechstunde kann mit dem Patienten/der Patientin eine erste Vorentscheidung getroffen werden: Je nach Anlass und Anliegen kann eine Überweisung/Vermittlung in andere Hilfesysteme erfolgen oder der Patient/die Patientin folgt der Empfehlung, sich psychodiagnostisch untersuchen zu lassen. Verbunden ist dieser Prozess mit einer adaptiven Indikationsstellung und prognostischen Einschätzung bezüglich unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten.

Für die PatientInnen, für die bereits zu diesem Zeitpunkt eine Richtlinienpsychotherapie infrage kommt, sind die in den Richtlinien definierten „Probatorischen Sitzungen“ durchzuführen, in deren Folge dann der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin nach Antragstellung des Patienten/der Patientin einen Bericht an den Gutachter verfasst.

Sollte keine Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie vorliegen, ist – wie bei den anderen PatientInnen – zu prüfen, welche psychotherapeutischen Interventionen bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung/Störung notwendig und zweckmäßig sind.

Analoges gilt auch für die PatientInnen, bei denen sich im diagnostischen Prozess die Indikationen für ein Richtlinienverfahren ergeben. Diesen ist ein Richtlinienverfahren zu erläutern und gegebenenfalls ein Behandlungsplatz anzubieten. Gegebenenfalls sind diese PatientInnen dann weiter zu vermitteln.

Vor Einleitung leitliniengerecht zu definierender und zeitlich begrenzter psychotherapeutischer Interventionen (und gegebenenfalls danach!) wäre erneut zu prüfen, ob PatientInnen in ihrer aktuellen Situation bei anderen LeistungsanbieterInnen in anderen Hilfesystemen gegebenenfalls angemessene Unterstützung erfahren könnten. Um besonders für die multimorbiden PatientInnen leidvolle und ihre psychischen Erkrankungen/Störungen weiter chronifizierende Prozesse (u. a. durch Hin- und Herüberweisungen) zu unterbinden, sind Gesprächs- und Kooperationsleistungen zu definieren: zum Beispiel zwischen überweisenden Ärzten zu PP/KJP und von überweisenden PP/KJP zu Ärzten sowie zu VertreterInnen anderer Hilfesysteme, unter anderem von IV Netzwerken, Reha-Einrichtungen u. a. m.

**Welche Implikationen hat ein solches Versorgungsmodell für die Rolle der Psychotherapeutinnen/des Psychotherapeuten und die Psychotherapie? Welche sozialrechtlichen Konsequenzen sind zu erwarten?**

**Auf Ihre Anmerkungen, Ergänzungen und Kritik freuen wir uns!**

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de





## Quo vadis Psychologischer Psychotherapeut

### Dr. Nina Romanczuk-Seiferth

Fragt man nach dem Berufsbild „Psychologischer Psychotherapeut“, denken Menschen häufig an eine Niederlassung in psychotherapeutischer Praxis, gemütlich eingerichtet oder modern nüchtern gehalten, mit oder ohne Couch, in jedem Fall aber mit Stühlen, um sich dort der psychotherapeutischen Arbeit zu widmen. Angehende PsychotherapeutInnen streben mehrheitlich zeitnah nach der Ausbildung eine Tätigkeit in eigener Praxis an. Gleichzeitig ist aus Perspektive der PatientInnen der Weg in eine psychotherapeutische Praxis weit und steinig, ein großer Teil der Versorgung psychisch erkrankter Menschen findet außerhalb von Praxiswänden statt. Dies wirft die Frage auf, welche Weiterentwicklung unser Berufsbild durchlaufen muss, um den Erfordernissen der Versorgung psychisch Erkrankter auch in Zukunft gerecht zu werden, und welchen Beitrag die Psychotherapieausbildung dazu leisten kann.

### Psychotherapeutische Versorgung jenseits der Praxiswände

Ein Mensch in einer psychischen Krise findet den Weg in eine psychotherapeutische Praxis zumeist über verschiedene andere Institutionen der Versorgungslandschaft, in denen Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) tätig sind. Psychiatrische und psychosomatische Kliniken, andere Krankenhäuser (z. B. onkologische Abteilungen), Beratungsstellen, Jugendhilfe- und Rehabilitationseinrichtungen bieten ein breites Spektrum stationärer, teilstationärer und ambulanten Angebote. Entsprechend sieht die Ausbildung zum/zur PP Praxisanteile im klinischen sowie ambulanten Rahmen vor. Gleichzeitig sind die theoretischen Inhalte wie auch die lehrenden DozentInnen zumeist klar auf den niedergelassenen Bereich ausgerichtet. Auch findet die fachliche Supervision zur Reflexion der eigenen Erfahrungen und zur Weiterentwicklung der persönlichen Kompetenzen in der Regel

beschränkt auf die spätere Ambulanztätigkeit der AusbildungsteilnehmerInnen statt. Hierfür bilden die Ausbildungsinstitute mit hoher Qualität und Praxisnähe aus, prägen damit aber gleichzeitig das Berufsbild der künftigen PsychotherapeutInnen in dieser Richtung. Realität der frisch Approbierten ist aber, dass nur ein Bruchteil zeitnah eine niedergelassene Tätigkeit aufnimmt. Der überwiegende Teil wird in einem Anstellungsverhältnis in einer psychotherapeutisch versorgenden Institution tätig. Die Praktische Tätigkeit I bzw. II, wie sie in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Psychotherapeutengesetzes vorgesehen ist, stellt demnach einen zentralen Baustein der Ausbildung dar, bereitet auf die Anforderungen in einem klinischen Bereich vor und bildet einen wichtigen Aspekt der Berufsrealität von PP ab. Auch unabhängig vom späteren Betätigungsfeld ist es wichtig, die Breite der Versorgungslandschaft zu kennen, um das eigene therapeutische Wirken im individuellen Versorgungssystem des Patienten zu verstehen und die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Sinne einer optimalen Behandlung zu gestalten. Dass dies gerade in der Versorgung schwer bzw. chronisch erkrankter Menschen immer wichtiger wird, zeigen auch moderne Modelle wie die Integrierte Versorgung. Nicht zuletzt können die AusbildungsteilnehmerInnen während dieser Phase unschätzbar wertvolle Erfahrungen für die eigene therapeutische Entwicklung sowie für das weitere Berufsleben sammeln: Sicherheit im Umgang mit den unterschiedlichsten therapeutischen Situationen, die in dieser Dichte für die Praktische Tätigkeit charakteristisch sind. Hierzu zählt die diagnostische Vielfalt der behandelten PatientInnen, die Arbeit mit Menschen in unterschiedlichsten Krankheitsphasen, das multiprofessionelle Umfeld, die Vielgestaltigkeit der therapeutischen Ansätze und Settings usw. Aktuell besteht hier also eine Diskrepanz zwischen der Bedeutung dieses Ausbildungsbausteins für die Kompetenzentwicklung



Dr. Nina Romanczuk-Seiferth, Leitende Psychotherapeutin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Charité, Universitätsmedizin Berlin

lung der angehenden PsychotherapeutInnen und deren spätere Berufstätigkeit und der Einbettung der Praktischen Tätigkeit in die Gesamtausbildung. Viele AusbildungsteilnehmerInnen fühlen sich gerade hinsichtlich der Besonderheiten des psychotherapeutischen Arbeitens in einem klinischen Rahmen wenig vorbereitet und unterstützt. Dies ist sicherlich auch über eine Verbesserung der formalen Rahmenbedingungen der Praktischen Tätigkeit I und II anzustreben, nicht aber alleine darüber zu gewährleisten. Die AusbildungsteilnehmerInnen bringen zu Beginn ihrer Psychotherapieausbildung hohe Motivation, Neugier und Vorfreude auf die praktische Arbeit mit den PatientInnen mit. Der Gestaltung dieser Phase in der jeweiligen Institution und der engen Begleitung durch das ausbildende Institut kommen daher Schlüsselrollen dabei zu, wie sehr die AusbildungsteilnehmerInnen für ihre therapeutische Entwicklung profitieren können. Nicht zuletzt prägt dies auch das Berufsbild und die Vorstellung von befriedigenden Tätigkeitsfeldern für das spätere Berufsleben. Ein breiteres Verständnis unseres Berufsbildes kann so auch das Selbstbewusstsein über den wichtigen Beitrag zur Behandlung von psychisch erkrankten Menschen in den vielfältigsten Institutionen stärken und auch die künftigen Generationen von PsychotherapeutInnen für diese Bereiche unseres Wirkens begeistern.

## Berufsbild, Kompetenzprofil und Ausbildungsreform

### Dr. Dipl.-Psych. Manfred Thielen

Eine der Hauptaufgaben des Berliner Kamerausschusses „Aus-, Fort-, Weiterbildung“, der zu Beginn der neuen Legislaturperiode 2013 neu besetzt und um drei Mitglieder erweitert wurde, ist die Fortführung der Diskussion und eine Positionierung zur geplanten Ausbildungsreform, die über eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) erfolgen soll.

In der vergangenen Legislaturperiode hatte sich der Ausschuss für eine reformierte postgraduale Ausbildung eingesetzt. Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Berlin hat am 11.04.2013 auch einen entsprechenden Beschluss gefällt, der nach wie vor Gültigkeit hat. Die aktuelle Diskussion wird derzeit sowohl auf der Ebene der Bundespsychotherapeutenkammer als auch der Landespsychotherapeutenkammern zum Berufsbild und zum Kompetenzprofil des Psychotherapeuten geführt.

In den zum Berufsbild bis zum 31.1.2014 von der AG Länderrat und dem Vorstand der BPTK verfassten Papieren wurde **Psychotherapie in Studium, Aus-, Weiterbildung und Praxis im Wesentlichen mit den „wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden“ gleichgesetzt**. Nach Lesart der AG sind dies diejenigen Psychotherapieverfahren und -methoden, die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannt sind. Das sind derzeit die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Psychoanalyse, die Personzentrierte Psychotherapie und die Systemische Therapie. **Die Humanistische Psychotherapie mit ihren Methoden: Personzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Existenzanalyse/Logotherapie und Integrative Therapie, aber auch andere Verfahren würden nach dieser Definition nicht zum Berufsbild des Psychotherapeuten gehören.**

In einer Stellungnahme (siehe [www.aghpt.de](http://www.aghpt.de), „Texte“) der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) wurde dies kritisiert, um die

**notwendige Verfahrensvielfalt zu gewährleisten.**

In dem Entwurf einer Präambel zum Berufsbild der AG Länderrat und des Vorstandes der BPTK für den 24. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 17.05.2014 wurde der erhebliche Einwand der AGHPT offensichtlich aufgenommen, denn dort heißt es nun: „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diagnostizieren, beraten und behandeln selbstständig, eigenverantwortlich und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Behandlungsverfahren.“

Der Ausschuss begrüßte in seiner Stellungnahme zur Delegiertenversammlung (DV) am 25.03.2014 diese bereits angekündigte Öffnung, doch fordert er darüber hinaus, dass der neue Terminus „wissenschaftlich psychotherapeutische Verfahren und Methoden“ durchgehend die bisherigen Formulierungen auch im Kompetenzprofil ersetzen soll.

So heißt es z. B. noch im Entwurf „Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf in Studium und Aus-/Weiterbildung“ vom 17.05.2014: „1.5. Kenntnisse der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken (...)“. Darüber hinaus: „Kritische Rezeption der Entwicklung des Kenntnisstands zu wissenschaftlich begründeten psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken.“

Hier wird noch zwischen „wissenschaftlich anerkannten“ und „wissenschaftlich begründeten“ Verfahren und Methoden in hierarchischer Form differenziert. Erstere sollen vermittelt und letztere kritisch rezipiert werden. Vonseiten Michael Krenz, dem Präsidenten der PTK Berlin und Mitglied der Koordinationsgruppe der AG des Länderrats und des Vorstandes der BPTK wurde zugesichert, dass beim endgültigen Entwurf nur noch von „wissenschaftlich psychotherapeutischen Verfahren und Methoden“ die Rede sein wird.



*Dipl.-Psych. Dr. phil. Manfred Thielen, Leiter des Ausschusses Aus-, Fort-, Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer Berlin*

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl inhaltlicher Veränderungsvorschläge von verschiedenen Berufs- und Fachverbänden. Der Ausschuss „Aus-, Fort-Weiterbildung“ der PTK Berlin kann dem Vorschlag zum Kompetenzprofil prinzipiell folgen. Doch unter dem Punkt 3.4. „Kenntnisse und Fähigkeiten zur kritischen Rezeption und Anwendung psychotherapeutischer Interventionen (...)“ soll der Bereich der nonverbalen, körperorientierten Interventionen, die insbesondere bei der Psychotherapie frühkindlicher Störungen immer größere Bedeutung gewinnen, ergänzt werden.

Auf dem 24. DPT stellte Prof. Dr. Rainer Richter, der Präsident der BPTK, für den Vorstand eine Öffnung der „Legaldefinition“ von Psychotherapie vor: „Die Reform des Psychotherapeutengesetzes (...) schließt eine Legaldefinition der psychotherapeutischen Tätigkeit ein, die – analog der ärztlichen Tätigkeit – nicht auf umschriebene Behandlungsverfahren oder -methoden beschränkt ist.“ Gegen diese Öffnung erhob sich auf dem DPT kein Widerspruch. Sie ist politisch sinnvoll, da sie eine möglichst große Verfahrensvielfalt und ihre innovative Weiterentwicklung gewährleistet.



## Ausbildungsreform: postgraduale Ausbildung versus Direktausbildung

Aus dem Berufsbild und dem Kompetenzprofil soll dann im nächsten Schritt die Struktur der Ausbildung abgeleitet werden. In der gegenwärtigen Diskussion werden verschiedene Interessen deutlich:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Novellierung des PsychThG in ihrem Koalitionsvertrag aufgenommen und ihm eine zeitliche Priorität gegeben. Seine VertreterInnen favorisieren die Direktausbildung. Die Struktur soll sich an derjenigen der Humanmedizin orientieren. Doch über die Frage, wer die deutlich höheren Kosten der Direktausbildung übernehmen soll, streiten sich Bund und Länder: Der Bund möchte dabei die Länder in die Pflicht nehmen, während die Länder in Form der „Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden“ (AOLG) die Meinung vertritt, dass dies Sache des Bundes sei.

Nach den Vorstellungen der VertreterInnen der Direktausbildung soll sie in einem Studium der Psychotherapie (mind. fünf Jahre) erfolgen, nach dem man eine Approbation erwirbt, danach soll eine mindestens dreijährige Weiterbildung zur Vertiefung in einem anerkannten Psychotherapieverfahren stattfinden (vgl. Fydrich et al., 2013). Die Ausbildung würde im Wesentlichen an die Universitäten verlagert, deren Institutsambulanzen zu über 95% verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind. Von daher besteht die Gefahr, dass sowohl Studium als auch Weiterbildung verhaltenstherapeutisch dominiert würden.

Das Modell von RA Gleiniger stellt gewissermaßen ein Kompromissmodell dar. Es ist zwar als Direktausbildung, aber dual konzipiert (vgl. Gleiniger, 2013). Danach sollte das Studium in Psychotherapie mit einem 1. Staatsexamen enden, es folgten eine Ausbildung zur vertieften Fachkunde in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren mit einem 2. Staatsexamen und die Approbation als Abschluss. Diese Ausbildung soll durch einen bundesgesetzlichen Anspruch der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) auf „angemessene Vergütung“ für die im Rahmen dieser Praktischen Ausbildung sowohl ambulant als

auch stationär erbrachten Behandlungsleistungen flankiert werden.

Innerhalb der Profession wird sowohl auf der Ebene der BPTK, der Landeskammern als auch der Berufs- und Fachverbände intensiv über die zwei Grundrichtungen der Ausbildungsreform diskutiert. Auf dem nächsten DPT im November 2014 soll dann eine Richtungsentscheidung fallen.

**Der Ausschuss tritt bei dem gegenwärtigen Stand der Diskussion für eine reformierte postgraduale Ausbildung ein.** Nach dem von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Forschungsgutachten (Strauß et al., 2009) sind sowohl PiA, DozentInnen und SupervisorInnen aller Verfahrensrichtungen mit der bisherigen Ausbildung hauptsächlich zufrieden. **Die bisherige Aufteilung in Studium und nach-universitäre Ausbildung mit Approbation hat sich bewährt.**

Positiv ist auch die starke Praxisorientierung der Ausbildung, durch klinisch sehr erfahrene DozentInnen, SupervisorInnen und SelbsterfahrungsleiterInnen hervorzuheben.

Durch die in der Behandlungsphase unter Supervision durchgeführten Ausbildungspsychotherapien, die nach § 117 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bezahlt werden, wird die Ausbildung für die PiA teilweise refinanziert. Diese Finanzierung würde in der Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung wegfallen.

Auch in der jetzigen postgradualen Ausbildung gibt es allerdings deutlich Reformbedarf. **Die bisherige Ungleichheit zwischen Ausbildungen in Richtlinien-Therapien und in wissenschaftlich anerkannten Verfahren wie Personenzentrierte Psychotherapie und Systemische Psychotherapie muss dringend beseitigt werden.**

Sowohl im Studium als auch in der Ausbildung muss mehr Verfahrensvielfalt hergestellt werden. International herrschen gegenwärtig vier Grundorientierungen in der Psychotherapie vor: behavioral, psychodynamisch, systemisch und humanistisch. Sie müssen gleichberechtigt im Studium gelehrt werden. Auch in der verfahrensorientierten Ausbildung müssen Kenntnisse

und Fertigkeiten in allen Grundorientierungen vermittelt werden.

### Folgende Probleme müssen in der postgradualen Ausbildung dringend und schnellstens gelöst werden:

Ein Masterabschluss muss die Voraussetzung sowohl für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie als auch in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sein. Neben psychologischen müssen auch weiterhin pädagogische Zugänge möglich sein.

Die Praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung muss entsprechend der Grundqualifikation der PiA als Dipl.-Psych. angemessen vergütet werden.

Die PiA dürfen in den Kliniken nicht als billige Arbeitskräfte missbraucht werden, sondern müssen eine fachlich angemessene Anleitung und Supervision bekommen.

### Literatur

- Fydrich, T. et al. (2013): Universitäres Direktstudium und anschließende Weiterbildung sichern Qualität und Zukunft des Berufs. In: Psychotherapeutenjournal (PTJ), 4/2013, S. 358-359.
- Gleiniger, J. W. (2013): Plädoyer gegen eine basale und für eine duale Direktausbildung. In: Psychotherapeutenjournal (PTJ), 4/2013, S. 360-361.
- Strauß B., Barnow S., Brähler E. et al. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten. [www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/Endfassung-Forschungsgutachten-Psychotherapeutenausbildung.pdf](http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/Endfassung-Forschungsgutachten-Psychotherapeutenausbildung.pdf)
- VS der BPTK: „Mindestanforderungen an eine Reform des Psychotherapeutengesetzes“ (Power-Point-Präsentation, S. 3).

### Geschäftsstelle

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



## 30. Kammerversammlung beschäftigt sich mit Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung

### *Mitglieder verabschieden mehrere Resolutionen und setzen sich mit Weitergabe von Praxen auseinander*

Stark besucht war die 30. Kammerversammlung der Bremer Psychotherapeutenkammer, die am 13. Mai 2014 stattgefunden hat – nicht wie gewohnt im Bürgerhaus Weserterrassen, sondern im Fortbildungszentrum der Ärztekammer. Insgesamt 64 Mitglieder folgten der Einladung des Kammervorstandes, der ein Thema auf die Tagesordnung gesetzt hatte, das offenbar viele Mitglieder interessiert: Reformbedarf in der ambulanten und stationären Versorgung. Timo Harfst, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Bundespsychotherapeutenkammer, führte die Anwesenden mit einem interessanten Vortrag in das Thema ein. Ein weiterer wichtiger Punkt an diesem Abend war die Frage, wie die Weitergabe psychotherapeutischer Praxen angesichts einer rigider werdenden Zulassungspraxis gestaltet werden kann. Hierzu nahmen der Justitiar der Kammer, Bernd Rasehorn, und Kammermitglied Amelie Thobaben Stellung. Darüber hinaus verabschiedeten die Mitglieder gleich drei Resolutionen. Dabei ging es um die geplante Schließung des Studiengangs Psychologie an der Bremer Universität, um den Erhalt psychotherapeutischer Kassensitze im Land Bremen und um eine Reform der Rahmenbedingungen für Psychotherapie im ambulanten und stationären Bereich.

Timo Harfst wies in seinem Vortrag auf die zunehmende Bedeutung der Psychotherapie für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland hin. So habe die jüngste Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) gezeigt, dass etwa 27% der Erwachsenen im Jahresverlauf an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leiden. Die gestiegene

Bedeutung könne auch daran erkannt werden, dass in allen S3-Leitlinien für die Behandlung psychischer Erkrankungen Psychotherapie als die zentrale Therapiemethode alleine oder neben pharmakologischer Behandlung empfohlen werde. Demgegenüber stehe ein erschwelter Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen. Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch variierten von Bundesland zu Bundesland zwischen bestenfalls knapp neun und schlimmstenfalls nahezu zwanzig Wochen. Auch wenn dies von interessierter Seite immer wieder behauptet werde, lägen die Ursachen des Versorgungsproblems nicht daran, dass Psychotherapeuten zu wenig arbeiteten, dass es eine „Übersversorgung“ in Großstädten gebe und die Psychotherapien zu lange dauerten. Vielmehr fehle es an einer Steuerung des Zugangs, an differenzierter Versorgung und an der Integration psychotherapeutischer Kompetenz. Diese scheine auch die Bundesregierung verstanden zu haben. Aus dem Koalitionsvertrag der CDU/CSU und der SPD gehe hervor: „Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten werden wir überprüfen.“

Harfst warb in seinem Vortrag dafür, dass die Psychotherapeutenchaft sich aktiv in die anstehenden Reformen einbringt und

eigene Vorschläge unterbreitet. Das Festhalten am Status quo könne keine Antwort sein. Die Psychotherapeuten von Morgen müssten ein ergänzendes Angebot zur hausärztlichen Praxis unterbreiten, quasi eine Lotsenfunktion für die Patienten übernehmen. Dazu bedürfe es umfassender Koordinationsaufgaben, die beispielsweise durch Einrichtung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde bewältigt werden könnten. Leistungen dieser Sprechstunde: Erstuntersuchung und Anamnese, Orientierende Erstdiagnostik, Vorläufige Indikationsstellung und Verweis bzw. Überweisung zu einem bedarfsgerechten Versorgungsangebot. Dazu müsse in jedem Fall die Psychotherapie-Richtlinie überarbeitet werden. Zudem solle die Gruppentherapie eine Aufwertung und Förderung erfahren, u. a. durch eine Befreiung vom Gutachterverfahren und durch eine bessere Honorierung. Auch sollte es evidenzbasierte Erweiterungen der Indikationen für Psychotherapien geben und eine Erhaltungstherapie bei chronischen Erkrankungen.

Für psychisch kranke Menschen mit einem komplexen Leistungsbedarf müssten sich vernetzte, multiprofessionell aufgestellte und ambulant orientierte Angebote entwickeln, in denen Psychotherapeuten eine wichtige Rolle spielen. Mit Blick auf die stationäre Versorgung führte Harfst aus, dass Patienten ein multimodales Versorgungsangebot auf der Basis einer psychotherapeutischen Grundhaltung erhalten sollten bei gleichzeitiger Wahrung der Behandlerkontinuität. Über die Qualifikation und die Anzahl des therapeutischen Personals könne eine evidenzbasierte Behandlung erreicht werden.



*Timo Harfst (links) erläuterte in seinem Vortrag den Reformbedarf aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer.*

In der anschließenden Diskussion des Vortrages äußerten einige Kammermitglieder ihre Zweifel daran, dass die vorgeschlagenen Koordinationsaufgaben von einzeln praktizierenden Psychotherapeuten geleistet werden können. Hier seien größere Einheiten gefragt, wie beispielsweise Praxisgemeinschaften oder MVZ. Auch sei in dem Vortrag zu wenig auf die übenden Verfahren eingegangen worden, deren Stellenwert zugenommen habe. Nach der

Aussprache verabschiedeten die Kammermitglieder ihre Resolution zur Reform der Rahmenbedingungen für Psychotherapie, die sehr ausführlich den Reformbedarf begründet.

Über rechtliche Möglichkeiten von Psychotherapeuten, die ihre Praxis weitergeben wollen, berichtete Rechtsanwalt Bernd Raschorn in seinem Beitrag. Vom regulären Nachbesetzungsverfahren über Job-Sharing bis zur Anstellung einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten und auch bis hin zum Praxisverkauf mit Anstellung und Rückumwandlung in Zulassung reichte die Bandbreite. Amelie Thobaben stellte aus psychotherapeutischer Sicht einige Aspekte dar, die bei der Weitergabe einer Praxis zu berücksichtigen sind. Insbesondere ging sie auf die Vorteile ein, die die Abgebenden, aber auch die Weiterführenden bei einer geplanten Praxisweitergabe hätten.

Im Rahmen der Berichterstattung der Arbeit des Kammervorstandes seit Oktober 2013 bis jetzt, die allen Mitgliedern im Vor-

feld zugegangen war, ging Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens ausführlich auf die Klage einer Kollegin gegen die Spruchpraxis des Zulassungsausschusses beim Verkauf ihrer Praxis ein. Er berichtete, dass ausgehend von einem Aufruf von Kolleginnen und Kollegen ein Rechtshilfefond eingerichtet worden sei, um die Klage mit zu finanzieren. Seit Einrichtung des Fonds im März 2014 hätten die Mitglieder insgesamt 2.200 Euro eingezahlt. Er bat um weitere Spenden. Zugleich rief er Kammermitglieder auf, die mit der Spruchpraxis des Zulassungsausschusses wegen des Verkaufs ihrer Praxis ebenfalls nicht einverstanden sind, dagegen zu klagen. Anschließend wurde die vom Vorstand vorgelegte EntschlieÙung „Für den Erhalt psychotherapeutischer Kassensitze im Land Bremen“ nach kurzer Diskussion und Ergänzung verabschiedet. Auch die dritte Resolution zur Schließung des Studiengangs Psychologie an der Bremer Universität wurde nach kurzer Diskussion und kleinen Änderungen von der Versammlung verabschiedet (siehe auch nachfolgenden Artikel „Wissenschaftssenatorin...“, S. 210).

## Gemeinsames Landesgremium: Psychotherapeutenkammer wird künftig als ständiges Mitglied mitarbeiten

Die Arbeit hat sich gelohnt. Der Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer hatte in den vergangenen Monaten intensiv dafür geworben, ständiges Mitglied im „Gemeinsamen Landesgremium“ nach §90a, SGB V zu werden. Nunmehr steht fest: Die Kammer wird in diesem Gremium künftig als ständiges Mitglied mitarbeiten.

Zum Hintergrund: Im Dezember 2013 legte der Senator für Gesundheit einen Gesetzentwurf zur Einrichtung eines Gemeinsamen Landesgremiums zur gesundheitlichen Versorgungsplanung im Land Bremen vor. Die Psychotherapeutenkammer Bremen begrüßte die Initiative des Senators und die vorgesehene Berufung von Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft, des

Magistrats der Stadt Bremerhaven und der Ärztekammer Bremen als ständige Mitglieder des „Gemeinsamen Landesgremiums“. Sie zeigte sich aber enttäuscht, dass sie nicht als ständiges Mitglied berufen werden sollte, und betonte die Sinnhaftigkeit ihrer ständigen Mitarbeit in diesem für die gesundheitliche Versorgung der Bremer Bevölkerung so wichtigen Gremium.

Die ursprünglich vorgesehene Regelung, die Psychotherapeutenkammer Bremen lediglich in Angelegenheiten hinzuziehen, die die psychotherapeutische Versorgung und Berufsausübung betreffen, griff nach Auffassung des Kammervorstandes zu kurz. Sie würde den Erfordernissen psychisch kranker Menschen in Bremen nicht gerecht. Der Vorstand argumentierte zudem mit dem Blick über die Landesgrenzen. In anderen Bundesländern, wie z. B. in Hamburg, Schleswig-Holstein, Rhein-

land-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Bayern, war es keine Frage, die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern als ständiges Mitglied aufzunehmen.

Die Kammer begründete ihre Position zum Gesetzentwurf in einer ausführlichen schriftlichen Stellungnahme und führte parallel Gespräche mit allen gesundheitspolitischen Sprechern der in der Bürgerschaft vertretenen Parteien. In diesen Gesprächen fand die Kammer viel Verständnis bis ausdrückliche Unterstützung ihres Anliegens. Auch Gesundheitsstaatsrat Peter Härtl zeigte sich offen, diese Angelegenheit nochmals zu überdenken. Inzwischen informierte die für Rechtsangelegenheiten im Gesundheitsressort zuständige Mitarbeiterin Dr. Wiebke Wietschel den Vorstand darüber, dass in der Überarbeitung des Gesetzentwurfes die Psychotherapeutenkammer nun als ständiges Mitglied vorgesehen sei.

## Wissenschaftssenatorin sieht keine realistische Zukunft für Studiengang Psychologie an der Bremer Universität

Die schwierige Haushaltslage Bremens droht dem Studiengang Psychologie an der Uni Bremen zum Verhängnis zu werden. Das ist in einem Gespräch deutlich geworden, das die Senatorin für Bildung und Wissenschaft, Prof. Eva Quante-Brandt, Anfang März mit dem Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer geführt hat. An der gut eineinhalbstündigen Unterredung nahmen neben Dr. Ursula Niebling aus dem Wissenschaftsressort die Vorstandsmitglieder Dr. Sylvia Helbig-Lang, Hans Schindler und Karl Heinz Schrömgens teil. Dabei ging es auch um die Inklusion von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen im Schulbetrieb.

Die Kammervertreter drückten ihre Sorge um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von psychisch kranken Menschen aus, falls der Studiengang als Zugangsvoraussetzung für die Psychotherapeutenausbildung geschlossen würde. Die Senatorin bestätigte, dass diese Besorgnis berechtigt sei. Es sei ein Prüfauftrag erteilt worden, ob für den Studiengang Psychologie eine realistische Zukunftsaussicht bestehe. Hintergrund bildeten die schwierige Haushaltslage des Landes Bremen und die relativ singuläre Stellung des Studienganges in der bremischen Wissenschaftslandschaft. Der Studiengang habe in der Vergangenheit versäumt, sich in der Forschung ausreichend breit und vernetzt darzustellen. Auf die Nachfrage, ob ein solcher Prüfauftrag jemals zu einem positiven Ergebnis geführt habe, verneinte dies Frau Niebling. Solche Prüfaufträge hätten in der Vergangenheit stets zur Schließung eines Studienganges geführt.

Inzwischen wurden erste Fakten geschaffen. Die Wissenschaftssenatorin legte Mitte Mai den Entwurf für den Wissenschaftsplan 2014 vor. Darin wird der Studiengang einer vernichtenden Kritik unterzogen. Wurde sich in einer internen Vorlage noch für die Schließung des Studienganges ausgesprochen, lautet nun die Formulierung: „Unter (...) intensiver Überprüfung aller Möglichkeiten hält das Land es für zwingend erforderlich zu prüfen, ob Psycholo-

gie als eigenständiges Fach aufzugeben ist.“ Diese Vorlage löste sofort öffentliche Reaktionen aus. Radio Bremen und Weserkurier berichteten. Der Beratende Ausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung hat dem KV-Vorstand empfohlen, sich gegen eine Schließung auszusprechen. Die Bürgerschaftsfraktion DIE LINKE setzt sich ebenfalls für den Erhalt des Studienganges ein. Auch die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer haben auf ihrer Sitzung am 13. Mai 2014 in einer Resolution klar Position bezogen. Sie wenden sich gegen die Schließung des Studienganges Psychologie, weil sie den Zugang zu dem immer stärker nachgefragten Beruf des Psychotherapeuten weiter erschwere und damit mittelfristig zu einer Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Menschen im nordwestdeutschen Raum führe.

Die Universität Bremen ist die einzige Hochschule im Nordwesten, an der eine grundstückige, das heißt einen Bachelor- und darauf aufbauend einen Masterstudiengang Klinische Psychologie vorhaltende, psychologische Ausbildung möglich ist. Die Absolventen des Master-Studienganges Klinische Psychologie erfüllen damit die Zugangsvoraussetzungen zur postgradualen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Im Land Bremen gibt es insgesamt fünf Ausbildungsstätten für Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das sind nach Auffassung der Kammermitglieder gute Bedingungen, um den psychotherapeutischen Nachwuchs zu sichern.

Eine qualifizierte Ausbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses ist nach Überzeugung der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer für die gesundheitliche Versorgung der Menschen in der Region von großer Bedeutung. Angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen und des damit verbundenen eklatanten Anstiegs der Frühberentungen und der Arbeitsunfähigkeitszahlen sei der jetzt von der Senatorin für Bildung und Wissenschaft

in den Senat eingebrachte Wissenschaftsplan 2014 bis 2020, in dem der Studiengang Psychologie keine Rolle mehr spiele, nicht hinnehmbar.

Die Kammermitglieder gehen davon aus, dass der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen in den kommenden Jahren stark ansteigen wird. „Jetzt die Zugangsvoraussetzungen dazu zu kappen, ist ein Angriff auf die Gewährleistung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung der Menschen in unserer Region“, heißt es dazu in der Resolution.

Die Argumentation des Wissenschaftsressorts für eine Schließung des Studienganges, wonach die Lehre in diesem Fach im Hochschulranking nur hintere Plätze einnehme, die Forschungsergebnisse unzureichend und der Studiengang nicht vernetzt und in die Wissenschaftsschwerpunkte des Landes eingebunden seien, hält die Bremer Psychotherapeutenkammer für fadenscheinig. Dass der Studiengang „nicht zur Profilbildung der Bremer Universität“ – wie in der Argumentation ausgeführt – beitrage, sei ein hausgemachtes Problem. Dazu heißt es in der Resolution:

- „Das Wissenschaftsressort hat in den letzten Jahren systematisch zur Verschlechterung der Lehre am Studiengang beigetragen, indem Hochschul-lehrerstellen nicht besetzt oder nur befristet ausgeschrieben wurden. Damit wurde wesentlich ein Zustand geschaffen, der jetzt beklagt wird, nämlich dass Hochschullehrerstellen vakant sind bzw. aus Altersgründen in nächster Zeit frei werden.“
- Der Studiengang Psychologie war und ist in bundesweiten Multi-Center-Studien zur Erforschung von psychischen Störungen eingebunden. Er hat eine hohe Reputation in der Erforschung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Er ist wesentlich tätig in der Erforschung von Projekten zur medizinischen Rehabilitation. Im Bereich der Glücksspielforschung ist er bundesweit anerkannt.



■ Als einer der Schwerpunkte, die zur Profilbildung der Universität beitragen, sind die Gesundheitswissenschaften benannt. Als Teil des Fachbereichs 11 „Human- und Gesundheitswissenschaften“ ist das Fach Psychologie unmittelbar eingebunden. Mängel in der universitären Vernetzung sind nicht mit Schließung, sondern mit einer entsprechenden Wissenschaftsförderung, z. B. durch die Berufung entsprechender

Wissenschaftler auf vakante Stellen, zu beantworten.“

Senatorin Quante-Brandt zeigte sich in dem Gespräch interessiert an Vorstellungen der Psychotherapeutenkammer, wie die Inklusion von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen im Schulalltag verbessert werden könnte. In diesem Zusammenhang betonten die Mitglieder des Vorstandes die Notwendigkeit einer

ausreichenden psychologisch-psychotherapeutischen Kompetenz in den Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentren (REBUZ). Hier könnte der Ausbau schulpsychologischer Angebote einen stärkeren niedrigschwelligen Zugang eröffnen. Ebenfalls sei wünschenswert, dass eine entsprechende Fachkompetenz auf Referatsebene in der Behörde und in der Leitung der Zentren ermöglicht werde.

## Fachexkursion: Auf China folgt Vietnam

Die erste Fachexkursion der Bremer Psychotherapeutenkammer, die vor zwei Jahren nach China führte, war ein voller Erfolg. Bei der Neuauflage geht es in diesem Jahr nach Vietnam und Kambodscha. Auch diesmal wird es spannende Begegnungen mit Kolleginnen und Kollegen vor Ort geben.

Hanoi und Saigon haben sich in den beiden vergangenen zwei Jahrzehnten enorm entwickelt. Wie in anderen Megastädten in

Schwellen- und Entwicklungsländern wirken sich auch in Vietnam der Industrialisierungs-Boom und die Metropol-Expansion auf Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung tiefgreifend aus. Das ist unter anderem Thema beim Besuch des Vietnam Traditional Museum in Saigon. In Hanoi gibt es nach dem Besuch des Hong Ngoc Hospitals einen Gedanken- und Meinungsaustausch mit vietnamesischen Kollegen, wobei es auch um das Verhältnis

von Psychotherapie und vietnamesischer Kultur gehen soll.

Darüber hinaus gibt es während der Exkursion vom 25. Oktober bis 3. November 2014 auch Gelegenheit, die kulturellen Highlights Vietnams kennenzulernen – von der Kaiserstadt Hue bis zur historischen Hafenstadt Hoi An. Angeboten wird zudem als Anschlussprogramm ein dreitägiger Abstecher zu den grandiosen Tempelanlagen von Angkor in Kambodscha.

### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: 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 Uhr – 14.00 Uhr  
Mi 13.00 Uhr – 17.00 Uhr

### Sprechzeit des Präsidenten:

Di 12.30 Uhr – 13.30 Uhr

## Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

**Von Dipl.-Psych. Bettina Nock und Birte Westermann**

Wie wichtig und brisant das Thema Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis ist, wurde am 3. April 2014 im großen Saal des Ärztehauses deutlich. „Darf ich meinen Terminkalender nach Dienstschluss auf dem Schreibtisch liegen lassen?“, „Ist die Schweigepflicht gewährleistet, wenn zwei Therapeuten\* gemeinsam einen Praxiscomputer nutzen?“, „Muss ich E-Mails auch verschlüsseln, wenn es nur um Terminabsprachen mit Patienten geht und welches Verschlüsselungssystem ist praktikabel?“. Diese und viele weitere Fragen wurden im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung „Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis“ diskutiert.

In Zeiten vermehrter elektronischer Kommunikation, wie z. B. mithilfe von E-Mails, SMS oder Instant-Messaging-Diensten, ist die Frage der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen in der psychotherapeutischen Arbeit wichtiger denn je. Patienten sind in Bezug auf den Schutz ihrer persönlichen Daten sensibler geworden – nicht zuletzt durch die Diskussion um globale Überwachungs- und Spionageaffären.

Dr. Rainer Stelling, Justitiar der PTK Hamburg, erläuterte zu Beginn die Paragraphen 12 bis 14 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg. Demnach haben Psychotherapeuten in ihrem Verantwortungsbereich sicherzustellen, dass erhobene Daten und persönliche Aufzeichnungen sicher verwahrt werden und gegenüber Zugriffen Unbefugter umfassend geschützt sind. In diesem Zusammenhang betonte Herr Dr. Stelling erneut die Bedeutung von Schweige-, Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht. Von außen einsehbare Patientenakten auf einer Fensterbank der Praxis oder offene Notizen auf dem Schreibtisch könnten bereits einen Straftatbestand

erfüllen. So müssen alle patientenbezogenen Dokumente an einem sicheren abschließbaren Ort verwahrt werden; und dies für mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung. Und – nicht zu vergessen: Sorgen Sie für einen ausreichenden Schallschutz in Ihrer Praxis!



*Dipl.-Psych. Bettina Nock, Dr. Rainer Stelling und Matthias Jaster*

Die Vorstandsvorsitzende Bettina Nock wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass jeder eine vorsorgliche Verfügung für seinen Verhinderungsfall zu veranlassen hat: Wer soll im Fall einer längeren Erkrankung, bei plötzlicher Berufsunfähigkeit, bei Tod oder sonstiger ungeplanter Verhinderung Zugang zu den Patientenakten haben; wer soll die Akten langfristig wo verwahren?

Matthias Jaster, juristischer Fachreferent des Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (HmbBfDI) ging vor allem auf die elektronische Datenverarbeitung und -weitergabe ein. Besonders die Zugriffskontrolle, also die Nutzung von Passwörtern und Schlüsseln, und die Weitergabekontrolle wurden erörtert. Demnach soll verhindert werden, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden. Die Verschlüsselung bei der Datenweitergabe in elektronischer Form sei dabei verpflichtend, so Jaster. Ferner wies er darauf hin, dass die Kommunikation mit Patienten über soziale Netzwerke vermie-

den werden müsse, da diese nicht sicher verschlüsselt werden könne. Fazit war: Um das Berufsgeheimnis zu wahren, dürfen personenbezogene Daten nur mit wirksamer Verschlüsselung übermittelt werden; anderenfalls muss auf eine elektronische Übermittlung verzichtet werden.

Dass das Thema „Datenschutz“ von hohem Interesse ist, wurde bei Eröffnung der Diskussionsrunde deutlich. Die rund 100 Besucher der Veranstaltung hatten nach den Vorträgen die Möglichkeit, ihre Fragen an die Referenten zu stellen. Dabei stand die Frage nach der sichersten Methode der elektronischen Datenkommunikation im Vordergrund. So wurden praktikable Verschlüsselungssysteme für E-Mails besprochen und diskutiert, welche weiteren Mittel und Wege es gibt, die Geheimhaltungspflicht zu gewährleisten.

Während der Diskussionsrunde wurde schnell klar, dass es nicht immer einfach ist, den geforderten Datenschutz vollkommen zu erfüllen – jegliches Telefonat könnte abgehört oder eine E-Mail mitgelesen werden. Herr Dr. Stelling richtete deshalb den Appell an alle Zuhörer, dass Datenschutz immer nur im Rahmen der technischen Möglichkeiten stattfinden kann. Dennoch sollte jeder seine Praxisabläufe immer wieder kritisch dahingehend überprüfen, dass keine Datenschutz- und Persönlichkeitsrechte der Patienten verletzt werden. Auf einen sensiblen Umgang mit personenbezogenen Daten, Verschlüsselungsmaßnahmen bei elektronischer Kommunikation und die Einhaltung der Berufsordnung komme es an. Dabei seien nicht immer alle Vorschläge in der Praxis umsetzbar, jedoch könne man vieles annehmen und nutzen.

Die vollständigen Präsentationen der Referenten finden Sie im internen Mitgliederbereich auf [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de).

## Eine Erfolgsgeschichte: Curriculare Fortbildung in Alterspsychotherapie

### Von Dipl.-Psych. Torsten Michels

Am 8. März 2014 wurde der erste Kurs Alterspsychotherapie, den die PTK Hamburg 2012 gemeinsam mit dem Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie als schulen- und berufsgruppenübergreifenden Fortbildungskurs zur Psychotherapie mit Älteren angeboten hatte, beendet. Die Vizepräsidentin Frau Gabriele Küll verabschiedete die Teilnehmer\* und bedankte sich für das Vertrauen und das Interesse an dem Curriculum, das von Herrn Professor Peters und Frau Dipl.-

Psych. Schrader konzipiert und geleitet wurde.

Die regelmäßige Evaluation der Teilnehmer hatte bereits früh eine hohe Zufriedenheit an der Fortbildung gezeigt, die sich in der Endauswertung bestätigte. Da auch bereits zum ersten Curriculum nicht alle Interessierten teilnehmen konnten, hatte sich der Vorstand der PTK Hamburg entschieden einen weiteren Kurs durchzuführen, der bereits am 21. März 2014 begann.

Aufgrund einer sehr positiven, hohen Resonanz auf die Fortbildungsveranstaltung, war diese sehr schnell ausgebucht. Wie bei dem vorgehenden Kurs gibt es aber auch nun wieder die Möglichkeit, sich auf eine Warteliste für einen weiteren Kurs setzen zu lassen. Dazu ist es möglich, das Anmeldeformular auf der Internetseite der PTK Hamburg ausgefüllt zu senden. Interessierte werden dann angeschrieben, wenn es konkretere Details zu einer Neuaufgabe der Fortbildung im Jahr 2015/2016 gibt.

## Treffen mit Ausbildungsinstituten

### Von Dipl.-Psych. Heike Peper

Am 9. April 2014 traf sich der Kammervorstand mit Vertreterinnen und Vertretern der Hamburger Ausbildungsinstitute. Schwerpunktthema war die Reform der Psychotherapieausbildung.

Prof. Richter informierte über den Stand der Diskussion zum zukünftigen Berufsbild und zum Kompetenzprofil auf Bundes- und Länderebene. Weiterhin stellte er ein Eckpunktepapier der BPTK vor, das Anforderungen an eine zukünftige Ausbildung zusammenfasst.

Intensiv wurde über die Rolle der Ausbildungsinstitute im Rahmen einer möglichen „Direktausbildung“ (Psychotherapiestudium mit Approbation plus anschließender Weiterbildung) diskutiert. Die Ausbildungsinstitute könnten als Weiterbildungsstätten für den Erwerb der Fachkunde anerkannt werden und würden damit im Rahmen der Weiterbildungsordnung der Aufsicht der Kammer unterstehen. Insbesondere die ungeklärte Finanzierung der Weiterbildung und der Umgang mit möglicherweise unterschiedlichen Weiterbildungsordnungen in den Landeskammern wurden als Bedenken hinsichtlich dieses Ausbildungsmodells geäußert.

Der Kammervorstand nahm die angesprochenen Argumente auf und ermunterte die Ausbildungsinstitute ausdrücklich, sich an der weiteren Diskussion zur Ausbildungsreform und in der Kammer zu beteiligen.

Der Kammervorstand nahm die angesprochenen Argumente auf und ermunterte die Ausbildungsinstitute ausdrücklich, sich an der weiteren Diskussion zur Ausbildungsreform und in der Kammer zu beteiligen.

Die Folgen sind in jedem Fall verheerend. Gewalterfahrungen führen erwiesenermaßen zu einem deutlich höheren Risiko, psychisch oder somatisch zu erkranken. Das Risiko zu erkranken kann durch rechtzeitige qualifizierte multiprofessionelle Hilfe deutlich gemindert werden. Bei traumatisierenden Erlebnissen kommt es darauf an, zügig die richtigen Behandlungsschritte einzuleiten. Hier sind Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam mit den anderen Helfersystemen gefordert.

## Wenn die Seele Schaden nimmt

### Von Gabriele Küll

**Zum dritten Tag der seelischen Gesundheit von Psychotherapeutenkammer und Ärztekammer Hamburg am 26. Februar 2014**

Diese gemeinsamen Veranstaltungen von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer haben inzwischen Tradition. Wir haben in den letzten Jahren einige wichtige Themen gemeinsam mit der Ärztekammer bewegt, wie etwa „*Seelische Gesundheit im Berufsalltag*“ und „*Chancen und Grenzen der Psychotherapie im Alter*“, und sind dabei immer auf große Resonanz bei den Kollegen\* beider Kammern gestoßen.

Auch in diesem Jahr zeigte die große Zahl der anwesenden Psychotherapeuten, Ärz-

te und sonstigen Interessierten, dass wir mit „*Wenn die Seele Schaden nimmt – Folgen von Traumatisierung*“ wieder ein Thema von aktueller gesellschaftlicher Relevanz aufgegriffen haben, bei dem ärztliche, psychotherapeutische und psychosoziale Kompetenzen angesprochen und gefordert sind. „Etwa 40% der Deutschen haben in ihrem Leben bereits körperliche, psychische oder sexuelle Gewalt erfahren – Männer wie Frauen, Jungen wie Mädchen“. Das ergab eine im Deutschen Ärzteblatt zitierte Aachener Studie. Gewalt kann also jeden treffen und jederzeit. Als Einzelnen im persönlichen Umfeld oder in einer großen Gruppe von Betroffenen bei Großschadensereignissen oder auch im beruflichen Umfeld, wenn wir an die Einsätze deutscher Soldaten in Afghanistan und anderswo denken.

Die Veranstaltung gliederte sich in zwei Hauptvorträge am Vormittag und fünf Workshops am Nachmittag.

Im ersten Hauptvortrag sprach Dipl.-Psych. Sylvia Wunderlich, die in Erfurt eine Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie



betreibt, zum Thema Akuttraumatisierung. Ihr Blick richtete sich dabei auf den Umgang mit traumatischen Ereignissen, die plötzlich und unvorbereitet auf Menschen einwirken und außerhalb des normalen menschlichen Erlebnisspektrums liegen. Ihre Beispiele reichten von schweren Verkehrsunfällen über Misshandlung und Vergewaltigung, Folter und Krieg bis zu Naturkatastrophen. „Naturkatastrophen führen im Unterschied zu von Menschen zugefügten Gewalttaten weit weniger oft zu schwerwiegenden Traumafolgestörungen“, sagte Wunderlich. In jedem Fall aber sei eine auf fundiertem Wissen über Traumafolgestörungen beruhende Akut- und Folgeversorgung von ausschlaggebender Bedeutung. Sie appellierte insbesondere an die Ärzte, sich auch der akut Traumatisierten anzunehmen und es nicht allein bei Krankschreibungen zu belassen.

Im zweiten Hauptvortrag referierte Dr. Birger Dulz, Chefarzt der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen Asklepios Nord, über Chronische Traumatisierungen. Dulz schärfte anhand seiner praktischen Arbeit auf der Station für Krisenintervention für junge Erwachsene den Blick dafür, wie schwere Misshandlungen und sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit sich auf das spätere Leben der Patienten auswirkten. Neben den eigentlichen Tätern, die oft früher selbst Opfer waren, betonte Dulz die Bedeutung der fehlenden Beziehung zum Nichttäter-Elternteil. Laut Dulz komme es in einer Atmosphäre, in der das Kind seelisch nicht wahrgenommen werde, eher zu sexuellem Missbrauch. Einen wesentlichen Zusammenhang erläuterte Dulz zwischen PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) und BTD (Borderline personality disorder), da bezogen auf die Lebenszeitprävalenz die Mehrheit der an einer Borderlinestörung Erkrankten an Traumafolgestörungen leide.

In den fünf Workshops, die jeweils von einem Psychologischen Psychotherapeuten und einem ärztlichen Vertreter geleitet wurden, ging es um den „Umgang mit

*Großschadensereignissen, sexuelle Gewalterfahrungen in Institutionen und Familie, Krieg und Kriegsfolgen in der Behandlung von Soldaten und um die Folgen von Flucht und Vertreibung“.*

### **Umgang mit Großschadensereignissen**

Hier diskutierten die Teilnehmer über die Anforderungen, die an Erst- und Zweitversorger in Fall eines Großschadensereignisses gestellt seien, und verglichen die Vorbereitungen dazu auf Bundes- und Landesebene in Bezug auf die sinnvolle und notwendige Abgrenzung von technischer und medizinisch-psychotherapeutischer Hilfe zur psychosozialen Notfallversorgung am Ereignisort zum einen und der nachfolgenden psychotherapeutischen Hilfe für die Betroffenen zum anderen.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hat eine Notfallversorgung für Erwachsene und für Kinder eingerichtet und kann kurzfristig Hilfe für traumatisierte Betroffene organisieren. Dieses Angebot wird von den Erstversorgern in Notfällen gern und regelmäßig genutzt. Für die Psychologischen Psychotherapeuten wurden ebenso wie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Notfall-Schulungen von der Psychotherapeutenkammer durchgeführt.

Momentan arbeitet die Psychotherapeutenkammer an einem Konzept für die Federführung der psychotherapeutischen Versorgung bei einem Großschadensfall in Hamburg.

### **Sexuelle Gewalterfahrungen in Institutionen und Familie**

Wegen des großen Interesses der Teilnehmer an dieser Thematik mussten hierzu zwei Workshops eingerichtet werden.

In beiden Workshops sprachen die Teilnehmer darüber, wie es zu sexuellen Übergriffen im Privaten und in Institutionen kommen kann, welche Strategien die Täter anwenden und inwiefern Haltungen wie Ba-

gatellisieren, Dämonisieren, gewisse Einrichtungs- und Leitungsstrukturen und konzeptionelle Defizite in den Beschwerdewegen und in der professionellen Selbstreflexion den Missbrauch begünstigen und sinnvolle Hilfe erschweren können.

Es wurde deutlich, dass es trotz aller bisherigen Anstrengungen noch mehr und wirksamere Präventionskonzepte und Kriseneinrichtungen geben muss.

### **Soldaten – Krieg und Kriegsfolgen**

Soldaten sind, vor allem in Auslandseinsätzen, besonderen Belastungen ausgesetzt. In diesem Workshop wurden die Ergebnisse einer Studie vorgestellt und diskutiert, wonach 85% der Soldaten in einem Auslandseinsatz mindestens ein belastendes, 24,2% ein traumatisches Ereignis erleben. 64% der betroffenen Soldaten suchten innerhalb des ersten, 96% innerhalb des zweiten Jahres Hilfe. Aber längst nicht alle Traumatisierten fänden, so die Studie, den Weg in die Behandlung – nicht zuletzt auch wegen der fehlenden Behandlungskapazitäten. Hier sei der von der Bundeswehr mit der Bundespsychotherapeutenkammer geschlossene Vertrag ein guter Schritt zur Verbesserung der notwendigen Versorgung.

### **Folgen von Flucht und Vertreibung**

In diesem Workshop standen neben der aktuellen Zuspitzung des Flüchtlingsproblems in Hamburg die Notwendigkeit und Bedeutung des Auffangens in einem sicheren Umfeld für die Stabilisierung der vom Exil geprägten Menschen im Mittelpunkt der Diskussion.

„Wenn die Seele Schaden nimmt“ – die Thematik der Veranstaltung war auch für die Seelen der Teilnehmer nicht immer leicht zu ertragen. Es war aber dennoch ein anregender und erfolgreicher Tag. „Wir haben viel davon profitiert“, so die einhellige Meinung der Kollegen.

## Ergebnisse der Angestelltenbefragung der BPTK

### Von Birte Westermann

Um die Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse von Psychotherapeuten\* in Hamburg zu diskutieren, wurden am 19. März 2014 die Ergebnisse der Angestelltenbefragung der BPTK vorgestellt. Kammerpräsident Prof. Dr. Rainer Richter, Geschäftsführer der PTK Hamburg Thomas Grabenkamp sowie Vorstandsmitglied Dipl.-Psych. Heike Peper diskutierten die Ergebnisse mit den Besuchern der Veranstaltung.

Welche Ursachen gibt es für die steigende Tendenz zur Teilzeittätigkeit in der Anstellung in Verbindung mit selbstständiger Arbeit? Wie wird sich die Altersstruktur der Psychotherapeuten in Zukunft entwickeln und wie zufrieden sind die befragten angestellten Kammermitglieder in den unterschiedlichen Einrichtungen? Diese und andere Fragen thematisierten die Besucher an diesem Abend in der Handwerkskammer Hamburg. Die Entwicklung zeigt auf, dass die Zahl der Angestellten im Lau-

fe der letzten Jahre sowohl absolut als auch relativ gesunken ist. Mehr als ein Drittel der angestellten Psychotherapeuten in Hamburg sind zudem neben dem Angestelltenverhältnis selbstständig tätig. Beschäftigt sind die Befragten überwiegend in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Beratungsstellen sowie der Jugendhilfe.

Die Präsentation zur Auswertung der Angestelltenbefragung finden Sie online im internen Bereich auf [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de).

## Interviewreihe: Kurz, prägnant – und wichtig!

### 10 Fragen an die Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg

#### Von Dipl.-Psych. Torsten Michels

Die Interviewreihe „Kurz, prägnant – und wichtig! 10 Fragen an ...“ beschäftigt sich mit der Arbeit der Kammerausschüsse und Kommissionen. Welche Ausschüsse und Kommissionen gibt es? Für wen arbeiten sie? Und vor allem: Welche Aufgaben haben die Ausschüsse und Kommissionen?

In dieser Ausgabe möchten wir Ihnen die Ethik-Kommission vorstellen. Die Vorsitzende der Kommission, Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt, hat die Fragen beantwortet:

#### Was genau ist die Aufgabe der Ethik-Kommission?

Die Ethik-Kommission ist eine Einrichtung der PTK Hamburg, deren Errichtung im Hamburgischen Gesetz für die Heilberufe vorgesehen ist. Danach hat sie Aufgabe, die Mitglieder\* der PTK Hamburg sowie andere Wissenschaftler auf der Grundlage des geltenden Rechts und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft hinsichtlich der ethischen und fachrechtlichen Gesichtspunkte bei Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten und eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Dies geschieht vor allem zum Schutz der in klinische Studien einbezogenen Patienten.

#### Warum hat die PTK Hamburg eine solche Kommission eingesetzt?

In der Zwischenzeit ist es für die Beantragung und Durchführung geförderter Studien meist

eine Voraussetzung, dass ein Votum einer Ethik-Kommission vorliegt. Auch bei Publikationen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften wird dies gefordert. Nicht nur in Behandlung befindliche Patienten, sondern auch Personen aus der Allgemeinbevölkerung haben das Recht auf Datenschutz und informative Aufklärung, etwa wenn sie von Psychotherapeuten zu Gesundheitsfragen befragt werden. Aus diesem Grund wurden auch Anträge bearbeitet, bei denen es um gesundheitsrelevante Fragestellungen in der Allgemeinbevölkerung ging.

#### Wie oft trifft sich die Kommission, wie ist sie zusammengesetzt und wie viele Anträge werden im Jahr behandelt? Wie werden die Anträge bearbeitet?

Die Kommission trifft sich viermal im Jahr. Ihr gehören als Ordentliche Mitglieder an:

- Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer (PP/KJP),
- Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt (PP),
- Dr. Rainer Stelling (Jurist),
- Dr. Michael Wunder (PP).

Und folgende stellvertretende Mitglieder:

- Dr. Dörte Laschinsky (PP),
- Prof. Dr. Tania Lincoln (PP),
- Prof. Dr. Gerhard J. Süß (KJP),
- Urs Tabbert (Jurist).

Außerdem nimmt der Geschäftsführer der PTK Hamburg Herr Grabenkamp an den Sitzungen teil und unterstützt die Kommission in der Formulierung und Versendung der Antwortschreiben. Die eingegangenen Anträge werden an die ordentlichen Mitglieder elektronisch verschickt und von jedem ordentlichen Mitglied unabhängig geprüft. Bei den regelmäßig stattfindenden Sitzungen werden die Anträge einzeln besprochen und verabschiedet.

Die Arbeit der Ethik-Kommission basiert auf den gesetzlichen Bestimmungen und allgemein anerkannten ethischen Grundsätzen, wie sie

- sich insbesondere aus den allgemeinen Menschenrechten gemäß der Charta der Vereinten Nationen, und/oder sich aus Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ergeben,
- in der letztgültigen Fassung der Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes festgelegt sind,
- in der Berufsordnung der PTK Hamburg sowie
- in Absatz C der ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) formuliert sind.

Strittige Fragen werden diskutiert und ein Vorschlag für eine Rückantwort gemeinsam erarbeitet. Ist ein Mitglied verhindert, besteht die Möglichkeit eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Falls dies nicht

möglich ist, wird der Stellvertreter involviert.

Aufgabe der Ethik-Kommission ist es nicht, methodische Aspekte zu prüfen (was nicht immer leicht fällt). Inhaltlich nehmen wir nur insofern Stellung, als der Schutz der Patienten bzw. Studienteilnehmer gewährt sein sowie eine sorgfältige und klar verständliche Information über Fragestellung, Datenschutz und v. a. auch Datenaufbewahrung vermittelt werden muss.

### **Wann wird die Kommission aktiv? Wer muss/kann sich an Sie wenden?**

Die Ethik-Kommission ist zuständig für alle psychotherapeutischen Forschungsvorhaben gemäß § 9 Abs. 2 und 5 HmbKGGH, die durch Mitglieder der PTK Hamburg verantwortlich durchgeführt werden, soweit nicht – etwa bei Arzneimittelprüfungen – die Ärztekammer zuständig ist.

### **Muss ein Antragsteller einen bestimmten Weg einhalten, um Kontakt mit der Kommission aufzunehmen? Wie ist das Procedere?**

Alle für die Prüfung relevanten Unterlagen sind mindestens drei Monate vor Beginn der Studie in elektronischer Form (pdf-Datei) über die Geschäftsstelle der Ethik-Kommission der PTK Hamburg zuzuleiten.

Dem Antrag an die Ethik-Kommission sind die Beschreibung des Forschungsvorhabens, der Untersuchungsplan sowie alle weiteren von der Ethik-Kommission geforderten Angaben und Unterlagen beizufügen. Daraus muss die Verantwortlichkeit für das Projekt ersichtlich sein. Inhalt und Umfang der mit dem Antrag einzureichenden Unterlagen richten sich nach Art der Studie sowie des Antrags (Erst- oder Zweit-antrag). Näheres regelt die Ethiksatzung.

Folgende Vordrucke findet man auf der Homepage der PTK Hamburg:

- Ethikantrag,
- Einwilligungserklärung,
- Probandeninformationen.

Die PTK Hamburg erhebt für das Tätigwerden der Ethik-Kommission von den An-

tragstellern Gebühren gemäß der Gebührenordnung der PTK Hamburg in der jeweils geltenden Fassung.

### **Erkennen Sie eine Zunahme an bestimmten Antragsthemen? Haben sich die Aufgaben der Kommission im Laufe des Bestehens der PTK Hamburg verändert?**

Es gab keine besondere Zunahme eines inhaltlichen Themas, sehr wohl aber von neu auftretenden Fragen des Datenschutzes im Zusammenhang mit Onlinebefragungen, Einverständniserklärungen und Datensicherung bei Datenerhebung über das Internet. Antragsteller mussten wiederholt auf die gesetzliche Regelung besonderer Verschlüsselung von online erhobenen Daten hingewiesen werden.

### **Worauf müssen Sie bei der Bearbeitung eines Antrages besonders achten?**

Besonders geprüft werden:

- Einwilligungserklärung,
- Probandeninformationen,
- Untersuchungsmaterial v. a. Fragebögen, die vollständig eingereicht werden sollten.

Beachtung der folgenden Rechtsquellen:

- Patientenrechtegesetz,
- HH Datenschutzgesetz.

Wiederholt tauchte das Problem auf, dass bei mehreren Anträgen einzelner Antragsteller nicht deutlich wurde, ob Untersuchungsteilnehmer an mehreren Studien teilnehmen, ohne dass dies extra gekennzeichnet wurde. Auf besondere Belastungen wurde dabei hingewiesen. V. a. bei Studien im Kinder- und Jugendbereich musste wiederholt darauf hingewiesen werden, dass Formulierungen bei der Aufklärung über eine Studie nicht altersgerecht formuliert waren. Schließlich gab es Studien, die neben einer Hauptfragestellung eine Menge weiterer Variablen zu erheben beabsichtigten, deren Nutzen im Zusammenhang mit der Fragestellung nicht nachvollziehbar erschien, oder ältere bzw. schlecht übersetzte Fragebögen ver-

wendet wurden, die Studienteilnehmer irritieren könnten (z. B. Frage nach Schulabschlüssen, die es bei uns gar nicht gibt; Wohnsituation, z. B., ob jemand bei den Schwiegereltern wohnt bei einer Fragestellung zu kognitiven Fähigkeiten).

### **Was passiert, wenn ein Antrag nicht genehmigt wird?**

In den wenigsten Fällen kommt es zu einer Ablehnung eines Antrags. Die Antragsteller bekommen bei auftretenden Problemen und Fragen eine detaillierte Rückmeldung mit der Aufforderung, bestimmte Aspekte zu bearbeiten bzw. Fragen zu beantworten.

### **Macht Ihnen Ihre Arbeit Spaß und warum?**

Spaß ist hier das falsche Wort. Es ist eine Arbeit, die wir gerne machen und die interessant ist. Wenn ich Spaß haben will, mache ich was anderes als Projektanträge lesen! Man bekommt aber einen guten Überblick über aktuelle Forschungsvorhaben und wird gefordert, sich mit neueren Entwicklungen des Datenschutzes etc. auseinanderzusetzen.

### **Was wünschen Sie sich für die zukünftige Arbeit der Kommission?**

Es wäre sicherlich sinnvoll, eine Checkliste zu erstellen, die vor Einreichung eines Antrags überprüft werden müsste, um die Nachfragen von der Kommission zu verringern. Auch für die Kommission wäre es im Sinne der Qualitätssicherung sicherlich wertvoll, einen standardisierten Bewertungsbogen zu entwickeln, nach dem jeder Antrag beurteilt wird. So könnte nach einem gewissen Zeitraum die Arbeit der Ethik-Kommission ausgewertet werden.

### **Geschäftsstelle**

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

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





# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

vor 100 Jahren begann der Erste Weltkrieg. Einen unmittelbaren, wenn auch heroisch verbrämten Eindruck der Traumatisierungen durch Kriegseinsatz vermitteln Ernst Jüngers autobiografische Beschreibungen „In Stahlgewittern“. Seit September letzten Jahres bewegt der Abschluss eines Vertrages der

BPTK mit dem Verteidigungsministerium zur Behandlung traumatisierter Soldatinnen und Soldaten die Psychotherapeuten-schaft. Brauchen wir „Feldkompetenz“ für deren fachgerechte Behandlung? Wie ist der Datenschutz gewährleistet, wenn der Truppenarzt weitreichende Informationen über die Behandlung bekommt? Ist die Bundeswehr ein Arbeitgeber wie jeder andere? Zielt Psychotherapie primär auf baldmögliche Wiedereinsatzbereitschaft? In der Behandlung gilt wie bei allen Patienten das Abstinenzgebot: Die persönliche Einstellung des Psychotherapeuten zu Krieg hat außen vor zu bleiben. Aber im gesell-

schaftlichen Diskurs gilt umgekehrt das „Einmischungsgebot“: Das Nachdenken über die Frage „Warum Krieg?“ stellt sich angesichts der Zuspitzung in der Ukraine mehr denn je. Und wie bei allen psychischen Erkrankungen gilt auch für Traumatisierungen durch Kriegseinsatz: Die beste Maßnahme ist die präventive, die mit Vermeidung der Erkrankung auch deren Behandlung überflüssig macht.

Es grüßt Sie herzlich

Alfred Krieger  
(Präsident)

## Ein akademischer Heilberuf mit vielen Wurzeln

Dass die Psychotherapie ein akademischer Heilberuf ist, wurde durch das Psychotherapeutengesetz endgültig festgeschrieben. Seither sind Psychotherapeuten mit entsprechenden Fachkunden ein wichtiger Teil der kassenfinanzierten Gesundheitsversorgung. Neben der ärztlichen Psychotherapie sind sowohl die Psychologische Psychotherapie wie auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als akademische Heilberufe anerkannt. Deren Wissen speist sich aus verschiedenen akademischen Disziplinen. Ist Psychotherapie damit aber selbst eine akademische Disziplin wie die Psychologie oder die Pädagogik? Diese Frage treibt – neben anderen – die Profession um, die sich derzeit verstärkt zum Status der Psychotherapie im Kanon eines akademischen Bildungsangebots Gedanken macht. Die Beschlüsse von Bologna zur Angleichung von Bildungs- und Ausbildungsabschlüssen haben eine Debatte herbeigeführt, die über die bloße Anerkennung von Studienabschlüssen hinausreicht. Während die Disziplinen Psychologie und Pädagogik je verschieden ein breites Spektrum an diskursivem Wissen versammeln und auf ein breites berufli-

ches Spektrum vorbereiten, ist die Psychotherapie als klinischer Heilberuf auf einen Ausschnitt, auf ein einziges Berufsfeld konzentriert, dem der Diagnostik und der Heilung psychischer Erkrankungen.

### Die klinische Anwendung des Wissens

Der tradierte Anspruch der akademischen Bildung war stets umfassender. Auch das Diktum, Forschen und Heilen aufeinander bezogen zu wissen, wie Freud dies tat, schaffte noch keine eigenständige akademische Disziplin. Therapie ist die Anwendung akademischen Wissens zum Zwecke der Heilung eines Menschen. Therapie selbst ist keine akademische Disziplin, die Theorie hierfür setzt sich hingegen aus dem Wissen mehrerer Disziplinen zusammen. Umgekehrt erschöpft sich die Vielfalt des Wissens der Psychologie und der Pädagogik nicht in der Psychotherapie. Das Wissen und seine Anwendung sind dabei voneinander zu unterscheiden, um zu verstehen, dass nicht jedes Wissen unmittelbar einem Zweck zu folgen hat. Es ist die Aufgabe eines Psychotherapeuten, dem

Zweck des Heilberufs zu folgen, doch dies macht die Psychotherapie gerade zur Anwendung und damit zu einem Beruf, der erfahrungsgelernt ist und seine wissenschaftliche Begründung aus einer Ätiologie bezieht, die einen transdisziplinären Hintergrund besitzt.



Ulrich Müller

### Klinische Forschung kommt im Praxisalltag oft nicht an

Seit Jahren erfahren praktizierende Psychotherapeuten, dass die Wissensproduktion der klinischen Forschung in der Praxis auch darum nicht ankommt, weil die Forschungsergebnisse im klinischen Alltag nicht immer angemessen umsetzbar sind. Es fehlt der Forschung unter Laborbedingungen oft die Möglichkeit zur Transformation in den Alltag der klinischen Praxis. Ins-



besondere in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen werden vermehrt Manuale entwickelt, die sich in der Praxis als untauglich erweisen. Darüber entbrennen in Qualitätszirkeln häufig Diskussionen, weil die klinische Forschung unter anderen Bedingungen Instrumente erarbeitet, die wenig praktikabel sind. Es werden dann einzelne Elemente als technische Hilfsmittel entnommen, was eine eklektizistische Vorgehensweise in den Praxen befördert. Diese Erfahrungen werden in der Praxisforschung bedauerlicherweise noch zu wenig berücksichtigt. Die Erfahrung der Psychotherapeuten im Prozess der Behandlung selbst erweist sich dabei als ein entscheidendes Element, das

in der Behandlung einem ständigen Wechsel unterworfen scheint, wenn keine Haltung gegenüber dieser Erfahrung entwickelt wurde. Insofern ist die Erfahrung und deren wissenschaftliche Reflektion für die Bildung des Psychotherapeuten ein zentrales Element, die akademisch unterfüttert, aber nicht an der klassischen Akademie gelehrt werden kann.

### **Weiterentwicklung der Ausbildung durch erfahrene Praktiker fördern**

Die Diskussion um die Zukunft der Ausbildung kann daher nicht vom Standpunkt der Akademie aus geführt werden, sondern sollte von erfahrenen Praktikern wei-

ter entwickelt werden. Das Forschungsgutachten hat der bisherigen Ausbildung ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt und damit zugleich die Bedeutsamkeit der Weitergabe von praktischem Wissen in den Ausbildungsstätten hervorgehoben. Die Qualität einer zukünftigen Ausbildung droht durch die Reform erheblich herabgesetzt zu werden, wenn die Psychotherapie auf die Vermittlung von akademischem Wissen verkürzt würde, wo sich doch seither die wissenschaftlich reflektierte Erfahrung in der heilkundlichen Anwendung von Wissen bewährt hat.

*Ulrich Müller  
(Vorstandsmitglied)*

## **Bericht von der 7. Delegiertenversammlung**

Am 20. und 21. März 2014 tagte die Delegiertenversammlung (DV) der Kammer in Wiesbaden. Zunächst wurde der Jahresabschluss 2013 beraten. Gegenüber der Haushaltsplanung waren Mehreinnahmen in Höhe von ca. 22.000 € und Minderausgaben in Höhe von ca. 58.000 € zu verzeichnen. Der verminderte Aufwand betraf insbesondere die Delegiertenversammlung sowie die Ausschüsse. In der Aussprache wurde gefragt, ob nicht angesichts dieses Ergebnisses die Beitragserhöhung des letzten Jahres verzichtbar gewesen wäre. Nach Auffassung des Vorstands hätte dies zu einem weiteren übermäßigen Griff in die Rücklagen geführt, verbunden mit Liquiditätsengpässen und Zinskosten. Der Vorstand kündigte an, die weitere Haushaltsentwicklung genau zu beobachten. Sollte sich die jetzt positive Entwicklung der Rücklagen fortsetzen, besteht im Vorstand Konsens, eine Beitragssenkung zu prüfen. Die Delegiertenversammlung stellte den Jahresabschluss fest, stellte den Jahresüberschuss von ca. 78.000 € in die Rücklagen ein und entlastete den Vorstand einstimmig.

Bei einer Nachwahl zum Ausschuss Qualitätssicherung wurde Frau Dipl.-Psych. Petra Platner (PP) ohne Gegenstimmen gewählt.

Breiten Raum nahm die Diskussion zur Berufsordnung ein. Der Ausschuss Ethik und

Berufsordnung legte einen vom Vorstand in Auftrag gegebenen Änderungsantrag vor, der die Vorgaben des Patientenrechtegesetzes in die Berufsordnung integrieren sollte. Dieser Antrag wurde in erster Lesung beraten. Es bestand in den meisten Punkten Konsens. Wie schon auf dem Deutschen Psychotherapeutentag wurde eine unterschiedliche Sicht in den Beratungen zum Einsichtsrecht der Patientinnen und Patienten in die Patientenakte bzw. möglichen Ausnahmeregelungen deutlich. Hierbei geht es um das Persönlichkeitsrecht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und um Aufzeichnungen, die Einblick in deren persönliche Verhältnisse geben. Nach dem Antragstext soll in bestimmten Ausnahmefällen die Einsichtnahme in derartige Teile verweigert werden können, wenn das zu begründende Interesse des Behandlers am Schutz seines Persönlichkeitsrechts das Interesse des Patienten an der Einsichtnahme überwiegt. In der Berufsordnung benannt werden soll gleichzeitig, dass es dabei nicht um persönliche Eindrücke und subjektive Wahrnehmungen gehen darf, die Behandelnde von Patientinnen und Patienten haben (früher als subjektive Daten bezeichnet), denn diese Informationen sind Kern der Psychotherapie und eine Einsichtnahme kann hier nicht verweigert werden. Es wurde über die berufsrechtlichen Konsequenzen – Aufnahme des Persönlichkeitsrechts des Behandlers in die Berufsordnung vs. Nichtaufnahme – im Fall eines Beschwerdeverfahrens diskutiert.

Im diesem Punkt konnte kein Einvernehmen erzielt werden. Auf der einen Seite wurde der im Patientenrechtegesetz zum Ausdruck kommende gesellschaftliche Prozess der Emanzipation von Patientinnen und Patienten für so wichtig erachtet, dass in der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer kein Zeichen gesetzt werden sollte, welches diesen Prozess für die Psychotherapie relativieren und einschränken könnte. Die Befürworter des Ausschuss-Antrags wollten die Besonderheiten von Psychotherapie berücksichtigt wissen, wo – anders als bei der somatischen Behandlung – die Person des Behandlers eine zentrale Rolle spielt. In einem Meinungsbild deutete sich eine Mehrheit für eine entsprechende Regelung in der Berufsordnung an. Da eine Entscheidung für eine veränderte Berufsordnung den gesamten Berufsstand betrifft, wurde um mehr Bedenkzeit gebeten und die Abstimmung auf die Herbst-DV verschoben.

Nach einer kurzen Darstellung von ausgewählten Ergebnissen der Befragung der Angestellten und PiA wandte sich die Delegiertenversammlung den kontroversen

Diskussionen um PEPP und OPS zu. Sie verabschiedete eine Resolution, in der sie sich für eine kritische weitere Überprüfung der Potenziale und Mängel des PEPP sowie möglicher Alternativen aussprach. Besondere Anliegen waren den Delegierten die Stärkung des Stellenwertes von Psychotherapie in der Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Festlegung von Mindestanforderungen für die Personalausstattung sowie die angemessene Finanzierung einer fachgerechten und nach-

haltigen stationären Behandlung psychisch kranker Menschen.

Abschließend wurden die Kontroversen bzgl. der Vereinbarung zur Behandlung von Bundeswehrsoldaten zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Bundesministerium für Verteidigung diskutiert. Konsensuell wurden die damit auf den Weg gebrachten erweiterten Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Versorgung von Bundeswehrsoldaten begrüßt. Offene

Fragen bezogen sich auf die Sicherung der ethischen Standards der Behandlungen – z. B. in Bezug auf Schweigepflicht und Datenschutz gegenüber Dritten und die Zielsetzung der Behandlung. In der Abstimmung wurde der hessische Kammervorstand beauftragt, zur weiteren Klärung die Vereinbarung zugänglich zu machen und die Bedenken der hessischen Delegierten dem Bundeskammervorstand vorzutragen.

*Johann Rautschka-Rücker  
(Geschäftsführer)*

## Neue Wissenschaftliche Referentin der LPPKJP Hessen



*Wiebke Broicher*

Die LPPKJP Hessen begrüßt Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Wiebke Broicher in ihrem Team, die am 1. März 2014 die Nachfolge von Prof. Dr. Matthias Ochs als wissenschaftliche Referentin der Kammer angetreten hat.

Frau Dr. Broicher freut sich darauf, ihr wissenschaftliches Fachwissen sowie ihre klinisch-psychotherapeutische Erfahrung von nun an vermehrt in berufspolitische Kontexte einbinden zu können und den Kam-

mervorstand bei seiner Arbeit unterstützen zu dürfen.

Die seit dem vergangenen Jahr in Frankfurt ansässige Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin hat in Hamburg studiert und dort bisher als wissenschaftliche Angestellte und Psychotherapeutin am Universitätsklinikum in Hamburg Eppendorf gearbeitet. Sie promovierte am Institut für Medizinische Psychologie zum Thema „Ambulanter akupunkturgestützter Entzug Alkoholabhängiger“ und war konsiliarisch in der Frauenklinik des UKE überwiegend mit onkologischen Patientinnen tätig.

Nach ihrem Wechsel an das Institut für Psychosomatische Medizin und Psycho-

therapie leitete sie zwei Forschungsprojekte, die sich mit psychischen Faktoren gastrointestinaler Störungen befassten und arbeitete als Bezugstherapeutin in der assoziierten Schön-Klinik mit Patientinnen und Patienten aus den Indikationsbereichen Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen.

Die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit tiefenpsychologischer Ausrichtung absolvierte Frau Dr. Broicher ebenfalls in Hamburg an der APH e. V.

Ihre wissenschaftlichen Interessenschwerpunkte liegen im Bereich der Psychosomatik gastrointestinaler Störungen und der Versorgungsforschung sowie im Bereich quantitativer Forschungsmethoden.

## Nur wer sich ändert, bleibt sich treu: Zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung und des Gutachterverfahrens

„Die Forderung, die Bedarfsschätzung zu überarbeiten und mehr Praxenplätze zu vergeben, ist angesichts des erheblichen nicht adressierten Versorgungsbedarfs von Menschen mit psychischen Erkrankungen zwar richtig, aber chancenlos“, bilanzierte Timo Harfst, wissenschaftlicher Referent der BPTK, die bisherigen politischen Bemühungen der Psychotherapeuten-

Seine Vorträge zur „Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung“ und zur „Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens“ bildeten den Auftakt der Delegiertenversammlung der Psychotherapeuten-

kammer Hessen am 20. und 21. März 2014 in Wiesbaden.

Harfst untermauerte seine Einschätzung mit dem aktuellen Koalitionsvertrag von SPD und CDU/CSU. Dieser enthält die Maßgaben, Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz durch kostenneutrale Lösungen zu reduzieren und die nominelle „Übersversorgung“ abzubauen. „Eine Änderung der Bedarfsplanung steht nicht zur Diskussion“, folgerte Harfst. „Die Politik wird auf eine Leistungsdiversifizierung hinauslaufen, und es ist zu erwarten, dass weiterhin jede Stellschraube gesucht wird,

um die Anzahl der Sitze noch etwas zu reduzieren“, so Harfst weiter.

Er mahnte die Psychotherapeutenchaft, den absehbaren politischen Prozess und damit die Patientenversorgung der Zukunft aktiv mitzugestalten und sich nicht weiter auf die ausschließliche Forderung nach mehr Sitzen und einer Änderung der Bedarfsplanung zurückzuziehen, auch wenn diese sachlich richtig sei.

Die BPTK hat diesen Weg bereits eingeschlagen und ein differenziertes **Versorgungskonzept für Erwachsene vorgelegt**



Timo Harfst

(s. S. 187 in diesem Heft). Eine Version für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist in Arbeit. Realisiert wird in diesem Konzept unter anderem eine schnelle Erstsicht und

Eingangsdagnostik durch ein System mit offenen Sprechstunden im Sinne einer Bestellpraxis. Innerhalb der Richtlinienpsychotherapie soll die Gruppentherapie gestärkt werden, die Einzel- und die Gruppentherapie sollen z. B. für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen kombiniert werden können. Niederfrequente Erhaltungstherapien sollen die Versorgungssituation chronisch erkrankter Patienten verbessern.

Ambulante und stationäre Leistungserbringer verschiedener Professionen sind in dem Konzept der BPTK zu Versorgungsnetzen verbunden. Leistungen wie fachpsychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Psychotherapie und ärztliche Behandlung können zu individuell abgestimmten Versorgungspaketen kombiniert werden, wodurch auch Patienten mit komplexem Bedarf bestmöglich versorgt werden. Psychotherapeuten übernehmen als „Lotsen“ durch diese Netze Koordinierungsaufgaben und werden dafür mit den notwendigen erweiterten Befugnissen ausgestattet, beispielsweise den Befugnissen zur stationären Einweisung und zur Krankschreibung.

Verschiedene gesetzliche und untergesetzliche Regelungen wie etwa die Psychotherapierichtlinie und das SGB V werden benannt, die geändert werden müssen, bevor das Konzept umgesetzt werden kann.

Insgesamt stießen diese Überlegungen auf viel positive Resonanz bei den Delegierten. Als „Augenwischerei“ kritisiert wurde allerdings das Ansinnen, den gut belegten

Mangel in der Versorgung kostenneutral verbessern zu wollen.

Innerhalb der Debatte zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems wird derzeit auch das in die Jahre gekommene **Gutachterverfahren** unter die Lupe genommen. „Die Positionen innerhalb der Psychotherapeutenchaft hierzu sind heterogen“, so Harfst, und „eine Einigung ist bisher nicht gelungen“.

Das Gutachterverfahren **prüft die Wirtschaftlichkeit** der Psychotherapien vorab und soll ihre **Qualität sichern**. In der Musterberufsordnung ist geregelt, dass „vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung (...) eine diagnostische Abklärung“ sowie eine „Indikationsstellung und Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans unter Berücksichtigung der mit dem Patienten erarbeiteten Behandlungsziele zu erfolgen“ hat. Diese zentralen Punkte muss der Psychotherapeut dem Gutachter in seinem Bericht nachvollziehbar machen.

Dabei sind nach Harfst etwa 70% aller Psychotherapien gar nicht berichtspflichtig und die Ablehnungsquote der antragspflichtigen Psychotherapien ist mit unter 4% sehr gering. „Das genehmigte Sitzungskontingent der antragspflichtigen Psychotherapien wird dann in über 60% der Fälle nicht ausgeschöpft“, zitierte Harfst eine Studie von Galas und Mitarbeitern aus 2010. Objektivität und Reliabilität des Verfahrens sind nach einer Studie von Vogel und Meng aus 2005 als begrenzt einzuschätzen.

Dazu kommt, so Harfst weiter, dass Psychotherapeuten im Durchschnitt wesentlich mehr Zeit für die Erstellung der Gutachten benötigen als honoriert wird (KZT 20 Minuten, LZT 40 Minuten). Die häufig knapp ausfallende Rückmeldung des Gutachters kann die so entstandene Unzufriedenheit nur selten mindern, die Kommunikation wird als einseitig wahrgenommen.

Harfst stellte **verschiedene Maßnahmen** vor, mit denen die beschriebenen Missstände behoben werden könnten:

- Einsatz psychometrischer Verfahren als zusätzliche Qualitätssicherungsinstrumente,
- modifizierter Bericht an den Gutachter z. B. Strukturierung anhand operationalisierter Kriterien, Vereinfachung der Berichtsvorgaben,
- verpflichtende Teilnahme an einem Gutachterseminar,
- Einrichtung einer Ombudsstelle für Klärung von Dissens,
- Stichprobenprüfung,
- von der Berichtspflicht befreite Kontingente z. B. bis zur 50. Sitzung,
- Streckung der Bewilligungsschritte und
- Befreiung von der Berichtspflicht für Gruppentherapien.

Auch unter den Delegierten war die von Harfst eingangs benannte Heterogenität der Positionen zum Gutachterverfahren klar erkennbar. Die Idee, das Verfahren effizienter zu gestalten, wurde überwiegend begrüßt, es gab aber auch ernstzunehmende Kritik. So wurde darauf hingewiesen, dass Fallkonzeptualisierungen, wie in der Musterberufsordnung festgelegt, zu jeder Behandlung gehörten und dass es schwer vorstellbar sei, wie diese Sorgfaltspflicht außerhalb des Gutachterverfahrens sichergestellt werden könne. Der Kammerpräsident warnte davor, bei einer Verschlankung des Gutachterverfahrens beispielsweise durch eine Stichprobenregelung das Steuerungsinstrument für die Behandlungskontingente aus der eigenen Hand in die der Kassen zu geben. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung vorab sei eine für die psychotherapeutische Behandlung unverzichtbare Bedingung: Regressforderungen wie im ärztlich-somatischen Bereich oder Kappung der Kontingente inmitten der Psychotherapie seien damit ausgeschlossen. Diese Regelung dürfe einer Novellierung nicht anheim fallen.

Wiebke Broicher  
(Wissenschaftliche Referentin)

## Veranstaltungen der Kammer

### Informationsveranstaltungen zu Patientenrechten und Berufsordnung

Aus dem Patientenrechtegesetz ergeben sich Berufspflichten für die Psychotherapeutinnen und -therapeuten. In der Kammer wird darüber diskutiert, wie diese Pflichten in der hessischen Berufsordnung ausformuliert werden. In vier regionalen Informationsveranstaltungen informieren wir über das Gesetz sowie Folgen und Probleme in der praktischen Handhabung.

Einen Schwerpunkt bildet das Einsichtsrecht in die Patientenakte, die Ausnahmeregelungen und die Kontroverse um das Persönlichkeitsrecht der Behandelnden.

Die Reihe hat bereits im Juni begonnen. Die weiteren Veranstaltungen finden wie folgt statt:

- **4. Juli 2014**, Darmstadt, Maritim Konferenzhotel, Rheinstraße 106,

- **10. September 2014**, Gießen, Mathematikum, Liebigstraße 8, Kugelbahnraum, 2. OG,

- **8. Oktober 2014**, Kassel, Tagungszentrum Kulturbahnhof, Rainer-Dierichs-Platz 1.

Die Veranstaltungen beginnen jeweils um 19:00 Uhr. Dauer ca. zwei Stunden. Die Teilnahme ist kostenfrei.

### Psychosoziale Notfallversorgung

Psychotherapeutische Notfallversorgung von akut traumatisierten Menschen in einzelnen Fällen und besonders bei Großschadensereignissen stellen hohe Anforderungen an die psychotherapeutische Kompetenz. Die Veranstaltung vermittelt Kenntnisse über die besondere Aufgabenstellung und die Handlungserfordernisse auf diesem Feld und richtet sich an alle interessierten Kolleginnen und Kollegen.

**Samstag, 13. September 2014**, 9:30 Uhr bis 16:30 Uhr, Frankfurt, Haus am Dom, Kosten: 90,- €, PiA: kostenfrei.

### Psychotherapie in der Psychiatrie

Die Veranstaltung richtet sich an angestellte Kolleginnen und Kollegen und will sowohl die Qualität und die Potenziale von Psychotherapie in der Psychiatrie mit konkreten Beispielen herausstellen wie auch die Rolle der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten im psychiatrischen Setting reflektieren. In Workshops soll auch der kollegiale Austausch nicht zu kurz kommen.

**Samstag, 20. September 2014**, 10:00 Uhr bis 16:30 Uhr, Gießen, Kongresshalle, Kosten: 40,- €, PiA: kostenfrei.

Sie können sich für alle Veranstaltungen online auf der Website der Kammer anmelden.

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Jens-Olaf Groth, Marburg  
Georg Hallmann, Wiesbaden

### Redaktion

Yvonne Winter und Dr. Wiebke Broicher

### Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel.: 0611/53168-0  
Fax: 0611/53168-29  
E-Mail: post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de



## Rede der Niedersächsischen Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Cornelia Rundt, anlässlich des Parlamentarischen Abends der PKN am 26.03.2014

### Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete des Niedersächsischen Landtags, sehr geehrter Herr Staatssekretär Jörg Röhm, sehr geehrte Frau Präsidentin Cornelia Bergau, sehr geehrter Herr Vizepräsident Dr. Könnig, sehr geehrte Damen und Herren,



Cornelia Rundt, Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Foto: P. Sierigk)

zunächst einmal vielen Dank für Ihre Einladung zum Parlamentarischen Abend, der ich gerne gefolgt bin.

Die PKN kann sich einer steigenden Zahl von Mitgliedern (rund 3.700) erfreuen. Das ist einerseits auf den stark gestiegenen Bedarf in den letzten Jahren zurückzuführen. Laut Studien der EU ist eine deutliche Zunahme seelischer Störungen zu beobachten: Fast 50 Mio. EU-Bürgerinnen und -Bürger – das sind rund 10% der Gesamtbevölkerung – leiden heute an psychischen Störungen. Und die Fallzahlen der zu behandelnden psychiatrischen Erkrankungen wachsen seit Jahren – auch in Niedersachsen. Die steigende Mitgliederzahl zeigt aber auch, dass die Psychotherapie als ein attraktives Berufsfeld wahrgenommen wird. Und dies besonders bei den Frauen, die eine überwiegende Zahl

Ihrer Mitglieder ausmachen. Dies ist beachtlich, weil die Rahmenbedingungen für die Ausbildung zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin nicht optimal sind:

Angefangen bei den Zugangsqualifikationen bis zu den geringen oder teilweise ganz fehlenden Vergütungen während der praktischen Zeit, sind erhebliche Hürden zu meistern. Auch die Dauer der Ausbildung und deren Eigenfinanzierung fordern den Auszubildenden einiges ab. Deshalb ist es aus meiner Sicht erfreulich, dass der Koalitionsvertrag der Bundesregierung die von allen Beteiligten für erforderlich gehaltene Novellierung des Psychotherapeutengesetzes vorsieht. Leider kann ich Ihnen aktuell aber keine zeitliche Perspektive hierfür nennen.

Bekannt ist, dass vonseiten des Bundes eine Direktausbildung favorisiert wird. Möglicherweise wird es aber auch bei dem bisherigen dualen System bleiben. Offen ist nach meiner Kenntnis auch die Frage, ob es bei zwei Berufen bleiben wird. Ich kann Ihnen an dieser Stelle fest zusagen, dass wir den Prozess beim Bund in Abstimmung mit Ihnen intensiv begleiten werden.

Nach einem Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker wird die derzeitige Versorgungsrealität von vielen Betroffenen als unzureichend empfunden. Und dies trotz kontinuierlich gewachsener und auch in Zukunft weiter steigender Zahlen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der ambulanten Versorgung. Es stellt sich die Frage: Wo liegen die Ursachen? Immerhin haben sich für Niedersachsen durch die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01.01.2013 weitere Zulassungs-



Foto: P. Sierigk

möglichkeiten für Psychotherapeutinnen und -therapeuten ergeben. Nicht zuletzt über den Weg der Sonderbedarfszulassungen. Nach der aktuellen Fortschreibung der Bedarfsplanung durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat sich die Zahl der Psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen im vergangenen Jahr auf etwa 1.160 erhöht. Eine weitere Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgrund von gesetzlichen Änderungen bei der Berücksichtigung der Mindestversorgungsquote hat dazu geführt, dass sich weitere 44,5 Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Niedersachsen niederlassen können. Dies ist ein Fortschritt und ist sicherlich auch von der Psychotherapeutenkammer begrüßt worden.

Zu den zentralen Zielen der Landesregierung gehört es auch, die Lebenssituation von Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und Asylbewerbern zu verbessern. Flucht und Vertreibung, oft begleitet von Verfolgung und Gewalt, sind prägende Erfahrungen, die sich im wahrsten Sinne des Wortes traumatisierend auswirken können. Die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern stellt deshalb eine besondere Herausforderung dar. Das Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (NTFN e. V.) in Niedersachsen berät und unterstützt traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen und steht ihnen in

dieser schwierigen Situation mit Rat und Tat zur Seite.

Für 2014 stehen nun erstmals Landesmittel zur KO-Finanzierung eines EFF-Antrages des NTFN e. V. für ein Kriseninterventionszentrum und die Förderung eines psychosozialen Zentrums für traumatisierte Flüchtlinge zur Verfügung. Dadurch können die betroffenen Personen besser als

bisher psychotherapeutisch versorgt werden bzw. in die Regelversorgung vor Ort vermittelt werden.

Ich möchte die enge und fruchtbare Zusammenarbeit des Traumanetzwerkes NTFN e. V. mit der PKN an dieser Stelle besonders hervorheben und kann Ihnen sagen, dass ich diese Kooperation ausdrücklich begrüße. Vielen Dank dafür!

Mit der PKN verbindet das Sozialministerium seit über zehn Jahren eine gute und partnerschaftliche Zusammenarbeit. Ich hoffe, dass das auch in den nächsten Jahren so bleibt und freue mich nun auf einen schönen Abend mit interessanten Gesprächen und einem fruchtbaren Gedankenaustausch. Vielen Dank!

## Begrüßung der Präsidentin zum Parlamentarischen Abend der PKN am 26.03.2014

Herzlich willkommen an diesem schönen Frühlingsabend im Gartensaal des Neuen Rathaus zu Hannover. Ich möchte Ihnen im Namen des Vorstandes, der Geschäftsführung und der Kammerversammlung der PKN danken, dass sie unserer Einladung gefolgt sind.



*Gertrud Corman-Bergau, Präsidentin der PKN (Foto: P. Sierigk)*

Als vor nunmehr 14 Jahren der Errichtungsausschuss vom Ministerium einberufen wurde, legte die damalige Ministerin Heidi Merk uns ans Herz, wir mögen als Kammer dafür sorgen, dass nicht zu viel Nachwuchs mit zu geringen Zukunftsaussichten entstehe. Ihre Sorge war unbegründet. Die PKN ist (von 2.600) seither auf rund 4.000 aktiv im Beruf stehende Mitglieder angewachsen.

Dennoch ist die derzeitige Versorgungssituation im Bereich der Psychotherapie sowohl ambulant wie stationär nach wie vor unzulänglich. Immer noch bleiben viele Patienten trotz diagnostizierter Erkrankung und Indikation unbehandelt. Auch kennen wir alle die langen Wartezeiten auf ein Erst-

gespräch in der ambulanten Praxis, eine anschließende Therapie benötigt weitere Wartezeit. Diese Situation ist für alle Beteiligten unbefriedigend, aus diesem Grund arbeiten die Kammern gemeinsam mit Kassen und KVen an Konzepten, Patienten einen leichteren Zugang zu ermöglichen, ohne andererseits die hohe Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu verschlechtern.

Psychotherapie ist im Kern eine vom Behandler persönlich erbrachte und zeitbezogene Leistung. Neben einer guten Diagnostik gehören ins Zentrum der mit jedem Patienten zu entwickelnde Behandlungsplan und die fortlaufende Reflexion des Prozesses und der Ziele. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung ist ebenso wie die aktive Mitarbeit der Patienten essenziell. Sie garantiert die hohe Compliance und den Erfolg von Behandlungen.

Die KBV hat für die Jahre 2009 bis 2012 eine genaue Analyse der Daten von Patienten in der Richtlinienpsychotherapie mit dem klaren Ergebnis vorgelegt: Ambulante Therapie im Rahmen der GKV erfolgt individualisiert, indikationsbezogen und dynamisch. Psychotherapeuten behandeln ihre Patienten keineswegs zu lange, in 70% der Behandlungen wurde eine Kurzzeitbehandlung durchgeführt, viele Langzeitbehandlungen wurden vor dem Erreichen des Stundenkontingentes beendet, auch diese sind notwendig für komplexe Störungsbilder.

Gruppentherapien werden zunehmend in Anspruch genommen und angeboten, neue Praxissitze sind vor allem im ländlichen Raum in Niedersachsen entstanden.

Die Richtlinienpsychotherapie ist für viele Patienten angemessen und ein gut funktionierendes und qualitätsgesichertes Instrument in der Versorgung. Es gibt Einschränkungen bei Diagnosegruppen, die nicht im Rahmen der Richtlinie behandelt werden können oder die dauerhafter Erhaltungstherapie benötigen, hier muss aus unserer Sicht nachgebessert werden. Neben der Richtlinienpsychotherapie schlagen wir als Kammer vor, dass es dringend notwendig ist, den Erstzugang und eine diagnostische Phase zu erleichtern und die Möglichkeit für Sprechstundenzeiten zu schaffen, die diagnostische Abklärung und kurze Interventionen ermöglichen. Dazu bedarf es u. a. einer angemessenen Vergütung dieser Leistungen, derzeit werden solche Sitzungen etwa 20% niedriger vergütet als im Gutachterverfahren genehmigte Leistungen. Dies ist weder fach- noch sachgerecht.

Durch dieses Instrument wird natürlich insgesamt die Kapazität von Behandlungszeit nicht erhöht, vermindert aber Fehlallokation, und Patienten bekommen wesentlich zeitnäher orientierende Pfade als bisher.



*Mitglieder der Kammerversammlung im Gespräch mit der Ministerin (Foto: P. Sierigk)*

Ein leider auch immer wieder in der Presse kolportiertes Vorurteil, dass Psychotherapeuten nur Patienten mit leichteren Störungen behandeln, ist durch zahlreiche Studien widerlegt, die auch von der Kammer publiziert wurden: Patienten nehmen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in Anspruch, weil sie unter gravierenden psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen leiden.

Sie zeigen zum Beispiel eine vielfach erhöhte Depressivität und eine deutlich höhere allgemeine psychopathologische Symptombelastung im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung. Darüber hinaus leiden psychisch kranke Menschen deutlich häufiger an körperlichen Erkrankungen als die Normalbevölkerung. Patienten im ambulanten Setting unterscheiden sich in Schweregrad und Art der Erkrankung nicht signifikant von Patienten in stationären Einrichtungen. Im Gegenteil, da Klinikaufenthaltszeiten erheblich reduziert

wurden, wächst eher die Anforderung im ambulanten Bereich.

Doch nicht allein im ambulanten Bereich gilt es nachzubessern. Im stationären Bereich ist unsere Berufsgruppe nach wie vor nicht auf der strukturellen Ebene verankert. Approbierte Psychotherapeuten durchlaufen nach dem Diplom- oder Masterabschluss eine postgraduale und staatlich anerkannte Ausbildung von im Durchschnitt fünf Jahren. Angestellte Psychotherapeuten sollten deshalb gemäß ihrer Qualifikation und nicht nach dem Grundberuf vergütet werden.

Wir wünschen uns zudem, dass in den wichtigen Bereichen von Beratung und Jugendhilfe reguläre Planstellen für approbierte PP und KJP eingerichtet werden. Gerade diese Bereiche erfüllen seit Jahrzehnten eine Lotsenfunktion und niedrigschwellige Zugang zum Gespräch für Familien und Personengruppen, die anderen

Angeboten eher fern bleiben. Sie dienen damit der Primär- und Sekundärprävention. Leider ist der Nachwuchs an Approbierten PP und KJP in diesem Bereich gefährdet, nicht zuletzt weil Stellenangebote auch hier nicht die Qualifikation berücksichtigen. Wir benötigen in diesen Bereichen multiprofessionelle Teams, die Entscheidungen treffen können, auf welcher Ebene einer Familie geholfen werden kann.

Kommen wir zu einem letzten Wunschthema: der Prävention. Hier steckt die Umsetzung wissenschaftlich gut begründeter präventiver Konzepte und Angebote früher Hilfen (z. B. Elternteraining) noch in den Kinderschuhen. Auch präventive Konzepte im Arbeitsleben oder für ältere Menschen liegen vor. Gleiches gilt für Ansätze zur Selbsthilfe. Diese Konzepte warten darauf, von uns umgesetzt zu werden, weil sie der Gesundheit von uns allen und auch der nachwachsenden Generation dienen.

## Bericht über Kammertag und Kammerversammlung am 25./26.04.2014

Lassen sich Beruf, Ehrenamt und Familienleben miteinander verbinden? Die aufgeworfene Frage führte zu lebhaften Diskussionen auf dem Kammertag der PKN am 25.04.2014 in Hannover. Die Sorge der Mehrbelastung durch ein Engagement in den Gremien der Kammer, Einbußen im Familienleben oder finanziell, stellte Jörg Hermann in seinem persönlich gehaltenen Statement anhand der bisherigen Vorstandstätigkeit dar. Ehrenamtliche Arbeit in der Kammer bedeute aber auch einen erheblichen Zuwachs an Wissen und die Vernetzung untereinander, vereinfache dadurch die Berufsausübung, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Alle Vorstandmitglieder betonten, wie sehr die Arbeit in der PKN auch Spaß mache und sie persönlich bereichere, zumal die Aufwandsentschädigung für diese Tätigkeit auch als fair eingestuft wurde.

Die Strukturierung von Neuaufgaben der PKN am Beispiel der Weiterbildung Neuropsychologie, die Etablierung von Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Prüfungstätigkeit stellte Susanne Passow aus verwaltungstechnischer und rechtlicher Sicht dar. Ohne die fachliche Expertise der Kammermitglieder bliebe die Weiterbildung

jedoch blutleer, auch dieser Bereich ist ohne Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Berufsangehörigen nicht denkbar.

Die Selbstverwaltung des Berufsstandes, die der Grundgedanke der Kammerbildung ist, wurde von allen Anwesenden bejaht; auch in Zukunft soll die inhaltliche Arbeit und Fortentwicklung der Kammer von im Beruf stehenden Mitgliedern getragen und gestaltet werden. Die Kontinuität starker und engagierter Mitglieder in der Kammerversammlung, die die Arbeit auf viele Schultern verteile, sei Kernstück der Kammer, dazu bedarf es einer guten hauptamtlich besetzten Geschäftsstelle. Die jetzige Geschäftsstelle kommt personell und räumlich an die Grenzen, der Zuwachs von 40% Kammermitgliedern und vielen neuen Aufgaben lasse eine Erweiterung unumgänglich werden. Ein Thema, das die am darauffolgenden Tag arbeitende Kammerversammlung ebenfalls besprach.

Das Berufsbild des Psychotherapeuten heute und in Zukunft sowie die Perspektiven einer Reform der Ausbildung, wie sie auch bundesweit diskutiert werden, waren weitere Schwerpunkte des Kammertages.



*Aufstellung: „Wie war die Vorstellung über Ihren späteren Beruf?“ (Foto: PKN)*

Die Qualität der jetzigen Ausbildung sollte wenn möglich nicht durch Reformen gefährdet werden, wenngleich die Notwendigkeit der Reform gesehen wird, die vor allem die Bezahlung in der praktischen Tätigkeit und die Sicherung des hohen Niveaus der Zugangsqualifizierung – Master-niveau – langfristig sichern müsse.

Zum Ausklang des Tages gab der Besuch in den barocken Herrenhäuser Gärten weitere Gesprächsmöglichkeit.

Am 26.04.2014 tagte die Kammerversammlung der PKN. Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung waren Thema der Sitzung. Die Entwicklung eines





Rundgang in den Herrenhäuser Gärten  
(Foto: PKN)

neuen Landespsychatrieplanes, bei der die PKN einbezogen wird, wurde als Chance der Mitgestaltung der PKN begrüßt und diskutiert. Dies geschah auch unter Reflektion der neuen Vergütungsstrukturen in den Kliniken und der Darstellung der Unterschiede zwischen der alten PsychPV und dem neu eingeführten Entgeltsystem PEPP. Die Kontroverse um die Bezahlstrukturen wurde von den Kammermitgliedern,

die in Kliniken arbeiten, anschaulich dargestellt. Die Ergebnisse der Befragung der Angestellten waren ein weiteres Schwerpunktthema in der Kammerversammlung. Auf der Ebene der Vergütung bleibt nach wie vor großer Handlungsbedarf, hier muss sich die PKN immer wieder Gehör verschaffen, auch dies gehe nur über ein breites Bündnis aller Mitglieder.

Die Darstellung des Jahresabschlusses, der Bilanz und die Entlastung des Vorstandes führten auch dazu, dass mit großer Mehrheit dem Vorschlag des Finanzausschusses gefolgt wurde, eine Erweiterung der Geschäftsstelle langfristig zu planen, die, wie bereits oben erwähnt, aus allen Nähten platzt. Eine ausführliche Diskussion drehte sich auch um die Änderung der Musterweiterbildungsordnung und die Frage der Errichtung einer kammereigenen Ethik-

kommission. Hier wird die PKN versuchen, möglichst bundesweit einheitliche Regelungen zu erzielen.

In allen Fragen der Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis und der Anpassung des QM-Handbuchs, welches kostenfrei auf der Internetseite der PKN verfügbar ist, soll es ebenfalls kammerübergreifende Zusammenarbeit geben. Die notwendige Überarbeitung aufgrund der Änderung des Patientenrechtgesetzes soll zeitnah umgesetzt werden.

Der Vorschlag des Ausschusses für Nachwuchsförderung, die Internetseiten der PKN zu aktualisieren und aktuelle FAQ-Listen zu erstellen, z. B. zum Thema Praxisweitergabe und Formen der Berufsausübung in der Anstellung, wurden ebenfalls begrüßt.

## Psychotherapie für schizophren erkrankte Patienten

Vor vier Jahren schloss die AOK in Niedersachsen einen Vertrag zur integrierten Versorgung zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Schizophrenie-Patienten mit der I3G GmbH (Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen GmbH). Diese Managementgesellschaft ist eine Tochtergesellschaft eines großen Pharmaunternehmens. Der Vertrag wurde in der Folgezeit von unterschiedlichen Fach- und Berufsverbänden kritisch kommentiert (DGPPN, Dachverband Gemeindepsychiatrie).

Die PKN hat vor vier Jahren mit Vertretern der Managementgesellschaft Gespräche geführt mit dem Ziel, Psychotherapeuten neben den Fachärzten gleichberechtigt in die Durchführung des Vertrages zu integrieren. Das ist damals nicht gelungen.

Zwischenzeitlich hat die Universität Lüneburg einen sehr ausführlichen Behandlungspfad zur optimalen Versorgung von schizophren Erkrankten entwickelt. Unter der Mitwirkung der PKN ist es gelungen, in diesen Behandlungspfad die gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen PP, KJP und Fachärzten festzuschreiben.

Im nächsten Schritt plant die PKN eine curriculare Fortbildung zum Thema Psychotherapie bei schizophren erkrankten Patienten. Professor Dr. Karl-Heinz Wiedl aus Osnabrück hat sich prinzipiell bereit erklärt, gemeinsam mit der PKN eine solche curriculare Fortbildung zu entwickeln und voraussichtlich im Jahr 2015 anzubieten. Eine bessere psychotherapeutische Versorgung von an Schizophrenie erkrankten Patienten setzt auch die optimale Fortbildung der niedergelassenen PP und KJP in diesem Bereich voraus. Hierzu will die PKN einen Beitrag leisten.

## Bekanntmachung gemäß § 26 Abs. 1 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe

Änderung der Wahlordnung für die Wahlen zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (WO-PKN) auf Beschluss der Kammerversammlung vom 26.04.2014:

### Artikel 1

Die Wahlordnung für die Wahlen zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 28.06.2000 wird wie folgt geändert: In § 5 Satz 2 wird die Angabe „mit dessen Ablauf“ durch die Angabe „an dem“ ersetzt.

### Artikel 2

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft. Die vorstehende Änderung der Wahlordnung der PKN wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 28. April 2014  
Gertrud Corman-Bergau, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

### 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



## Was wäre, wenn ...? – PTK-Veranstaltung zur Zukunft der Aus- und Weiterbildung

Im Oktober 2007 hatte die Psychotherapeutenkammer NRW mit einem „Tag der Ausbildung“ dazu beigetragen, dass die Notwendigkeit einer Reform der Psychotherapeutenausbildung für alle erkennbar geworden ist. Heute wird dieses Erfordernis von niemandem mehr bestritten. Selbst die neue Bundesregierung hat in ihrer Koalitionsvereinbarung erklärt: „Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten.“

Am 19. Februar 2014 hat die Psychotherapeutenkammer NRW dieses Thema in einer Informations- und Diskussionsveranstaltung wieder aufgegriffen und dazu die Nordrhein-Westfälischen Vertreter der Kammerversammlung, der Berufs- und Fachverbände und der Ausbildungsstätten eingeladen. Unter dem Tagungsmotto „Was wäre, wenn ... Psychotherapeuten zukünftig in den gleichen Strukturen aus- und weitergebildet würden wie andere akademische Heilberufe?“ wurde über den aktuellen Stand der Reformvorstellungen infor-

miert. Moderiert durch den WDR-Journalisten Jürgen Zurheide wurde über die Information hinaus eine Plattform für einen Meinungsaustausch über besonders weitreichende Aspekte der ausstehenden Reform geboten.

In einleitenden Vorträgen stellten Kammerpräsidentin Monika Konitzer und Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Groeger dar, welche Reformvorstellungen mittlerweile im Fokus der Meinungsbildung stehen. Der zentrale Aspekt schlechthin sei die Zielsetzung einer Reform. Es gehe längst nicht mehr nur um eine Reform der Ausbildung „samt Zugangsvoraussetzungen“, sondern um eine Neubestimmung des Psychotherapeutenberufes: Welche Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden in Zukunft für welche Versorgungsaufgaben gebraucht? Mit welchen Kompetenzen sollen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zukünftig ausgestattet sein, um ihren Platz in der Gesundheitsversorgung zu erweitern und zu sichern?



*Präsidentin Monika Konitzer*

Notwendig sei die volle Gleichstellung mit Ärzten. In Zukunft könnte die enge Begrenzung auf Richtlinienpsychotherapie aufgehoben werden, sodass Psychotherapeutinnen und -therapeuten Behandlungsfreiheit sowohl hinsichtlich der Indikationen als auch der Verfahren und Methoden gewinnen. Ebenso könnten die Befugnisbeschränkungen abgeschafft werden, sodass Psychotherapeutinnen und -therapeuten Heilmittel verordnen, Krankschreibungen und Überweisungen ausstellen und ins Krankenhaus einweisen können. Hinzu kämen Aufgaben in der Prävention und Rehabilitation und die Möglichkeit, in psychotherapeutisch ausgerichteten Krankenhäusern und -abteilungen Leitungsfunktionen zu übernehmen. Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), gab sodann einen Ausblick auf die Versorgungssituation im Jahr 2030 anhand der heute erkennbaren Entwicklungen der Morbidität und der Zahl der Leistungserbringer. Zu erwarten sei, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten einen Großteil der Versorgung psy-



*Vorstand Dr. Wolfgang Groeger*

chisch Kranker und somatisch Kranker, soweit dort psychische Faktoren eine Rolle spielen, übernehmen könnten – und sollten, weil immer weniger Fachärzte dafür zur Verfügung stehen. Die Arbeit nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinien werde dazu nicht mehr ausreichen. Das psychotherapeutische Leistungsangebot werde ausgeweitet und differenziert werden müssen, um diese Herausforderungen bewältigen zu können. Entsprechend müsse die Ausbildung ausgerichtet und strukturiert werden. Dafür müssten die Weichen aber jetzt gestellt werden, um bis zum Jahr 2030 Wirksamkeit erlangen zu können.

Dr. Volker Grigutsch, Ministerialdirigent im Bundesgesundheitsministerium, unterstützte die Prognose, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten zukünftig erweiterte Versorgungsaufgaben zu übernehmen hätten. Aus genau diesem Grund müssten sie über erweiterte Befugnisse verfügen und ebenso gründlich aus- und weitergebildet werden wie Ärzte. Hierzu brauche es eine weitgehende Reform des Psychotherapeutengesetzes, die das Berufsbild neu bestimmt ebenso wie den Ausbildungsweg. Am besten geeignet sei dafür ein Studium mit abschließendem Staatsexamen und darauf basierender Approbation („Direktausbildung“), an das sich eine Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde anschließe. Seiner Einschätzung nach würden die dafür erforderlichen finanziellen



*Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der BPTK*

Mittel aufgebracht werden, wenn damit die versorgungspolitischen Ziele erreicht werden können. Er ließ dabei keinen Zweifel daran, dass zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden müssen, weil die derzeitige gering oder gar nicht bezahlte Ausnutzung der Arbeitskraft der Auszubildenden nicht perpetuiert werden dürfe.

Am Nachmittag schilderte Prof. Dr. Jürgen Margraf, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), das Modell einer Direktausbildung an den Psy-



*Dr. Volker Grigutsch, Ministerialdirigent im Bundesgesundheitsministerium*

chologischen Fakultäten der Universitäten und stellte sich anschließend der Diskussion mit Vertretern der Fachhochschulen und der Erziehungswissenschaften. Er begründete die Verortung an den Psychologischen Fakultäten der Universitäten damit, dass nur dort die erforderlichen Ressourcen für eine Ausbildung bereitgestellt, Forschung und Lehre miteinander verbunden und personalintensiver „Unterricht am Krankenbett“ ermöglicht werden könnten.

Walter Ströhm zeigte für den Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie auf, welche strukturellen Veränderungen auf die Ausbildungsstätten und die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zukommen würden und welche Ressourcen bereitgestellt werden müssten, damit eine Umstellung auf Weiterbildung qualitativ hochstehend erfolgen kann.

Friedrich Georg Schäfer führte für die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) aus, was aus Sicht der psychodynamischen Verfahren gegen eine Direktausbildung an den Psychologischen Fakultäten der Universitäten mit anschließender Weiterbildung spreche. Es stehe zu befürchten, dass das deutliche Übergewicht der verhaltenstherapeutischen



*Moderator Jürgen Zurheide, Anni Michelmann, Birgit Wiesemüller, Sabine Unverhau*



*Friedrich Georg Schäfer*



*Prof. Dr. Jürgen Margraf, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)*

würden im Rahmen einer Reform des Psychotherapeutengesetzes in einem gemeinsamen und einheitlichen Psychotherapeutenberuf aufgehen, was überwiegend als Gewinn gesehen wird, sofern die Qualitätsstandards in der Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erhalten bleiben.

In den Diskussionsrunden zeigten sich nach wie vor deutliche Differenzen in der Bewertung der verschiedenen Reformoptionen. Dennoch waren es vor allem zwei Aspekte, die deutlich wurden: zum einen die Herausforderung, den Beruf mit einer Reform des Psychotherapeutengesetzes zukunftssicher aufzustellen, zum anderen die Chance, die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung hinsichtlich Status und Bezahlung durch eine Gleichstellung mit der ärztlichen Aus- und Weiterbildung deutlich zu verbessern.

schen Ausrichtung, das seit den 1980er-Jahren festzustellen ist, zu einer Benachteiligung der psychodynamischen Verfahren führen werde.

Abgerundet wurden die Beiträge aus der Verhaltenstherapie und den psychodynamischen Verfahren durch Interviews und Kurzbeiträge von Vertretern weiterer wissenschaftlich anerkannter Verfahren, die nicht als Kassenleistung zur Verfügung stehen, sowie von Vertretern der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Erstere stehen vor nahezu unüberwindlichen Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Ausbildungstherapien, die im Rahmen einer Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung möglicherweise noch zunehmen würden. Letztere



*Wolfgang Schreck, Moderator Jürgen Zurheide, Dr. Helene Timmermann, Matthias Fink*

## PEPP und multiprofessionelle Versorgungsnetze

Um das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) gab es in den letzten Monaten kontroverse, teils heftige Diskussionen. Insbesondere von psychiatrischer Seite wurde gefordert, die Einführung des neuen Systems aufzuschieben und erneut zu überprüfen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht demgegenüber in dem neuen Ent-

geltsystem eine Chance, Psychotherapie in der stationären Versorgung von psychisch kranken Menschen besser zu verankern und für die Patienten leichter erkennbar zu machen, welche Klinik Psychotherapie anbietet. Sie sieht allerdings auch großen Bedarf, den PEPP-Katalog stärker an den Behandlungsleistungen auszurichten. Um das PEPP weiter zu entwickeln, bedarf es jedoch erst einmal

konkreter Erfahrungen mit der neuen Finanzierung. Im Zentrum der Überlegung muss eine fachgerechte und nachhaltige stationäre Behandlung psychisch kranker Menschen stehen. Es darf nicht zu ökonomischen Fehlanreizen kommen, die dazu führen, an sich notwendige Behandlungen schneller zu beenden. Die Psychotherapeutenkammer NRW unterstützt diese Positionen ausdrücklich.



Inzwischen hat der Gesetzgeber signalisiert, die Erprobungsphase um zwei Jahre zu verlängern. Zudem haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, die viel kritisierte Degression (Absenkung der Vergütung in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer) abzumildern. Dies zeigt, dass PEPP wirklich ein lernendes System ist.

Ohne eine ausreichende personelle Ausstattung mit therapeutischem Personal gibt es in der stationären Behandlung keine Psychotherapie und keine adäquate Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Deshalb muss es verbindliche gesetzliche Mindestanforderungen an die Personalausstattung der Krankenhäuser geben, deren Finanzierung gesichert sein muss. Dabei müssen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Personalportfolio entsprechend ihrer Fachkompetenz berücksichtigt werden.

Das PEPP ist in erster Linie ein Finanzierungssystem, das zu Leistungstransparenz und einer gerechteren Verteilung der Mittel zwischen den Krankenhäusern führen soll. Was zusätzlich gebraucht wird, sind multiprofessionell arbeitende Versorgungsnetze, die eine psychotherapeutische Grundhaltung haben. Solche Netze sollten flächendeckend geschaffen und aus bestehenden Versorgungsstrukturen gebildet werden. Dazu bedarf es regionaler Spielräume, die es ermöglichen, örtlich verfügbare Ressourcen und Strukturen zu berücksichtigen.

Das NRW-Gesundheitsministerium hat solche Überlegungen in seinen Krankenhausrahmenplan 2015 aufgenommen: „Es ist eine möglichst weitgehende Integration

## 10. Jahreskongress Psychotherapie 2014 Manie, Wahn, Schizophrenie – Neue Wege 18./19. Oktober 2014 in Bochum

Der vom Hochschulverbund Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW veranstaltete Kongress richtet sich an niedergelassene und angestellte Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztliche Kollegen aus diesem Bereich. Die Hauptvorträge in diesem Jahr beschäftigen sich mit dem Stellenwert von Psychotherapie in der Behandlung von Menschen mit psychotischen und bipolaren Erkrankungen.

### Plenumsvorträge:

*Prof. Dr. Tania Lincoln* (Universität Hamburg): „Wo kann eine Therapie von Wahn ansetzen? – Ergebnisse der klinischen Grundlagenforschung zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn?“

*Dr. Thomas Meyer* (Newcastle University): „Bipolare Störungen – eine Herausforderung für uns Psychotherapeuten?“

*Robert Whitaker* (Cambridge): „The Case Against Neuroleptics: What History and Science Reveal About the Long-Term Efficacy of Antipsychotics for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders.“

**Workshopangebot:** Näheres zu den Themen der 55 Workshops finden Sie unter [www.unifortbildung-psychotherapie.de](http://www.unifortbildung-psychotherapie.de). Neben Workshops zum Hauptthema finden Sie wieder ein breites Angebot unterschiedlicher Themen.

des klinischen Versorgungsangebots für psychisch und psychosomatisch Kranke in das örtliche bzw. regionale gesundheitliche und soziale Hilfesystem anzustreben.“ Dies erfordere insbesondere die enge Verzahnung der Krankenhausversorgung mit der ambulanten Versorgung. Daran seien niedergelassene Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten, psychosoziale Beratungsdienste, betreute Wohn- und Pflegeangebote, Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und Nachsorge sowie Selbsthilfe zu beteiligen. Institutsambulanzen für Psychiatrie

und Psychosomatik seien ein wesentlicher Bestandteil dieses Versorgungsnetzes.

Diese Vorgaben bieten die Chance, die Versorgung psychisch kranker Menschen entscheidend zu verbessern. Die Psychotherapeutenkammer NRW wird sich an den aktuell anlaufenden Planungsprozessen aktiv beteiligen. Sie wird die Kooperation ambulant und stationär tätiger Psychotherapeuten fördern und sich für eine grundsätzliche psychotherapeutische Ausrichtung der sektorübergreifenden Versorgungsangebote einsetzen.

## Gesetzentwurf zum Krankenhausgestaltungsgesetz in NRW – Psychotherapeuten berücksichtigt

Die Landesregierung stellte am 25. März 2014 einen Gesetzentwurf zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG) vor (Drucksachen-Nr. 16/5412). Dabei wurden die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen deutlich stärker berücksichtigt als bisher. Die Psychotherapeutenkammer NRW hatte bereits in einer aus-

föhrlichen Stellungnahme eine Stärkung der Patienteninteressen und eine leitliniengerechte Versorgung von psychischen Erkrankungen auch im Krankenhaus gefordert.

Für die Psychotherapeuten in NRW sind die Formulierungen im Gesetzentwurf von

hoher Bedeutung. So soll die PTK NRW nach dem § 15 Absatz 1, Nr. 8 KHGG-Neu zukünftig auf Planungsebene im Landesausschuss beteiligt werden soweit Einrichtungen betroffen sind, in denen Patientinnen und Patienten behandelt werden, bei denen Psychotherapie angezeigt ist. Dieses war bisher im KHGG nicht geregelt



und wurde von der PTK NRW wiederholt – zuletzt in dem Verfahren um die Neuaufstellung der Krankenhausrahmenplanung NRW 2015 – eingefordert.

Zur Sicherung einer bedarfs- und fachgerechten psychotherapeutischen Versorgung in der Zukunft ist es notwendig, analog zur Regelung für die Weiterbildung der Ärzte, die Krankenhäuser zu verpflichten, sich an der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten zu beteiligen. Das Fehlen einer solchen Verpflichtung hat in den letzten Jahren z. B. dazu geführt, dass Krankenhäuser zwar Stellen für die Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie, aber keine Stellen für die Weiterbildung in der Klinischen Neuropsychologie eingerichtet haben.

Der Gesetzentwurf sieht nun vor, die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten im Krankenhauswesen stärker zu berücksichtigen: Der § 1 Absatz 4 des KHGG-Neu besagt, dass das Krankenhaus mit der Aufnahme in den Krankenhausplan verpflichtet ist, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung der Berufe der heilkundlichen Psychotherapie bereit zu stellen und an der Aus-

Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

Diese Formulierung ist ein wichtiger Schritt zur besseren Anerkennung und Absicherung der Tätigkeit und des Status von Psychotherapeuten in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern.

Im Gesetzentwurf wird die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Beteiligten des Gesundheitssystems im Sinne einer stärkeren Patientenorientierung neu gefasst.

Auch in diesem Paragraphen wird nun die Bedeutung der psychotherapeutischen Versorgung stärker gewürdigt. Unter § 8 Absatz 1 KHGG-Neu heißt es: „Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung [...] zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst [...] verpflichtet. Dazu zählt insbesondere eine patientenorientierte, regionale Abstimmung der Leistungsstrukturen. [...]“

Der Gesetzentwurf der Landesregierung wurde am 9. April 2014 vom Landtag in erster Lesung behandelt und einstimmig an die Ausschüsse überwiesen. Im federführenden Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales wurde am 7. Mai 2014 beschlossen, nach der Sommerpause eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

### **Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW**

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Manfred Singmann, Wahlkreis Arnsberg, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“, ist am 29.04.2014 verstorben und damit aus der 3. Kammerversammlung der PTK NRW ausgeschieden.

Nachgerückt ist Herr Dr. Heiner Sasse, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“.

*Gez.  
Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter*

## **Fortbildungsordnung angepasst**

Die Kammerversammlung hat am 13. Dezember 2013 einige Änderungen an der Fortbildungsordnung beschlossen. Eingefügt wurde die bereits praktizierte Regelung, dass das Fortbildungszertifikat jeweils zu einem Stichtag beantragt und ausgestellt wird.

Weiter wurden einige Regelungen zur Vergabe von Fortbildungspunkten in der Anlage 1 an die neuen Regelungen der Bun-

desärztekammer angepasst, damit die Be-punktung zwischen Ärzte- und Psychotherapeutenkammern auch in Zukunft gleichförmig verlaufen kann.

Die Änderungen sind ab sofort in Kraft. Die aktualisierte Fortbildungsordnung finden Sie auf der Homepage unter dem Menüpunkt Recht/Satzungen und Verwaltungsvorschriften der PTK NRW.

### **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

## Änderung der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 13. Dezember 2013

Aufgrund § 23 Heilberufsgesetz (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. 2000 S. 403 ff.), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. April 2013 (GV. NRW.2013 S. 201 ff.), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer Sitzung am 13. Dezember 2013 folgende Änderung der Fortbildungsordnung vom 16.04.2004, zuletzt geändert am 09.12.2011, beschlossen:

### Artikel I

Die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen 16.04.2004, zuletzt geändert am 09.12.2011, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 4 Satz 1 wird die Formulierung des 2. Halbsatzes „wenn dessen individuelle Fortbildungsleistungen innerhalb eines der Antragsstellung vorausgehenden Zeitraums von 5 Jahren mindestens 250 nach dieser Fortbildungsordnung anerkannten Punkte betragen.“ ersetzt durch „wenn dessen individuelle Fortbildungsleistungen innerhalb eines vorausgehenden Zeitraums von 5 Jahren des im Antrag angegebenen Stichtags mindestens 250 nach dieser Fortbildungsordnung anerkannten Punkte betragen“.
2. In der Anlage 2 werden in der Zeile der Kategorie B in der Spalte Kategorie die Worte „im In- und Ausland“ ersatzlos gestrichen.
3. In der Anlage 2 werden in der Zeile der Kategorie E in der Spalte Kategorie nach den Worten „Strukturierte interaktive Fortbildung (z. B. Internet/CD-ROM/Printmedien)“ die Worte „tutoriel unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahmen, Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahmen“ neu eingefügt.
4. In der Anlage 2 wird in der Zeile der Kategorie E unter Spalte Punktzahl das Wort „Übungseinheit“ durch die Worte „Übungs-/Fortbildungseinheit“ ersetzt.
5. In der Anlage 2 werden in der Zeile der Kategorie G unter der Spalte Kategorie die Worte „Autoren“, „Referenten“ und „Qualitätszirkelmoderatoren“ wie folgt nummeriert „a) Autoren b) Referenten c) Qualitätszirkelmoderatoren“.
6. In der Anlage 2 werden in der Zeile der Kategorie G unter der Spalte Punktzahl die folgenden Worte voranstehend neu eingefügt: „5 Punkte pro wissenschaftliche Veröffentlichung (a)“.
7. In der Anlage 2 werden in der Zeile der Kategorie G unter der Spalte Punktzahl nach den Worten „1 Punkt pro Beitrag/Poster/Vortrag zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer“ die Zuordnung „(b+c)“ eingefügt.
8. In der Anlage 2 werden in der Zeile der Kategorie G unter der Spalte Bewertungsrahmen die Worte „Die maximale Punktzahl beträgt 50 Punkte in fünf Jahren“ neu eingefügt.

### Artikel II

Diese Änderung der Fortbildungsordnung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Kammer (Psychotherapeutenjournal) in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Fortbildungsordnung wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 15. Mai 2014

Monika Konitzer  
Präsidentin

## 2. Ostdeutscher Psychotherapeutentag in Leipzig – Brücken bauen zwischen psychotherapeutischer Praxis und wissenschaftlicher Forschung



Professor Louis G. Castonguay im Vortrag „Forschung für die Praxis: Wie hilfreich ist Psychotherapieforschung?“. (Fotos: Nils A. Petersen)

Leipzig wurde am 21. und 22. März 2014 zum Mekka der ostdeutschen Psychotherapeuten. An diesen Tagen lud die in Leipzig ansässige Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) zum 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag (OPT) ein. Mehr als 500 Teilnehmer folgten der Einladung. Damit war der ausgebuchte Kongress wie schon bei der ersten Austragung vor drei Jahren ein voller Erfolg. Mit der Themenauswahl der Plenumsvorträge, wie „Was wirkt bei wem in der Psychotherapie“ und einer viel beachteten Podiumsdiskussion zu „Nebenwirkungen von Psychotherapie“, schaute der Kongress den Therapeuten in der Praxis über die Schulter. Das übergeordnete Thema lautete „Therapeutische Beziehungen“. Die Konferenzteilnehmer beleuchteten die verschiedenen Facetten und Implikationen für die Praxis in zahlreichen Vorträgen, Workshops und Diskussionsrunden aus unterschiedlichen Perspektiven.

### „Wenn die Seele weint, dann sieht man keine Tränen“

Ein besonderes Anliegen des Kongresses war es, Brücken zu bauen zwischen der psychotherapeutischen Praxis und ihrer wissenschaftlichen Erforschung. So diskutierten die Experten vor allem, welche Erkenntnisse die Forschung für die Praxis liefern, was die Praxis wiederum zu einer für alle Beteiligten relevanten Forschung beitragen und wie die Beziehung zwischen Praxis und Forschung noch enger werden kann.

Die Präsidentin der OPK, Andrea Mrazek, bekräftigte dies in ihrer Begrüßungsrede. Die Präsidentin, die zugleich die wissenschaftliche Leitung des Kongresses innehatte, stellte fest: „Die kollegiale Zusammenarbeit zwischen der Praxis und der Forschung ist eine wechselseitige und förderlich – zum Wohle des Patienten.“ Die Präsidentin spannte in ihrer Begrüßungsre-

de den Bogen zwischen den theoretisch fundierten und praxisnahen Kongressinhalten. Zugleich lud sie alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein, neben der nachgewiesenen Wirkung auch die Nebenwirkungen psychotherapeutischer Maßnahmen zu diskutieren. Die sächsische Sozialministerin Christine Clauß stellte in ihrem Grußwort die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung der Psychotherapie heraus. Es müsse jedem psychisch erkrankten Menschen in Sachsen möglich sein, eine schnelle und hochqualifizierte Versorgung durch einen Psychotherapeuten zu bekommen. Die Teilnehmer des OPT und alle Psychotherapeuten sicherten damit die Gesundheit als wichtiges, schützenswertes Gut, in dem sie zur effektiven Heilung psychisch Kranker maßgeblich beitragen. „Wenn die Seele weint, dann sieht man keine Tränen“ betonte sie. Sozialministerin Clauß werde sich persönlich dafür einsetzen, dass Patienten künftig eine schnellere therapeutische Behandlung



in Anspruch nehmen können, verkündete sie anlässlich des 2. OPTs.

### **Die therapeutische Beziehung als Hauptfaktor des Therapieerfolgs**



*Professor John C. Norcross*

Anschließend sprachen zwei der weltweit renommiertesten Psychotherapieforscher vor dem vollbesetzten Plenum. Der US-Amerikaner Professor John C. Norcross teilte in einem äußerst lebendigen und prägnanten Überblicksvortrag seine aus mehr als 25 Jahren aktiven Forscherlebens entstandenen Erkenntnisse mit den gebannten Kongressteilnehmern. In seinen mitreißenden Ausführungen zur „therapeutischen Beziehung: was wirkt bei wem? Beiträge der Forschung für die Praxis“ beschäftigte sich der Experte von der University of Scranton, Pennsylvania, zunächst mit den allgemein wirksamen Bestandteilen von Psychotherapie. Er präsentierte eine breite und überzeugende empirische Evidenz für seine Hauptthese, nach der der Therapieerfolg größtenteils von der therapeutischen Beziehung und nicht vornehmlich von den angewandten therapeutischen Verfahren und Methoden abhängt. Anschließend stellte er konkrete therapeutische Verhaltensweisen vor, um die therapeutische Beziehung optimal zu gestalten. Diese Verhaltensweisen erhöhen die Effektivität von Psychotherapie. Das sei erwiesen. Zu ihnen gehörten beispielsweise

die Herstellung der therapeutischen Allianz, unterschiedliche empathische Verhaltensweisen und das Feedback für die Patienten. Als besonderes Highlight erhielten die Teilnehmer das Angebot, mit Norcross zusammen in einem intensiven Workshop alle Thesen zu vertiefen. So konnten sie gemeinsam zahlreiche Anregungen für ihre eigene therapeutische Arbeit herausstellen, um das Therapeut-Patienten-Verhältnis zu verbessern.

### **Eigene therapeutische Arbeit durch empirische Befunde verbessern**

Im Anschluss lud der bekannte, kanadischstämmige Professor Louis G. Castonguay alle Teilnehmer ein, seine Erfahrungen auf einem wichtigen Gebiet zu teilen: „Forschung für die Praxis: Wie hilfreich ist Psychotherapieforschung?“. Der Experte von der Penn State University gab interessante Einblicke, wie die eigene psychotherapeutische Arbeit und ihr Erfolg durch konkrete empirische Befunde weiter verbessert werden kann. Dabei muss ein Therapeut die eigene – oft jahrelang bewährte Praxis – keineswegs tiefgreifend verändern. Professor Castonguay beschäftigt sich hauptsächlich mit affektiven Störungen. Seine Erkenntnisse lassen sich gleichzeitig auf alle anderen Störungsbilder übertragen, die von Psychotherapeuten behandelt werden.



*Die Vorträge der beiden amerikanischen Referenten wurden simultan übersetzt.*

Aber auch andere Störungsbilder standen im Fokus der verschiedenen Veranstaltungen. Professor Rainer Sachse, seit gut 13 Jahren Leiter des Institutes Psychologische Psychotherapie in Bochum, referierte hierzu. Der Wissenschaftler machte seine Erkenntnisse bereits vor zahlreichen Expertengremien und Konferenzen sowie in verschiedenen hochrangigen Publikationen öffentlich. Er trug dem Plenum sein umfassendes Konzept zur „Therapie bei Persönlichkeitsstörungen“ vor. Anhand von lebensnahen Fallstudien stellte er die Besonderheiten im Umgang mit bestimmten Patientenarten heraus. Aktuelle Forschungsergebnisse einer großen, schulübergreifenden Studie, wurden von Professor Bernhard Strauß und Professor Jürgen Hoyer präsentiert. Strauß stellte die Ergebnisse aus psychodynamischer Sicht dar, während Hoyer das beachtliche Datenmaterial aus verhaltenstherapeutischer Sicht diskutierte. Ein brandaktuelles, wenn-



*Gruppenbild: OPK-Präsidentin Mrazek (4. v. r.), Sozialministerin Clauß (3. v. r.), amerikanische Referenten, OPK-Vorstandsmitglieder sowie OPK-Geschäftsführer.*

gleich noch zu wenig beachtetes Thema, wurde im Rahmen einer Podiumsdiskussion erschlossen: „Nebenwirkungen von Psychotherapie“.

Die Nachmittage standen jeweils im Zeichen praktischer Workshops. So ging es zum Beispiel um Strategien, wie man den sogenannten Burn-out vermeiden könne. In dem breiten Angebot wurde bewusst genügend Raum für Themen aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gelassen. Dabei gab es zahlreiche praktische Hinweise für die Arbeit mit Bezugspersonen wie auch zur Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. Aus den Bereichen der Psychoonkologie und Neuropsychologie wurden ebenfalls attraktive Workshops angeboten.

### **Mythen und Fakten zum Rückenschmerz**

Zum Abschluss öffnete der Kongress seine Türen für die breite Öffentlichkeit. Mehr als 200 Teilnehmer wollten mehr erfahren über die Volkskrankheit Rückenschmerz: „Ich hab's doch im Rücken und nicht im Kopf“ – dieses Thema brachte der Mainzer

Psychotherapeut und Schmerzspezialist Dr. Paul Nilges seinem Publikum nahe. Dabei deckte er Mythen und Fakten rund um Schmerzen und deren Behandlung auf. So widerlegte er die weitverbreitete Annahme, dass Männer allgemein mehr Schmerzen hätten als Frauen. Zugleich konstatierte er, dass man chronischen Schmerzen

anders beikommen könne als nur durch eine rein medikamentöse Therapie. Das zahlreich erschienene Publikum stellte im Anschluss viele Fragen. So konnte es nicht nur theoretische, sondern gerade auch zahlreiche praktische Hinweise zum Umgang mit Schmerzen mit nach Hause nehmen.



*Dr. Paul Nilges zu Mythen und Fakten zu Rückenschmerz.*

## **Großer OPK-Angestelltag am 8. Oktober 2014 in Leipzig – Gegenwart und Zukunft Psychologischer Psychotherapeuten in Institutionen**



Ein Drittel der OPK-Mitglieder arbeitet im Anstellungsverhältnis. Das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PsychThG) beschreibt die gesetzliche Grundlage für die neuen Berufe Psychologische/r Psychotherapeut/in (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP). Während für die niedergelassenen Psychologischen Psychothera-

peuten eine unabhängige Berufsausübung im SGB V formuliert wurde, ist eine rechtliche Regelung für die in Institutionen Beschäftigten weitestgehend ausgeblieben. Das Anliegen und die Wünsche einer besseren berufsrechtlichen Stellung haben sich bisher unzureichend erfüllt. Viele Aktivitäten und Initiativen auf Kammerebene haben nur bedingt Verbesserungen bewirken können. Während die überwiegende Mehrheit mit dem Inhalt ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden ist, sind Fragen des Rechtsstatus entweder unbefriedigend geregelt oder gar nicht gelöst, was sich insbesondere auf Tätigkeiten in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken bezieht. So ist meistens weder die Gleichstellung mit der „Facharztgruppe“, noch eine angemessene tarifliche Eingruppierung oder eine der Qualifikation angemessene Stellenbeschreibung erreicht. Auch Fragen über die Verantwortung für Behandlungsentschei-

dungen oder die Leitung von Abteilungen harren einer Klärung.

### **Ergebnisse der Angestelltenbefragung für das OPK-Gebiet vorgestellt**

Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Landeskammern haben mit einer groß angelegten Studie im Jahre 2013 erstmals den Status der Angestellten in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Erziehungsberatungsstellen erhoben. Ziel war es, die beruflichen Rahmenbedingungen zu erfassen sowie einen umfassenden Überblick über die Verteilung der angestellten Kammermitglieder nach Art der Einrichtung und Arbeitgeber zu gewinnen.

Des Weiteren gibt die Studie Einblicke über die berufliche Position, das Aufgabengebiet, die tatsächliche inhaltliche Ausgestaltung der Tätigkeiten und die real ausge-

übten Funktionen innerhalb der institutionellen Einrichtungen von angestellten Psychotherapeuten. Zudem wurde die Versorgungssituation wie Art, Umfang und die Angemessenheit von psychotherapeutischen Behandlungsangeboten erfragt.

Mit dem Tag der Angestellten möchte die OPK Sie über die Ergebnisse der Befragung der Angestellten informieren und an Hand einer neueren Auswertung für das Gebiet der OPK spezifische Probleme

und Lösungsansätze aufzeigen, Ihnen die Grundlagen der rechtlichen Stellung vermitteln und den Austausch, die Diskussion und die Vernetzung anregen und fördern.

Der Heterogenität der Arbeitsfelder und der damit verbundenen Erfahrungen, Probleme und Interessen möchten wir durch das Angebot von themenspezifischen Workshops Rechnung tragen. Das Programm, die Einladung sowie alle weiteren

Informationen finden Sie auf der Homepage der OPK unter [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de) unter dem Menüpunkt „Aktuelles“. **Anmeldungen** für die Veranstaltung werden **bis zum 10. September 2014** erwünscht und angenommen. Sie ist für Mitglieder der OPK kostenfrei und Sie erhalten für die Teilnahme 8 Fortbildungspunkte.

*Jürgen Golombek,  
Ausschussvorsitzender „Angestellte  
Psychotherapeuten“*

## Informationsveranstaltungen der OPK für 2014

### Informationsveranstaltungen der OPK 2014

Die Diagnostik spielt im Berufsalltag der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine entscheidende Rolle. Deshalb stellt die OPK die diesjährigen Informationsveranstaltungen unter den Titel „Stellenwert einer adäquaten Diagnostik“. Neben einer hoffentlich angeregten Diskussion erwartet Sie zu diesem Thema ein Vortrag. Weitere Tagespunkte werden wieder die aktuellen Arbeitsschwerpunkte der OPK, vergangene und zukünftige Entwicklungen in der Kammerpolitik sowie der persönliche Austausch mit Ihnen sein.

Folgende Termine und Orte sollten sich die OPK-Mitglieder daher vormerken:

- 08.09.2014 Mecklenburg-Vorpommern: Rostock, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- 09.09.2014 Brandenburg: Potsdam, Kassenzahnärztliche Vereinigung Brandenburg
- 30.09.2014 Thüringen: Erfurt, Kaiser-saal Erfurt
- 13.10.2014 Sachsen-Anhalt: Magdeburg, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
- 16.10.2014 Sachsen: Dresden, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen

Im Anschluss an die Veranstaltung (16.00 Uhr bis 18.30 Uhr) möchten wir Sie wie jedes Jahr zu einem gemeinsamen Imbiss einladen. Das Anmeldeformular mit allen

notwendigen Informationen wird Ihnen im nächsten OPK-Magazin „OPK aktuell“ zugestellt sowie auf unserer Homepage [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de) zu finden sein.

Die Veranstaltung ist für OPK-Mitglieder kostenfrei.

### Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
E-Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)



# LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

## „Psychotherapie trifft Gesundheitspolitik“ – Politischer Abend der LPK



*Gesundheitsminister Schweitzer würdigt die Psychotherapeuten*



*Podiumsdiskussion mit Präsident Kappauf, Minister Schweitzer und MdLs*



*Gesundheitspolitische Gespräche*

**Wenn Psychotherapie auf Gesundheitspolitik trifft** – unter diesem Motto hatte die LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz am 18. März 2014 zum ersten Mal zu einem Politischen Abend eingeladen. Das Veranstaltungsformat ist neu entwickelt worden, um den Berufsstand der Psychotherapeuten mit den wichtigsten rheinland-pfälzischen Gesundheitspolitikern sowie mit Funktionsträgern und Entscheidern ins Gespräch zu bringen. Vorstand und Geschäftsführung der LPK RLP konnten Landtagspräsident Joachim Mertes, Gesundheitsminister Alexander Schweitzer sowie die Gesundheitspolitischen Sprecher der drei im Landtag vertretenen Parteien zu einer aktiven Teilnahme an der Veranstaltung bewegen. Die Veranstaltung fand im Wappensaal des Mainzer Landtags statt.

Insgesamt 105 Gäste nahmen an der Veranstaltung teil, darunter 20 Landtagsabgeordnete, der Präsident des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung, die Präsidentin des Landesverwaltungsamtes, der Geschäftsführer der Landeszentrale für Gesundheitsförderung sowie mehrere Abteilungsleiter und viele Referatsleiter verschiedener Ministerien. Gesundheitsminister Alexander Schweitzer würdigte in seiner Begrüßungsrede die Psychotherapeutenkammer als anerkannten und geschätzten Gesprächspartner. Die Psychotherapie sei mittlerweile eine feste Größe im Gesundheitswesen, deren Bedeutung aufgrund der zunehmenden psychotherapeutischen Erkrankungen noch wachsen würde. Umso wichtiger sei es, Lösungen zu finden, um zu lange Wartezeiten von Patientinnen und Patienten bis zu einer Behandlung zu verhindern und die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Hinsichtlich der Ausbil-

dung zum Psychotherapeuten sagte Schweitzer weiter: „Das Land Rheinland-Pfalz steht einer Neuordnung der Ausbildung offen gegenüber und wird sich konstruktiv an entsprechenden Überlegungen im Bund-Länder-Kreis beteiligen. Gegenwärtig ist aber nicht absehbar, ob es dabei zu einer sogenannten Direktausbildung durch ein Universitätsstudium kommen wird. Insbesondere, da sich das Bundesgesundheitsministerium bisher noch nicht zu diesem Thema geäußert hat.“

Diese Veranstaltung ist sowohl von den beteiligten Politikern, von den Abteilungsleitern und Referatsleitern der Ministerien und von den teilnehmenden Kollegen als sehr erfolgreich und zielführend erlebt worden. Die LPK RLP konnte die wichtigsten berufs- und gesundheitspolitischen Botschaften bei den Entscheidungsträgern platzieren.

## Vertreterversammlung am 05.04.2014

Auf der Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz am 5. April 2014 konnten sich die Mitglieder durch Vorträge der Professoren Steffgen und Vögele von der Universität Luxemburg über den aktuellsten Stand der Umsetzung des Psychotherapeutengeset-

zes in Luxemburg informieren. Es wird in unserem Nachbarland als Meilenstein angesehen, dass es im Jahr 2002 gelungen ist, ein Psychologiestudium mit Masterabschluss an der Universität zu installieren, an das sich seit 2012 ein 3-jähriges berufsbegleitendes Psychotherapiestudium an-

schließt. Voraussetzung ist ein Arbeitsplatz im psychotherapeutischen Bereich. Die Behandlungsfälle werden engmaschig supervidiert, eine Ambulanz ist in Planung. In Luxemburg ist die Anerkennung von Kompetenzen, die im benachbarten Ausland erworben worden sind, von großer Bedeu-



tung. Die Anerkennung nimmt ein Wissenschaftlicher Beirat vor. Die PsychotherapeutInnen werden in Luxemburg berufsständisch von der Ärztekammer vertreten.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung betrauten gemeinsam das ehemalige Mitglied Gisela Rohrer und gedachten ihrer in einer Schweigeminute.

Ganz herzlich begrüßt Herr Kappauf Frau Dr. Sigrig Schiller als neues Mitglied der Vertreterversammlung und verpflichtet sie nach dem Verpflichtungsgesetz.

Die Vertreterversammlung beschäftigte sich nach den Aussprachen über die Berichte des Vorstands und der Geschäftsführerin mit der Feststellung des Jahresab-

schlusses 2013. Herr Staub stellte als zuständiges Vorstandsmitglied den Bericht zum Jahresabschluss 2013 vor. Wie in den Vorjahren hat die Kammer zweckgebundene Rücklagen gebildet, um damit die Finanzierung möglicherweise weiterer zukünftiger Aufgaben mit Eigenkapital zu hinterlegen. Der durchschnittliche Beitrag pro Mitglied beträgt 445,92 Euro. Das sind 15% weniger im Vergleich zur früheren Gebührenordnung. Der durchschnittliche Aufwand pro Mitglied beträgt 476,81 Euro, das ist ein Plus im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 0,01%. Der Abschlussbericht des Wirtschaftsprüfers zum Jahresabschluss 2013 liegt den Mitgliedern der Vertreterversammlung vor. Die Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt. Herr Brettler bewertete als Vorsitzender des Finanz-

ausschusses den Jahresabschluss als sehr erfreulich. Die Vertreterversammlung genehmigte die Jahresrechnung der LPK RLP für das Geschäftsjahr 2013. Die Mitglieder danken dem Vorstand für den verantwortungsvollen Umgang mit den Haushaltsmitteln. Der Vorstand wurde entlastet.

Darüber hinaus wurde eine Haushalts- und Kassenordnung beschlossen.

Für den Ausschuss „Aus- und Weiterbildung“ wurden aufgrund von Rücktritten zwei Personen nachgewählt: Dr. Heiko Hölzel und Frau Sabine Maur. Frau Dr. Schiller wurde ebenfalls als Nachfolgerin von Frau Rohrer als Stellvertretende Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag gewählt.

## Forensische Sachverständigentätigkeit – Neue Perspektiven für Psychotherapeuten



*Interessierte Teilnehmer – darunter die Präsidenten Alfred Kappauf (LPK RLP) und Alfred Krieger (LPPKJP Hessen)*

Am 22. Februar 2014 hat das Institut für Qualitätssicherung forensischer Sachverständigentätigkeit in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ein erstes Symposium mit etwa 40 Teilnehmern durchgeführt. Beteiligt war auch die LPPKJP Hessen. Die Präsidenten beider Kammern sprachen die Grußworte. Prof. Dr. Martin Rettenberger hielt einen Vortrag über die kriminalprognostische Begutachtung von Sexual- und Gewaltstraftätern, PD Dr. Retz-Junginger vom Institut für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes redete über aussagepsychologische Fragestellungen im Straf- und Familienrechtsverfahren. Prof. Dr. Axel Dessecker von der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden referierte



*Marion Schwarz*

über die Forensische Begutachtung und die neue Sicherungsverwahrung und Prof. Dr. Ludwig Salgo von der Universität Frankfurt über das Familienrechtliche Umfeld der Sachverständigentätigkeit. Es ging darum, auf ein interessantes Arbeitsfeld für Psychotherapeuten aufmerksam zu machen. Denn: Heilkundliches Wissen, über das Psychologische Psychotherapeuten

oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in besonderer Weise verfügen, ist für die gutachterliche Tätigkeit in vielen Rechtsgebieten von großer Bedeutung. Im Strafrecht sind dies zum Beispiel die Begutachtung von Schuldfähigkeit, die Erstellung von Kriminalprognosen und die Begutachtung der Glaubhaftigkeit von Zeugen.

Es sollte jedoch auch deutlich gemacht werden, dass eine Tätigkeit im Gutachterlichen Bereich anspruchsvoll ist und auf der Grundlage der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse durchgeführt werden sollte. Der Präsident der LPK RLP Alfred Kappauf informierte in seiner Begrüßungsansprache auch darüber, dass im Rahmen der Weiterbildungsordnung der LPK RLP die Zusatzbezeichnung „Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie“ erworben werden kann. Eine Liste der Sachverständigen der LPK RLP finden Sie auf der Homepage unter: <http://lpk-rlp.de/cms/sachverstaendigenliste.html>

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Gisela Borgmann-Schäfer, Alfred Kappauf, Petra Regelin, Stefanie Rosenbaum.

## Fachtagung und Herbstfest am 27.09.2014 „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen“

### Programm

14.00 Uhr Begrüßung Alfred Kappauf

- Grußwort Ministerin Irene Alt, Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugendliche und Frauen
- Aktueller Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland (Dr. Mike Mösko, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie)
- Psychische Konflikte und Behandlung Jugendlicher zwischen zwei Kulturen (Mahrokh Charlier, Psychoanalytikerin [IPA/DPV/FPI], Frankfurt)
- Pause
- Brauchen wir Spezialstationen für Migranten? (Dr. Ibrahim Özkan, Leitender Psychologe Asklepios Fachklinikum Göttingen)
- Psychotherapie mit Hilfe von Dolmetschern (Prof. Cinur Ghaderi, Evangelische Fachhochschule Bochum RWL, Fachbereich Soziale Arbeit/Psychologie)

18.00 Uhr Verabschiedung und Start Herbstfest

## Nachruf Gisela Rohrer

Am 27. März 2014 ist Gisela Rohrer im Alter von 78 Jahren verstorben. Mit Gisela Rohrer verliert die LPK RLP eine Psychologin und Psychotherapeutin, die ihren Beruf mit Herzblut gelebt und ihn als Berufung verstanden hat. Sie hat über Jahrzehnte die Berufspolitik in Rheinland-Pfalz geprägt und hat dort unermüdlich Pionierarbeit geleistet. Gisela Rohrer war eine der engagierten und beharrlichen Kämpferinnen für ein Psychotherapeutengesetz. 2001 wurde sie vom Ministerium als Mitglied des Gründungsausschusses der LPK berufen und war seit der konstituierenden



Sitzung der LPK im Januar 2002 bis zu ihrem Tod hochgeschätztes Mitglied der Vertreterversammlung. Es war eine öffentliche

Anerkennung unserer Profession, als ihr kompromisslos gemeinwohlorientiertes Engagement mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes im Jahr 2002 gewürdigt

wurde. Wir haben Gisela viel zu verdanken. Sie hat in den letzten Monaten mit ihrer feinen Selbstonie jeweils ihre gesundheitlichen Beschwerden kommentiert. Diese Erinnerungen an ihre Aufforderungen zu Heiterkeit und Lebensbejahung sollen neben der schmerzlichen Seite des Abschieds Platz finden. Liebe Gisela, wir verneigen uns in Hochachtung vor Deiner Lebensleistung.

*Alfred Kappauf, der Vorstand,  
die Vertreterversammlung  
und die Geschäftsstelle der LPK RLP*

## Bekanntmachung

Haushalts- und Kassenordnung – HHKO  
der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz  
für die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung

vom 21. Mai 2014

Auf der Grundlage von § 14 Absatz 1 und Absatz 2 Nr. 5 des Landesgesetzes über die Kammern für die Heilberufe „Heilberufsgesetz (HeilBG)“ Rheinland-Pfalz vom 20. Oktober 1978 (GVBl. S. 649; 1979, S. 22), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 27. Oktober 2009 (GVBl. S. 358), in Verbindung mit § 10a der Hauptsatzung aufgrund der Ersten Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 23. April 2013 (Psychotherapeutenjournal 2/2013, S. 217), hat die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz in ihrer Sitzung am 05. April 2014 der vom Vorstand vorgelegten Haushalts- und Kassenordnung (HHKO) zugestimmt.

### § 1

#### Grundsätze für den Haushaltsplan

- (1) Das Rechnungsjahr (Haushaltsjahr) ist das Kalenderjahr.
- (2) Der Vorstand der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (nachfolgend Kammer genannt) stellt im Zusammenwirken mit dem Ausschuss für Finanzen und Beitragsordnung (§ 11 Abs. 1 a) – im Folgenden: Ausschuss genannt – entsprechend § 10a Abs. 3 Hauptsatzung für jedes Rechnungsjahr jeweils in der Regel im September eines Haushaltsjahres auf der Grundlage des Vorjahresergebnisses

und unter Einbeziehung der Geschäftsführung und der Abteilung Kassen – und Rechnungswesen einen Entwurf des Haushaltsplanes für das Folgejahr auf. Der Vorstand legt sodann den Haushaltsplan der Vertreterversammlung in der Regel vor Ablauf des Kalenderjahres zur Beratung und Beschlussfassung vor.

- (3) Der Haushaltsplan besteht aus der Aufwands-/Ertragsrechnung, dem Stellen- und Investitionsplan, dem Liquiditätsplan, der Planung der Betriebsmittelrücklage und dem Zins- und Tilgungsplan für langfristige Verbindlichkeiten.

- (4) Der Haushaltsplan ist systematisch nach Titeln (Aufwands-/Ertragsarten) und Titelgruppen (Aufwands-/Ertragsgruppen) zu gliedern.

- (5) In den Haushaltsplan dürfen nur die Aufwendungen und Verpflichtungsermächtigungen eingestellt werden, die zur Erfüllung der Aufgaben der Kammer notwendig sind.

- (6) Bei Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplanes sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Der Haushaltsplan ist so aufzustellen, dass die Vertreterversammlung in der Lage ist, den vorgeschlagenen Erträgen und Aufwendungen die Ergebnisse des Vorjahres gegenüber zu stellen.

Die veranschlagten Beträge sind zu erläutern und gegebenenfalls zu begründen.

(7) Der Haushaltsplan muss alle im Rechnungsjahr zu erwartenden Erträge, die voraussichtlich zu leistenden Aufwendungen und die voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen enthalten. Der Haushaltsplan hat in Erträgen und Aufwendungen ausgeglichen zu sein. Die Gesamtaufwendungen des Haushaltsplanes müssen durch Erträge und Rücklageentnahmen gedeckt sein.

(8) Überschüsse (Reste des haushaltsmäßig bewilligten Aufwands und Erträgen aus Beiträgen und sonstigen Erträgen verrechnet mit Titelüberschreitungen und Mindereinnahmen) werden der Betriebsmittelrücklage zugeführt. Die Höhe der allgemeinen Betriebsmittelrücklage wird jährlich durch einen gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung zum Haushaltsplan bzw. Jahresabschluss festgelegt bzw. fortgeschrieben.

(9) Über Rechtsgeschäfte und sonstige Angelegenheiten, die wesentliche Veränderungen des Eigentums oder des sonstigen Vermögens der Kammer bewirken, beschließt die Vertreterversammlung. Das gilt insbesondere für den Erwerb, die Belastung oder die Veräußerung von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten sowie das Eingehen nicht geplanter mittel- und langfristiger Verpflichtungen.

## § 2

### Haushaltsführung; Haushaltsüberschreitungen

(1) Die zuständigen Organe der Kammer sind berechtigt, nach Maßgabe des Haushaltsplanes und nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Aufwendungen zu leisten und Verpflichtungen einzugehen.

(2) Erträge sind rechtzeitig und vollständig zu erheben. Aufwendungen dürfen nur so weit und nicht eher geleistet werden, als sie zur wirtschaftlichen und sparsamen Verwaltung erforderlich sind.

(3) Die Haushaltsmittel sind so zu bewirtschaften, dass sie zur Deckung aller Aufwendungen ausreichen, die unter die einzelnen Zweckbestimmungen fallen.

(4) Alle Erträge und Aufwendungen sind mit ihrem vollen Betrag, Abschreibungen entsprechend der Abschreibungsquoten bei dem hierfür vorgesehenen Titel zu buchen.

(5) Titelgruppen sind untereinander deckungsfähig, soweit nicht im Haushaltsplan etwas anderes bestimmt ist (§ 10a Abs. 3 Satz 3 der Hauptsatzung), mit Ausnahme von Personalmitteln.

(6) Über- und außerplanmäßige Aufwendungen dürfen vom Vorstand nur geleistet oder eingegangen werden, wenn ein unabweisbares oder unvorhergesehenes Bedürfnis besteht. Der Ausschuss ist hierüber unmittelbar zu informieren und ein Beschluss der Vertreterversammlung über einen Nachtragshaushalt herbeizuführen.

## § 3

### Ausschuss; Berichtspflichten gegenüber dem Ausschuss

(1) Dem/r Vorsitzende/n des Ausschusses obliegt die Aufsicht über das Haushalts- und Rechnungswesen (§ 10a Hauptsatzung) nach Maßgabe dieses und des Absatzes 2. Die Aufsicht umfasst die Einsichtnahme in Unterlagen, die Einholung von Auskünften sowie Vorschläge, Hinweise und schriftliche Beanstandungen. Ein Durchgriff auf das operative Geschäft der Abteilung Kassen- und Rechnungswesen ist nur im

dringenden Bedarfsfall zulässig. Dem/Der Geschäftsführer/in ist vor einer Beanstandung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Der Ausschuss prüft die Einhaltung der für die Haushalts- und Wirtschaftsführung geltenden Vorschriften und Grundsätze, insbesondere darauf, ob

- der Haushaltsplan eingehalten ist,
- die Erträge und Aufwendungen begründet und belegt sowie die Jahresrechnung und die Vermögensrechnung ordnungsgemäß aufgestellt sind,
- die Geschäftsführung Beanstandungen aufweist (Geschäftsführungsprüfung).

(3) Der Vorstand oder der/die Geschäftsführer/in berichten dem Ausschuss halbjährlich oder auf begründete besondere Anforderung über den Stand der Erträge und Aufwendungen und die Umsetzung des Haushaltsplanes. Dazu sind die Erträge und Aufwendungen dem Haushaltsplan gegenüberzustellen.

## § 4

### Buchführung; Behandlung von Rechnungen

(1) Die Kammer führt ihre Bücher und erstellt ihre Jahresrechnung nach den Regeln der kaufmännischen doppelten Buchführung und unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung entsprechend dem Ersten Abschnitt des Dritten Buches des HGB.

(2) Bestandteile der Buchführung sind:

- Kontenrahmen einschließlich Konten
- Kassenbücher der Geschäftsstelle
- Inventarverzeichnis für die Geschäftsstelle
- Haupt- und Nebenbücher
- Journal
- Mitgliederkonten (Beitragskonten).

(3) Die anfallenden Geschäftsvorfälle sind laufend und zeitnah zu buchen.

(4) Alle Buchungen sind zu belegen.

(5) Der/die zuständige Bearbeiter/in hat Rechnungen sachlich und rechnerisch richtig zu zeichnen und vorzuschlagen, diese anzuweisen. Anweisungsbefugte sind der/die Präsident/in, der/die Vizepräsident/in, der/die Geschäftsführer/in oder der/die Vertreter/in der Geschäftsführung.

(6) Das Nähere regelt **Anlage 1** zu dieser Haushalts- und Kassenordnung, die vom Vorstand zu erlassen ist.

## § 5

### Kassenverkehr

(1) Der Umsatz im Bargeldverkehr ist so klein wie möglich zu halten.

(2) Die Tageskasse der Geschäftsstelle ist ständig unter Verschluss zu halten und über Nacht gesichert aufzubewahren. In der Regel soll der Barbestand der Tageskasse 500 Euro nicht überschreiten.

(3) Die Kassenbücher sind fortlaufend und zeitnah zu führen und jeweils am Ende des Kalendermonats abzuschließen.

(4) Einmal jährlich kann eine unvermutete Kassenbestandsaufnahme in Absprache mit dem / der Geschäftsführer/in von einem Mitglied des Ausschusses durchgeführt werden. § 3 gilt entsprechend.

(5) Zahlungen bedürfen der sachlichen und rechnerischen Prüfung durch den/die jeweilige/n Bearbeiter/in und müssen von den dazu Berechtigten nach § 4 Abs. 5 Satz 2 angewiesen werden. Die Anweisungsbefugnis darf nicht Mitarbeitern übertragen werden, die Kassenaufgaben wahrnehmen.

## § 6

### Bankverkehr

(1) Der Vorstand beschließt über die Auswahl der Kreditinstitute.

(2) Zur Eröffnung von Bankkonten für die Kammer und zur Erteilung von Zeichnungsvollmachten ist der/die Präsident/in der Kammer, im Falle seiner/ihrer Verhinderung der/die Vizepräsident/in gemeinsam mit dem/der Geschäftsführer/in berechtigt.

(3) Für die Zeichnungsberechtigung – unter ausdrücklicher Beachtung des Vier-Augen-Prinzips – hinsichtlich der Bankkonten der Kammer findet § 4 Abs. 5 und Abs. 6 Anwendung.

## § 7

### Jahresabschluss und Haushaltsprüfung

(1) Die Jahresrechnung ist in der Regel nach Ablauf des Kalenderjahres innerhalb von vier Monaten vom Vorstand zu erstellen und unter Zuziehung des Wirtschaftsprüfers (§ 10a Abs. 7 Satz 1 Hauptsatzung) zu prüfen. Zeitnah soll der Ausschuss eine Belegprüfung vornehmen. Die Jahresrechnung besteht aus Gewinn- und Verlustrechnung und der Bilanz.

(2) Der Vorstand legt dem Ausschuss nach Abs. 1 die erstellte und geprüfte Jahresrechnung vor.

(3) Der/die Wirtschaftsprüfer/in wird vom Vorstand bestimmt und vom/von der Präsidenten/in beauftragt. Hierüber wird die Vertreterversammlung informiert.

(4) Die Ergebnisse der Jahresabschlussprüfung (Prüfbericht) sind der Vertreterversammlung vorzulegen. Auf ihrer Grundlage ist in der Vertreterversammlung die Jahresrechnung festzustellen und die Entlastung des Vorstands für das Rechnungsjahr zu beantragen (§ 6 Abs. 2 Buchst. e) Hauptsatzung).

(5) Kammermitglieder können den Prüfbericht des Wirtschaftsprüfers (§ 10a Abs. 7 Satz 1 Hauptsatzung) und die Jahresrechnung in einem Zeitraum von einem Monat in der Geschäftsstelle einsehen. Die Möglichkeit und der Zeitraum der Einsichtnahme sind im Psychotherapeutenjournal oder auf der Homepage der Kammer spätestens einen Monat vorher bekannt zu geben.

## § 8

### Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzip

Die Kammer soll das Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzip der öffentlichen Verwaltung bei allen wirtschaftlichen Entscheidungen beachten. Danach sollen Gebühren und Beiträge einerseits die tatsächlichen Aufwendungen der Kammer für die betreffende Einrichtung oder Leistung voll ausgleichen, andererseits der Kammer keine darüber hinausgehenden Erträge verschaffen.

## § 9

### In-Kraft-Treten

Diese Haushalts- und Kassenordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Haushalts- und Kassenordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 15.05.2014, Az.652-01 723-10.4, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Mainz, 21. Mai 2014

*Dipl.-Psych. Dipl. Päd. Alfred Kappauf  
Präsident der LandesPsychotherapeutenKammer  
Rheinland-Pfalz*





# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Angestelltenbefragung der BPtK: Eine vertane Chance

Die Angestelltenbefragung der BPtK hätte das Arbeitsprofil und die besondere Expertise der angestellten und verbeamteten KollegInnen angemessen beschreiben können. Dies wäre wertvoll gewesen in einer Zeit, in der die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens vorangetrieben wird und eher betriebswirtschaftliche Kennziffern statt psychotherapeutische Indikation und Qualifikation die Behandlungsverläufe bestimmen.

Schon die Formulierung der Fragen lässt vermuten, dass die leitende Idee bei der Konzeption der Versuch gewesen ist zu „beweisen“, dass Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) die gleiche Arbeit wie Ärzte verrichteten und beispielsweise direkt die Medikamentenverordnung steuerten, was einer strafbaren Handlung gleich käme. Mit dieser kaum nachvollziehbaren Fragenkonzeption sollte vermutlich die Forderung „untermauert“ werden, dass angestellte und verbeamtete PP und KJP ein gleiches Gehalt wie Ärzte beziehen sollen, was offenbar vor allem in psychiatrischen Krankenhäusern nicht der Fall ist.

Völlig unberücksichtigt bleibt eine eigentlich wünschenswerte Profilierung der psychologisch-psychotherapeutischen Expertise, die auf dem spezifischen Wissen fußt aus Entwicklungspsychopathologie, Persönlichkeitspsychologie, Gruppendynamik und Kleingruppenprozessen, familiendynamischen Prozessen, Kognitiven Theorien, Bedingungsanalyse bzw. Psychodynamik, Emotionalen Entwicklungsprozessen und behavioralen Lerntheorien und nicht zuletzt auf empirischer Studienkompetenz.

Stattdessen geht es bei den Fragen um die Rolle der KollegInnen bei der Aufstellung eines Behandlungsplans, bei der Überprüfung des Behandlungsfortschritts, bei der Entscheidung über die Behandlungsdauer oder beim Wechsel des Behandlungssettings. Dass Besonderheiten der verschiedenen Arbeitsfelder in Institutionen, wie z. B. der Rehabilitation, oder spezifischer Aspekte angestellter KJP auf der Strecke bleiben, soll angesichts der grundsätzlichen Konzeptionsprobleme nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

Offenbar haben die KollegInnen im Angestelltenverhältnis auf die gravierenden Mängel des Fragebogens so reagiert, dass sie gar nicht an der Befragung teilgenommen haben: Sowohl bundesweit wie im Saarland haben um die 70% der Gesamtgruppe der angestellten PsychotherapeutInnen nicht teilgenommen. Eine solch hohe Antwortverweigerung der KollegInnen lässt allein schon keine Auswertung und Interpretation zu. Wieso behauptet wird, dass mit der Befragung „differenziert erhoben werden konnte, wo und wie Psychotherapeuten in Anstellung arbeiten“, ist völlig unverständlich. Die Ergebnisse (N=69 Fragebögen im Saarland) sind nicht repräsentativ. Die Ergebnisse sollten als Zufallsbefunde verstanden werden, die keine Aussagekraft haben für die Gesamtgruppe.

Diese schwerwiegenden Kritikpunkte werden durch die hohen Kosten dieser Befragungsaktion (über 42.000,- € bundesweit) negativ dynamisiert. Eine solche Fehlentscheidung und Verschwendung von Mitgliedsbeiträgen hätte vermieden werden können, wenn man sich an einige bekannte Standards empirischer For-

schung gehalten hätte. Wendet man diese auf die Angestelltenbefragung an, so wäre sicherzustellen gewesen:

- Bessere Kenntnis des Untersuchungsgegenstands, in diesem Fall die Besonderheiten der verschiedenen Arbeitsfelder. Dies hätte die Formulierung valider Fragestellungen erlaubt.
- Sorgfältige Entwicklung der Fragestellung und des Erkenntnisinteresses sowie deren Kommunikation,
- stärkerer Einbezug von Akteuren in den Praxisfeldern, die untersucht werden sollen bei der Entwicklung der Konzeption und der Frageformulierungen,
- Diskussion der Ergebnisse dieser Pilotphase in den Länderkammern und generell stärkerer Einbezug der LPK und der vorhandenen Ausschüsse „PsychotherapeutInnen in Institutionen“,
- Sicherstellung einer für statistische Berechnungen ausreichenden Rücklaufquote sowie
- Durchführung einer Drop-out-Analyse mit vorab festgelegten Untersuchungsmerkmalen.

Zukünftig sollten solche eigentlich wünschenswerten empirischen Projekte in einer Form ablaufen, die belastbare Ergebnisse erwarten lässt. Wir gehen davon aus, dass die Kritik an der Angestelltenbefragung Eingang finden wird in die Diskussion des Tätigkeitsberichts des Vorstands der BPtK.

*Die Mitglieder des Ausschusses der angestellten und verbeamteten PsychotherapeutInnen der PTK Saar – PTI Ausschuss (Alexander Dröschel, Irmgard Jochum, Dr. Frank Paulus, Dr. Petra Schuhler, Kizil Tekdemir, Roland Waltner)*

## Fortbildungsangebote für die forensische Sachverständigentätigkeit

Da uns wiederholt Fragen zu entsprechenden Fortbildungsangeboten erreicht haben für KollegInnen, welche die Voraussetzungen gemäß der Übergangsregelung nicht erfüllen, möchten wir mit diesem Artikel über die bestehenden Möglichkeiten informieren. Zuvor ein paar grundsätzliche Informationen.

Eine bundesweite Arbeitsgruppe hatte Fortbildungsstandards für die forensische Sachverständigentätigkeit entwickelt und in einer Musterfortbildungsrichtlinie festgehalten. Diese Fortbildungsangebote sollen sich an diejenigen Kammermitglieder richten, die Kenntnisse erwerben möchten, um in einem oder mehreren Rechtsbereich(en) gutachtlich tätig zu sein.

Die Saarländische Psychotherapeutenkammer hat auf Grundlage dieser erarbeiteten Musterfortbildungsrichtlinie die sog. „Verwaltungsvorschrift der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zur Führung der Liste gerichtlich und behördlich tätiger Sachverständiger“ (WVV) erarbeitet, die nach Veröffentlichung im Forum 49, dem Mitteilungsorgan der PKS, zum 01.04.2013 in Kraft getreten ist und auf der Homepage der PKS eingesehen werden kann. Ziel dieser WVV ist es, sicherzustellen, dass bei allen Kammermitgliedern, die auf der Liste der PKS als gerichtlich und behördlich tätige Sachverständige eingetragen sind, entsprechende Fachkenntnisse vorausgesetzt werden können. Die Fortbildungsinhalte betreffen zum einen Grundlagen der Sachverständigentätigkeit und zum anderen die folgenden Rechtsbereiche, die sog. Spezialisierungsmodule:

- Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht,
- Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage,
- Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe,
- Sozialrecht und Zivilrecht,
- Verwaltungsrecht.

Die Eintragung in die Liste der PKS erfolgt für das Spezialisierungsmodul, in dem die curriculare Fortbildung absolviert wurde und Gutachten unter Supervision erstellt wurden.

Kammermitglieder, die bereits vor Verabschiedung dieser WVV als Sachverständige tätig waren, können in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten der WVV einen Antrag auf Eintragung in die Liste als Sachverständige stellen; die dafür notwendigen Voraussetzungen sind in der WVV unter § 9, Anlage 3 unter dem Punkt „Übergangsregelung“ aufgeführt.

Das Vorhandensein der o. g. Fachkenntnis wird durch die Eintragung in die Liste der gerichtlich und behördlich tätigen Sachverständigen der PKS dokumentiert. Diese Eintragung erfolgt durch den Vorstand der PKS nach Prüfung durch die Sachverständigenkommission der PKS (siehe hierzu Forum 50 und 51). Diese Liste wird veröffentlicht, zweimal im Jahr fortlaufend aktualisiert und an Gerichte, Behörden und Institutionen verschickt, die bei Bedarf auf die in der Liste aufgeführten Sachverständigen zurückgreifen können. Bisher sind acht Personen auf dieser Liste eingetragen. Der Vorstand der PKS und die Sachverständigenkommission würden sich freuen, wenn weitere Kammermitglieder die Eintragung in diese Liste anstreben.

Speziell für approbierte KollegInnen gab es in früheren Jahren vonseiten der Psychotherapeutenkammern keine curriculare Fortbildungsangebote, die speziell für die Gutachtertätigkeit qualifizierten und gleichzeitig das für die Approbation bereits erworbene Fachwissen berücksichtigten. Diese Lücke wurde in den letzten Jahren durch überregionale Fortbildungsangebote geschlossen. Alle Kammermitglieder, die nicht die Voraussetzungen nach den Übergangsregelungen erfüllen, können solche überregionale Fortbildungsangebote für die Sachverständigentätigkeit nutzen, die von den folgenden Psychotherapeutenkammern und im Auftrag von einer Fortbildungsakademie angeboten werden:

- Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ([www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)),
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer OPK ([www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)) und
- Psychiatrie-Akademie Königslutter ([www.psychiatrie-akademie.de](http://www.psychiatrie-akademie.de)) in Niedersachsen.

Bei Rückfragen stehen Maïke Paritong ([paritong@ptk-saar.de](mailto:paritong@ptk-saar.de)), Leiterin der Geschäftsstelle der PKS, und Joachim Reelitz, Vorsitzender der Sachverständigenkommission der PKS ([j.reelitz@skfp.saarland.de](mailto:j.reelitz@skfp.saarland.de)) gerne zur Verfügung.



Joachim Reelitz

## Nele holt Präventionsprojekt gegen sexuellen Missbrauch ins Saarland

Nele, Beratungsstelle gegen sexuelle Ausbeutung von Mädchen, ist es gelungen, die Wanderausstellung „Echt Klasse! Spielstationen zum Stark sein“ ins Saarland zu holen. Dipl.-Psych. Rosemarie Breyer, KJP, Dipl.-Psych. Elisabeth Grimm, PP, und Dipl.-Psych. Margit Leist, PP, von der Beratungsstelle Nele in Trägerschaft des Vereins gegen sexuelle Ausbeutung von Mäd-

chen e. V. konnten am 20.06.2013 in der Grundschule Bübingen die Auftaktveranstaltung durchführen.

Täglich werden in Deutschland Kinder sexuell misshandelt. Laut Kriminalstatistiken werden etwa 12.000 Fälle sexueller Ausbeutung pro Jahr bei Kindern unter 14 Jahren zur Anzeige gebracht, wobei die Dun-

kelziffer bis zu 25-mal höher geschätzt wird. Sehr häufig sind Mädchen und Jungen bereits im Grundschulalter von sexueller Gewalt betroffen. 70-80% der Kinder sind Mädchen.

„Selbstbewusste, aufgeklärte und informierte Kinder haben größere Chancen, sich zu schützen. Deshalb ist Prävention

ein wichtiger Schwerpunkt in unserer Arbeit“, berichtet Rosemarie Breyer. Dazu gehören sowohl für die Kinder als auch für die Eltern entsprechendes Wissen und Informationen, die im Rahmen der Ausstellung „Echt Klasse“ in sechs Präventionsbausteinen vermittelt werden. Die Wanderausstellung „Echt Klasse“ für Grundschulen wurde extra von dem Kieler Präventionsbüro Petzte e. V. für das Saarland angefertigt. „Petzte informiert Schulen über das Thema sexueller Missbrauch und bildet Lehrkräfte, Eltern und Schulleitungen aller Schularten fort. Petzte entwickelt Informationsmaterialien für Schülerinnen und Schüler aller Altersstufen und macht durch Aktivitäten auf das Problem aufmerksam“, ergänzt Elisabeth Grimm.

Die Anschubfinanzierung erfolgte durch die Stiftungen „Hänsel und Gretel“ und „Herzessache“. Die fachliche Begleitung im Saarland erfolgt durch die Beratungsstelle „Nele“, an die sich Mädchen, die Opfer von sexueller Misshandlung wurden, mit ihren Angehörigen wenden können. Nele führt außerdem Präventionsveranstaltungen und Beratung für Fachkräfte durch. Die Ministerpräsidentin des Saarlandes Annegret Kramp-Karrenbauer ist Schirmherrin dieses Projekts „Echt Klasse“.

In der Wanderausstellung „Echt Klasse“ werden Präventionsstrategien an den folgenden sechs Stationen spielerisch und handlungsorientiert sowie alters- und entwicklungsangemessen thematisiert:

### Mein Körper gehört mir!

Hier lernen Kinder, dass sie das Recht haben zu bestimmen, wer sie wo anfassen darf oder nicht. Durch die Förderung eines positiven Körperbewusstseins soll den Kindern ermöglicht werden, stolz auf ihren Körper zu sein und sich wohl in ihrer Haut zu fühlen.

### Es gibt gute und schlechte Berührungen!

Es gibt Berührungen, die sich gut anfühlen und glücklich machen. Es gibt aber auch solche, die seltsam sind und Angst auslösen, erfahren die Kinder an einer weiteren Station. Sie werden ermutigt, unangenehme und befremdende Berührungen zurückzuweisen.



### Ich vertraue meinem Gefühl!

Kinder werden bestätigt und ermutigt, über ihre Gefühle zu sprechen und ihnen zu vertrauen als innere Ratgeber. So können sie eher in die Lage versetzt werden, einzuschätzen, wann sexuelle Übergriffe beginnen.

### Es gibt gute und schlechte Geheimnisse!

Kinder müssen wissen, dass es Geheimnisse gibt, die sich nicht gut anfühlen und dass sie diese weitersagen dürfen, auch wenn sie versprochen haben, es nicht zu tun. Denn Mädchen und Jungen lieben Geheimnisse, die sie miteinander oder mit Erwachsenen teilen können. Sie haben auch gelernt, dass Geheimnisse zu verraten „Petzen“ ist. Damit dieses Wissen und der Spaß an Geheimnissen nicht zum Zweck von sexuellen Übergriffen ausgenutzt werden kann, erfahren Kinder an dieser Station, dass solche Geheimnisse weiter erzählt werden dürfen.

### Nein sagen

Kinder werden hier noch einmal ermutigt „Nein“ zu sagen. Sie erfahren, dass auch Erwachsene nicht einfach über sie verfügen dürfen.

### Hilfe holen

Hilfe holen ist der wesentlichste Bestandteil der Prävention. Kinder erfahren, dass

es keine Schwäche ist, wenn sie sich Hilfe holen, sondern dass dies angemessen und klug ist. Sie erfahren auch, wo sie sich Hilfe holen können. Hier werden den Kindern deutlich Vertrauenspersonen genannt, bis hin zum kostenlosen Kindertelefon.

Mit der Wanderausstellung „Echt Klasse“ werden Mädchen und Jungen im Grundschulalter darin bestärkt, dass sie Grenzen setzen dürfen. Die Ausstellung bietet viele Angebote zur Stärkung des Selbstbewusstseins. Es wird gezeigt, wie wichtig es ist, sich in schwierigen Situationen Hilfe zu holen und über belastende Erfahrungen zu sprechen. Es werden sowohl die Lehrkräfte als auch Eltern eingebunden und motiviert, mit der Ich-Stärkung als Prävention gegen sexuellen Missbrauch zu beginnen. Mittlerweile wurde die Ausstellung schon im mehreren saarländischen Grundschulen gezeigt; erfreulicherweise hat sie auch weitere finanzielle Unterstützung durch Sponsoren gefunden. „Wir freuen uns über das große Interesse an dieser Ausstellung. Wir wollen damit pro Jahr 3.000 saarländische Kinder erreichen“, hofft Margit Leist.

Das Projekt wird vorläufig zwei Jahre durchgeführt, ist aber perspektivisch auf weitere Jahre ausgelegt. Es ist möglich, diese Ausstellung ohne vorherige Vorbereitung zu besuchen. Die Lehrerinnen und Lehrer der Schulen können mit angebotenen Materialien die Thematik vertiefen. Zu



der Ausstellung gehören im Konzept eine Fortbildung des Lehrerkollegiums sowie ein Elternabend. Im Bedarfsfalle erhalten die Schulen bei dem Projekt weitere fachliche Unterstützung.

Kontakt: Projektbüro „Echt Klasse!“ Nele Verein gegen sexuelle Ausbeutung von Mädchen e. V., Dudweilerstr. 80, 66111 Saarbrücken, Tel : 0681/32058, nele-sb@t-online.de, www.nele-saarland.de

Informationen zu dem Projekt mit einem Film zu der Wanderausstellung im Saarland finden Sie unter: [www.echt-klasse.org/saarbruecken/echtklasse1](http://www.echt-klasse.org/saarbruecken/echtklasse1); Informationen über das Kieler Präventionsbüro unter [www.petze-kiel.de](http://www.petze-kiel.de).

## In Sachen KJP: Susanne Münnich-Hessel stellt sich vor



In ihrer konstituierenden Sitzung am 10.02. 2014 hat die Vertreterversammlung der PKS mich als Beisitzerin für die Kinder- und JugendtherapeutInnen (KJP)

in ihren Vorstand gewählt. Als neues Mitglied im Vorstand möchte ich mich für das Vertrauen der WählerInnen bedanken und mich vorstellen. Mein Name ist Susanne Münnich-Hessel. Ich bin verheiratet und habe zwei Söhne. Ich habe an der Universität Saarbrücken Psychologie studiert und danach in einem Frühförderzentrum zehn Jahre als angestellte Psychotherapeutin gearbeitet. 1996 ließ ich mich in einer Kostenerstattungspraxis nieder und erhielt dann 1998 die Approbation für Kinder, Jugendliche und für Erwachsene sowie die Kassenzulassung für Verhaltenstherapie mit Sitz in Kleinblittersdorf.

Mein Ziel ist es, therapieschulen-übergreifend und verbandsunabhängig die Interessen aller saarländischen KJP innerhalb der Kammer zu vertreten. Unterstützend wird der Ausschuss KJP arbeiten, der Mitte April seine Arbeit aufgenommen hat. Die VV hat als Mitglieder in diesen Ausschuss Dipl.-Psych. Andrea Maas-Tannchen, Dr. Dipl.-Psych. Frank Paulus, Dipl.-Sozialarb./-Sozialpäd. Werner Singer, Dipl.-Musiktherapeut Uwe Weiler und mich gewählt.

Auf Bundesebene werde ich als Delegierte des DPT mit Dr. Paulus als meinem Stellvertreter die Interessen der angestellten und niedergelassenen KJP gleichermaßen vertreten. Zu den wichtigen landes- und bundespolitischen Arbeiten werde ich unsere Mitglieder regelmäßig informieren.

Ich möchte meiner Vorgängerin Katja Klohs-Eberle herzlich danken dafür, dass sie mich in meine zukünftige Arbeit im Vorstand eingearbeitet hat. Katja Klohs-Eberle hat in den letzten Jahren nach ihrem Motto „Miteinander statt von oben herab“ und mit dem von ihr im KJP-Ausschuss initiierten Vernetzungsprojekt die Verbindungen zwischen den niedergelassenen und angestellten KollegInnen gestärkt. Sie hat die Kommunikation zwischen Beratungsstellen, Schulpsychologischen Diensten, Kinder- und JugendpsychiaterInnen und den Kliniken eröffnet und gefestigt. Darauf können wir in der PKS nun aufbauen.

Minister Andreas Storm hat einen „Runden Tisch Kindergesundheit“ ins Leben gerufen, an dem ich als KJP-Vertreterin der Kammer aktiv beteiligt werde. Ziel des Runden Tisches ist es u. a., die Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche im Saarland zu sichten und optimal zu verzahnen.

Insbesondere im Rahmen der Ausbildungsreform werden auf Bundesebene Themen behandelt, die unsere KJP-Interessen außerordentlich betreffen. Zurzeit wird heftig diskutiert, ob und wie ein Ausbildungsgang „Psychotherapie“ geschaffen

werden sollte. Wir werden sehr darauf achten müssen, welche Auswirkungen dies für die KJP haben wird.

Auch andere Themen, wie das neue Patientenrechtegesetz und die damit verbundene anstehende Änderung der Berufsordnung, werden uns beschäftigen. Gerade für KJP kann es zu einer konflikthaften Situation zwischen dem Wohl des Kindes und dem Recht eines Elternteils auf Einsicht in die Patientenunterlagen kommen. Hier sind wir aufgefordert, für unsere Berufsgruppe Klarheit und Rechtssicherheit zu schaffen. In der weiteren Verhandlung um das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes mit der Reduktion der probatorischen Sitzungen und der Zwangspause, die besonders für jüngere Kinder absolut unzumutbar ist, werden wir unsere KJP-Interessen deutlich vertreten.

*Susanne Münnich-Hessel*

### **Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ**

*Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong und Michael Schwindling.*

#### **Geschäftsstelle**

Scheiderstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Patientinnen und Patienten haben einen Rechtsanspruch auf Information und vieles mehr! Das ist zwar nicht neu, aber erstmals im sogenannten Patientenrechtegesetz zusammenfassend und übersichtlich aufgeschrieben. Was das für unsere Berufsausübung bedeutet, darüber ließen sich viele interessierte Mitglieder im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung im Mai aufklären. Alle anderen können sich im Bericht über die angepasste Berufsordnung auf den neuesten Stand bringen.

Gibt es mehr von Autismus betroffene Menschen als früher? Wie wird diagnostiziert und wie behandelt? Dazu lesen Sie den Artikel von Diana Will.

Bitte merken Sie sich den nächsten Norddeutschen Psychotherapeutentag am 27. September 2014 vor.

Bis dahin wünscht Ihnen der Vorstand einen schönen Sommer

*Juliane Dürkop  
Präsidentin*

## Kammerversammlung beschließt Änderungen der Berufsordnung

Der inhaltliche Schwerpunkt der Kammerversammlung vom 07.03.2014 bestand in der Diskussion und Beschlussfassung über Anträge, die seitens des Vorstandes zu möglichen Änderungen der Berufsordnung in die Versammlung eingebracht wurden. Zum einen resultierten die Änderungsanträge aus den Erfahrungen in zurückliegenden Beschwerdeverfahren, im wesentlich größeren Teil ergaben sich die Änderungsanträge jedoch aus dem neu geschaffenen Patientenrechtegesetz, das seit Anfang 2013 existiert und in dem Rechte von PatientInnen gegenüber BehandlerInnen zusammengefasst sind. Dass PatientInnenrechte etwas mit TherapeutInnenpflichten zu tun haben, liegt auf der Hand und so gab es innerhalb der Psychotherapeutenkammern und auf dem Deutschen Psychotherapeutentag ausführliche Debatten darüber, inwieweit es erforderlich oder sinnvoll ist, berufsrechtliche Regelungen dem Patientenrechtegesetz anzugleichen.

Auch in der Kammerversammlung der PKSH wurde diese Debatte sehr ausführlich geführt. Der Vorstand vertrat hier die Auffassung, dass in die Berufsordnung alle relevanten Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes Eingang finden sollten und

legte entsprechende Änderungsanträge vor. Er verfolgte dabei die Idee, dass die Einhaltung der Berufsordnung gewährleisten müsse, dass KollegInnen, die sich an sie halten, damit automatisch auch dem Patientenrechtegesetz entsprechen. Berufsrechtlich dem Patientenrechtegesetz entgegenstehende Regelungen zu treffen hätte hingegen bedeutet, dass KollegInnen sich zivilrechtliche Auseinandersetzungen einhandeln, wenn sie sich an die Berufsordnung halten. Ein solcher Fehlanreiz durch die Berufsordnung sollte verhindert werden. Zudem wurde seitens des Vorstandes auch eine negative Außenwirkung des Berufsstandes befürchtet, wenn er sich berufsrechtliche Regelungen schafft, die mit gesetzlich verankerten Patientenrechten nicht vereinbar sind.

Die Debatte in der Kammerversammlung der PKSH über die Änderungsanträge war nicht nur ausführlich, sondern ausgesprochen sachlich, Vor- und Nachteile der jeweiligen Anträge sorgsam abwägend, schließlich bedeuteten sie in manchen Teilen auch eine Ausweitung berufsrechtlicher Pflichten. In den Abstimmungen fanden dann alle Änderungsanträge eine Mehrheit und für Schleswig-Holstein ist es

nicht unwichtig, dass diese Mehrheiten jeweils gruppenübergreifend und entsprechend breit waren. Dies bezieht sich auch auf den einzigen Sachverhalt der auf dem Deutschen Psychotherapeutentag wirklich kontrovers diskutiert wurde. So sahen die meisten Berufsordnungen der Landeskammern und auch die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vor, dass die Einsichtnahme der PatientInnen in die Behandlungsakte aus therapeutischen Gründen, zum Schutze der Persönlichkeitsrechte Dritter oder zum Schutze der Persönlichkeitsrechte der TherapeutInnen verweigert werden darf. Das Patientenrechtegesetz kennt aber nur die ersten beiden Gründe, aus denen den PatientInnen die Einsichtnahme verweigert werden kann. Verweigert ein Kammermitglied die Einsicht jedoch unter Berufung auf seine Persönlichkeitsrechte (und unter Berufung auf eine entsprechende berufsrechtliche Regelung), riskiert es eine zivilrechtliche Auseinandersetzung, in der dann wiederum Einsichtnahmerechte der beteiligten Konfliktparteien bestehen. Es ist anzunehmen, dass derartige Auseinandersetzungen wenig appetitlich sein dürften und wer will die Abwägung treffen, wann genau und konkret der Schutz der Persönlichkeit

von BehandlerInnen stärker wiegt, als das Einsichtnahmerecht von PatientInnen (wohlgemerkt: Es geht hier nur um behandlungsrelevante Aufzeichnungen, denn nur die gehören in die Patientenakte)? Gerade auch in diesem Punkt sah in Schleswig-Holstein eine deutliche Mehrheit in der Kammerversammlung, dass die Berufsordnung weder dem Berufsstand in der Außenwirkung noch den KollegInnen in der Binnenwirkung einen Gefallen tut, wenn sie hier einen Gegensatz zum Patientenrechtegesetz schafft. Selbstverständlich bleiben auch für PsychotherapeutInnen die grundgesetzlich verankerten Persönlichkeitsrechte unberührt. Die können und sollen weder durch ein Patientenrechtegesetz noch durch eine Berufsordnung außer Kraft gesetzt werden.

Weitere relativ wichtige Änderungen der Berufsordnung betreffen die Aufklärungs- und die Dokumentationspflichten. Insbesondere zum Zeitpunkt der notwendigen Aufklärung und zu Bestimmungen über Änderungen in der Dokumentation wurden Ergänzungen und Präzisierungen vorgenommen. Zur weiteren Beratung zurückgenommen wurde hingegen ein Änderungsantrag, der sich aus einem Beschwerdeverfahren ableitete und mit dem das Abstinenzgebot um einen Aspekt der



Die beiden Referenten (v. l.) RA Hennings und RA Kühnelt (Foto: J. Dürkop)

persönlichen Betroffenheit erweitert werden sollte, die möglicherweise einer sachgerechten Behandlung entgegenstehen könnte. Hier sollte die vorgeschlagene Formulierung noch einmal geprüft und überdacht werden, da insbesondere

auf dem Land (wo jeder jeden kennt) eine Umsetzung kaum möglich erschien.

Die neue Berufsordnung ist seit Mitte April auf der Homepage der PKS H einzusehen. Zudem veranstaltete die PKS H am 8. Mai in Neumünster eine Informationsveranstaltung unter dem Titel „Patientenrechtegesetz und entsprechende Anpassungen der Berufsordnung – Implikationen für die psychotherapeutische Berufsausübung“. Die Veranstaltung war mit 60 TeilnehmerInnen sehr gut besucht. Die beiden RAe Sven Hennings und Andreas Kühnelt (beide Kanzlei CausaConcilio Kiel/Hamburg) referierten nicht nur kompetent und unterhaltsam zur Thematik, sondern standen den TeilnehmerInnen auch für die Beantwortung zahlreicher Fragen zur Verfügung.



Aufmerksame TeilnehmerInnen (Foto: J. Dürkop)

Bernhard Schäfer  
Vizepräsident

## Versorgungslage für Menschen mit Autismus in Schleswig-Holstein

Seit einigen Jahren scheint die Anzahl autistischer Menschen stetig zu steigen. Neuere epidemiologische Studien, zum Beispiel aus Großbritannien (Brugha et al., 2011; Baird et al., 2006) belegen derzeit eine Prävalenz von 1% in der Bevölkerung für Autismus-Spektrum-Störungen.

Das ist ein deutlich höherer Prozentsatz, als er in früheren Studien berechnet wurde. Ganz neu und bislang noch nicht mit validen Prävalenzdaten zu belegen ist die Überzeugung wissenschaftlicher ForscherInnen, dass es im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung einen weitaus höheren Anteil an weiblichen Betroffenen gibt, als bisher angenommen wurde. Ein Erklärungsansatz dafür könnte zum Beispiel der

Umstand sein, dass sich die Diagnostik in der Materialauswahl sowie der sprachlichen Ausrichtung an männliche Probanden wendet, wodurch Diagnostiker bei Patientinnen das Vorhandensein einer autistischen Störung gar nicht erst in Betracht ziehen. Hinzu kommt sicherlich auch, dass die gesellschaftlichen Erwartungen an Mädchen und Frauen deutlich anders sind als an Jungen und Männer.

Wodurch lässt sich nun aber dieser Anstieg in der Prävalenz innerhalb der letzten zehn Jahre erklären?

Einerseits wurden in den letzten Jahren, besonders ganz aktuell im Zusammenhang mit dem DSM V, die diagnostischen

Kriterien erheblich erweitert, andererseits führt das steigende mediale Interesse an den vielfältigen Erscheinungsformen der Autismus-Spektrum-Störung zu einem deutlichen Anstieg seines Bekanntheitsgrades innerhalb der Bevölkerung und damit natürlich auch in den verschiedenen Fachkreisen. Parallel dazu wurden in dieser Zeit diverse neue Screening- und Diagnoseinstrumente entwickelt sowie ältere Verfahren überarbeitet und verbessert.

Trotz des beschriebenen Anstiegs des diagnostischen, therapeutischen und beratenden Bedarfes in ganz Deutschland zeigen sich vielerorts noch drastische Versorgungslücken. Schleswig-Holstein bildet da in Ansätzen eine Ausnahme, weil es hier,



anders als in vielen anderen Bundesländern, besonders im Kinder- und Jugendbereich ein recht gut funktionierendes Netzwerk von landesweit operierenden Beratungs- und Förderangeboten gibt. Ergänzt werden diese Angebote von verschiedenen regional arbeitenden kleineren Anbietern.

Die großen und landesweit arbeitenden Anbieter in Schleswig-Holstein, welche ausschließlich Hilfen für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung anbieten, sollen in diesem Bericht kurz vorgestellt werden.

Die Komplexität von Störungen aus dem autistischen Formenkreis stellt eine besondere Herausforderung für den therapeutischen Prozess dar und erfordert ein breites Spektrum an Kenntnis von den unterschiedlichen Methoden und Techniken, welche speziell für die Therapie und Förderung autistischer Menschen entwickelt wurden. Der Bedarf an Unterstützung für autistische Kinder und Jugendliche verteilt sich meist auf ein breites Feld von unterschiedlichen Hilfen. Diese Autismus spezifische, individuelle Förderung wird in Schleswig-Holstein deshalb häufig als Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII, bzw. §§ 53 und 54 SGB XII angeboten und finanziert.

Ältester Anbieter dieser Hilfen in Schleswig-Holstein ist seit 1982 die Ambulanz und Beratungsstelle „Hilfe für das autistische Kind“ Landesverband Schleswig-Holstein e. V.<sup>1</sup> Neben der Verbesserung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen wird auch an den Fähigkeiten aus den Bereichen „Alltagspraxis“ und „Soziale Interaktion“ gearbeitet. Einen besonderen Schwerpunkt bilden dabei oft besondere Verhaltensauffälligkeiten, welche sich im täglichen Leben für den Betroffenen und sein soziales Umfeld als störend und belastend erweisen. Die MitarbeiterInnen der Ambulanz und Beratungsstelle „Hilfe für das autistische Kind“ Landesverband SH e. V. arbeiten zumeist aufsuchend mit den Familien, da es sich gezeigt hat, dass die Übertragbarkeit von erlernten Verhaltensweisen in den Alltag für autistische Kinder

und Jugendliche aus einem klinischen bzw. ambulanten Praxisbereich oft nur sehr eingeschränkt möglich ist.

Auch für den Bereich der schulischen Förderung benötigen Kinder und Jugendliche mit Autismus häufig spezielle Unterstützung. Zum Beispiel in Form eines individuell ausgestalteten Nachteilsausgleiches. Nicht zuletzt für diese Aufgabe zeichnet sich die Beratungsstelle für die schulische Bildung von Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten in Schleswig-Holstein – „BIS-Autismus“<sup>2</sup> zuständig. Das Team von BIS-Autismus setzt sich aus Lehrkräften unterschiedlicher sonderpädagogischer Fachrichtungen zusammen. Das Angebot der „BIS-Autismus“ richtet sich an Eltern, Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und weitere im schulischen Kontext beteiligte Personen. Diese können sich mit allen Fragestellungen, die sich aus der Beschulung autistischer Kinder und Jugendlichen ergeben, an die Beratungsstelle wenden. Die Angebote sind insgesamt darauf ausgerichtet, gemeinsam mit Netzwerkpartnern förderliche Bedingungen für einen gelingenden Unterricht zu entwickeln. Das Bildungsministerium Schleswig-Holstein richtete die Beratungsstelle BIS Autismus am heutigen Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (IQSH) in Kronshagen bei Kiel 1995 ein.

Für die Berufsvorbereitung und Ausbildung wurde vor zehn Jahren in Neumünster die Rehabilitationsmaßnahme AuReA (Autismus – Rehabilitation – Arbeit)<sup>3</sup> eröffnet. Das Angebot von AuReA ist autismusspezifisch ausgerichtet und umfasst die Vermittlung beruflicher Grundfähigkeiten mit entsprechender persönlicher Orientierung und der individuellen Förderung des Einzelnen. Sie arbeiten zielorientiert mit den Betroffenen auf eine Vermittlung in eine betriebliche Ausbildung oder in ein festes Arbeitsverhältnis am jeweiligen Heimatort hin.

Neben AuReA bieten mittlerweile auch einige Berufsbildungswerke (z. B. das Bugenhagen Berufsbildungswerk in Timmendorfer Strand<sup>4</sup> oder auch das Theodor Schäfer Berufsbildungswerk in Husum<sup>5</sup> ei-

### Terminankündigung:

## 3. Norddeutscher Psychotherapeutentag „Mit Leib und Seele –

### Psychotherapie bei körperlichen und psychosomatischen Erkrankungen“

Samstag, 27. September 2014

10.00 Uhr – 17.00 Uhr

Hotel Atlantic, Kiel

ne besondere Förderung für Jugendliche und junge Erwachsene mit Autismus an.

Weitergehende Informationen zu den Angeboten und Aufgaben der genannten Anbieter finden Sie unter den unten angeführten Websites der jeweiligen Träger.

*Diana Will*

*Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin,  
Vorstandsmitglied*

### Beauftragter für den Bereich „Psychiatrie“

Der Vorstand der PKSH hat Herrn Dipl.-Psych. Jan Wiedemann (Fachklinik Schleswig) als Beauftragten für den Bereich „Psychiatrie“ ernannt.

### Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2  
24103 Kiel  
Tel. 0431/66 11 990  
Fax 0431/66 11 995  
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr  
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

- 1 Hilfe für das autistische Kind, Landesverband Schleswig-Holstein e. V.; [www.autismus-sh.de](http://www.autismus-sh.de)
- 2 BIS-Autismus; [www.schleswig-holstein.de/IQSH/DE/Foetz/BISAutismus/BISAutismus\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/IQSH/DE/Foetz/BISAutismus/BISAutismus_node.html)
- 3 AuReA (Autismus – Rehabilitation – Arbeit); [www.salo-ag.de/autismus/](http://www.salo-ag.de/autismus/)
- 4 Bugenhagen Berufsbildungswerk Timmendorfer Strand; [www.bugenhagen.de](http://www.bugenhagen.de)
- 5 Theodor Schäfer Berufsbildungswerk Husum; [www.tsbw.de/de/startseite/](http://www.tsbw.de/de/startseite/)

## 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.

13. Jahrgang, Ausgabe 2/2014

### Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Birketweg 30  
80639 München

### Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), 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  
Birketweg 30  
80639 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

### Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69126 Heidelberg

### Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH  
97204 Höchberg

### Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 3/2014 ist der 27. Juni 2014, für Ausgabe 4/2014 der 22. September 2014. Manuskripte sind elekt-

ronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf [www.psychotherapeutenjournal.de](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)**



# Kontakt Daten 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> Birketweg 30 80639 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. 06131/93055-0 Fax 06131/93055-20 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>

