

ISSN 1611-0773  
D 60843  
12. Jahrgang

# *Psychotherapeuten- journal*

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

**4/2013**

18. Dezember 2013 (S. 345-460)

- **Schwerpunkt:**  
Reform des Psychotherapeutengesetzes –  
Reform der Psychotherapeutenausbildung
- **Der Typus des postmodernen Professionellen –  
ein Porträt Psychologischer Psychotherapeuten?**
- **Nachruf: Zum Tod von Karl-Otto Hentze**



# 10 Jahre Bundespsychotherapeutenkammer

... ein paar Bildeindrücke  
der Festveranstaltung am 18. April 2013 in Berlin



*Ulrike Flach, Parlamentarische Staatssekretärin,  
und Dr. Marlies Volkmer, MdB*



*Daniel Bahr, Bundesgesundheitsminister, und Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK*



*Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK, und  
Johannes Singhammer, MdB*

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das vorliegende Schwerpunktheft soll den Stand der Diskussion zur Reform des Psychotherapeutengesetzes und insbesondere der Psychotherapeutenausbildung darstellen. Die Diskussion darüber läuft innerhalb der Psychotherapeutenkammern und bei den Verbänden schon seit einigen Jahren, jetzt gibt es aus der Politik Anzeichen, dass es tatsächlich zu einer Reform kommen könnte, vermutlich sogar zu einer weitreichenden. Dabei geht es um uns alle, um die nachkommenden jüngeren Generationen, um die Zukunft der Profession.

Die im Raum stehende Neuordnung, wenn man das Diskussionsfeld anschaut, wirft viele berechnete Fragen auf, einige seien genannt:

- Wie kann die Reform dazu beitragen, dass sich die Situation der Ausbildungsteilnehmer(innen), ihre Vergütung in der Psychiatrie und die rechtliche Stellung, zuverlässig verbessert?
- Wenn die Universitäten und Hochschulen in großer Zahl qualitativ angemessene neue Studiengänge ins Leben rufen und bestehende neu ausrichten – wie kann das finanziert werden?
- Wie wird die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen qualitativ und quantitativ ausreichend gewährleistet, wenn beide Berufe (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zusammengeführt werden?
- Wie finden die pädagogischen und sozialwissenschaftlichen Zugänge und Ansätze in der zukünftigen Psychotherapeutenausbildung, die derzeit ganz überwiegend als psychologisches Anwendungsfeld diskutiert wird, ihren Platz?
- Ist es wirklich realistisch, dass in den psychiatrischen Kliniken statt der PiA-Stellen bezahlte Assistenzpsychotherapeutenstellen eingerichtet werden? Wie kann hier eine Refinanzierung geregelt werden?
- Wenn der Schwerpunkt der zukünftigen Qualifizierung, nach dem sog. Direktstudium in der Weiterbildungsphase erfolgt: Wie können es die Kammern schaffen, sich auf einheitliche Standards festzule-

gen, die anschließend zu Eckpunkten einer Musterweiterbildungsordnung führen? Wie kann gesichert werden, dass die dann notwendigen ambulanten Weiterbildungstherapien von den Krankenkassen finanziert werden?

Offensichtlich darf die Reform sich nicht darin erschöpfen, nur die Zugänge neu zu regeln und/oder einen Studiengang zu definieren, der dann (quasi) mit einer Approbation endet. Es müssen viele andere Punkte geregelt werden (Krankenhausgesetz, SGB V) und es werden in der Folge auch erhebliche Anstrengungen auf die Kammern zukommen. Wir dürfen gespannt sein!

Nach der Einführung in den Themenschwerpunkt wird Rainer Richter die aktuelle Position der Bundespsychotherapeutenkammer und den aktuellen Diskussionsstand vorstellen. Es schließen sich Positionierungen aus Sicht der psychotherapeutischen Ausbildungsteilnehmer(innen) und der Gewerkschaft ver.di an, bevor im Weiteren mehrere Studiengänge vorgestellt werden, die teilweise ausdrücklich als Modelle für ein Direktstudium Psychotherapie konzipiert sind. Abschließend folgen weitere pointierte Positionen und Forderungen zur Gesetzesreform.

Wir möchten Ihnen mit diesem Schwerpunktheft das Angebot machen, in die Vielfalt der sehr heterogenen Modellvorschläge einzutauchen und dazu einladen – falls noch nicht geschehen –, einen eigenen Standpunkt zu entwickeln.

Anknüpfend an das Schwerpunktthema möchten wir Ihnen den Artikel von Julia Thom und Matthias Ochs ans Herz legen. Die Autoren werfen die Frage nach dem beruflichen Selbstverständnis der Psychotherapeut(inn)en auf und gelangen zu dem Schluss, dass der Berufsstand derzeit zwei divergierenden Dynamiken ausgesetzt ist. Einerseits gibt es den Weg hin zur „Profession“, andererseits den Weg zum „postmodernen Expertentum“.

In der Rubrik Recht: aktuell geben Thomas Schmidt und Theresa Kruß einen Überblick

über die aktuellen gesetzlichen Regelungen, wie Ausbildungsteilnehmer(innen) sich gegenüber Außenstehenden und vor allem Patient(inn)en vorstellen und bezeichnen dürfen, und sprechen Empfehlungen für rechtlich unproblematische Bezeichnungen aus.

Nach Redaktionsschluss erreichte uns die Nachricht, dass Karl-Otto Hentze, uns allen als Vertreter der Gesprächspsychotherapie bekannt, am 3. Oktober verstorben ist. Doris Müller und Manfred Thielen würdigen ihn in einem Nachruf.

Insgesamt freuen wir uns, Ihnen ein spannendes Heft mit vielen Informationen und Anregungen zur Diskussion in die Hand zu geben und hoffen auf regen Austausch!

Wir wünschen Ihnen eine schöne, erfrischende, besinnliche und stressarme Weihnachtszeit sowie einen guten Jahresausklang.

Kommen Sie wohlbehalten und stimmungsvoll ins neue Jahr!

Ihre

*Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen),  
Mitglied des Redaktionsbeirates*



# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	345
<b>Originalia</b>	
Schwerpunkt:	
Reform des Psychotherapeutengesetzes – Reform der Psychotherapeutenausbildung. . . . .	348
<i>Heiner Vogel, für den Redaktionsbeirat</i>	
Redaktionelle Vorbemerkung . . . . .	348
<i>Rainer Richter</i>	
Reform der Psychotherapeutenausbildung: Beschlusslage des DPT. . . . .	349
<i>Robin J. Siegel &amp; Theresia Köthke</i>	
Wir fordern „Ausbildungsreform jetzt“ – aber wie?. . . . .	352
<i>Klaus Thomsen &amp; Melanie Wehrheim</i>	
Wie steht ver.di zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?. . . . .	354
<i>Cord Benecke</i>	
Direktstudium Psychotherapie – Warum überhaupt und wenn ja, wie?. . . . .	356
<i>Thomas Fydrich, Andrea Abele-Brehm, Jürgen Margraf, Winfried Rief, Silvia Schneider &amp; Dietmar Schulte</i>	
Universitäres Direktstudium und anschließende Weiterbildung sichern Qualität und Zukunft des Berufs . . . . .	358
<i>Jörn W. Gleiniger</i>	
Plädoyer gegen eine basale und für eine duale Direktausbildung . . . . .	360
<i>Thomas Hillecke, Nadia Sosnowsky-Waschek, Andreas Zimmer, Helena Dimou-Diringer, Carsten Diener &amp; Friedrich-Wilhelm Wilker</i>	
Der Psychotherapeut als Scientist-Practitioner. Vom Bachelor und Master über das 1. und 2. Staatsexamen zur Approbation und sozialrechtlichen Zulassung . . . . .	362
<i>Jürgen Körner</i>	
Plädoyer für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten „von der Profession her“ . . . . .	364
<i>Barbara Lubisch</i>	
Stabilität, Sicherheit und Klarheit: Approbationsstudium und Fachweiterbildung. . . . .	366
<i>Ulrich A. Müller</i>	
Heilkunde und forschendes Lernen integrieren. Ein erfahrungsbasiertes Studiengangmodell mit Institutskooperation . . . . .	368
<i>Ulrich Schweiger</i>	
Direktausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. . . . .	370
<i>Robin J. Siegel, Ulrike Willutzki &amp; Ulrich Weger</i>	
Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapie. Die neuen Studiengänge der Universität Witten/Herdecke . . . . .	372
<i>Claudia Subic-Wrana, Udo Porsch &amp; Manfred E. Beutel</i>	
Modellstudiengang „Psychosomatische Psychotherapie“ . . . . .	374
<i>Günter Ruggaber</i>	
Und was, wenn nichts passiert? – Plädoyer für eine patienten- und qualitätsorientierte Ausbildungsreform . . . . .	376
<i>Marion Schwarz</i>	
Reform der Ausbildung unter Gesichtspunkten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. . . . .	378
Literaturverzeichnis der Schwerpunkt-Artikel . . . . .	379

<i>Julia Thom &amp; Matthias Ochs</i>	
Der Typus des postmodernen Professionellen – ein Porträt Psychologischer Psychotherapeuten? . . . . .	381

Selbstbewusste Mitglieder eines aufstrebenden Berufsstandes oder zweifelnde postmoderne Professionelle? Das berufliche Selbstverständnis von Psychologischen PsychotherapeutInnen wird im Licht professionssoziologischer Konzepte nachgezeichnet und offenbart so, jenseits der Verfahrens- und Fachdiskurse, eine bezeichnend ambivalente individuelle und kollektive professionelle Identität.



**Recht: aktuell***Thomas Schmidt & Theresa Kruß*

Führung der Bezeichnungen „Psychotherapeut in Ausbildung“ bzw. „Psychotherapeut i. A.“ durch Ausbildungsteilnehmer – rechtlich unzulässig? . . . . .	388
---	-----

**Buchrezensionen***Stefan Kriegisch*

Dutton, K. (2013). Psychopathen, Was man von Heiligen, Anwälten und Serienmörder lernen kann. München: DTV. . . . .	390
---	-----

*Jürgen Kriz*

Thielen, M. (Hrsg.) (2013). Körper – Gruppe – Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag . . . . .	391
--	-----

**Nachruf***Doris Müller & Manfred Thielen*

Zum Tod von Karl-Otto Hentze . . . . .	392
--	-----

<b>Leserbriefe</b> . . . . .	393
------------------------------	-----

<b>Artikelverzeichnis 2013</b> . . . . .	395
--	-----

**Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern**

Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .	398
---	-----

Baden-Württemberg . . . . .	405
-----------------------------	-----

Bayern . . . . .	410
------------------	-----

Berlin . . . . .	415
------------------	-----

Bremen . . . . .	420
------------------	-----

Hamburg . . . . .	424
-------------------	-----

Hessen . . . . .	428
------------------	-----

Niedersachsen . . . . .	434
-------------------------	-----

Nordrhein-Westfalen . . . . .	438
-------------------------------	-----

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .	444
---	-----

Rheinland-Pfalz . . . . .	449
---------------------------	-----

Saarland . . . . .	453
--------------------	-----

Schleswig-Holstein . . . . .	456
------------------------------	-----

<b>Impressum Psychotherapeutenjournal</b> . . . . .	460
---	-----

<b>Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages</b> . . . . .	A1
--	----

<b>Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages</b> . . . . .	A16
--	-----

**Hinweise:**

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

## Schwerpunkt:

# Reform des Psychotherapeutengesetzes – Reform der Psychotherapeutenausbildung

## Redaktionelle Vorbemerkung<sup>1</sup>

Vor 15 Jahren, im Sommer 1998, wurde vom Deutschen Bundestag und vom Deutschen Bundesrat das PsychThG beschlossen. Zwei neue Berufe, PP und KJP, waren geschaffen worden. Die bestehenden erheblichen Probleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen sollten damit verbessert werden. Schon recht bald nach Inkrafttreten des PsychThG am 1. Januar 1999 gab es Forderungen nach einer Reform des Gesetzes. Die unhaltbare Situation der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer<sup>2</sup> während der Praktischen Tätigkeit in der Psychiatrie war ein wichtiger Grund, aber auch manche Ungereimtheiten des Ausbildungskonzeptes und unzureichende Regelungen zur beruflichen Stellung und zur Eingruppierung der angestellten Psychotherapeuten gaben genügend Anlass zur Kritik (19).<sup>3</sup>

Die Abschaffung der Rahmenprüfungsordnungen und der Diplomstudiengänge an Universitäten und Fachhochschulen infolge der Bologna-Reform hatte zur Folge, dass die Formulierungen zu den Zugangsregelungen des PsychThG seitdem nicht mehr zutreffen und damit die gravierende Problematik unklarer und ungleicher Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Psychotherapeuten entstanden ist. Diese Fehler im Gesetz und ihre Folgen gaben dann den Ausschlag, dass das BMG sich, noch unter Ministerin Ulla Schmidt, erstmals ernsthaft mit einer Reform des Gesetzes beschäftigte (1). Wichtig waren in darauffolgenden Jahren sicher auch, das soll ausdrücklich erwähnt werden, die zahlreichen und kreativen Protestaktionen der Ausbildungsteilnehmer, in denen sie öffentlichkeitswirksam auf ihre prekäre Situation hingewiesen haben – so etwas stört den ruhigen Politikalltag erheblich.

Als erstes wurde vom BMG im Jahr 2007 ein umfassendes Forschungsgutachten, welches den Reformbedarf herausarbeiten und Lösungsvorschläge entwickeln und diskutieren sollte, in Auftrag gegeben. Die Gutachter kamen nach zahlreichen breit angelegten und sorgfältig ausgewerteten Untersuchungen zu dem Schluss, dass die neuen Psychotherapeutenausbildungen sehr hochwertig und sehr beliebt sind; sie wiesen aber auch auf Verbesserungsmöglichkeiten für die Strukturen und Inhalte der Ausbildungen hin (28). Auf dieser Grundlage fanden innerhalb der Psychotherapeutenkammern zahlreiche Beratungen statt und der DPT hat sodann Ende 2010 ein Reformmodell beschlossen, welches in einigen Punkten erheblich über die – im Kern vorsichtigen – Reformideen aus dem Forschungsgutachten hinausging (6). Unter anderem sollte es zukünftig nur einen Beruf des Psychotherapeuten geben und es sollte am Ende des Studiums bzw. vor Beginn der Psychotherapeutenausbildung auch eine vorläufige Berufszulassung stehen (um einen Gehaltsanspruch für die Zeit der Praktischen Tätigkeit in der Psychiatrie zu begründen).

Das Psychotherapeutenjournal hat diese Entwicklungen kontinuierlich begleitet (eine Übersicht über diese Artikel finden Sie auf S. 355).

- 1 Eine Übersicht über die in diesem Schwerpunkt verwendeten Abkürzungen finden Sie im Kasten rechts.
- 2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem und den folgenden Schwerpunkt-Artikeln nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.
- 3 Die Literaturverweise in diesem Schwerpunkt wurden mit Endnoten vorgenommen – das über alle Beiträge hinweg zusammengeführte Literaturverzeichnis finden Sie am Ende des Schwerpunktes auf Seite 379 ff.

### In den Schwerpunkt-Artikeln verwendete Abkürzungen

<b>BMBF:</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>BMG:</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BPtK:</b>	Bundespsychotherapeutenkammer
<b>DGfE:</b>	Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft e.V.
<b>DGPs:</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.
<b>DGVT:</b>	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
<b>DKG:</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
<b>DPT:</b>	Deutscher Psychotherapeutentag
<b>DPTv:</b>	Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e. V.
<b>ECTS:</b>	European Credit Transfer and Accumulation System
<b>FBTS:</b>	Fachbereichstag Soziale Arbeit
<b>GMK:</b>	Gesundheitsministerkonferenz
<b>GKV:</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>KMK:</b>	Kultusministerkonferenz
<b>KBV:</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>KJP:</b>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
<b>PA:</b>	Psychoanalyse/Analytische Psychotherapie
<b>PiA:</b>	Psychotherapeut/in in Ausbildung
<b>PJ:</b>	Praktisches Jahr
<b>PP:</b>	Psychologische/r Psychotherapeut/in
<b>PsychThG:</b>	Psychotherapeutengesetz
<b>SGB:</b>	Sozialgesetzbuch
<b>TP:</b>	Tiefenpsychologie
<b>VT:</b>	Verhaltenstherapie
<b>WBP:</b>	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Endlich kam man gegen Ende der letzten Legislaturperiode mit Vertretern der politischen Parteien und des BMG ins Gespräch. Was den Psychotherapeuten in diesen Gesprächen allerdings vermittelt wurde, zeigte einen ganz anderen Reformansatz, als er in der Profession zumeist diskutiert worden war: Im BMG denkt man daran, mit einer Gesetzesreform die Berufsausbildung der Psychotherapeuten so zu verändern, dass die Struktur der Ausbildung derjenigen anderer akademischer Heilberufe angeglichen würde: Berufsqualifizierendes Grundstudium/Erststudium/„Direktstudium“ bis zum Staatsexamen/Approbation, darauf aufbauend eine Weiterbildung, die zum Facharztstatus/Fachkunde führt. Zwar sei man bereit, die Wünsche „der Berufsgruppe“ zu berücksichtigen, aber – so wurde und wird in allen weiteren Kontakten mit dem BMG deutlich – nur bis zu einem gewissen Grad.

Der 22. DPT sah dann im April 2013 die Notwendigkeit, vor einer Diskussion der Ausbildungsstruktur ein Berufsbild des zukünftigen Psychotherapeuten („Wohin soll die Reise gehen?“, vgl. (24)) und die daraus ableitbaren professionellen Kompetenzen zu entwerfen. Insbesondere befürwortete er, „im Dialog mit Ausbildungsinstitutionen und politischen Gremien zu prüfen, ob und wie diese Kompetenzen sowohl im Rahmen einer postgradualen Ausbildung als auch im Rahmen einer Direktausbildung erworben werden können. In diesem Kontext sollten in Gesprächen

u.a. mit BMG, GMK, KMK, KBV, DKG und GKV-Spitzenverband Lösungsvorschläge u.a. für die Finanzierung der sich einer Direktausbildung anschließenden Weiterbildung entwickelt werden.“

Nun drehen sich die aktuellen Diskussionen vor allem um die Frage nach der angemessenen Form der Aus-, Fort- und Weiterbildung – oft fahrlässig verkürzt auf die Frage „Direktausbildung, ja oder nein?“

Der Redaktionsbeirat möchte Sie im Psychotherapeutenjournal über aktuelle Standpunkte informieren und an der Diskussion teilnehmen; das erscheint uns wichtig als Korrektiv und Ergänzung für die teilweise sehr engagiert geführten Diskussionen in Kammergremien, Verbänden und auch bei Mitgliederversammlungen – es geht schließlich um die Zukunft der Profession. Wir haben vor diesem Hintergrund wichtige Protagonisten und insbesondere die Autoren von aktuell entwickelten Konzepten für zukünftige Psychotherapiestudiengänge um ein kurzes Statement gebeten – angesichts der begrenzten Seitenzahl des Heftes und der Fülle an Modellvorschlägen haben wir unsere Autoren dabei gebeten, ihre Konzepte knapp und übersichtlich auf je einer Doppelseite darzustellen. Selbstverständlich können Sie über die angegebenen Kontaktdaten weitere Informationen erhalten. Und: Die Diskussion wird in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals fortgesetzt wer-

den – wir bitten Sie also auch um Rückmeldungen, Meinungen, Positionen.

Die Beiträge wurden alle Anfang Oktober 2013 geschrieben, zu diesem Zeitpunkt war die Regierungsbildung in Berlin noch nicht abgeschlossen. Insbesondere war nicht bekannt, wer die oder der neue Bundesgesundheitsministerin/-minister werden wird – eine vermutlich zentrale Person für die Antwort auf die Frage, wann und in welcher Form es eine Reform der Psychotherapeutenausbildung geben wird. Auch die Beratungen des 23. DPT am 16. November 2013 in Kiel finden erst nach dem Redaktionsschluss dieser Ausgabe statt – bis auf eine kleine Ergänzung im unmittelbar nachfolgenden Beitrag von Prof. Rainer Richter und den Mitteilungen der BPTK können diese bzw. deren Ergebnisse hier daher nicht mehr berücksichtigt werden (hierzu verweisen wir auf die Homepage der BPTK).

Die Auswahl der vorgestellten Positionierungen, die die jeweiligen Autoren zur Gesetzes- bzw. Ausbildungsreform vornehmen, ist dabei sicher nicht vollständig – sie ist eher im Sinne einer Momentaufnahme über aktuelle Standpunkte zu verstehen. Sie kann zur nächsten Ausgabe ergänzt werden – und wir bitten vor allem Sie, liebe Leserinnen und Leser: Machen Sie uns aufmerksam auf wichtige Ergänzungen, notwendige Einwände und Grenzen der Darstellungen.

*Heiner Vogel, für den Redaktionsbeirat*

## Reform der Psychotherapeutenausbildung: Beschlusslage des DPT

### Prof. Dr. Rainer Richter

Die Psychotherapeutenausbildung ist dringend reformbedürftig. Reformdruck besteht insbesondere aufgrund unterschiedlicher Zugänge in den Bundesländern. Dadurch besteht die Gefahr einer Abqualifizierung der Approbation. Darüber hinaus ist die fehlende Vergütung der PiA während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus inakzeptabel. Und schließlich wird die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und

Systemischer Therapie durch die geltenden Regelungen massiv behindert.

Der DPT hat den Gesetzgeber wiederholt aufgefordert, die Psychotherapeutenausbildung zu reformieren. Auf Basis der Beschlüsse des 16. und 17. DPT (siehe Kasten S. 351) hatte die BPTK bereits 2010 einen Gesetzesvorschlag zur Reform der postgradualen Ausbildung vorgelegt. Darin

enthalten war auch der Vorschlag, die Direktausbildung von Psychotherapeuten in Modellstudiengängen zu erproben. Das BMG wandte allerdings ein, dass es bei einer postgradualen Ausbildung keinen Raum für Modellvorhaben zu einer Direktausbildung gebe, da diese nur im Rahmen einer definierten Ausbildungsstruktur möglich seien, nicht aber zur Erprobung neuer Strukturen. Das Ministerium prüfe

die Reformalternative „Direktausbildung“ mit anschließender Weiterbildung, weil es sich davon weiterreichende Lösungen verspreche.

### **Das Berufsbild der Profession**

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Psychosoziale Faktoren bekommen bei der Bewältigung beruflicher und schulischer Anforderungen eine immer stärkere Bedeutung. In einer älter werdenden Gesellschaft und für die psychischen Erkrankungen entstehen neue oder veränderte Versorgungsbedarfe. Dies wird auch zu neuen Kooperationsformen zwischen den Heil- und Gesundheitsberufen und zur Veränderung der Berufsbilder führen.

Dem PsychThG aus dem Jahr 1998 liegt ein implizites, nicht von den Psychotherapeuten selbst formuliertes Berufsbild zugrunde. Es ist durch den Prototyp des Psychotherapeuten geprägt, der psychisch kranke Menschen in eigener Praxis diagnostiziert und behandelt. Es orientierte sich an der Tätigkeit von Diplom-Psychologen, Diplom-Pädagogen und Diplom-Sozialpädagogen, die im damaligen Delegationsverfahren an der sogenannten Richtlinienpsychotherapie beteiligt waren.

Dieses implizite Bild dominiert weitgehend die Wahrnehmung von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit und führt zu den bekannten Problemen. Dazu gehört auch, dass die Approbation nicht zu einer Veränderung der gesetzlichen Normen für die Krankenhäuser geführt hat. So werden Psychotherapeuten bis heute Leitungsfunktionen in Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren verwehrt. Im ambulanten Bereich zeigt sich dieses implizite Berufsbild in den Einschränkungen der beruflichen Befugnisse, wie sie für Ärzte nicht denkbar wären, z. B. bei der Verordnung von Heilmitteln und Krankenhauseinweisungen.

Deshalb stellt sich die Frage, ob die Approbation weiterhin nach einer postgradualen Ausbildung erteilt werden soll oder – analog zu den anderen akademischen Heilberufen – bereits am Ende eines qualifizierenden Studiums (Direktausbildung). Zur Beantwortung müssen das Berufsbild und

die daraus abgeleiteten Kompetenzen neu bestimmt werden. Dies ist im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PsychThG nicht in ausreichender Weise geschehen und sollte jetzt dringend nachgeholt werden. Der Vorstand der BPTK und der Länderrat haben daher im vergangenen Jahr mit der Formulierung eines expliziten Berufsbildes begonnen und dem 22. DPT einen Entwurf vorgelegt (Web-Bericht vom 8. Mai 2013 auf [www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

Psychotherapeuten üben nach diesem Entwurf einen freien akademischen Heilberuf aus und sind der Förderung der psychischen Gesundheit sowie der Versorgung psychisch kranker Menschen unabhängig von Alter, sozialem Status, Geschlecht und Herkunft verpflichtet. Dabei arbeiten sie eigenverantwortlich auf wissenschaftlicher Grundlage, dem Wohl des Individuums und der Gemeinschaft verpflichtet. Sie diagnostizieren, beraten und behandeln selbstständig, auch in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, betätigen sich dabei neben der kurativen auch in der palliativen Versorgung, der Rehabilitation und Beratung sowie den verschiedenen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung. Die damit verbundenen psychotherapeutischen Kompetenzen zur systematischen Gestaltung des Diagnostik- und Behandlungsprozesses in ambulanten, teilstationären und stationären sowie anderen institutionellen Versorgungsbereichen bilden einen Kern des Berufsbildes. Psychotherapeuten sind auch Experten für psychische Gesundheit, Berater zu vielfältigen Themen und Fragestellungen, Verantwortungsträger, Entscheider, Koordinatoren, Forscher, Lehrende, Lernende, Supervisierende und Sachverständige.

### **Strukturierter Dialog**

Der 22. DPT bat Vorstand und Länderrat, auf Basis dieses Entwurfs und auf Grundlage der bisherigen DPT-Beschlüsse, gestufte Kompetenzprofile zu entwickeln, die darstellen, welche Kompetenzen nach Absolvieren eines Studiums bzw. einer Weiterbildung erreicht sein sollen. Der DPT schlug dazu einen strukturierten Dialog unter Einbezug externer Expertise vor und befürwortete, auch im Dialog mit Ausbildungsinstitutionen und politischen Gremien zu prüfen, ob und wie diese Kompeten-

zen im Rahmen sowohl einer postgradualen Ausbildungsstruktur (zugangqualifizierendes Studium auf Masterniveau plus postgraduale Ausbildung) als auch einer Direktausbildung (zur Approbation führenden Studium plus anschließende Weiterbildung) erworben werden können. In diesem Kontext sollten ebenso Lösungsvorschläge für die Finanzierung der sich an eine Direktausbildung anschließenden Weiterbildung entwickelt werden.

Der strukturierte Dialog hat bereits Fahrt aufgenommen. Eine Arbeitsgruppe des Länderrates und der BPTK-Vorstand haben Hochschulen, Ausbildungsstätten und Vertreter ausgewählter Studiengänge um Stellungnahmen gebeten, die ausführen, welche Kompetenzen bereits an ihrer Hochschule oder Ausbildungsstätte vermittelt werden und welche auf Basis des neuen Berufsbildentwurfes vermittelt werden könnten. Dabei sollen unterschiedliche Kompetenzbereiche, wie Fakten-, Handlungs- und Begründungswissen sowie Handlungskompetenz/professionelle Haltung, und unterschiedliche Kompetenzniveaus bzw. -stufen unterschieden werden (z. B. differenziert in „grundlegend“, „fortgeschritten“ und „professional“). An die Ergebnisse anknüpfend, sollen die Fragen zu Struktur und Finanzierung von Aus- und Weiterbildung diskutiert werden.

### **Große Mehrheit für gesetzgeberische Initiative**

Der 16. und 17. DPT hatten sich mit breiten Mehrheiten für eine postgraduale Ausbildung entschieden. Seitdem werden zunehmend Modelle einer Direktausbildung als Lösung für die Probleme der heutigen Ausbildungsstruktur diskutiert bzw. vorgeschlagen, insbesondere auch vonseiten der Politik und des zuständigen BMG. Daher hat der 22. DPT einen weitergehenden Prüfauftrag erteilt, damit sich die BPTK an der Diskussion über die Direktausbildung als Lösungsalternative angemessen beteiligen kann. Die Landespsychotherapeutenkammern und die BPTK setzen derzeit die Arbeit an einem Berufsbild und den notwendigen Kompetenzen fort. Daneben haben Fachgesellschaften, Berufsverbände und Einzelpersonen konkrete Vorschläge für eine Direktausbildung und alternative Vorschläge für eine Reform der postgradu-



alen Ausbildung erarbeitet. Diese werden in den nachfolgenden Beiträgen vorgestellt. Für die professionsinterne Meinungsbildung ist diese Zusammenstellung sehr wichtig. Sie skizziert Möglichkeiten einer Direktausbildung im Sinne eines Direktstudiums, die bisher nur als Idee existiert, und sie zeigt Wege für eine praktische Umsetzung und damit die Machbarkeit auf. Anhand dieser Vorschläge kann diskutiert werden, ob und wie das diskutierte Berufsbild und die daraus abgeleiteten Kompetenzen nicht nur im Rahmen einer (reformierten) postgradualen Ausbildung, sondern auch im Rahmen eines Direktstudiums erworben werden können.

Die Veröffentlichung einer Vielzahl unterschiedlicher Konzepte birgt aber auch ein Risiko. Der Gesetzgeber wird eine Reform der Psychotherapeutenausbildung dann umsetzen, wenn ihm ein überzeugendes Reformkonzept vorgelegt wird, das von ei-

ner Mehrheit der Profession getragen wird. Deshalb sollte der vom DPT beschlossene strukturierte Dialog innerhalb der Kammern und Verbände mit hoher Intensität und fachlicher Qualität und in einem offenen, sachlichen und von Wertschätzung getragenen Diskurs fortgesetzt werden. Ausgangspunkt sollte das von einer breiten Mehrheit getragene Berufsbild mit entsprechenden Zielen für Aus- bzw. Weiterbildung sein, die eine Berufsausübung von hoher Professionalität in gleichberechtigter Kooperation und vergleichbarem Status mit anderen akademischen Heilberufen ermöglicht.

Der 23. DPT in Kiel debattierte am 16. November 2013 die Ergebnisse des von Landespsychotherapeutenkammern und BPTK geführten strukturierten Dialoges zum Berufsbild und den psychotherapeutischen Kompetenzen. In diesem Dialog sind Hochschulen, Berufs- und Fachverbände,

Ausbildungsstätten und PiA in die Anhörungen einbezogen. Basis der weiteren Beratungen soll neben der Erörterung der Finanzierung von Aus- und Weiterbildung insbesondere die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Kompetenzen bilden. Dabei soll die Frage geklärt werden, über welche Kompetenzen auf welchen Kompetenzstufen zukünftige Psychotherapeuten an der Schnittstelle zwischen Studium und Aus- bzw. Weiterbildung verfügen sollten. Der DPT begrüßte diesen Vorschlag für das weitere Vorgehen (Näheres siehe [www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

#### Prof. Dr. Rainer Richter

Präsident der  
Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
[info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)

### Vorschläge des DPT für eine Reform des Psychotherapeutengesetzes. Beschlüsse des 16. und 17. DPT (2010)

- Die Psychotherapeutenausbildung erfolgt auch zukünftig postgradual und verfahrensorientiert und schließt mit einer Staatsprüfung (Approbation) ab.
- Ziel der Ausbildung ist ein einheitlicher Beruf mit den Bezeichnungen „Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“.
- Das Kompetenzprofil dieses Berufes ist in einem Kompetenzenkatalog definiert, der der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeuten (PsychThApprO) zugrunde liegt.
- Die von Angehörigen dieses Berufes ausgeübte Heilkunde umfasst neben Diagnostik und Behandlung auch Prävention und Rehabilitation.
- Zugangsvoraussetzungen sind ein abgeschlossenes Bachelor- und Masterstudienprogramm oder gleichwertige Studiengänge, deren inhaltliche Anforderungen in der PsychThApprO geregelt sind.
- Die postgraduale Psychotherapeutenausbildung gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil und hat denselben Umfang wie die heutige PP- oder KJP-Ausbildung.
  - Die theoretische Ausbildung umfasst erweiterte Grundkenntnisse für die psychotherapeutische Tätigkeit (mind. 100 Std.) und Spezialkenntnisse in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren (mind. 500 Std.).
  - Die zuständige Behörde erteilt Ausbildungsteilnehmern nach Bestehen des schriftlichen Teils der Staatsprüfung eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis, d. h. die Befugnis zu psychotherapeutischen Behandlungen von Patienten unter Aufsicht oder Supervision als Teil der Praktischen Ausbildung.
  - Die Praktische Ausbildung I erstreckt sich über mindestens ein Jahr in stationären oder teilstationären Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen psychotherapeutisch behandelt werden (1.200 Std., davon mindestens sechs Monate mit 600 Std. in einer psychiatrischen Einrichtung).
- Die Praktische Ausbildung II ist die Ausbildung in dem zu erlernenden Vertiefungsverfahren und umfasst mindestens 700 Std. Krankenbehandlung in einer Einrichtung, in der psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt werden.
- Theoretische und Praktische Ausbildung beinhalten einen einheitlichen Teil für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In einem besonderen Teil ist dann der Behandlungsschwerpunkt „Erwachsene“ oder „Kinder und Jugendliche“ zu wählen.
- Während der gesamten Praktischen Ausbildung sind Ausbildungsteilnehmer angemessen zu vergüten.
- Am Ende der Ausbildung erfolgt eine mündliche Prüfung (zweiter Teil der Staatsprüfung) über die weitergehenden Grundkenntnisse sowie über Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Vertiefungsverfahren.

# Wir fordern „Ausbildungsreform jetzt!“ – aber wie?

Robin J. Siegel & Theresia Köthke

Die dringende Notwendigkeit einer Ausbildungsreform ist seit Langem bekannt. Und endlich scheint auch auf politischer Ebene Bewegung in die Ausbildungsreform zu kommen, auch wenn abzuwarten bleibt, welche Priorität die neue Bundesregierung der Psychotherapeutenausbildung und damit der psychotherapeutischen Versorgung beimisst.

An dem Diskussionsprozess engagieren sich viele PiA und diskutieren auf Landes-, Bundes- und Verbandsebene die Vor- und Nachteile der verschiedenen Reformmodelle. Die PiA-Vertreter stellen dabei in besonderer Weise Experten für das aktuelle Ausbildungssystem dar und werden von Änderungen des zukünftigen Berufsstandes grundlegend betroffen sein. Insofern ist es sehr zu begrüßen, dass wir hier stellvertretend für die Bundeskonferenz PiA Stellung beziehen können. In dem zukünftigen Prozess zur Ausbildungsreform sollten wir auch weiterhin stark mit einbezogen werden. Wir werden uns hier jedoch nicht für oder gegen eine Direktausbildung aussprechen, da sowohl wir beide als auch die PiA, die wir vertreten in dieser Frage unterschiedlicher Meinung sind. Es gibt auch keine Mehrheit in der Bundeskonferenz PiA, wenn es um die Frage geht: „Direktausbildung: Ja oder Nein?“

Wir sehen unsere Aufgabe darin, die aktuellen Prozesse kritisch zu begleiten und bei allen Modellen – sei es ein Approbationsstudium in Psychotherapie (Direktstudium) oder die Beibehaltung eines modifizierten postgradualen Ausbildungsmodells – auf Schwächen und Vorteile aufmerksam zu machen. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung, den rechtlichen Status der Ausbildungsteilnehmer<sup>1</sup> und die Qualität der Ausbildung – und als zentralen As-

pekt für die Einführung eines Direktstudiums Psychotherapie die mögliche Veränderung des Berufsbildes und der psychotherapeutischen Identität. Wir werden natürlich den intensiven Diskussionsprozess nicht erschöpfend ausführen können und beschränken uns daher auf die wesentlichen Gesichtspunkte.

## Vergütung und Finanzierung

Jedes Modell muss für die Ausbildungsteilnehmer angemessene finanzielle Rahmenbedingungen bieten. Sowohl im Falle einer Direktausbildung als auch während des Studiums vor einer postgradualen Ausbildung würde das BAföG während des Studiums eine Unterstützung sozial benachteiligter Personen darstellen. Im Falle der Direktausbildung würde das BAföG auch eine Finanzierungsmöglichkeit für ein PJ (während des Studiums) ermöglichen. Auch eine angemessene Vergütung für die anschließende stationäre Tätigkeit wäre rechtlich gesichert, da es sich um eine Weiterbildung handelt, könnte aber gleichzeitig zur Reduzierung der Anzahl der Weiterbildungsstellen führen. Die Finanzierung der ambulanten Weiterbildungsstunden müsste durch eine Anpassung des SGB V sichergestellt werden. Dies würde ein Novum darstellen, da bisher die Facharztweiterbildungen in ambulanten Arztpraxen nicht gesondert vergütet werden. Ein Effekt eines Approbationsstudiums könnte sein, dass es auch zu einer besseren Vergütung der bisherigen Psychotherapeuten mit Facharzniveau in Kliniken käme, sofern sich diese Qualifikation im Tarifsystem durchsetzt.

Im Falle der postgradualen Ausbildung müssten Möglichkeiten gefunden werden, die Praktische Tätigkeit zu refinanzieren, da sonst eine Bezahlung der Praktischen Tä-

tigkeit kaum möglich ist. Der Vorteil, dass die Krankenkassen die ambulanten Ausbildungstherapien zahlen, würde bestehen bleiben.

Beide Entscheidungsmöglichkeiten würden für Bund, Länder oder die Gesetzliche Krankenversicherung auf die eine oder andere Weise finanzielle Konsequenzen haben. Welcher Weg letztlich auch eingeschlagen wird: Wir sollten uns als Berufsstand klar und selbstbewusst mit unseren Forderungen positionieren und verdeutlichen, dass es keine kostenneutrale Ausbildungsreform geben wird, wenn eine hochqualifizierte psychotherapeutische Versorgung dauerhaft sichergestellt sein soll.

## Rechtlicher Status

Als Leidtragende ist uns dieser Punkt besonders wichtig, da wir als PiA in einem rechtlichen Graubereich arbeiten. Es kommt zu einer Verantwortungsdiffusion zwischen Anlaufstellen auf Bundes- wie auch Landesebene. Bei Schwierigkeiten in Ausbildungsinstituten oder Kliniken sind wir oft auf uns allein gestellt. Da wir aber auf das Wohlwollen dieser Einrichtungen angewiesen sind, werden Proteste nur selten gewagt. Das macht Veränderungen schwierig bis unmöglich. Die Vergütung ist dabei nur die Spitze des Eisbergs bzw. eines von mehreren Problemen. Übereinstimmend stellen wir PiA immer wieder fest, dass wir während der Praktischen Tätigkeit psychotherapeutisch tätig sind, obwohl unsere Befugnisse völlig ungeklärt sind. Nach dem Studium arbeiten wir oft als „Ärzteersatz“ (und das meistens sogar

<sup>1</sup> Mit Ausbildungsteilnehmer sind im Folgenden sowohl die Studenten und Teilnehmer einer postgradualen Ausbildung als auch die Weiterbildungsteilnehmer im Modell eines Direktstudiums Psychotherapie gemeint.

sehr gut) und übernehmen nicht selten sogar Stationsleitungsaufgaben. Dies kann jedoch auch schnell zu Überforderungen führen, zumal eine begleitende Supervision in der Regel nicht gegeben ist. Bei diesen Missständen wünschen wir uns unterstützende und klärende Instanzen.

Im Rahmen einer Direktausbildung wäre der rechtliche Status für alle Aus- bzw. Weiterbildungsabschnitte eindeutig geklärt. Während des Studiums und eines PJ wären wir Praktikanten, die nicht oder nur unter Aufsicht psychotherapeutisch tätig wären. Die Verlängerung des Studiums durch ein geregeltes Praktikum würde eine Approbation rechtfertigen, mit der nicht nur eine angemessene Vergütung verbunden wäre, sondern auch ein rechtskräftiger Arbeitsvertrag (und dies ist für PiA heutzutage eine Ausnahme!), Mutterschutz, Erziehungszeiten, Urlaubsregelungen usw. Darüber hinaus würde die Hoffnung bestehen, dass sich das psychotherapeutische Qualifikationsniveau besser im Tarifsysteem abbildet. Bisher hat die Approbation nach der umfangreichen Psychotherapeutenausbildung bei einem Großteil der Psychotherapeuten kaum Einfluss auf die Vergütung oder den Arbeitsvertrag (5).

Im Rahmen einer Reform der postgradualen Ausbildung müssen die o. g. rechtlichen Aspekte den Hauptfokus berufspolitischen Engagements bilden. Eine postgraduale Ausbildung mit einer zuvor erteilten ausbildungsgebundenen/begrenzten Behandlungserlaubnis würde den Ausbildungscharakter dieser Qualifizierungsphase mehr in den Vordergrund stellen als in einer Weiterbildung nach einer Approbation. Dies hätte also Einfluss auf Aufgaben, Ziele und Finanzierung der Tätigkeit in der Klinik. Ein „normales“ Gehalt wäre wahrscheinlich nicht denkbar, sondern würde sich eher auf dem Niveau des früheren Arztes im Praktikum bewegen.

### Qualität

Was die Qualität betrifft, wird die aktuelle Ausbildung von dem Großteil der Teilnehmer als qualitativ sehr hochwertig erlebt. Dies trifft insbesondere auf einen Großteil der theoretischen Ausbildung, die Selbsterfahrung und praktische Ausbildung unter

Supervision zu, wobei im Rahmen einer grundlegenden Reform der postgradualen Ausbildung auch inhaltliche Veränderungen erstrebenswert sein könnten. Besonders bei der Qualität werden im Rahmen einer Direktausbildung Verschlechterungen befürchtet. Neuerungen bringen immer Risiken mit sich und würden Altbewährtes aufs Spiel setzen. Zum Beispiel könnten sich zunehmend auch Kliniken als Weiterbildungsstätten etablieren und anstelle einer guten gesamtcurricularen theoretischen Planung auf klinikinterne Fortbildungen setzen. Möglicherweise bietet die Neustrukturierung eines Psychotherapiestudiums aber auch Chancen, die Qualität weiter zu verbessern. So könnten die derzeit häufigen Redundanzen aus Studium und Psychotherapeutenausbildung aufgehoben werden und die Verfahrensvielfalt aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren im Studium in der Approbationsordnung festgeschrieben werden. In Zusammenhang mit der Qualität sind auch die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung zu nennen, hier muss in jedem Fall auch für die Ausbildung zum KJP eine wissenschaftliche Qualifikation auf Masterniveau Standard sein. Sofern das Studium umstrukturiert wird, spielt auch die Finanzierung eine Rolle, da hier neue Lehrstühle geschaffen werden müssten.

Insgesamt kann es also keine kostenneutrale Ausbildungsreform geben, die alle wichtigen Kriterien erfüllt. Es wird sich an der Reform zeigen, wie stark der politische Wille ist, die psychotherapeutische Versorgung durch eine angemessene und finanzierte Ausbildungsreform nachhaltig zu verbessern.

### Therapeutische Identität und Berufsbild

Neben den oben erläuterten zu behebbenden Missständen sind folgende grundlegende Fragen zum Berufsbild und der psychotherapeutischen Identität abzuwägen, die auch in der Bundeskonferenz PiA ausführlich diskutiert werden:

Welche Qualität und Identitätsstiftung hätte ein neuer Gesundheitsberuf, der nicht mehr auf einem anderen grundständigen Beruf (Psychologie/Pädagogie) aufbaut,

sondern neben diesen steht? Und wäre dies vielleicht auch wünschenswert? Was passiert mit den Grundberufen (Sozial-) Pädagogik oder Psychologie bei einer so umfassenden Reform? Würde eine Würdigung durch angemessene Ausbildungsbedingungen das Auftreten und Selbstverständnis zukünftiger Psychotherapeuten stärken? Was passiert, wenn wir uns nicht auf diese Veränderung einlassen? Ist es ohne Approbation nach dem Erststudium überhaupt möglich, insbesondere im stationären Bereich, einen zu den ärztlichen Kollegen vergleichbaren Stellenwert im Gesundheitswesen einzunehmen, wie es nach unserem Kompetenzniveau sicherlich angemessen wäre? Fallen für Psychotherapeuten nach einem Direktstudium nicht andere Arbeitsfelder weg, weil sie keinen weiteren Grundberuf mehr haben? Und gerade bei Psychotherapeuten, die keinen geradlinigen Werdegang nachweisen: Würde der Berufsstand nicht verarmen, wenn diese nicht mehr zur postgradualen Psychotherapeutenausbildung zugelassen werden können?

Und dennoch bleibt bei all diesen fundamentalen Fragen eine Maxime: So wie es aktuell ist, kann es nicht bleiben! Ausbildungsreform jetzt!



Dipl.-Psych. Robin J. Siegel

### Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Theresia Köthke  
Stellvertretende Sprecherin der  
Bundeskonferenz PiA  
c/o Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
theresia\_koethke@yahoo.de



# Wie steht ver.di zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?

Klaus Thomsen & Melanie Wehrheim

Für die PP und KJP, die im Gesundheitswesen tätig sind, ist in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) der Fachbereich 3 „Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen“ zuständig.

Seit über zehn Jahren ist beim Fachbereichsvorstand die „Bundesfachkommission Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen“ angesiedelt. Ihre Aufgabe innerhalb von ver.di ist es, berufs- und tarifpolitische Vorstellungen zu entwickeln und entsprechende Forderungen zu formulieren. In der Fachkommission arbeiten auch Vertreter der bundesweiten ver.di PiA-AG mit, die 2008 gegründet wurde, um die spezifischen Interessen der PiA zu diskutieren und in die gewerkschaftlichen Willensbildungsprozesse einzubringen.

## ver.di fordert Gesetzesreform

Die ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP hat sich bereits im Oktober 2006 und im März 2010 mit der Broschüre „Reform der Psychotherapieausbildung“ an die Öffentlichkeit gewandt (31). Diese Schrift beinhaltet die offizielle Position der ver.di zur Reform des PsychThG.

ver.di würdigt das PsychThG von 1999, weil es mit ihm gelungen ist, die ambulante Psychotherapie in das deutsche Gesundheitssystem zu integrieren. Problematisch gesehen werden jedoch die erschwerte Zulassung weiterer wissenschaftlicher Psychotherapieverfahren, nicht sachgerechte Befugnisbeschränkungen und die unzureichende Bemessung des Versorgungsgrades der Bevölkerung mit Psychotherapeuten. Im stationären Bereich sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Psychotherapeuten bisher

überhaupt nicht geregelt. Eine Reform des PsychThG ist dringend erforderlich, um die Lage der PiA zu verbessern. Nach wie vor ist die Praktische Tätigkeit weitgehend unreguliert, was zu unzumutbaren Zuständen führt und der Ausbeutung der PiA Tür und Tor öffnet. ver.di kritisiert die noch nicht erfolgte Anpassung des Gesetzes an die neuen akademischen Bildungsabschlüsse und die derzeit übliche Praxis der privaten Finanzierung der Ausbildung nach dem PsychThG durch die Teilnehmenden. Die Qualifizierung in Gesundheitsberufen ist eine gesellschaftliche Aufgabe, deren Kosten auch gesellschaftlich zu tragen sind.

Im Januar 2009 hat sich ver.di an der Anhörung zum Forschungsgutachten (28) zur Reform des Psychotherapeutengesetzes beteiligt.

ver.di stellt fest, dass es sich bei der derzeitigen Psychotherapeutenausbildung bereits faktisch um eine Weiterbildung im Sinne des Verständnisses des Deutschen Bildungsrates handelt: „Weiterbildung ist die Fortsetzung und Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase.“<sup>1</sup>

## Quereinstieg erleichtern

ver.di spricht sich in einem zu reformierenden PsychThG für eine betrieblich-arbeitsrechtliche Ausgestaltung dieser Weiterbildung aus. Durch eine strukturierte Weiterbildung sind die erforderlichen therapeutischen Erfahrungen unter fachlicher Anleitung und Aufsicht zu sammeln. Die Voraussetzungen für die Psychotherapieausbildung sollten nicht zu eng und früh begrenzt werden. In diesem Zusammenhang befürwortet ver.di eine weitgehende

horizontale und vertikale Durchlässigkeit der Psychotherapieausbildung mit Möglichkeiten für Quereinsteiger. ver.di erachtet Lebens- und Berufserfahrung als besonders wesentliche Grundlage für die spätere Ausübung des Berufes. Die Weiterbildung sollte daher modular aufgebaut sein und nicht nur praktische Erfahrungen in der Psychiatrie voraussetzen, sondern auch in der Rehabilitation und in der Kinder- und Jugendhilfe. Da die Weiterbildungen zum PP und zum KJP den gleichen Umfang und das gleiche hohe qualitative Niveau haben, sollte für beide der Masterabschluss Voraussetzung sein. Entscheidend ist aber nicht die Abschlussbezeichnung, sondern der Umfang und Inhalt der noch zu definierenden Module der Studiengänge. Die Mitglieder der ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP teilen die Sorge, dass eine Neugestaltung der universitären Zugangswege zur Weiterbildung Psychotherapie zu restriktiv ausfallen könnte. Psychotherapeuten sollten soziodemographisch möglichst auch die Breite der Bevölkerung widerspiegeln können. Wissenschaft wie Praxis entwickeln sich mit der sozialen Vielfalt ihrer Vertreter. Eine rechtliche Beschränkung des Zugangs zu einer Psychotherapieausbildung auf ein Psychotherapiedirektstudium wird daher von ver.di kritisiert.

## Bezahlte Praxisphase

ver.di lehnt ein unbezahltes Praktikum innerhalb der Psychotherapieausbildung für den Erwerb der praktischen Psychotherapieerfahrungen ab. Die bisher zeitlich verteilten praktischen Tätigkeiten sind zu einer Praxisphase zusammenzufassen. In

<sup>1</sup> Zitiert nach Kemp, T. (1976). Was ist Weiterbildung? *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 5 (1), 2-4.

dieser sollten PP und KJP in Weiterbildung schriftliche Arbeitsverträge mit gängigen arbeitsrechtlichen Standards erhalten. Damit diese Möglichkeit eröffnet wird, bedarf es einer eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde unter engmaschiger Anleitung und Supervision durch approbierte PP und KJP. Die Vergütung in der Weiterbildung während der praktischen Phase sollte sich an der beruflichen Qualifikation eines Masterabschlusses orientieren. Das entspräche im Öffentlichen Dienst der Entgeltgruppe 13 (TVöD oder TVL).

Die Weiterbildung schließt mit Approbation und Fachkunde. ver.di fordert danach für die PP und KJP eine Eingruppierung auf Facharztniveau. Hierzu gibt es bereits Beschlüsse der Bundesfachbereichskonferenzen von 2007 und 2011.

ver.di wird sich auch weiterhin für eine Reform des PsychThG stark machen und sich aktiv in den weiteren Diskussionsprozess einbringen. Um unter den aktuell problematischen rechtlichen Bedingungen des PsychThG die Situation der PiA zu verbessern, hat sich ver.di bislang in Tarifverhandlungen an den Vergütungen für Sozialpädagogen im Anerkennungsjahr orientiert.

Auch auf betrieblicher Ebene können Verbesserungen erreicht werden. 2009 hat ver.di daher eine Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen veröffentlicht, in der praktische Hinweise gegeben werden. Kernstück bildet der „Mustervertrag praktische Tätigkeit“, der in Zusammenarbeit mit der Berliner Psychotherapeutenkammer entstanden ist.<sup>2</sup>

Die ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP ist sich im Jahr 2013 im Klaren, dass sich die Diskussion zur Reform des PsychThG deutlich weiterentwickelt hat. Sie beabsichtigt daher 2014 mit der ver.di-PiA-AG gemeinsam ihre Stellungnahme zur Reform des PsychThG aktualisiert vorzulegen.

Die Broschüren der ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP findet man als Download unter folgendem Link:  
[www.gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/psychotherapeut-in](http://www.gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/psychotherapeut-in).

<sup>2</sup> ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2009). Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung – PiA. Eine Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. Berlin: ver.di.



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Klaus Thomsen**

Psychologischer Psychotherapeut  
Südergraben 33  
24937 Flensburg  
[praxis.klaus.thomsen@versatel.de](mailto:praxis.klaus.thomsen@versatel.de)

**Dipl.-Pol. Melanie Wehrheim**

Bereichsleiterin Berufspolitik  
in der ver.di Bundesverwaltung  
[melanie.wehrheim@verdi.de](mailto:melanie.wehrheim@verdi.de)

### Artikel zum Thema Psychotherapeutengesetz und zur Reform der Psychotherapeutenausbildung im PTJ:

- Groeger, W. M. (2006). Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. Was sich alles ändert, wenn sich nichts ändert – und wie sich das ändern lässt. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (4), 340-352.
- Gahleitner, S. B. & Borg-Laufs, M. (2007). Wer wird Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach der Bologna-Reform? Perspektiven der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik. *Psychotherapeutenjournal*, 6 (4), 108-117.
- Schwerpunktthema „10 Jahre Psychotherapeutengesetz“. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3).
- Schwerpunktthema „Zur Kritik an der Verfahrensbezogenen Ausbildung“. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (4).
- Lehndorfer, P. (2010). Ausbildung der Zukunft: Ein Beruf Psychotherapeut/in mit Schwerpunkt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen? *Psychotherapeutenjournal*, 9 (1), 34-38.
- Schwarz, M. (2010). Heilberuf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut – Ein Plädoyer für den Erhalt des KJP. *Psychotherapeutenjournal*, 9 (1), 39-45.
- Nübling, R., Schmidt, J. & Munz, D. (2010). Psychologische Psychotherapeuten in Baden-Württemberg – Prognose der Versorgung 2030. *Psychotherapeutenjournal*, 9 (1), 46-53.
- Schwerpunktthema „Die Bedeutung des Psychologiestudiums für die psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit“. *Psychotherapeutenjournal*, 9 (2).
- Klein-Heßling, J. & Schopohl, J. (2011). Die gravierenden Mängel der Psychotherapeutenausbildung und das Reformkonzept der Profession. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (1), 356-360.
- Jaeggi, E. (2012). Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft. *Psychotherapeutenjournal*, 11 (4), 319-324.
- Richter, R. (2013). Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (2), 118-120.
- Schwerpunktartikel „Diskussion zur Reform der Psychotherapieausbildung“. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (3), 253-274.

Sie finden diese Artikel in unserem Archiv auf der Homepage der Zeitschrift: [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

# Direktstudium Psychotherapie – Warum überhaupt und wenn ja, wie?

Cord Benecke

Zur Reform des PsychThG liegen mehrere Modelle vor. Ein wesentlicher Punkt bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung besteht in der Angleichung der Psychotherapeutenausbildung an die Ausbildungsstruktur der anderen akademischen Heilberufe, insbesondere Humanmedizin, Zahnmedizin und Veterinärmedizin. Allerdings birgt die Psychotherapie einige Besonderheiten, die eine einfache Passung in das medizinische Aus- und Weiterbildungsmodell verhindern:

- Fachärzte sind definiert entlang von Erkrankungsgruppen oder Organsystemen. Eine Weiterbildung zum Psychotherapeuten sieht eine solche Spezialisierung auf bestimmte Erkrankungen oder psychische Subsysteme nicht vor und ist auch nicht sinnvoll (allenfalls die Differenzierung zwischen Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen wäre etwas Ähnliches).
- Im Unterschied zu den meisten organ- oder zahnmedizinischen Behandlungen besteht das Wesen der Psychotherapie in einem Prozess, der sich über Zeit erstreckt. Dieser Prozess ist kaum modularisierbar, schon gar nicht personell. Das Erlernen von Psychotherapie setzt daher voraus, solche Prozesse in Gänze fachkundig begleitet und angeleitet zu erleben und zu gestalten.
- Ein weiterer, gravierender Unterschied zu den Ausbildungen in Human-, Zahn- und Veterinärmedizin besteht darin, dass sich diese Studiengänge von Anfang an und ausschließlich auf die für die Ausübung der Heilkunde notwendige Lehre konzentrieren, was eine Approbation nach Studienabschluss rechtfertigt. Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sind nicht als „Direktstudium“ beispielsweise in der Biologie integriert.

Wenn eine Äquivalenz zu den medizinischen Heilberufen hergestellt werden soll,

wäre die logische Konsequenz, ein „Direktstudium Psychotherapie“ als vollständig eigenständigen Studiengang zu konzipieren (wie etwa von Körner und Gleiniger vorgeschlagen, siehe Beiträge in dieser Ausgabe). Dies wäre aus Sicht der Psychologie nicht erstrebenswert und wird sich allein aus Kostengründen wohl auch kaum flächendeckend realisieren lassen.

## Wie passen die Ausbildungsziele in ein Universitätsstudium?

Es liegen einige Entwürfe bzgl. der Kompetenzen vor, die eine universitäre Psychotherapeutenausbildung vermitteln sollte. Der von einer Arbeitsgruppe der DGPs vorgelegte Katalog mit Ausbildungszielen, die innerhalb einer universitären Direktausbildung erreicht werden sollen, ist wohl der differenzierteste aber auch der umfangreichste (7). Jüngst wurden zudem Vorschläge für die Praxisanteile innerhalb einer universitären Direktausbildung formuliert (25).

In Erweiterung der DGPs-Vorschläge halte ich drei Aspekte für entscheidend als Voraussetzung zur Erteilung einer Approbation (vgl. 18):

- Praxisanteile sollten über die bloße Einübung von Basisfertigkeiten hinausgehen und supervidierte Behandlungen beinhalten.
- Der Verfahrensbezug sollte hergestellt werden. Eine verfahrensfreie Konzeption ist problematisch: Die Definition von Psychotherapie verlangt klare Störungstheorien. Verfahrensfreie oder -übergreifende Ätiologiemodelle für die verschiedenen Krankheitsbilder existieren bisher nicht. Eine Psychotherapie, die lediglich auf allgemeinen Kenntnissen und Basiskompetenzen beruht, ist nicht evidenzbasiert und kann folglich nicht zur Approbation führen.

- Eine hinreichende Selbsterfahrung wird allgemein als notwendig erachtet und sollte daher auch in das universitäre Direktstudium integriert werden.

Eine Integration der für die Erteilung einer Approbation notwendigen Inhalte in bestehende Studiengänge erscheint ohne gravierende Qualitätsverluste unmöglich.

## Wenn nicht so, wie dann?

Daher wird hier die Einrichtung von Schwerpunktmasterstudiengängen vorgeschlagen. Die Abbildung gibt eine Übersicht über eine mögliche Gesamtausbildung zum Psychotherapeuten.<sup>1</sup>

Die Studierenden hätten im (herkömmlichen) Bachelor drei Jahre lang Zeit, sich zu orientieren und sich evtl. für den Weg in Richtung Psychotherapie zu entscheiden.

**Schwerpunktmasterstudiengang als Kern der universitären Ausbildung:** Ein solcher Schwerpunktmasterstudiengang könnte auch für Bachelorabsolventen Pädagogik und Sozialpädagogik geöffnet werden.<sup>2</sup>

Ein Schwerpunktmasterstudiengang bietet hinreichende Lehrveranstaltungskapazität, um sowohl die theoretischen Kenntnisse als auch die notwendigen Praxisanteile in der gebotenen Tiefe und Breite vermitteln zu können. Auch ein Selbsterfahrungsanteil kann hier untergebracht werden: beispielsweise eine Gruppenselbsterfahrung durch erfahrene Praktiker als externer Lehrauftrag.

<sup>1</sup> Die folgende Modell-Idee orientiert sich am Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Kassel.

<sup>2</sup> In Kassel ist dies der Fall. Eine Aufnahmeprüfung überprüft das für den Masterstudiengang als notwendig vorausgesetzte Grundlagenwissen.



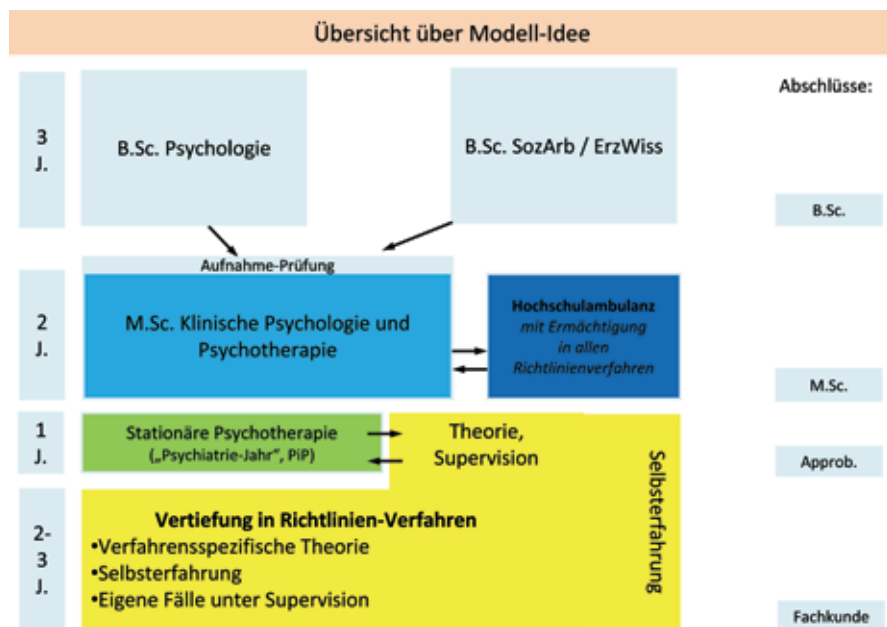


Abbildung: Mögliche Struktur einer Psychotherapeutenausbildung

Die Module des M.Sc.-Studiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie in Kassel beispielsweise sind vier Bereichen zugeordnet: Störungsbilder (Diagnostik, Psychische Störungen, Fallseminare; 24 ECTS), Interventionen (Beratung, Psychotherapie, Intervention; 20 ECTS), Forschung (Psychotherapieforschung, Forschungsmethoden, Empirisches Projektseminar, Masterarbeit; 52 ECTS) sowie fachübergreifende Studien (Medizin und Sozialwissenschaften, Selbsterfahrung, Praktikum; 20 ECTS).

Um eine Verfahrensausgewogenheit innerhalb des Studiums zu gewährleisten, wären lediglich zwei Dinge notwendig: **1)** die Ermächtigungen der Hochschulambulanzen für alle Richtlinienverfahren und **2)** die personelle Repräsentanz unterschiedlicher Verfahren bei den Lehrenden und Ambulanzmitarbeitern. Durch diese simplen Schritte werden vier wesentliche Verbesserungen erreicht:

- 1) angemessene verfahrensausgewogene Vermittlung der Theorie,
- 2) angemessene verfahrensausgewogene patientenorientierte Lehre,
- 3) verfahrensübergreifende Forschung in den Hochschulambulanzen und
- 4) informierte Entscheidung der Absolventen für eine Verfahrensertiefung.

Das Praktikum soll nicht wie üblich im Vollzeit-Block absolviert werden, sondern sich über mindestens zwei Semester erstrecken, wodurch längere Therapieprozesse z. B. in Form der Hospitation von Behandlungen in der Ambulanz begleitet werden können. Da die Masterstudierenden einen qualifizierten Bachelorabschluss besitzen, könnten z. B. auch Beratungsgespräche unter Anleitung durchgeführt werden.

Der universitäre Ausbildungsteil endet mit dem Masterabschluss.<sup>3</sup>

**Stationäres Jahr und Verfahrensertiefung:** An den Masterabschluss schließt sich eine Phase an, die stationäre Praxistätigkeit und verfahrensbezogene Vertiefung verbindet. Hier sind zwei Dinge wichtig: **1)** Eine Vergütungspflicht der stationären Tätigkeit (da die Auszubildenden einen Masterabschluss haben, sollte dies rechtlich möglich sein). **2)** Parallel zur stationären Praxistätigkeit soll mit der verfahrensorientierten Vertiefung in den Instituten begonnen und die Praxistätigkeit verfahrensbezogen begleitet werden. Dann wäre diese Zeit ein echter Gewinn und auch fachlich als begleitete Kompetenzerwerbsphase integriert. Die stationäre Tätigkeit sollte auf z. B. 20 oder maximal 30 Wochenstunden begrenzt sein, sodass Zeit für parallele Theorievermittlung und Supervision bleibt.<sup>4</sup> Nach Absolvierung auch dieser

Phase besteht die Möglichkeit zur Absolvierung der Approbationsprüfung.<sup>5</sup>

Die verfahrensorientierte Vertiefung in den Instituten wird nach Beendigung der stationären Praxistätigkeit und Approbation weitergeführt (ambulante Behandlungen unter Supervision) und schließt mit der sozialrechtlich anerkannten Fachkunde ab.<sup>6</sup>



Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Cord Benecke

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Universität Kassel  
Holländische Straße 36-38  
34127 Kassel  
benecke@uni-kassel.de

- 3 Sollte jemand im Verlauf des Masters zu der Überzeugung gelangen, dass die Psychotherapie doch nichts für ihn/sie ist, so wäre der abgeschlossene Master dennoch nicht „für die Katz“: Die dort erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen können auch in anderen Berufsfeldern gewinnbringend angewendet werden, z. B. Beratung, Schulpsychologie, Coaching, Evaluationsforschung etc.
- 4 Zudem besteht durch den parallelen Beginn der verfahrensorientierten Vertiefung auch die Möglichkeit, schon hier mit der verfahrensspezifisch geforderten Selbsterfahrung zu beginnen, wodurch auch Ausbildungsteilnehmern in analytischer Psychotherapie ein Abschluss der Gesamtausbildung in vertretbarer Zeit möglich wird.
- 5 Für diese Konstruktion der Überlappung von Aus- und Weiterbildung muss eine gänzlich neue Lösung gefunden werden, da sie nicht in die jetzigen Schablonen passt. Aber dafür sind Politik und Juristerei ja da, um rechtliche Regelungen für allgemein als richtig und sinnvoll erachtete Sachverhalte zu schaffen.
- 6 Alternativ besteht natürlich auch weiterhin die Möglichkeit, die Approbation, wie jetzt, erst nach erfolgreich absolvierter Gesamtausbildung zu erteilen, was der Klarheit bzgl. des Qualifikationsniveaus der approbierten Psychotherapeuten dienlich wäre.

# Universitäres Direktstudium und anschließende Weiterbildung sichern Qualität und Zukunft des Berufs

Thomas Fydrich, Andrea Abele-Brehm, Jürgen Margraf, Winfried Rief, Silvia Schneider & Dietmar Schulte

Basierend auf vielen Jahrzehnten an Erfahrungen mit der theoretischen und praktischen Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie an mehr als 40 universitären Instituten für Psychologie in Deutschland schlägt die DGPs ein fünfjähriges Studium vor, welches mit einem Staatsexamen und damit verbundener Approbation abschließt. Dabei wird die Grundstruktur von Bachelor- und Masterstudium erhalten. Dies bedeutet, dass mit dem Studium die akademischen Abschlüsse Bachelor und Master sowie dann Staatsexamen erreicht werden. Das Psychotherapiestudium ist nicht verfahrensgebunden und führt zu einer einzigen, nicht altersbezogenen Approbation. Nach dem Staatsexamen schließt sich eine mindestens dreijährige Weiterbildung an, in deren Rahmen vor allem alters- und verfahrensbezogene theoretische und praktische Kompetenzen erworben werden und die in der Regel zur sozialrechtlichen Anerkennung und damit zur Abrechnungserlaubnis führen. Die universitären und privaten (jetzt noch Ausbildungs-) Institute würden dann als Weiterbildungsinstitute – neben den Landeskammern – eine zentrale Funktion bei der Gestaltung und Qualitätssicherung der Weiterbildung übernehmen.

Psychotherapie ist die Behandlung von psychischen Erkrankungen sowie psychisch beeinflussten körperlichen Erkrankungen mit psychologischen Mitteln, basierend auf wissenschaftlich fundierten Theorien des normalen und des pathologischen Verhaltens. Die Ausübung von Psychotherapie braucht als Voraussetzung – so wie bei anderen akademischen Heilberufen – ein akademisches Studium, mit dem Stufe 7 des europäischen Qualifikationsrahmens erreicht wird.

## **Ausbildungsziele des Studiums und zu erreichende Kompetenzen**

- 1. Verständnis von menschlichem Erleben und Verhalten:** Die Studierenden verfügen bei Abschluss des Studiums über umfassende Kenntnisse der biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte menschlichen Erlebens und Verhaltens, die für die Durchführung von Psychotherapie sowie das Verständnis psychischer, somato-psychischer und neuropsychologischer Störungen und Erkrankungen von Relevanz sind. Sie können aktuelle Forschungsbefunde zu den grundlegenden Prozessen beurteilen und handlungsrelevant in die Befundlage einordnen. Sie sind in der Lage, normale und abweichende Erlebens- und Verhaltensweisen und deren Entwicklung in Hinblick auf unterschiedliche Einflussfaktoren über die gesamte Lebensspanne hinweg differenziert zu beurteilen. Hierzu gehören vor allem Kenntnisse über Lernen, Denken, Motivation, Emotion, menschliche Entwicklung und Sozialisation, Sozialpsychologie, biologische und Neuropsychologie, Persönlichkeitspsychologie sowie Teilbereiche von Pädagogik und Soziologie.
- 2. Störungskenntnis:** Kompetenz zum Erkennen von pathologischem Erleben und Verhalten und dazu gehörenden Spezifika für alle Altersgruppen (besonders auch für Kinder- und Jugendliche) sowie die Fähigkeit, differentialdiagnostische Entscheidungen zu treffen.
- 3. Diagnostik:** Studierende erwerben die Kompetenz zum Einsatz diagnostischer Prozeduren und Maßnahmen. Dazu gehört vor allem die Kompetenz zum Führen diagnostischer Gespräche, die

Durchführung strukturierter und standardisierter Interviews sowie die Fähigkeit, psychometrische Testverfahren anzuwenden, auszuwerten und die Befunde auf dem methodischen Hintergrund diagnostischer Prozesse einzuschätzen und auf den Individualfall zu übertragen. Erworben wird auch die Fähigkeit, Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu beurteilen.

- 4. Indikationsstellung und Interventionswissen:** Die Studierenden können am Ende des Studiums auf der Grundlage der durchgeführten Diagnostik fundierte Indikationsstellungen für psychotherapeutische Behandlungen vornehmen. Sie kennen zentrale theoretische Interventionsmodelle sowie die Grundprinzipien des therapeutischen Vorgehens der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieansätze. Dabei können sie für bestimmte Altersgruppen, Geschlechter und ethnische Gruppen spezifische Entscheidungen treffen. Sie sind in der Lage, differenzielle Indikationsstellungen auch für relevante nicht-psychotherapeutische Maßnahmen inklusive dem Einsatz von Psychopharmaka vorzunehmen.
- 5. Psychotherapeutische Handlungskompetenzen:** Die Studierenden verfügen über praktische Kompetenzen der Diagnostik, Indikation und Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen. Hierzu liegen schon derzeit an psychologischen Universitätsinstituten vielfache didaktische Lehrkonzepte vor, die im Rahmen eines Psychotherapiestudiums im Sinne einer patientenorientierten Lehre ausgebaut werden müssen.

- 6. Wissenschaftliche und methodologische Kompetenzen:** Die Studierenden haben die methodische Kompetenz, neue wissenschaftliche Befunde sowie Neu- und Weiterentwicklungen im Fach selbstständig zu bewerten und daraus fundierte Handlungsentscheidungen abzuleiten. Zum Erwerb dieser Kompetenzen ist es notwendig, dass die Studierenden im Rahmen des Studiums in Forschungsprojekte eingebunden werden.
- 7. Rahmenbedingungen und Qualitätsmanagement:** Die Studierenden kennen die relevanten rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, insbesondere die Regeln der Zusammenarbeit der unterschiedlichen psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Beratungs- und Versorgungseinrichtungen. Sie sind in der Lage, qualitätsrelevante Aspekte zu erkennen und Maßnahmen zum Qualitätsmanagement zu planen und umzusetzen.
- 8. Reflexion:** Studierende können eigenes diagnostisches und psychotherapeutisches Handeln evaluieren und reflektieren. Sie sind sich der ethischen Dimension psychotherapeutischen Handelns bewusst. Hierzu gehört auch die Fähigkeit der Einschätzung der Stärken und Schwächen der eigenen Person in Hinblick auf die psychotherapeutische Tätigkeit.

Psychotherapie-Studiengänge werden nach diesem Vorschlag von Universitäten und gleichstehenden wissenschaftlichen Hochschulen angeboten, die eine entsprechende Infrastruktur für Lehre, Forschung und Versorgung haben, um Studierende zu einem selbstständigen, wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Handeln zu qualifizieren. Die Lehrereinrichtung muss über eine psychotherapeutische Ambulanz oder eine (teil-)stationäre Einrichtung der psychotherapeutischen Versorgung verfügen. Sie muss im Bereich der aktuellen international anerkannten Forschung zu Indikationsbereichen und Anwendungen der Psychotherapie ausgewiesen sein; formal muss ein Promotionsrecht vorliegen.

### **Mögliche Schwierigkeiten ...**

Mögliche Schwierigkeiten dieses Modells bestehen darin, dass beispielsweise sozialrechtliche Regelungen zur Finanzierung von Ausbildungstherapien (z. B. § 117 SGB V) angepasst werden müssten. Zwar liegen heute schon umfangreiche Ressourcen und Erfahrungen in der Lehre an den psychologischen Instituten vor, jedoch wird die notwendige Vertiefung praxisorientierter Lehre an einigen Orten zusätzliche Ressourcen benötigen. Die Hochschulambulanzen müssen so erweitert werden, dass Mitarbeiter und Lehrende fachkompetent Verfahrens- und Methodenvielfalt repräsentieren, die in die Lehre einfließen soll. Quereinstiege zum Beispiel von anderen Studiengängen können ermöglicht werden, müssen jedoch auf der Basis einer Approbationsordnung spezifiziert werden. In Hinblick auf die Weiterbildung muss sichergestellt werden, dass bundesweit eine einheitliche Qualität, die mindestens dem aktuellen Ausbildungsniveau entspricht, gesichert wird.

### **... und Stärken**

Stärken dieses Modells liegen darin, dass die Grundstruktur des akademischen Studiums mit einem Bachelorabschluss (vor allem in Psychologie als Kernwissenschaft der Psychotherapie) und einem Psychotherapie-Masterabschluss mit zusätzlichem Staatsexamen die Ausbildung in Psychotherapie als akademischem Heilberuf auf wissenschaftlicher Grundlage den Berufsstand festigt und auch mit einer Kompetenzerweiterung (z. B. Krankenschreibung) im Sinne des Berufsbildes einhergehen kann. Mit der Approbation nach dem Studium werden die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, Weiterbildungsteilnehmer als „Assistenzpsychotherapeuten“ im Anstellungsverhältnis über ihre Tätigkeit in Kliniken und in Weiterbildungsambulanzen entsprechend zu entlohnen. Stärke dieses Modells ist auch, dass auf der aktuell gegebenen Infrastruktur an psychologischen Instituten mit den vorhandenen Praxiseinrichtungen (Hochschulambulanzen) sowie der dort vorhandenen notwendigen Wissenschaftskompetenz und den personellen Ressourcen aufgebaut werden kann, sodass zeitnah und mit

überschaubaren Zusatzkosten flächendeckend ein Direktstudium Psychotherapie umgesetzt werden kann.

Zudem erlaubt dieses Modell die Einrichtung besonderer Bereiche der Weiterbildung, zum Beispiel in klinischer Neuropsychologie oder der Psychotherapie bei (primär) somatischen Erkrankungen (klinische Somatopsychologie). Aber auch verfahrensübergreifende Weiterbildungen durch eine Kombination von unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Methoden sind möglich.

Modellrechnungen und aktuelle Umfragen zeigen, dass durch die Umsetzung dieses Modells die spezifische Versorgung für bestimmte Altersbereiche, besonders für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, ohne Zweifel gesichert werden kann. Zudem würden die tendenziell schlechteren Rahmenbedingungen für KJP dadurch gelöst, dass es ein einziges Staatsexamen für Psychotherapie mit einer Approbation für alle Altersbereiche geben würde. Und – last not least – werden Studierende mit 18 Jahren nicht auf einen einzigen Berufszweig festgelegt, sondern können mindestens bis zur Masterphase auch noch in andere Berufsgebiete insbesondere der Psychologie wechseln.



**Prof. Dr. Thomas Fydrich**

Professur für Psychotherapie und Somatopsychologie  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Institut für Psychologie  
Rudower Chaussee 18  
12489 Berlin  
fydrich@hu-berlin.de



# Plädoyer gegen eine basale und für eine duale Direktausbildung

Jörn W. Gleiniger

Anders als in der postgradualen Ausbildung regelt das Bundesrecht im Fall der Direktausbildung Inhalt und Struktur des qualifizierenden Hochschulstudiums selbst. Direktstudiengänge in diesem Sinne sind auch der Regelstudiengang Medizin und das Zahnmedizinstudium. Ihre Approbation erlangen sowohl Ärzte als auch Zahnärzte nach bestandener Staatsprüfung als Abschluss ihres Studiums. Während allerdings Ärzte Generalisten für alle über 30 Fachgebiete der Medizin sind (mit Ausnahme der Zahnmedizin), sind Zahnärzte Spezialisten für das Fachgebiet Zahnmedizin. Das Medizinstudium der Ärzte kann deswegen nichts weiter sein als eine Grundausbildung (deswegen auch basale Direktausbildung), während Zahnärzte in ihrem Studium sowohl in theoretischer als auch praktischer Hinsicht alles erlernen, was sie für die Ausübung ihres Heilberufs benötigen. Die Ausbildung der Zahnärzte ist also keine bloß basale, sondern – wenn man so will – eine finale. Folgerichtig ist deswegen ihr vollständiger heilberuflicher Qualifikationserwerb nicht von einer Weiterbildung abhängig. Hingegen wird Ärzten als Voraussetzung ihrer Arztregistrierung eine Weiterbildung in einem Fachgebiet abverlangt, allerdings muss ein Arzt vor seiner Approbation weder wissen noch entscheiden, welches Fachgebiet Gegenstand seiner Weiterbildung sein soll. Anders der Zahnarzt: Seine Entscheidung für die Zahnmedizin trifft er bereits mit der Wahl seines Studiums. Die Frage ist nun, was aus diesen ordnungspolitischen Einsichten für die Diskussion der Direktausbildung der Psychotherapeuten folgt.

Psychotherapeuten sind ebenso wie Zahnärzte Spezialisten für ein Fachgebiet der Medizin. Deswegen ist es auch für sie folgerichtig, ihre Direktausbildung nicht als basa-

le, sondern als finale zu konzipieren. Gelänge dies allein durch ein Studium, wäre nichts dagegen einzuwenden, dass auch Psychotherapeuten ihre Approbation nach dessen erfolgreichem Abschluss erlangen. Das ist jedoch nicht möglich, denn für die Ausübung ihres Heilberufs benötigen Psychotherapeuten eine vertieft verfahrensbezogene Qualifikation (die final allein in einem Hochschulstudium nicht erwerbbar ist). Das ist keine Erfindung des Gesetzgebers, sondern ergibt sich aus der fachlichen Entwicklung der Psychotherapie in den zurückliegenden Jahrzehnten: Danach wird heilkundliche Psychotherapie mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren ausgeübt (die zusätzlich das Prädikat „Richtlinienverfahren“ tragen müssen, um sie auch in der GKV anwenden und abrechnen zu dürfen). Das Erfordernis einer in diesem Sinne vollständigen heilberuflichen Qualifikation wird auch von den Befürwortern der basalen Direktausbildung nicht verleugnet, sondern als Voraussetzung der Arztregistrierung auch von ihnen anerkannt. Unverständlich freilich ist, warum der Erwerb dieser Qualifikation erst Gegenstand der Weiterbildung sein soll, als wären Psychotherapeuten wie Ärzte plötzlich Generalisten, wo sie doch aber wie Zahnärzte unverändert Spezialisten für lediglich ein Fachgebiet sind. Ordnungspolitisch ist die Befürwortung der lediglich basalen Direktausbildung also kontraindiziert, erst recht unverständlich wäre eine zu Lasten heilberuflicher Ausbildungsinhalte zweckentfremdet aufgeblähte Weiterbildung. Vielmehr sollte die Ausgestaltung von Inhalt und Struktur ihrer spezialisierten Ausbildung wie im Fall der Zahnärzte unverändert dem Anspruch der finalen Ausbildung folgen. Ist dieser Anspruch allein anhand eines Studiums nicht einlösbar, liegt die zutreffende Schlussfolgerung nicht in der Auf-

gabe dieses Anspruchs durch Befürwortung der basalen Struktur, sondern in der Suche nach einer final geeigneten Struktur. In diesem Sinne nicht nur ordnungspolitisch konsequent, sondern aufgrund der zentralen Empfehlung des Forschungsgutachtens 2009 (28) v. a. auch fachlich geboten ist die duale Struktur, d. h.

- zunächst ein Hochschulstudium, in dem die Studieninhalte der berufsbildrelevanten Disziplinen und die verfahrensübergreifenden theoretischen Grundkenntnisse einschließlich Indikationsstellung und Diagnostik zu einem grundständigen Studiengang zusammengeführt sind, der Forschungs- und Methodenkompetenz vermittelt, Abschluss durch die 1. Staatsprüfung,
- anschließend als Voraussetzung für die Zulassung zur 2. Staatsprüfung Erwerb einer vertieft verfahrensbezogenen Qualifikation in einem Schwerpunkt (Erwachsene oder Kinder und Jugendliche) an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte als zweitem Ausbildungsabschnitt, jetzt aber flankiert durch einen bundesgesetzlichen Anspruch der PiA auf „angemessene Vergütung“ für die im Rahmen dieser Praktischen Ausbildung sowohl ambulant als auch stationär erbrachten Behandlungsleistungen; bei Bestehen auch der 2. Staatsprüfung Approbation und Arztregistrierung (bei vertiefter Ausbildung in einem Richtlinienverfahren).

Die duale Struktur ist mithin dem spezialisierten Versprechen geschuldet, das die bundesrechtlich bereitgestellte Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ aussendet: die bundeseinheitlich geregelte Befähigung zur Herbeiführung von Behandlungserfolgen als Kernanliegen der Qualitätssicherung

und damit des Patientenschutzes. Es führt deswegen nicht weiter, auf die Ärzte zu verweisen, die allein anhand ihrer Ausbildung doch auch nicht in der Lage seien, psychotherapeutische Behandlungserfolge herbeizuführen. Das ist zwar richtig, verdreht aber den Maßstab, denn dieser Umstand liegt allein begründet in ihrer – anderen – heilberuflichen Definition als Generalisten für alle Fachgebiete der Medizin. Im Gegensatz dazu ist die Ausbildung der Psychotherapeuten schon immer dual strukturiert gewesen und mit dieser Struktur 1998 auch Vorbild für das PsychThG geworden. Das einzige, was sich in der Tat überlebt hat, weil es für wesentliche Hauptprobleme der heutigen Ausbildung ursächlich ist, ist die postgraduale Struktur dieser dualen Ausbildung. Die postgraduale Struktur zu überwinden ist deswegen Voraussetzung der Problemlösung. Die duale Struktur hingegen kann auch auf der Folie der Direktausbildung rechtssicher dargestellt und also beibehalten werden – und das bei ordnungspolitisch gleichzeitig voller Problemlösungspotenz, wie sie das BMG der Direktausbildung zu Recht zuschreibt:

### **Bachelor-/Master-Diskrepanzen**

In der postgradualen Ausbildung werden alle Probleme akut, die sich mit der Bologna-Reform ergeben haben: in horizontaler Hinsicht das Gefälle im akademischen Zugangsniveau für PP einerseits und KJP andererseits (ländergemeinsame Strukturvorgaben der KMK) und in vertikaler Hinsicht der „Flaschenhals“ zwischen Bachelor- und Masterstudiengängen aufgrund der bildungspolitischen Vorgabe der Bologna-Reform, wonach bereits der Bachelor einen ersten berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln soll. Will man diese Diskrepanzen in beiden Dimensionen effektiv beseitigen, ist die Direktausbildung die richtige Antwort, denn obligatorisch kennt sie nur Staatsprüfungen, durch die akademische Grade nicht erworben werden, diese werden vielmehr nur von Hochschulen aufgrund von Hochschulprüfungen verliehen.

### **Vergütungsproblem der PiA in der Praktischen Tätigkeit**

Die vielfach praktizierte Zweckentfremdung der Praktischen Tätigkeit durch Einsatz der

PiA für von diesen eigenständig (!) durchgeführte Psychotherapien geschieht nicht nur *contra legem* (worauf auch Vertreter des BMG schon verschiedentlich zutreffend hingewiesen haben), sondern ist nach § 5 Heilpraktikergesetz ggf. sogar strafbar. Die Lösung liegt in beiden Varianten der Direktausbildung in der Vorverlegung der Praktischen Tätigkeit als unvergütetes PJ ins Studium. Damit könnte die Praktische Tätigkeit endlich das sein, was sie immer schon sein sollte: eine Nachbildung des PJ aus dem Medizinstudium. In Weiterbildung umgewidmet werden würde mit der basalen Direktausbildung also nur die Praktische Ausbildung – die das Vergütungsproblem der PiA aber gar nicht verursacht –, was folglich keine Antwort auf die heutigen Probleme der Praktischen Tätigkeit sein könnte. Deswegen kann davon, dass die Erteilung der Approbation bereits nach dem Studium Voraussetzung für die Lösung dieser Probleme sei, keine Rede sein. Das gilt auch deswegen, weil ein Vergütungsanspruch niemals durch eine gesundheitsbehördliche Erlaubnis, sondern nur durch Vertrag oder unmittelbar durch Gesetz begründet werden könnte. Es kommt deswegen darauf an, die Zusammenhänge richtig zu sortieren: ein Vergütungsanspruch während der Ausbildung könnte zielgenau und zuverlässig durch einen bundesgesetzlichen Anspruch der PiA auf „angemessene Vergütung“ erzeugt werden, der freilich auf die Praktische Ausbildung als zweitem Abschnitt der dualen Direktausbildung beschränkt wäre, der zugleich um obligate stationäre Ausbildungsmodule erweitert werden könnte, die dann ebenfalls vergütungspflichtig wären. Alle Praktika hingegen werden – wie in der Mediziner Ausbildung – als unvergütetes PJ im Studium angesiedelt.

### **Phänomene der „zweiten Klasse“**

Was mit Phänomenen der „zweiten Klasse“ gemeint ist, kann hier aus Platzgründen nur kurz skizziert werden: Einerseits geht es um die Erweiterung der berufsrechtlichen Befugnisse der Psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Heilberufen, insbesondere zu den Ärzten, andererseits geht es um die Überwindung bestimmter Phänomene der Zweitklassigkeit innerhalb der Profession. Allerdings ist für keines dieser Phänomene der heutige Verfahrensbezug der Ausbildung verantwortlich. Ursache für die

heute begrenzten Befugnisse der Psychotherapeuten ist vielmehr die Legaldefinition für die Ausübung heilkundlicher Psychotherapie in § 1 Abs. 3 PsychThG (auf die in beiden Varianten der Direktausbildung zugunsten eines formalen Approbationsvorbehalts zu verzichten wäre), während die professionsinternen Phänomene der Zweitklassigkeit mit zwei anderen Kontexten beschrieben sind: einerseits die fehlende berufliche Chancengleichheit für diejenigen Psychotherapeuten, die vertieft in einem Nicht-Richtlinienverfahren ausgebildet sind (Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie), andererseits die besonderen Hindernisse für die Ausbildung in diesen Verfahren angesichts der Tatsache, dass die Ambulanzen der betreffenden Ausbildungsstätten eine institutionelle Ermächtigung nach § 117 Abs. 2 SGB V nicht beanspruchen können und daher kaum oder gar keinen Zulauf von Patienten haben. Beide Phänomene können zuverlässig auch in der dualen Direktausbildung bewältigt werden, einer Vernachlässigung des Patientenschutzes bedarf es dafür keinesfalls (vgl. ausführlicher: 13). Die duale Direktausbildung löst nicht nur alle Probleme zielgenau, sie erschließt den Psychotherapeuten auch neue Befugnisse und Berufsfelder und stärkt dadurch ihre Stellung im Gefüge der Heilberufe, ohne ihre gewachsene Rolle als Spezialisten zu verleugnen. Damit ist sie auf respektvolle Weise eine flexible Grundlage für eine stets stabile Zukunft der Profession.



**Jörn W. Gleiniger**

Rechtsanwalt  
Kurfürstendamm 72  
10709 Berlin  
mail@gleiniger.de

# Der Psychotherapeut als Scientist-Practitioner

## Vom Bachelor und Master über das 1. und 2. Staatsexamen zur Approbation und sozialrechtlichen Zulassung

Thomas Hillecke, Nadia Sosnowsky-Waschek, Andreas Zimmer, Helena Dimou-Diringer, Carsten Diener & Friedrich-Wilhelm Wilker

### Modellbeschreibung

Dieses Direktausbildungsmodell ist sachlogisch vom Bachelorstudium bis zur Approbation und sozialrechtlichen Zulassung konzipiert und bietet die Möglichkeit, psychotherapienahe Berufsqualifikationen schon auf Bachelorniveau zu erwerben (z. B. Gesundheitspsychologie, Soziale Arbeit, Musiktherapie, Tanz- und Bewegungstherapie). Psychotherapieinhalte – u. a. Klinische Psychologie, Diagnostik und Störungskompetenz, Therapieverfahren neben psychologischen Grundlagenfächern und Forschungsmethoden – nehmen eine zentrale Rolle im Curriculum ein. Es ist sinnvoll, diese Grundlagen zu integrieren und berufsqualifizierende Spezialisierungen in den entsprechenden Wahlschwerpunkten anzubieten. Damit wird Psychotherapie als wissenschaftsbasierter Heilberuf verstanden. Folglich orientiert sich das vorliegende Direktausbildungsmodell an der Konzeption des *Scientist Practitioners*.

Im Bachelorstudium werden psychotherapierelevante Grundlagen vermittelt, die auf die heilkundliche Tätigkeit vorbereiten. Damit verbunden sind berufsqualifizierende Kompetenzen in einem Wahlschwerpunkt. Zentrales Ausbildungsziel sind Kompetenzen, die es erlauben, unter Supervision und Anweisung von Psychotherapeuten und Fachärzten zu arbeiten. Das Modell ist darauf ausgerichtet, die Anforderungen einer Direktausbildung mit denen des Bologna-Prozesses zu vereinbaren. Dazu werden auf Bachelorniveau berufsqualifizierende Schwerpunkte realisiert.

Im Masterstudium wird auf diesen Grundlagen aufbauend eine allgemeine Psychotherapiequalifikation (psychotherapeutische Verfahren, Methoden, Techniken)

vermittelt. Diese Qualifikation (bis Masterabschluss und 1. Staatsexamen) erlaubt es, selbstständig klinisch diagnostisch und beraterisch tätig zu sein und unter Supervision psychotherapeutisch zu arbeiten.

Mit Abschluss des 2. Staatsexamens und nach Erwerb der Fachkunde wird die Kompetenz erworben, im Sinne der Heilkunde selbstständig tätig zu werden und eine kasernenanerkannte Niederlassung zu betreiben. Gleichzeitig erwerben die Absolventen die Kompetenz der Koordination therapeutischer Interventionen und Disziplinen im therapeutischen Arbeitsfeld.

Anteile der wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren (VT, PA, TP, Systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie) werden bis zum 1. Staatsexamen parallel unterrichtet und im Sinne einer integrativen Psychotherapie vorgegeben. Damit werden bis zum Masterabschluss (1. Staatsexamen) schwerpunktmäßig die „Grundlagen“ der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren (psychologische, medizinische etc.) einschließlich Krankheitsverständnis, Diagnostik, Therapiemethoden und Techniken vermittelt. In der folgenden Fachkundausbildung wird jeweils ein ausgewähltes, altersgruppenspezifisches (KJP, PP) Richtlinienverfahren sowie Verfahren entsprechend der gesetzlichen Regelung vermittelt.

In diesem Modell (siehe Tabelle) einer Direktausbildung soll von Beginn an der praktische Psychotherapiebezug im Zentrum des Studiums stehen und klinische Bezüge der Fachinhalte sollen hergestellt werden (problembasiertes Lernen, Fall- und Projektarbeiten etc.). Das bedeutet, dass auch die psychologischen, biomedizi-

nischen und sozialwissenschaftlichen Referenzfächer mit klinischer Perspektive vermittelt werden.

### Argumente gegen die eigene Position

1. Bisher werden Approbationen in Heilberufen (z. B. Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie, Psychologische Psychotherapie) nur nach einem Universitätsstudium erteilt (PsychThG von 1999).
2. Eine Orientierung an der Medizin bzw. Zahnmedizin ist nur mittelbar gegeben, es wird auf Bologna-Konformität geachtet und das Staatsexamen der Juristen zum Vorbild genommen.
3. Das Studium verlängert sich aufgrund des berufsqualifizierenden Bachelorabschlusses.

### Argumente für die eigene Position

Das Modell löst

1. das Problem der fehlenden Positiv-Definition von Psychotherapie, indem es Psychotherapie als die Verfahren, Methoden und Techniken definiert, die bei psychischen Störungen oder psychologischen Problemen bei somatischen Erkrankungen zur Anwendung kommen. Hierunter fallen dann außer den Richtlinienverfahren auch andere Psychotherapieverfahren (-methoden und -techniken) sowie verwandte Disziplinen wie Gesundheits- und Rehapyschologie, Künstlerische Therapieverfahren, Anteile der Ergotherapie usw.
2. das Problem der Bologna-Konformität einer Direktausbildung, indem es Vorgaben des BMG (1. und 2. Staatsexamen) mit denen des BMBF (Bachelor- und Masterabschluss) kombiniert. Das heißt,



Tabelle: Zuordnung von Inhalten zu den Studienabschnitten

	Dauer	Studienabschnitt	Inhalte	
1	mindestens 6 Wochen	Vorpraktikum	An psychotherapienahen Einrichtungen	
2		Aufnahmeprüfung		
3		Bachelor		
	3,5 Jahre 210 ECTS	<b>Psychotherapie Wahl-Schwerpunkte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Musiktherapie</li> <li>■ Tanz- und Bewegungstherapie</li> <li>■ Gesundheitspsychologie etc.</li> </ul>	<b>Klinische Praktika Lernformen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rollenspiele</li> <li>■ Gruppenarbeit</li> <li>■ Case-Studies</li> <li>■ Fallseminare</li> <li>■ Problem-Based-Learning</li> <li>■ Project-Based-Learning</li> <li>■ Skills Lab</li> </ul>	<b>Grundlagen:</b> 100 ECTS psychologische, biomedizinische und soziale Grundlagen der Psychotherapie (Bio-psycho-soziale Perspektive, grundlegende Kenntnisse inklusive statistischer und forschungsmethodischer Grundlagen, Entwicklungs-, Persönlichkeits-, Sozial-, Bio-, Allgemeine Psychologie usw.) <b>Klinische Psychologie / Psychotherapie:</b> 20 ECTS Kompetenzen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Krankheitsbilder, Grundlagen von Verfahren, Methoden und Techniken) <b>Schwerpunkt:</b> 50 ECTS Schwerpunkt (mit Selbsterfahrung/-modifikation) <b>Praktikum:</b> 30 ECTS <b>Bachelorarbeit mit Fallkolloquium:</b> 10 ECTS
		<b>Bachelorabschluss und Schwerpunkt</b>	Gesamt: 210 ECTS	
4		Zugangsbedingungen		
5		Master		
	2 Jahre 120 ECTS	<b>Psychotherapie Inklusive:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 30 h Supervision (Einzel- und Gruppensupervision)</li> <li>■ 20 h Selbsterfahrung</li> <li>■ 200 h Theorie</li> <li>■ 400 h Praktische Tätigkeit (stationär oder ambulant in zugelassenen Einrichtungen)</li> </ul>	<b>Lehr- und Forschungsambulanz (VT)</b> <b>Qualifikationsmöglichkeit: Psychotherapieforschung Lernformen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Patientenorientierte Lehre</li> <li>■ Fallseminare</li> <li>■ Problem-Based-Learning</li> <li>■ Project-Based-Learning</li> <li>■ Skills Lab</li> </ul>	<b>Wissenschaft / Forschung:</b> 20 ECTS Wissenschaftstheorie, Psychotherapieforschung: empirische Forschungsmethoden und Statistik <b>Klinische Psychologie / Psychotherapie:</b> 30 ECTS Kompetenzen aus Klinischer Psychologie, Psychotherapie (Vertiefung Krankheitsbilder sowie Verfahren, Methoden und Techniken) <b>20 ECTS</b> Praktikum im klinischen oder Forschungsbereich <b>Interdisziplinarität:</b> 30 ECTS weitere Kenntnisse aus Psychologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Pädagogik, Sozialer Arbeit, Recht u. Ethik sowie zusätzlichen Bereichen der Humanwissenschaften <b>Abschlussarbeit:</b> 20 ECTS
		<b>Masterabschluss (anwendungsorientierter Master)</b>	Gesamt: 330 ECTS	
	0,5 Jahre	Vorbereitungskurse Staatsexamen		
6		1. Staatsexamen (Nachfolgend Referendar-ähnlicher Status mit eingeschränkter Heilkundeerlaubnis unter Supervision)		
		Möglichkeit zur Promotion als ergänzende Möglichkeit zum Aufbau von Nachwuchskräften im Bereich Psychotherapieforschung		
7		Fachkunde		
	3 Jahre (Vollzeit)	<b>Psychotherapie (VT), inkl.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 400 h Theorie</li> <li>■ 1000 h Praktische Ausbildung stationär (PIW, Psychotherapeut in Weiterbildung)</li> <li>■ 100 h Selbsterfahrung</li> <li>■ 150 h Supervision (50 Einzel, 100 Gruppe)</li> <li>■ 1000 h Praktische Ausbildung ambulant</li> </ul>	<b>Ausbildungsambulanz Lernformen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Patientenorientierte Lehre</li> <li>■ Fallseminare</li> <li>■ Problem-Based-Learning</li> <li>■ Project-Based-Learning</li> </ul>	<b>Psychotherapierichtlinien</b> Spezialkenntnisse in einem Richtlinienverfahren, Theorie von Richtlinienverfahren (400 h vertiefende Theorie inklusive praktischen Übungen) <b>Praktika</b> 2000 h Praktische Ausbildung davon 1000 h stationär und 1000 h ambulant <b>Praktische Ausbildung</b> <b>Selbsterfahrung/Supervision</b> <b>Vertiefung inklusive Prüfungsvorbereitung</b>
8	Gesamt: 9 Jahre	2. Staatsexamen, Approbation / berufsrechtliche Zulassung Fachkundeprüfung, Fachkunde und sozialrechtliche Zulassung (Facharzt-ähnlicher Status im Rahmen der Heilkunde)		

- a) Lösung des Problems der Berufsqualifizierung nach dem Bachelorabschluss, indem Schwerpunkte in verwandten Therapieberufen gewählt werden (künstlerische Therapieverfahren, Psychologieabschlüsse). Gleichzeitig löst es das Problem der fachlichen Zuordnung dieser Abschlüsse zum Psychotherapiespektrum, die damit der Richtlinienkompetenz approbierter Psychotherapeuten zugerechnet werden.
  - b) Lösung des Problems der Durchlässigkeit von Studienabschlüssen, indem es Berufsqualifizierungen in allen Studienabschnitten vermittelt oder Übergänge in andere Bereiche ermöglicht.
  - c) Lösung des akademischen Nachwuchsproblems, weil nach Masterabschluss auch die Zugangsberechtigung zur wissenschaftlichen Promotion gegeben ist.
3. das Finanzierungsproblem des postgradualen Anteils der Direktausbildung, indem es sich am kostengünstigeren juristischen Staatsexamen orientiert, womit die postgradualen, facharztanalogen Ausbildungsteilnehmer wie Referendare behandelt werden.
  4. das Problem der Integration bereits vorhandener Ausbildungsinstitute, indem diese weiterhin für den postgradualen Anteil verantwortlich bleiben, ihre Versorgungsleistung (Ambulanzen) aufrechterhalten und die Ausbildungsteilnehmer bis zum 2. Staatsexamen begleiten.
  5. das Problem, dem umfassenden Referenzwissen der Psychotherapie gerecht zu werden, indem es genügend Zeit (neun Jahre) zur Verfügung stellt, die fachlichen, praktischen, theoretischen, empirisch-wissenschaftlichen und insbesondere Handlungskompetenzen zu erwerben.



Prof. Dr. Dipl.-Psych. Thomas Hillecke

Dekan  
 Fakultät für Therapiewissenschaften  
 SRH Hochschule Heidelberg  
 Maria-Probst-Straße 3  
 69123 Heidelberg  
 thomas.hillecke@fh-heidelberg.de

# Plädoyer für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten „von der Profession her“

Jürgen Körner

Als der Gesetzgeber 1999 nach mehrfachen Anläufen das PsychThG erließ, machte er es sich sehr leicht: Er orientierte sich an den Psychotherapierichtlinien und übernahm im Wesentlichen die Curricula der anerkannten Ausbildungsinstitute. Er legte fest, dass allein ein universitärer Abschluss in Psychologie (mit klinischem Schwerpunkt) als Voraussetzung für die Ausbildung zum PP anerkannt werden kann; für die Ausbildung zum KJP können sich außerdem Absolventen (sozial-)pädagogischer Studiengänge bewerben. Bewerber mit einem anderen, z. B. sozialwissenschaftlichen Studienabschluss, wurden von der PP-Ausbildung ausgeschlossen.

Diese Entscheidungen gründeten nicht in einer sorgfältigen Analyse des Berufsbildes des Psychotherapeuten, also nicht im Wissen darüber, was ein Psychotherapeut für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche wissen und können muss und wie er diese Kompetenzen erwerben sollte. Sie führten zu der kuriosen Situation in Deutschland, dass Absolventen medizinischer und psychologischer Studiengänge zur psychotherapeutischen Weiter- bzw. Ausbildung zugelassen werden können, obwohl sowohl das Medizin- als auch das Psychologiestudium zumindest zum damaligen Zeitpunkt nur wenige klinische oder psychotherapeutische Inhalte vermittelten. Der Ausschluss der Soziologen, Philosophen und Theologen vom Beruf des Erwachsenenpsychotherapeuten folgte auch nicht fachlichen, sondern allenfalls berufspolitischen Erwägungen, denn es liegen bis heute keine Erkenntnisse darüber vor, dass ein „nur“ sozialwissenschaftlich vorgebildeter Psychotherapeut weniger qualifiziert wäre. Zahlreiche in der Profession geachtete und wissenschaftlich einflussreiche PP sind in ihrem Grundberuf Soziologen oder Theologen.

Wenn der Gesetzgeber nun eine grundlegende Reform der Ausbildung zum PP

bzw. zum KJP anstrebt und eine „Direktausbildung“ favorisiert, könnte er die Chance ergreifen, die gravierenden Konstruktionsfehler des PsychThG zu korrigieren, und eine Ausbildung konzipieren, die vom ersten Semester an auf den Beruf des PP und des KJP zugeschnitten ist und deren Inhalte und Didaktik von der Frage her bestimmt werden, was ein guter Psychotherapeut wissen und können muss. Ein solcher, von der Profession her entworfener Studiengang wird zweifellos zahlreiche psychologische und medizinische, gewiss aber auch sozial-, geistes- und erziehungswissenschaftliche Inhalte vermitteln. Entscheidungen darüber, welche das sein werden, setzen eine sorgfältige Analyse des Berufsbildes des (zukünftigen!) Psychotherapeuten und seiner wünschenswerten Kompetenzen voraus.

## **Was weiß und was kann ein guter Psychotherapeut?**

Die Forschungslage zu dieser Frage ist noch nicht sehr befriedigend. Das liegt v. a. daran, dass der Erfolg einer Psychotherapie von sehr vielen, miteinander interagierenden Faktoren abhängt, sodass es kaum möglich ist, den spezifischen Einfluss des Psychotherapeuten, seines Wissens und Könnens „herauszurechnen“. Dennoch lässt sich Folgendes zusammenfassen:<sup>1</sup> Ein guter Psychotherapeut – 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 (Manuale helfen, wenn überhaupt, nur dem Anfänger). Und, sehr wichtig: Er ist klinisch erfahren!

Der nächste Schritt könnte nun sein, einen Studiengang zu konzipieren, der sich diese Eigenschaften zum Ziel nimmt. Doch die

Fachverbände zögern, diesen eigentlich naheliegenden Schritt zu gehen. Diese Zurückhaltung lässt sich, in historischen Kontexten betrachtet, gut verstehen: Die DGPs, die auf klinischem Feld insbesondere die Interessen der Verhaltenstherapeuten vertritt, hält einen grundlegend neuen psychotherapeutischen Studiengang für überflüssig, weil der Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie mit einem klinisch-psychotherapeutischen Schwerpunkt schon eine fachlich gute Grundlage für eine psychotherapeutische Weiterbildung bereitstellte. Das ist aus ihrer Sicht naheliegend, denn die VT entstand als klinisch-therapeutische Anwendung einer schon gut ausgearbeiteten grundwissenschaftlichen Theorie, nämlich der Lerntheorie. Deswegen sollten, so die DGPs, die starken grundwissenschaftlichen Inhalte des Psychologiestudiums auch das Psychotherapiestudium der Zukunft prägen.

Die Psychoanalyse ist auf gänzlich andere Weise entstanden: Sigmund Freud schuf die psychoanalytische Methode aus der Praxis heraus, ihre Begriffe und Regeln können als verallgemeinerte, oft konfliktreiche klinische Erfahrungen verstanden werden. Deswegen liegen die Stärken der psychodynamischen Verfahren bis heute weniger in der theoretischen Begründung, sondern eher in ihrer hochdifferenzierten Praxeologie. Daher fordern die psychoanalytischen Fach- und Dachverbände, die anwendungsbezogene Ausbildung an ihren anerkannten Instituten nicht an eher grundwissenschaftlich operierende Hochschulinstitute abzugeben.

Die beiden Auffassungen sind vielleicht nicht unüberbrückbar. Ein zukünftiges Studium der Psychotherapie wäre aus psychodynamischer Sicht dann akzeptabel, wenn es die folgenden Maximen beachtete:

<sup>1</sup> Ausführlich dazu (18).

1. Psychotherapie ist nicht eine theoretische, sondern eine praktische Wissenschaft. Während eine theoretische Wissenschaft – wie die Physik und die Psychologie – v. a. Grundlagenforschung betreibt und übergreifende theoretische Zusammenhänge empirisch erforscht, befasst sich eine praktische Wissenschaft mit der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf den Einzelfall, der – gerade auch im Falle der Psychotherapie – sehr viel komplexer ist als die zur Verfügung stehende Theorie.

Selbstverständlich ist die Psychotherapie auf die Erkenntnisse theoretischer Wissenschaften, insbesondere der Psychologie (z. B. der kognitiven Psychologie oder der Neuropsychologie) angewiesen, aber sie geht in diesen Wissenschaften nicht auf.<sup>2</sup> Deswegen muss ein Studium der Psychotherapie vor allem die Handlungs- und Entscheidungskompetenz der Studierenden fördern.

2. Psychotherapeutische Methoden sind wertrational, weniger zweckrational begründet. Die Interventionen des Psychotherapeuten „geben zu denken“, eröffnen vielleicht Sinnerspektiven und beleuchten bisher nicht gesehene Zusammenhänge. Der Psychotherapeut handelt nicht, um etwas Bestimmtes zu erreichen, seine Interventionen sind i. d. R. nicht Mittel zu einem vorgedachten Zweck. In seinem Handeln verwirklicht der Psychotherapeut – oft nur implizit – ein Menschenmodell, eine private Idee vom „guten Leben“. Z. B. könnte er überzeugt sein, dass seine Klienten vor allem Selbsterkenntnis, Reflexivität und soziale Verantwortlichkeit entwickeln sollten. Oder aber er hält es für wichtiger, soziale Bezogenheit und Selbstakzeptanz zu fördern. Wie immer er es sieht: Die Handlungsentscheidungen des Psychotherapeuten sind – im Gegensatz zu denen eines experimentellen Forschers – für seinen Klienten folgenreich. Darin liegt die ethische Verantwortung des Psychotherapeuten: Er muss fähig sein, sein konkretes Handeln zu begründen und zu verantworten.

Konkret könnte ein von der Profession her entworfener Studiengang Psychotherapie folgende **Merkmale** tragen:

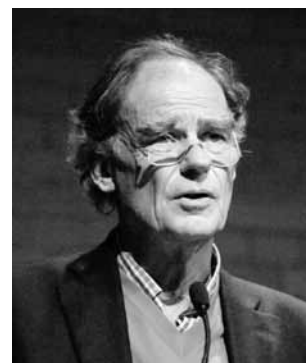
1. Das Studium umfasst breit gefächerte Wissensgebiete; neben der Psychologie und Medizin auch Sozial-, Kultur- und Erziehungswissenschaften. Es schließt ein *studium generale* zur Vermittlung von Schlüsselkompetenzen ein, z. B. reflexive Kompetenz, kulturelle, gender und diversity Kompetenz.
2. Schon früh im Studium werden klinische Erfahrungen vermittelt, begleitet durch Supervisionen (z. B. Balint-Gruppen).
3. In der ersten Hälfte des Studiums dominieren theoretische Fächer, Wissenschaftstheorie und Forschungsmethoden. In der zweiten Hälfte bildet die Praxeologie, also die Anwendung des Wissens, seine theoretische und ethische Begründung, den Schwerpunkt. In diesem Teil des Studiums lernen die Studierenden alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren kennen. Sie wählen (mindestens) eines aus, das sie vertieft studieren – einschließlich der Selbsterfahrung.<sup>3</sup>
4. Das Studium dauert sechs Jahre. Es schließt das PJ ein, das als viersemestriges<sup>4</sup> studienbegleitendes (und im Studium betreutes!) Praktikum konzipiert ist. Es endet mit einer Staatsprüfung und der Approbation für einen Beruf, den des Psychotherapeuten.
5. Nach der Staatsprüfung schließt sich eine zwei- bis vierjährige Weiterbildung an einem der anerkannten Ausbildungsinstitute an. Hier erst gabelt sich der Weg in die Weiterbildung zum PP oder KJP.
6. Anbietende Hochschulen müssen Promotionsrecht besitzen und über eine Ausbildungs- und Forschungsambulanz verfügen.

### Welche Argumente sprechen gegen dieses Modell?

1. Weil kaum psychodynamisch orientierte Hochschullehrer zur Verfügung stehen, wird es zu einem Monopol der VT führen. Das ist richtig, aber es gibt eine Lösung dieses Problems: Dass die Psychodynamiker ihre Bemühungen verstärken, wieder an den Hochschulen präsent zu sein!
2. Die Finanzierung neuer Studiengänge wäre schwierig. Dieses Problem ist wohl nur über Umverteilungen zu lösen. Und: Zukünftig könnte der Studiengang Psy-

chotherapie unter Beachtung der Approbationsordnung von unterschiedlichen Fachbereichen angeboten werden.

3. Die Studierenden müssten sich schon zu Beginn, also mit 18 oder 19 Jahren für den Beruf des Psychotherapeuten entscheiden. Jedoch: Auch Jura- oder Medizinstudierende mussten sich entscheiden. Das Studium der Psychotherapie sollte aber einen Wechsel in ein anderes Fach ermöglichen.
4. Ein 25-jähriger approbierter Psychotherapeut ist sehr jung. Richtig, aber man könnte ein Mindesteintrittsalter für das Studium festlegen, wie dies in Österreich praktiziert wird.
5. Schließlich: Angesichts der berufspolitischen Kräfteverhältnisse wirkt dieses Modell zu radikal, es dürfte nur geringe Chancen besitzen. Das mag sein, aber das beeindruckt mich nicht. Ich habe versucht, die zentrale fachliche Frage zu diskutieren: Wie wird man zukünftig ein guter Psychotherapeut?



Prof. Dr. Jürgen Körner

Gründungspräsident der International Psychoanalytic University Berlin  
Cimbernstraße 28  
14129 Berlin  
juergen.koerner@ipu-berlin.de

- 2 Ähnlich verhält es sich im Falle der Medizin. Auch diese ist als praktische Wissenschaft auf das immense Wissen theoretischer Wissenschaften wie der Physiologie, der Chemie und der Biologie angewiesen.
- 3 Diese Bestimmung ist besonders umstritten. Aber: Ein fünf- oder sechsjähriges, verfahrensspezifisches Studium würde sehr viel Zeit verschwenken. Und es gibt Kompromisslösungen, z. B. könnte man verfahrensspezifische Veranstaltungen als „Zusatzfach“ anbieten, das in einer sich anschließenden Weiterbildung anerkannt werden kann.
- 4 Es wäre noch zu prüfen, ob nicht auch ein kürzeres PJ ausreichen könnte.



# Stabilität, Sicherheit und Klarheit: Approbationsstudium und Fachweiterbildung

Barbara Lubisch

## Modell

Die Probleme in der Psychotherapeutenausbildung sind bekannt: Insbesondere die prekäre Situation der PiA und die nach der Bologna-Reform unklaren Zugangsvoraussetzungen zum Psychotherapeutenberuf (15, 16, 17, 22, 28, 30) begründen dringenden Reformbedarf. Außerdem soll die Ausbildung die zukünftigen Psychotherapeuten auf erweiterte Anforderungen eines weiterentwickelten Berufsbilds vorbereiten.

Das Modell der DPtV, auch als „Direktausbildung“ beschrieben, sieht vor, die bewährten Inhalte weitgehend beizubehalten, die Struktur jedoch an die Systematik der Aus- und Weiterbildung anderer akademischer Heilberufe wie z. B. der Medizin anzugleichen (20).

Statt wie bisher unterschiedliche Studiengänge mit differierenden Studienabschlüssen zu durchlaufen, würden zukünftige Psychotherapeuten zunächst ein wissenschaftliches Studium absolvieren, an dessen Ende ein Staatsexamen mit einer Approbation als Psychotherapeut steht. Die Approbation ermöglicht eine Anstellung als Psychotherapeut, beinhaltet jedoch anders als jetzt noch keine Fachkunde mit Erlaubnis zur Kassenzulassung – das wäre allein nach einem Studium fachlich undenkbar. Die Approbation beinhaltet die Grundkenntnisse über die ganze Breite des Berufs und berechtigt zu einer anschließenden Weiterbildung. Erst in der Weiterbildung erfolgt die Spezialisierung auf unterschiedliche Schwerpunkte, bezogen auf die jeweilige Altersgruppe (Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene) sowie auf die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren.

Zugangsvoraussetzung zum Studium ist die Allgemeine Hochschulreife. Die Inhalte des Studiums werden durch eine Approbationsordnung definiert: Schwerpunkt wären vor allem die Psychologie als Kernwissenschaft der Psychotherapie sowie psychotherapie-relevante Bereiche der Pädagogik, Medizin, Sozialwissenschaften etc. Der Erwerb von Grundkenntnissen in allen wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren ist dabei unverzichtbar. Neben wissenschaftlichen Grundlagen sind auch praktische Erfahrungen verbindlich vorzusehen, z. B. Famulaturen und/oder ein mehrmonatiges „Praktisches (Halb-) Jahr“ in klinischen Einrichtungen, in dem grundlegende Kompetenzen und Fertigkeiten im Umgang mit Patienten erworben werden. Über den genauen Umfang des Fächerkanons sowie der praktischen Erfahrungen ist noch weiter zu diskutieren (8).

Die Verfahrens- und Altersgruppen-bezogene Fachkunde wird durch eine vier- bis fünfjährige Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten – analog dem Facharzt – erreicht. Inhaltlich entspricht die Weiterbildung weitgehend der jetzigen Ausbildung: Neben der Arbeit mit Patienten sind Theorieseminare, Selbsterfahrung und Supervision zu absolvieren. Die Weiterbildung soll sowohl in Kliniken als auch an den jetzigen Ausbildungsinstituten erfolgen. Die Institute könnten zukünftig Weiterbildungsstätten mit Versorgungsambulanzen sein. Ein Teil der Weiterbildung könnte auch in Lehrpraxen von niedergelassenen Psychotherapeuten stattfinden. Erst nach Abschluss der Weiterbildung ist eine Kassenzulassung möglich (29).

„PiA in Ausbeutung“ gibt es in diesem Modell nicht mehr: Die ersten praktischen

Kenntnisse werden während der Studienzeit erlernt, d. h. mit dem finanziell und sozialrechtlich geregelten Status von Studierenden. Die spezifischen fachpsychotherapeutischen Kompetenzen werden in der Berufstätigkeit als Weiterbildungsassistent erworben. Dies ist arbeitsrechtlich, finanziell und vom beruflichen Status im Gesundheitssystem für Absolventen eines Hochschulstudiums angemessen (23).

Von diesen Überlegungen unberührt bleibt die Möglichkeit, über ein Medizinstudium mit anschließender Facharzt-Weiterbildung die Qualifikation für psychotherapeutisches Arbeiten zu erreichen.

## Argumente gegen das Modell „Approbationsstudium und Weiterbildung“

Kritische Einwände betonen insbesondere folgende Aspekte:

- Die Studiengänge können gar nicht eingerichtet werden, insbesondere die Praxis-Anteile sind nicht realisierbar oder werden zu teuer. Es wird nicht genügend Studienplätze geben.
- Es ist unsicher, ob die gesetzlichen Grundlagen für die Finanzierung der Weiterbildung geschaffen werden; die PiA als Weiterbildungsassistenten zu honorieren ist unmöglich.
- Die Universitäten sind überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet; deshalb können im Studium nicht Grundlagen aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren vermittelt werden. Die psychodynamischen Verfahren wären bedroht.
- Die Qualität der jetzigen Ausbildung ist gefährdet, weil Weiterbildung in der Regelungshöhe der Psychotherapeuten-

kammern der Länder liegt und zu befürchten ist, dass zukünftig die Anforderungen sehr unterschiedlich ausgestaltet werden. „Baukastensysteme“ von willkürlich zusammengesetzten Weiterbildungseinheiten statt der kontinuierlichen Bildung von Therapeutenpersönlichkeiten wären möglich.

- Es besteht die Gefahr, dass Psychotherapeuten sich ohne Weiterbildung niederlassen und schlechte Versorgungsqualität anbieten.
- Der breite Zugang zur Ausbildung verschwindet, (Sozial-)Pädagogen als KJP wird es dann nicht mehr geben.

#### Die DPTV nimmt diese Bedenken ernst und sucht dafür nach Lösungen:

- Zur Finanzierbarkeit wurden schon Gespräche mit der KBV aufgenommen. Die KBV hat selbst ein Interesse an der Verankerung und Finanzierung ambulanter fachärztlicher Weiterbildung und ist ein starker Bündnispartner für dieses Ziel. Auch das für eine Reform federführende BMG hat signalisiert, dass Regelungen zur Aus- und Weiterbildung auch eindeutige gesetzliche Formulierungen zur Finanzierung beinhalten müssen.
- Die psychodynamischen Verfahren sind derzeit tatsächlich an den Universitäten unterrepräsentiert. Eine Vorschrift in der Approbationsordnung, dass Grundkenntnisse in *allen* Verfahren vermittelt werden müssen, würde die Situation zukünftig deutlich verbessern.
- Eine Musterweiterbildungsordnung sollte die Inhalte vorgeben. Es ist möglich und sinnvoll, über verbindliche Anforderungen an Curricula und an die Kooperation von Weiterbildungsstätten bewährte Qualitätsstandards aufrecht zu erhalten. Die zukünftigen Weiterbildungsinstitute könnten die Koordination der Weiterbildung übernehmen. Die Berechtigung zur Kassenzulassung wird sich an bundeseinheitlichen Regelungen orientieren.
- Eine Niederlassung ohne abgeschlossene Weiterbildung ist eher eine theoretische Möglichkeit; u. a. haftungsrechtliche Probleme stehen dem entgegen.

- Studieninhalte anderer Studiengänge sind anrechenbar. Die Approbationsordnung beschreibt, welche Studieninhalte für den Beruf relevant sind. Eine Spezialisierung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bleibt unverzichtbar.

#### Argumente für das Konzept „Approbationsstudium und Weiterbildung“

- Das Problem unterschiedlicher Niveaus verschiedener Zugangsstudiengänge und unterschiedlicher Approbationen mit verschiedener Reichweite wäre aufgelöst. Ein einheitliches akademisches Qualifikationsniveau aller Psychotherapeuten würde durch eine bundesweit gültige Approbationsordnung garantiert.
- Psychotherapie wäre insgesamt als Fach an den Universitäten in Lehre und Forschung gestärkt. Die psychodynamischen Verfahren und die Verfahrensvielfalt könnten durch verbindliche Vorschriften in der Approbationsordnung an den Universitäten einen garantierten Stellenwert erhalten.
- Die bisherigen PiA würden zu approbierten Weiterbildungsassistenten in der psychotherapeutischen Fach-Weiterbildung. Sie wären dadurch regulär in der Patientenversorgung tätig und hätten über die geleistete Arbeit Anspruch auf Vergütung und weitere sozialrechtliche Absicherungen, z. B. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Urlaub, Mutterschutz etc. (23, 29).
- Es wäre ein Zuwachs an Freiheit und Selbstbestimmungsmöglichkeiten für die Psychotherapeuten, wenn der Berufsstand selbst über die dann zuständigen Psychotherapeutenkammern die Inhalte und Qualifikationsanforderungen der Weiterbildung festlegen kann (2).
- Außerdem könnte im § 1 PsychThG eine Neudefinition des Psychotherapeutenberufs erfolgen, die eine Öffnung für z. B. Prävention oder für Heilversuche in bisher nicht anerkannten Verfahren erlaubt (2).
- Die Einheit von Lehre, Forschung und Heilbehandlung als charakteristisches Merkmal eines akademischen Heilberufs würde realisiert (27).

- Approbationsstudium und Fachweiterbildung wären eine formale Parallelisierung der Psychotherapeutenausbildung mit der von anderen akademischen Heilberufen. Bei den zu erwartenden europarechtlichen Angleichungen der Heilberufe erscheint es eher möglich, zusammen mit der Medizin einen deutschen Sonderweg für die akademischen Heilberufe durchzusetzen als einen „Sonderweg Psychotherapie“. Damit könnten die deutschen Standards für den Psychotherapeutenberuf gesichert werden. Ansonsten besteht die große Gefahr, dass eine Anpassung „nach unten“ erfolgt.
- Die vom Berufsstand schon lange geforderte Aufhebung der Befugnisbeschränkungen (Heilmittelverordnungen, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Überweisungen zu Vertragsärzten) wäre durch die formale Angleichung erreichbar (2).

Letztlich geht es der DPTV nicht nur um die Reform der Ausbildung, sondern auch um die langfristige Sicherung der Position der Psychotherapeuten im Verhältnis zu den anderen akademischen Heilberufen in unserem Gesundheitssystem. Dafür ist eine inhaltlich und formal anspruchsvolle Ausbildung auf hohem akademischem Niveau eine unverzichtbare Grundlage.



Dipl.-Psych. Barbara Lubisch

Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung  
Schmiedstraße 1  
52062 Aachen  
B.Lubisch@t-online.de

# Heilkunde und forschendes Lernen integrieren

## Ein erfahrungsbasiertes Studiengangmodell mit Institutskooperation

Ulrich A. Müller

Nachdem der 22. DPT sich am 20. April 2013 für die Sondierung verschiedener Reformmodelle für die zukünftige Psychotherapeutenausbildung ausgesprochen hat, ist damit auch die Allgemeine Hochschulreife als denkbare Zugangsmöglichkeit zur „Direkt-ausbildung“ in Betracht gezogen worden. Um auch weiterhin die Qualität der Tätigkeit ihrer Absolventen zu gewährleisten, müsste die Reform der psychotherapeutischen Ausbildung die wissenschaftliche Qualifikation eines Studiums mit einer patientenorientierten Ausbildung verknüpfen. Hierzu wäre von Anfang an eine intensive Kooperation zwischen Hochschulen und anerkannten Ausbildungsstätten notwendig, die sowohl die Forschungspraxis der Hochschulen in Richtung einer klinisch-praxeologischen Versorgungsforschung wie auch die Nähe der Ausbildungsstätten zur Forschung intensivieren helfen könnte. Daher muss ein solcher Studiengang stets auch die Voraussetzungen für die Akkreditierung eines wissenschaftlichen Studiengangs erfüllen.

Das an der Hochschule Hannover auf der Grundlage des bestehenden Studiengangs „Psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ entwickelte Modell eines umfassenden Studiengangs zum KJP basiert inhaltlich auf Kriterien der akademischen Fachgesellschaften und auf den Ausbildungsrichtlinien der Fachverbände. Es nimmt Anleihen an Freuds Jungtüm Forschern und Heilen, deren unmittelbare Verzahnung exemplarisch im Rahmen einer reformierten Ausbildung anschaulich umsetzbar würde.

### Integriertes Studiengangmodell

„Ausbildung“ ist anwendungsbezogenes Studium: Während Universitäten klassischerweise akademische Disziplinen lehren, liegt das Ziel der Wissensvermittlung an den Hochschulen für angewandte Wissenschaften

in der ergänzenden konkreten Berufsvorbereitung. Die Neuorientierung des Medizinstudiums hin zu einem Studium, das die Nähe zum Patienten sucht, weil in den letzten Jahrzehnten die patientenferne Vermittlung von theoretischem Wissen als latentes Defizit empfunden wurde, ist ein aktueller Beleg dafür, dass die Erfahrungsorientierung auch zum Kern der akademischen Heilberufe gehören sollte. Um diesen Kern kann sich das klinische Wissen sukzessive aufbauen. In der Psychotherapie wurde dieses Defizit insbesondere da virulent, wo die Ergebnisse der klinischen Forschung auf evidenzbasierten Kriterien in Laborsituationen fußten, die fernab vom Praxisalltag lagen und daher von den Praktikern als realitätsfern und wenig handlungsrelevant erlebt wurden. Klinische Forschung und psychotherapeutische Praxis müssen daher wieder enger zusammengeführt werden.

Die wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie ist daher auch in den praxisgeleiteten Studiengängen eine wesentliche Voraussetzung, sollte sich jedoch selbst auch der Überprüfung im Praxisalltag stellen. Insofern ist das erfahrungsgeleitete Studium eine sich selbst reflektierende Forschungspraxis, weil die theoretischen Überlegungen unter Anleitung an der Praxis überprüft und mit den eigenen Erfahrungen in Bezug gesetzt werden.

Grundsätzlich bieten Hochschulen für angewandte Wissenschaften ideale Voraussetzungen, um Studiengänge, die Wissenschaft, Forschung und klinische Praxis zusammenführen, zu etablieren. Integrierte Studiengänge im Sinne der beständigen Reflexion der Praktika im Berufsfeld durch Wissenschaftler und erfahrene Praktiker in begleitenden Seminaren schaffen hierfür den strukturellen Rahmen. Diese integrier-

ten Studiengangskonzepte wurden entwickelt vor dem Hintergrund der Erfahrungen, dass das akademische Lehrangebot an den Universitäten nicht hinreicht, sondern um die Reflexion der konkreten Praxis im Berufsleben ergänzt werden muss. Hieran erweist sich die Notwendigkeit, Psychotherapie als „akademischen Heilberuf“ im doppelten Sinne zu verstehen: Psychotherapie bedarf der wissenschaftlichen Fundierung im Sinne einer qualifizierten Ätiologie, der Reflexion der aktuellen Ergebnisse der Anwendungs- und Ergebnisforschung, zugleich muss sich die klinische Forschung selbst auch der Erfahrung der Berufspraxis stellen.

### Das Hannoveraner Modell

Das in Hannover entwickelte Modell basiert auf Erfahrungen mit dem bereits akkreditierten Masterstudiengang „Therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ und liegt bisher nur als Entwurf für eine umfassende Ausbildung an der Hochschule vor. Die Umsetzung dieses Modells in einen Studiengang setzt voraus, dass ein sozial-/heilpädagogischer Fachbereich mit einem Ausbildungsinstitut kooperiert, um die dadurch entstehenden Synergien für einen Studiengang zu nutzen, der zugleich den Erwerb der wissenschaftlichen Qualifikation wie auch die Aneignung von Erfahrungswissen zur späteren Ausübung des Heilberufs ermöglicht. Diese Zusammenarbeit nutzt die fachlichen und personellen Ressourcen beider Institutionen. Die Ressourcen der Ausbildungsinstitute können hierdurch von Studienbeginn an eingesetzt werden, um die Praxisorientierung nutzbringend zu fördern.

**Bachelorstudiengang: Beratung – Psychosoziale Grundversorgung:** Zugangsvoraussetzung für das Studium ist die Allgemeine Hochschulreife. Im grundlegenden



Bachelorstudium werden die Quellwissenschaften (Pädagogik, Sozialpädagogik, Psychologie, Physiologie, Medizin, Kulturanthropologie) nach Vorgabe des Gegenstandskatalogs und gemäß den Kriterien der zuständigen Fachgesellschaften erlernt.

Das sechssemestrige Grundstudium soll zunächst die Grundlagen für ein allgemeines Verständnis von biopsychosozialen Zusammenhängen und psychotherapeutischen Möglichkeiten legen. Neben den Grundlagenseminaren soll es begleitende Praktika in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen geben, die die Qualitätsvoraussetzungen für Hospitationen erfüllen. Der Studiengang verfolgt das Ziel, den Studierenden die Qualifikation für Beratungs-, Präventions- und Versorgungsangebote im Gesundheitswesen zu vermitteln.

Das vorliegende Modell einer integrativen (Integration der Praxis) und kooperativen (Kooperation mit anerkanntem Ausbildungsinstitut) Ausbildung sieht vor, das Modul der grundlegenden Ausbildungsinhalte aus dem „Kriterienpapier“<sup>1</sup> in seiner Grundstruktur und Gewichtung zu übernehmen und durch zusätzliche Praktika (teilnehmende Beobachtung) zu ergänzen, die im Rahmen des Studiums bis zu einer Prüfung (Bachelor analog) bearbeitet und unter Anleitung reflektiert werden (Abschlussarbeit).

Das Grundstudium entspricht den Anforderungen an einen Bachelorstudiengang, der entweder gesondert abgeschlossen oder auch als erste Stufe eines weiterführenden Studiums, das zum Staatsexamen oder Master führt, entwickelt werden kann. Das Grundstudium schließt entweder mit dem Bachelor (KMK-Forderung) oder mit einem ersten Examen (BMG-Erwartungen) ab, das sowohl zum weiterführenden Psychotherapiestudium berechtigt, zugleich aber auch für ein eigenständiges Berufsfeld qualifiziert. Der Abschluss im Grundstudium (Bachelor analog) soll zur beratenden Tätigkeit in Einrichtungen der Gesundheitsprävention dienen. Das Bachelorstudium qualifiziert daher zugleich für eine beratende und versorgende Tätigkeit im Vorfeld der approbationsgeschützten heilkundlichen Behandlung.

**Masterstudiengang (Staatsexamen) und Psychotherapieapprobation mit Fachkun-**

**de:** Der anschließende Masterstudiengang setzt den erfolgreichen Abschluss des Bachelorstudiums oder vergleichbare Studienabschlüsse voraus. Der modifizierte Masterstudiengang ist an die spezifischen Bedingungen der einhergehenden Ausbildung geknüpft und wird daher nach dem Strukturprinzip eines dualen Studiums durchgeführt, d. h. der Studiengang bezieht die Notwendigkeit von praktischer Tätigkeit während der Ausbildung mit ein. Der Masterstudiengang orientiert sich insofern neben den wissenschaftlichen Rahmenvorgaben an den inhaltlichen Kriterien des PsychThG.

Die Studiengangsinhalte werden neben der Ergänzung durch weitere Elemente des „Kriterienkatalogs“ in erster Linie durch den „Gegenstandskatalog“ für die Psychotherapeutenausbildung bestimmt. Der Studiengang schließt zunächst mit dem Master ab. Der Erwerb der Approbation und der Fachkunde erfolgt durch eine eigene Prüfung nach dem anschließenden Psychiatriepraktikum. Da das Ziel des „Ausbildungsstudiums“ in dem Erwerb der Approbation mit Fachkunde liegt, unterscheiden sich die Studieninhalte nach den verschiedenen Vorgaben und Kriterien der jeweiligen Fachverbände. Ziel ist die Befähigung zum psychotherapeutischen Verstehen und Bearbeiten der Konflikte in der interpersonellen und intrapsychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.<sup>2</sup> Das Ziel ist die Befähigung zur Heilbehandlung gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen des PsychThG.

Ergänzende institutionelle Voraussetzungen für die Einrichtung eines Masterstudiengangs an einer Hochschule: **1) Ausbildungsambulanz:** Die Studierenden müssen im Rahmen einer institutseigenen Ausbildungsambulanz hospitieren und unter Anleitung und Supervision heilkundliche Behandlungen durchführen können. An die Ambulanz ist eine Beratungsstelle angeschlossen, die den Studierenden ausschließlich zur Hospitation und Beratung unter Anleitung dient. **2) Forschungsambulanz:** Die Forschungsambulanz ermöglicht den Studierenden Einblicke und die Mitarbeit in Versorgungsforschung und dient in erster Linie der Reflexion der empirisch-wissenschaftlichen Erfahrung im weiterführenden Masterstudiengang.

### Schlussbemerkung

Das Modell möchte die Qualitätsanforderungen an einen akademischen Heilberuf mit den Erfordernissen, die durch die Bologna-Reform bindend wurden, realisieren. Eine Umsetzung ist an Hochschulen und bisherigen Ausbildungsinstituten möglich, die sich für eine Kooperation im Sinne der Reform der Psychotherapeutenausbildung engagieren möchten. Das Modell hat den Vorzug, dass die Qualität der Institutsausbildung auch nach einer Reform nicht brach liegt, sondern von Anfang an genutzt werden kann, und sich zugleich an den Hochschulen ein attraktives Studienangebot etablieren könnte. Aufgrund der Einrichtung von Ambulanzen eröffnet das Modell die Möglichkeit der wissenschaftlichen Weiterqualifizierung (Promotion) für Studierende, um auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Forschungstätigkeit intensivieren und den wissenschaftlichen Nachwuchs fördern zu können.



Prof. Dr. phil. Ulrich A. Müller

Wissenschaftlicher Leiter des Studiengangs „Psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ an der Hochschule Hannover  
Geibelstraße 104  
30173 Hannover  
kjpmlyer@aol.com

1 Das „Kriterienpapier“ wurde ursprünglich im Auftrag und nach einem Beschluss des 16. und 17. DPT von den Fachgesellschaften DGPs, DGfE und FBTS entwickelt, um die multidisziplinären Studieninhalte zu definieren, die von den Studiengängen (Sozial-)Pädagogik/Sozialarbeit und Psychologie gewährleistet werden sollten (siehe Protokoll des BPTK-Vorstands vom 27.3.2012).

2 Eine Modifikation oder Erweiterung ist im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem jeweils kooperierenden Institut jederzeit denkbar.

# Direktausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

Ulrich Schweiger

Unter dem Stichwort Direktausbildung wird zurzeit eine Reform der Ausbildung zum Psychotherapeuten diskutiert, der den bisherigen PP und KJP ablösen würde. Diese Reform ist ordnungspolitisch motiviert und soll die Struktur der Ausbildung von Psychotherapeuten an die Ausbildung von Ärzten und anderen Berufen in der Heilkunde angleichen. Dies bedeutet, dass ein Studium von sechs Jahren (drei Jahre Bachelor plus zwei Jahre Master plus PJ) der Psychotherapie zusätzlich mit einem Staatsexamen abschließen würde und von einer noch zu definierenden Weiterbildungszeit gefolgt wäre, bis eine eigenverantwortliche Teilnahme an der Versorgung erfolgen kann. Im Folgenden konzentriere ich mich auf Ziele und Inhalte des zukünftigen Studiums „Psychotherapie“.

## Aktuelle Situation

Das gegenwärtige Studium „Psychologie“, wie es an über 30 universitären Einrichtungen in Deutschland angeboten wird, ist als wissenschaftliches Studium ausgelegt und führt nicht explizit auf eine berufliche Tätigkeit in der Heilkunde hin. Aus diesem Grund wird aktuell auf der Grundlage des PsychThG von 1998 die Ausbildung zum PP als zweite Ausbildung konzipiert, hat aber de facto den Charakter einer Weiterbildung. Zu den Inhalten der Bachelor- und Masterstudiengänge in Psychologie existiert ein achtzehnteitiges Papier der DGPs aus dem Jahr 2005 (9) mit Empfehlungen zum Umfang der den einzelnen Disziplinen zuzuweisenden ECTS-Punkte. Die DGPs benennt auf ihrer Website zum Psychologiestudium neun Grundlagendisziplinen (Allgemeine Psychologie, Biopsychologie, Entwicklungspsychologie, Geschichte der Psychologie, Kulturvergleichende Psychologie, Methodenlehre, Persönlichkeitspsychologie und Differentielle Psycho-

logie, Sozialpsychologie, Vergleichende Psychologie) und 14 Anwendungsdisziplinen (Arbeits- und Organisationspsychologie, Evaluation, Gesundheitspsychologie, Gerontopsychologie, Klinische Psychologie, Markt- und Werbepsychologie, Medienpsychologie, Neuropsychologie, Pädagogische Psychologie, Psychologische Diagnostik, Rechtspsychologie, Rehabilitationspsychologie, Umweltpsychologie, Verkehrspsychologie). Im Vergleich zum Studium der Humanmedizin, bei dem über 50 Fächer mit jeweils ausführlichen Gegenstandskatalogen versehen sind, ist das Studium der Psychologie in Deutschland damit in seinem Wissenskanon und Kompetenzkanon formal nur wenig definiert. Die Ausgestaltung des Psychologiestudiums ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt von jeder Hochschule separat zu regeln und tatsächlich ist die Ausgestaltung des Studiums zwischen den einzelnen Hochschulstandorten ausgeprägt heterogen.

## Anforderungen der Zukunft an die Psychotherapie

Wir erleben zurzeit einen enormen Zuwachs von gesundheitsrelevantem Wissen im Bereich der Verhaltenswissenschaften. Allein die Fülle dieses Stoffes macht eine Integration, beispielsweise in das Medizinstudium, unmöglich. Es entsteht dadurch die Notwendigkeit, einen Beruf „Psychotherapeut“ zu entwickeln, der das Wissen der *Behavioral Sciences* für die Gesundheit der Menschen nutzbar macht. Die Bedeutung psychologischer und verhaltensbezogener Interventionen hat in der gesamten Medizin enorm zugenommen. Die Evidenzbasierung psychologischer und verhaltensbezogener Therapien hat im vergangenen Jahrzehnt enorm zugenommen. Psychotherapeutische Methoden sind für

eine Vielzahl von Erkrankungen die Behandlung erster Wahl.

Die dialektische Spannung zwischen den Vorzügen von Meinungsvielfalt und Diversität in der Lehre und den homogenitätssteigernden Effekten des Wissenschaftsbetriebs, des Konzepts der evidenzbasierten Medizin, der Erstellung von und der Orientierung an Leitlinien ist sicherlich in der Psychotherapie etwas höher als in der Medizin im Allgemeinen. Wir können uns dennoch der Frage nach einem gültigen Kanon von Wissen und Kompetenzen in der Psychotherapie nicht entziehen. Ein Patient kann von seinem Hausarzt erwarten, dass die Behandlung einer Harnwegsinfektion oder eines Diabetes mellitus aktuellen Leitlinien entspricht. Er hat Anspruch darauf, darüber aufgeklärt zu werden, wenn die Behandlung davon abweicht. Ähnliches gilt für approbierte Psychotherapeuten bei der Behandlung psychischer Störungen.

## Das Psychotherapiestudium der Zukunft

Die Frage, welches Wissen und welche Kompetenzen die zukünftige Generation von Psychotherapeuten braucht, wird in Zukunft bereits am Bachelor- und am Masterstudium ansetzen und nicht erst nach Studienabschluss während einer verfahrensbezogenen Psychotherapeutenausbildung. Folgende Gesichtspunkte sind in Ergänzung und Gewichtung zu den bisherigen Studieninhalten wichtig:

- **Schnittstellenkompetenz:** Psychotherapie als Heilberuf ist eingebettet in ein komplexes Netzwerk von Wissen aus dem Bereich der Verhaltenswissenschaften, der Biologie, der Medizin und

der Pharmakologie. Um innerhalb der Heilkunde dialogfähig zu sein, ist es erforderlich, Wissen an den Schnittstellen dieser Wissensfelder zu besitzen. Ein Studium der Psychotherapie benötigt deshalb eine Überlappung von etwa 20% mit anderen Studiengängen. Beispiele sind Humanbiologie (um insbesondere ein vertieftes Verständnis der dynamischen Wechselwirkung zwischen genetischen, epigenetischen, biochemischen, Umwelt- und Verhaltensfaktoren zu entwickeln), Medizin für Psychologen (vertieftes Verständnis der Bedeutung von kognitiven, emotionalen und Verhaltensfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung wichtiger körperlicher Erkrankungen, Nutzung dieses Wissens für die Therapie und Integration in medizinische Behandlungspläne), Pharmakologie (insbesondere Behavioral Pharmacology), Nosologie und Therapie psychischer und neurologischer Störungen (Zusammenspiel von Psychotherapie, Neuropsychologie, Pharmakotherapie und weiteren medizinischen Maßnahmen).

■ **Teamkompetenz:** Viele Psychotherapeuten werden innerhalb ihres akademischen Berufslebens zusammen mit Ärzten, Krankenpflegepersonal in der Krankenversorgung, aber auch mit Pharmakologen, Physikern, Biochemikern, Mathematikern und Vertretern weiterer akademischer Berufe in Teams zusammenarbeiten. Eine frühzeitige gemeinsame Sozialisation mit diesen Berufsgruppen ist wünschenswert und sollte durch entsprechende in das Studium integrierte gemeinsame Veranstaltungen und Praktika gefördert werden.

■ **Neugewichtung der psychologischen Inhalte:** Keine der Grundlagendisziplinen und Anwendungsdisziplinen der Psychologie ist irrelevant für die Heilkunde. Die gegenwärtige Gewichtung der Teildisziplinen ist aber nicht optimal für Studenten, die später in der Heilkunde arbeiten werden. Außerdem müssen die spezifischen Inhalte defi-

niert und auf ihre Relevanz für die Heilkunde überprüft werden. Hierzu muss ein detaillierter Gegenstandskatalog entwickelt, diskutiert und erprobt werden.

■ **Evidenzbasierte Therapiemethoden in der Behandlung psychischer Störungen:** Im vierten und fünften Studienjahr (Master) sollen vertiefte Kenntnisse der wichtigsten evidenzbasierten Therapiemethoden der vom WBP anerkannten Psychotherapieverfahren erworben werden. Hierzu müssen Inhalte, die bisher erst in der zweiten Ausbildung gelehrt wurden, ins Studium verlagert werden. Dieses Wissen soll zum Beginn der sich an das Studium anschließenden Weiterbildung im Bereich Klinischer Psychotherapie bereits vorhanden sein.

■ **Neuropsychologie:** Im vierten und fünften Studienjahr (Master) sollen vertiefte Kenntnisse der Neuropsychologie erworben werden. Diejenigen Psychotherapeuten, die nach dem Studium eine Weiterbildung im Bereich Neuropsychologie anstreben, sollen das notwendige Grundlagenwissen bereits zum Beginn dieser Weiterbildung verfügbar haben.

■ **Ausrichtung auf schwerkranke Patienten:** Eine der wichtigsten Herausforderungen für das Fach ist die Behandlung schwerkranker, komorbider, in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit ausgeprägt eingeschränkter Patienten, wie beispielsweise Patienten mit chronischer Depression, Depression im Rahmen schwerer körperlicher Erkrankungen, Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder psychotischen Störungen. Gerade in diesen Bereichen ist die Evidenzbasierung von Psychotherapie deutlich angewachsen. Kenntnisse und Fertigkeiten in diesen Bereichen sollten allen Psychotherapeuten vermittelt werden. Auch wenn sich hieraus durchaus manchmal versorgungspolitische Verzerrungen ergeben können, so wird doch das Prestige eines Faches entscheidend von seiner Kom-

petenz in der Behandlung schwerkranker Patienten geprägt.

### Zusammenfassung und Diskussion

Direktausbildung bietet der nächsten Generation von Psychotherapeuten die Chance, auf Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen zu arbeiten, neue Kompetenzen zu erwerben und neue Tätigkeitsbereiche zu durchdringen. Dies erfordert allerdings einen tiefgreifenden Veränderungsprozess, der wegen seiner Risiken unserer aller Aufmerksamkeit bedarf. Im Vergleich zum bisherigen Psychologiestudium muss ein Studium der Psychotherapie neue Inhalte hinzufügen und bisherige Inhalte umstrukturieren. Erforderlich ist sowohl ein Dialog innerhalb der Psychologie wie insbesondere auch ein Dialog mit den Vorklinikern und Klinikern der medizinischen Fakultäten und weiteren Stakeholdern des Gesundheitswesens. Psychologische Fachbereiche müssen neue Kooperationsformen mit anderen universitären Fachbereichen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Spezialambulanzen entwickeln.



Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

Stellvertretender Direktor  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
ulrich.schweiger@uksh.de



# Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapie

## Die neuen Studiengänge der Universität Witten/Herdecke

Robin J. Siegel, Ulrike Willutzki & Ulrich Weger

Seit dem Wintersemester 2012/2013 bietet das neugegründete Department für Psychologie und Psychotherapie der Universität Witten/Herdecke (UW/H) einen Bachelorstudiengang Psychologie und Psychotherapie an. Im Wintersemester 2013/2014 hat der konsekutive Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie an der UW/H erstmals Studierende aufgenommen. Die UW/H ist seit 1982 staatlich anerkannte Hochschule des Landes NRW in gemeinnütziger Trägerschaft; sie ist eine inhaltlich breit aufgestellte Universität mit insgesamt 14 Studiengängen in den Fakultäten Gesundheit, Wirtschaft und Kultur. Das Studium an der UW/H wird durch die Beiträge der Studierenden finanziert; verschiedene von den Studierenden entwickelte Finanzierungsmodelle erlauben es, dass Studierende ihre Studienbeiträge erst nach Aufnahme der Berufstätigkeit ganz oder teilweise bezahlen („umgekehrter Generationenvertrag“; siehe [www.sg.blog.uni-wh.de/generationenvertrag](http://www.sg.blog.uni-wh.de/generationenvertrag)). Die Studienbeiträge liegen bei Direktzahlung für das Bachelorstudium bei insgesamt 21.312,- Euro und für das Masterstudium bei insgesamt 18.816,- Euro.

Die konzeptionelle Entwicklung der Bachelor- und Masterstudiengänge im Department für Psychologie und Psychotherapie der UW/H erfolgte in Kooperation mit dem Lehrinstitut Bad Salzflufen, einem Ausbildungsinstitut für PP und KJP (PA, TP, VT). Vorrangiges Ziel der Konzeption war es, einen Studiengang zu gestalten, der sich einerseits durch hohe Praxisrelevanz und andererseits durch Verknüpfung naturwissenschaftlicher Grundlagen und geisteswissenschaftlicher Wurzeln der Psychotherapie auszeichnet. Im Studiengang spielt die Verfahrensvielfalt eine besondere Rolle: Alle vier wissenschaftlich aner-

kannten Psychotherapieverfahren sollen gleichberechtigt gelehrt werden, um den Studierenden eine informierte Entscheidung für die spätere psychotherapeutische Ausrichtung zu ermöglichen. Um praktische Kompetenzen gezielt zu vermitteln, werden kleine Lern- und Übungsgruppen mit Tutorienbegleitung in das Studium integriert. Die aktuellen Überlegungen zur Direktausbildung waren nicht Anlass für die Entwicklung des Studienganges.

Neben der inhaltlichen Schwerpunktsetzung bei der Klinischen Psychologie und Psychotherapie haben bei der Konzepterstellung die Empfehlungen der DGPs zur Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Psychologie an den Universitäten (9), die Empfehlung des 16. DPT (6) bzw. Kriterien der European Federation of Psychology Associations (EFPA) für das EuroPsy (11) eine Rolle gespielt. Ziel war es, trotz Schwerpunktsetzung im Bereich Psychotherapie einen Studiengang anzubieten, der ein wissenschaftliches Psychologiestudium auf Grundlage der Kriterien der Fachgesellschaften garantiert. Die Studiengänge sind vom Berufsverband Deutscher Psychologen anerkannt (3) und wurden 2012 durch die Akkreditierungsagentur im Bereich Gesundheit und Soziales (AHPGS) akkreditiert.

Das Department wird im Endausbau im Wintersemester 2016/2017 je Semester 35 Bachelorstudierende und 35 Masterstudierende aufnehmen. Die Auswahl der Studierenden erfolgt durch ein persönliches Auswahlverfahren mit einer schriftlichen Bewerbung inkl. eines ausführlichen Motivationsschreibens sowie zwei persönlichen Einzelgesprächen und halbstandardisierten Aufgaben.

Von zehn geplanten Professuren (plus einer Juniorprofessur) sind derzeit drei Professuren besetzt (Grundlagen der Psychologie, Neurobiologie und Genetik des Verhaltens, Klinische Psychologie und Psychotherapie). Aktuell laufen Berufungsverfahren für weitere drei Professuren, zwei weitere Berufungsverfahren sind in Vorbereitung. Komplementiert werden soll das Studienangebot durch eine Forschungs- und Lehrambulanz.

### **Besonderheiten des Hochschulstandortes Witten/Herdecke**

Das Department für Psychologie und Psychotherapie der UW/H ist zusammen mit der Medizin, der Zahnmedizin und der Pflegewissenschaft unter dem Dach der Fakultät der Gesundheit vereint. Das Department für Humanmedizin zeichnet sich traditionellerweise durch ein problemorientiertes, praxisnahes Studium aus, mit dem Ziel, junge Menschen zu lernfähigen Arztpersönlichkeiten auszubilden. Im Oktober 2013 belegte das Medizinstudium der UW/H den 1. Platz im Fakultätenranking des Hartmannbundes; es bietet laut diesem Ranking die besten Studienbedingungen für Medizinstudierende in Deutschland. Die enge Vernetzung des Departments für Psychologie und Psychotherapie mit der Medizin in der Fakultät für Gesundheit ermöglicht in der Ausbildung eine intensive Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen.

### **Bachelorstudiengang Psychologie und Psychotherapie**

Der Bachelorstudiengang Psychologie und Psychotherapie gliedert sich in fünf inhaltliche Blöcke. Im einführenden Grundlagenblock aus sechs Modulen werden die

psychologischen Grundlagenfächer (Allgemeine Psychologie, Biologische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Sozialpsychologie) sowie die Pädagogische Psychologie gelehrt.

Bereits zum Beginn des Studiums startet der Methodenblock, in dem Studierende grundlegendes Wissen über wesentliche methodische und statistische Verfahren der psychologischen und psychotherapeutischen Forschung erwerben. Innerhalb eines der Module werden diese Verfahren in Übungen und Projektseminaren angewendet. Die Forschungsfähigkeit wird im Anschluss in einem longitudinalen Curriculum zur Wissenschaftstheorie und Forschungspraxis weiter entwickelt und mit der Bachelorarbeit abgeschlossen.

Im dritten Semester startet der Schwerpunkt „Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik“. Neben Einführungsveranstaltungen im 3. und 4. Semester in Psychologischer Diagnostik und Klinischer Psychologie/Psychotherapie ist für das 5. Semester eine Praxisphase vorgesehen. Diese wird im 4. Semester durch eine Ringvorlesung eröffnet, in der Berufspraktiker ihre Arbeitsbereiche in der klinischen Psychologie, Psychotherapie und Beratung vorstellen. Zu Beginn des 5. Semesters werden in Blockseminaren gezielt Gesprächsführungs- und Gruppenführungs Kompetenzen geübt sowie eine Einführung in verschiedene psychotherapeutische Methoden und Theorien gegeben. Es folgt ein Praktikum von neun Wochen in einer mit der UW/H kooperierenden Einrichtung. Anschließend wird das anwendungsbezogene Modul „Gesundheitspsychologie, Epidemiologie und Public Health“ durchlaufen. Das gesamte Studium wird durch das *Studium fundamentale* begleitet, in dem fachübergreifend Veranstaltungen in den Bereichen reflexive, kommunikative und künstlerische Kompetenz angeboten werden.

### **Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapiewissenschaft**

Im Masterstudiengang werden die folgenden Module absolviert:

- Im Einführungsblock werden Modelle und Theorien der klinischen Psychologie/Psychotherapie vertieft und der Zusammenhang zum deutschen Gesundheitssystem hergestellt.
- Der Block „Klinische Forschung und Forschungsmethoden“ besteht aus zwei Modulen, in denen klinische Forschungsmethoden und Klinischen Neurowissenschaften gelehrt werden.
- Das Modul „Anwendung klinischer Psychologie und Psychotherapiewissenschaft“ beinhaltet je ein Seminar zu jedem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Um am Department nicht hinreichend vertretene Verfahren angemessen repräsentieren zu können, werden Lehraufträge erteilt. Ein weiteres Projektseminar wird zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen angeboten.
- Darüber hinaus findet eine fundierte Diagnostikausbildung für alle Anwendungsfelder der klinischen Psychologie/Psychotherapie statt.
- Das Masterstudium schließt mit der Masterarbeit ab.

### **Reform der Psychotherapeutenausbildung**

Bei der Konzeptionierung der konsekutiven Studiengänge des Departments für Psychologie und Psychotherapie der UW/W ging es vor allem um die Schwerpunktbildung im Bereich der Psychotherapie und die Einbeziehung aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren in das Studium. Die Diskussion um die Reform der Ausbildung und insbesondere die Beschlüsse des 16. DPT (6) wurden im Entwicklungsprozess beobachtet und aufgenommen. Die Studiengänge sind nicht als Modellstudiengänge einer „Direktausbildung“ gestaltet worden. Dementsprechend ist ein Approbationsabschluss für diese Studiengänge nicht vorgesehen: Mit Abschluss der Studiengänge verfügen die Studierenden nicht über die Qualifikation für eine eigenständige und selbstverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit. Durch hohen Praxisbezug, Verfahrensvielfalt und die enge Kooperation mit der Humanmedizin bieten die Studiengänge einige Besonderheiten, die Studierenden mit einer klaren Ausrichtung auf die Klinische Psycho-

logie und Psychotherapie bessere Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung bezüglich der Ausrichtung einer sich anschließenden Psychotherapeutenausbildung schaffen. Durch praktische Kenntnisse soll dem „Praxisschock“, unter dem viele Ausbildungsteilnehmer zu Beginn der Ausbildung leiden, entgegengewirkt werden. Für eine eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung sind einerseits unbedingt intensive weitere handlungsbezogene Kenntnisse notwendig, etwa bzgl. verschiedener psychischer Störungen und entsprechender Interventionsmodelle auf Basis eines kohärenten Modells psychischer Störungen und ihrer Aufrechterhaltung. Andererseits bedarf es für die eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit langzeitlicher Erfahrungen mit psychischen Störungen: Wie sind die Störungs- und Heilungsverläufe? Welche positiven Aufschaukelungsprozesse bzw. problematischen Entwicklungen können auftreten? Für den Erwerb entsprechender Kenntnisse und Fertigkeiten sind weitere Praxisanteile in Kliniken, ambulanten und anderen Einrichtungen erforderlich. Dabei muss gewährleistet sein, dass die zukünftigen Psychotherapeuten mittel- und langfristige Verläufe unter Supervision und mit Reflexion ihrer Praxistätigkeit auf Basis einschlägiger Störungs- und Änderungsmodelle kennengelernt haben.



**Dipl.-Psych. Robin J. Siegel**

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

# Modellstudiengang „Psychosomatische Psychotherapie“

Claudia Subic-Wrana, Udo Porsch & Manfred E. Beutel

## **Direktstudium Psychosomatische Psychotherapie: Studienstruktur und -inhalte**

Die Autoren gehen davon aus, dass ein Direktstudium Psychotherapie nicht zwangsläufig allein an die Lehrstühle für klinische Psychologie angegliedert werden muss, sondern plädieren dafür, dass ein Direktstudium auch an medizinischen Fakultäten ermöglicht werden sollte. Die Ansiedlung sowohl an der klinischen Psychologie und der Medizin würde der Entwicklung der Psychotherapie aus der Psychologie und Medizin Rechnung tragen, neben den durch eine Novellierung des PsychThG festgelegten Mindeststandards des Direktstudiums könnten die Studiengänge durch die Ansiedlung an diesen beiden Fakultäten unterschiedliche Akzente setzen und so zur Vielfaltigkeit in der psychotherapeutischen Praxis und Forschung beitragen.

Die Struktur des Direktstudiums Psychosomatische Psychotherapie orientiert sich am Medizinstudium: Das Grundlagenwissen wird in vier, das Vertiefungswissen in sechs Semestern erworben, beide Studienabschnitte schließen jeweils mit einem Staatsexamen ab. Orientiert am Studienangebot in medizinischen Modellstudiengängen wird durchgängig durch alle Semester neben der Vermittlung von theoretischem Wissen auch der Erwerb psychotherapeutischer Basisfertigkeiten ermöglicht. Die in der heutigen Ausbildung nach PsychThG aus den Ausbildungsstätten ausgegliederte Praktische Tätigkeit Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik ist in das Modell integriert. Analog zum PJ in den beiden letzten Semestern des Medizinstudiums ist ein PJ Psychotherapie in medizinischen Feldern mit integrierten psychotherapeutischen Aufgaben (z. B. Psychoonkologie) vorgesehen; dieses wird

durch praxisbezogene Selbsterfahrung nach dem Modell der Balintgruppen im Umfang von 3 ECTS bzw. 90 Semesterwochenstunden (ein Credit-Point steht für einen studienbezogenen Arbeitsaufwand von 30 Semesterwochenstunden) begleitet. Das Studium schließt mit einem 3. Staatsexamen ab, dessen Bestehen zur Approbation berechtigt. Der Studienumfang beträgt insgesamt 360 ECTS. Durchgängig durch das Grund- und Hauptstudium liegt die Relation von der Vermittlung theoretischen Wissens zum Erwerb von Basisfähigkeiten für beratend-psychotherapeutisches Handeln bei 780 zu 120 Semesterwochenstunden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass in die ECTS alle studienbezogenen Aktivitäten, d. h. auch die Vor- und Nachbereitung von Vorlesungen und Seminaren, das Schreiben von Referaten oder das Lernen für Prüfungen, einfließen. Diese außerhalb des direkten Kontakts zwischen Lehrenden und Studierenden stattfindenden Aktivitäten nehmen beim Erwerb theoretischen Wissens deutlich größeren Raum ein als bei der Vermittlung und dem Training praktischer Fertigkeiten, die durchgängig in von Dozenten betreuten Seminaren bzw. Workshops stattfinden sollen.

Wie in anderen Modellen zum Direktstudium erfolgt die Weiterbildung nach der Approbation in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren in den bisherigen außeruniversitären und universitären Ausbildungsstätten mit einer Dauer von ca. drei Jahren. Während dieser Weiterbildungszeit können die approbierten Psychotherapeuten – auch hier analog zur medizinischen Weiterbildung – in verschiedensten psychotherapeutischen Praxisfeldern unter fachlicher Aufsicht eigenständig tätig werden.

Zulassungsvoraussetzung für das Direktstudium ist neben der Allgemeinen Hochschulreife und einer sechswöchigen Famulatur im medizinisch-psychotherapeutischen Bereich ein Auswahlgespräch zur Klärung der persönlichen Eignung.

Das viersemestrige Grundstudium vermittelt psychologisches und medizinisches Grundlagenwissen. Zum psychologischen Basiswissen gehören z. B. Grundlagen der Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Sozialpsychologie, Grundlagen der Statistik und Testkonstruktion sowie Grundlagen der Psychotherapieforschung. Zum psychosomatischen Basiswissen gehört die Vermittlung somato-psychischer und psychosomatischer Funktionsmodelle; erläutert beispielsweise an Funktionsmodellen aus der Inneren Medizin, der Neurologie oder der Orthopädie. Parallel werden Basisfertigkeiten in Gesprächsführung und im Beobachten und Beschreiben von eigenem Erleben, Verhaltensmerkmalen anderer sowie von Interaktionsphänomenen vermittelt. Im 4. Semester wird dieser Studienabschnitt mit einer Hausarbeit und den Prüfungen für das 1. Staatsexamen abgeschlossen.

Im sechssemestrigen Hauptstudium gibt es neben der Einführung in die psychotherapeutische Diagnostik, der Vermittlung fundierten Wissens über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Krankheiten und der theoretischen Grundlagen für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, Gruppen, Paaren und Familien zwei Schwerpunkte: Das Menschenbild sowie die Krankheits- und Behandlungskonzepte aller wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren sollen gleichberechtigt nebeneinander vermittelt werden; die Auswirkung psychi-



scher Faktoren auf körperliche Erkrankungen und der Einfluss psychischer Faktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung körperlicher Erkrankungen werden am Beispiel ausgewählter Praxisfelder in einem integrativen, psychologisches und medizinisches Basiswissen vermittelnden Ansatz gelehrt. Im tätigkeitsbezogen Teil des Vertiefungsstudiums werden psychotherapeutische Basisfertigkeiten vermittelt und in der Anwendung erprobt; Schwerpunkte liegen hier auf der Vermittlung verhaltenstherapeutischer (z. B. Grundlagen der Exposition) und psychodynamischer (z. B. Durchführung und Auswertung von Tiefeninterviews) Basisfertigkeiten und der Einführung in die Konzeption und Durchführung von psychoedukativen Gruppen.

Auf das frühestens am Ende des 10. Semesters abgelegte 2. Staatsexamen folgt das in drei Abschnitte unterteilte PJ mit einem psychosomatischen Pflichttertial und zwei Wahltertialen in Bereichen, in denen psychotherapeutische Tätigkeiten in das medizinische System integriert sind (z. B. Palliativstation; psychologische Beratung in einer somatischen Rehabilitationseinrichtung usw.). Den Abschluss des Studiums bildet das 3. Staatsexamen, das zur Approbation führt.

### **Kontra: Was spricht gegen die Einrichtung eines Direktstudiums Psychotherapie an der medizinischen Fakultät?**

- Psychotherapeutisches Handeln und Forschen findet in vielen Fächern und Bereichen medizinischer Fakultäten statt (z. B. Medizinische Psychologie, Psychosomatik, Psychiatrie; Psychoonkologie, Palliativmedizin). Jeder dieser Bereiche könnte zum Direktstudium Psychotherapie beitragen. Übergeordnete Strukturen, die ein psychotherapeutisches Direktstudium tragen könnten, müssten jedoch erst geschaffen werden – entweder in der Anbindung des Studiums an einen Lehrstuhl (z. B. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) oder als vom Dekanat organisiertes Querschnittstudium. Diese Strukturen zu schaffen bräuchte Zeit,

Grenzen und Gegensätze zwischen den verschiedenen mit psychotherapeutischen Themen beschäftigten Disziplinen müssten überwunden werden.

- Die Schaffung neuer Ausbildungsstrukturen – z. B. eines Lehrstuhls für Psychotherapie in der Medizin mit entsprechender Ausstattung – ist nicht kostenneutral zu realisieren.
- An der medizinischen Fakultät und in den Universitätskliniken werden bereits ärztliche Psychotherapeuten ausgebildet, die Schaffung eines Direktstudiums Psychotherapie an der medizinischen Fakultät könnte die z. T. prekäre Nachwuchssituation in den medizinisch-psychotherapeutischen Fächern verschärfen.
- Das vorgestellte Modell ist auf die Ausbildung im Bereich der Erwachsenen-Psychotherapie beschränkt, obwohl psychotherapeutischer Behandlungsbedarf an der Schnittstelle zwischen somatischer Erkrankung und psychischer Störung auch bei Kindern und Jugendlichen besteht.

### **Pro: Was spricht dafür?**

- Universitätskliniken halten in vielen Abteilungen und insbesondere in den psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken die volle Versorgungskette vor – ambulant, teilstationär und stationär. Durch die aus medizinischen Modellstudiengängen übernommene Vermittlung und Erprobung praktischer Fertigkeiten in der Arbeit mit Patienten würden die Studierenden die volle Bandbreite des psychotherapeutischen Arbeitsfelds kennenlernen können.
- Durch die gleichzeitige Vermittlung von medizinischem und psychologisch-psychotherapeutischem Basiswissen und die Beteiligung verschiedener Fächer an der Ausbildung ist das Studium interdisziplinär angelegt und würde damit optimal auf die ebenfalls interdisziplinär angelegte Arbeit als Psychotherapeut im medizinischen Bereich vorbereiten.
- Bei der psychotherapeutischen (Mit-) Behandlung körperlicher Störungen oder bei psychischen Erkrankungen

multimorbider Patienten gibt es einen steigenden Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung „jenseits der Richtlinienpsychotherapie“ (vgl. 4). Ein Studium der Psychotherapie an einer medizinischen Fakultät könnte für diesen Bedarf sensibilisieren und Forschung in diesem Bereich stimulieren.

- Gegenwärtig hat die Mehrzahl der psychodynamisch ausgebildeten Hochschullehrer ihren Lehrstuhl an der medizinischen Fakultät, während die Lehrstühle für klinische Psychologie nahezu ausschließlich von Verhaltenstherapeuten besetzt sind. Auch wenn ein Direktstudium Psychotherapie mit den Grundlagen der beiden großen Psychotherapieschulen vertraut machen soll, so würden doch in Abhängigkeit von der eigenen psychotherapeutischen Sozialisation in Forschung und Lehre unterschiedliche Akzente gesetzt, dies könnte die Vielfalt der psychotherapeutischen Landschaft bewahren und ausbauen.



**PD Dr. Dipl.-Psych.  
Claudia Subic-Wrana**

Koordinatorin des Weiterbildungsstudiengangs Psychodynamische Psychotherapie  
Universitätsmedizin Mainz  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Untere Zahlbacher Straße 8  
55131 Mainz  
claudia.subic-wrana@unimedizin-mainz.de

# Und was, wenn nichts passiert? –

## Plädoyer für eine patienten- und qualitätsorientierte Ausbildungsreform

*Ein Mensch erhofft sich, fromm und still,  
dass er einst das kriegt, was er will.  
Bis er dann doch dem Wahn erliegt,  
und schließlich das will, was er kriegt.  
(Eugen Roth)*

### Günter Ruggaber

Im Mai 2009 wurde das Forschungsgutachten (28) an das BMG übergeben, welches dieses in Auftrag gegeben hatte. Ein wesentlicher Anlass war die Frage der Zugangsvoraussetzungen für die Psychotherapeutenausbildung, die durch die Bologna-Reform neu zu regeln waren. Daneben hatten die PiA durch ihre Proteste erreicht, dass die unzulänglich geregelte Vergütung der Praktischen Tätigkeit als zentrales Problem anerkannt worden war.

Das Gutachten hatte in einem transparenten Erhebungsprozess alle Akteure im psychotherapeutischen Feld einbezogen und aus den umfassenden Ergebnissen den Schluss gezogen, dass der Erhalt einer postgradualen Ausbildungsstruktur unter Beibehaltung zweier Psychotherapeutenberufe für die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung die besten Voraussetzungen bietet. Es wurden Vorschläge zur Lösung der skizzierten Probleme gemacht und für weitere Fragestellungen, u.a. die Möglichkeit eines Psychotherapie-direktstudiums, wurde vorgeschlagen, ggf. im Rahmen von Modellprojekten entsprechende Weiterentwicklungen zu erproben.

2009 ist lange her, die Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung ist mit hoher Intensität weitergeführt worden und hat diverse Wendungen erfahren.

#### **Warum ist bisher nichts passiert?**

Seit 2009 haben immer neue Problemstellungen in die Debatte Einzug gehalten. Lösungsvorschläge mussten immer neuen

zusätzlichen Anforderungen genügen. Waren bei den Empfehlungen des Forschungsgutachtens die beschriebenen Ausgangsfragen noch zentral, mussten nun gleichzeitig Lösungen angeboten werden für z. B. bestehende strukturelle Unterschiede zwischen den beiden Berufen PP und KJP, die Gleichbehandlung aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren, die Kompetenzerweiterung von Psychotherapeuten und ihre Gleichstellung mit Fachärzten. Es zeigte sich, dass solche zusätzlichen Anforderungen potenzielle Lösungsansätze komplexer werden lassen.

Trotz leidenschaftlich geführter Debatten bestand im Berufsstand mindestens bis 2010 große Einigkeit darüber, dass der Erhalt einer postgradualen Ausbildungsstruktur als wesentliches Qualitätsmerkmal gesichert bleiben muss und Psychotherapie nur auf der Grundlage eines umfassenden grundständigen akademischen Hochschulabschlusses verantwortbar gelehrt werden kann.

Dann intervenierte die Bürokratie: Die administrative Ebene im BMG machte unmissverständlich deutlich, dass sie fachliche Argumente hinter ordnungspolitische Erwägungen zurückstellt und die Psychotherapiequalifikation in eine vermeintliche Parallelisierung mit dem Ausbildungsweg des Humanmediziners zwingen will.

Damit war die sogenannte Direktausbildungsdebatte geboren, und seither geht es um mehr als strukturelle Ausbildungs-

fragen. Es geht um eine Neudefinition des Psychotherapieberufs und nicht zuletzt um eine Umstrukturierung der akademischen Psychologie. Damit sind Dimensionen erreicht worden, hinter denen die Ausgangsfragen zu verschwinden drohen. Vor allem aber erlangen Lösungsideen nun einen Komplexitätsgrad, der ernsthaft daran zweifeln lässt, ob solche Vorschläge tatsächlich noch realisierbar sind.

Ein politisches Lehrstück besonderer Art stellt dabei die berufspolitische Meinungsbildung dar. War bis 2010 ein Direktstudium Psychotherapie als Gefährdung für die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung identifiziert, lösen sich nun die Haltungen, die bisher gegolten hatten, zunehmend auf oder verkehren sich in ihr Gegenteil.

#### **Direktausbildung – ein Risiko für die Ausbildungsqualität**

Aktuell liegen nun Vorschläge vor, die derzeitige postgraduale Psychotherapeutenausbildung durch einen neu zu schaffenden Studiengang Psychotherapiewissenschaften zu ersetzen und die Erteilung der Approbation an dessen erfolgreiche Absolvierung anzuschließen. Dabei prägen zwei Varianten die Diskussion: Während die Idee einer „basalen Direktausbildung“ ein Studium mit anschließender Approbationsvergabe und nachfolgender praxis- und verfahrensbezogener Weiterbildung vorsieht, welche dann die Voraussetzung zu Erlangung der sozialrechtlich relevanten Fachkunde bilden soll (vgl. z. B. 26, 29), wird bei der

„dualen Direktausbildung“ ein Weg mit zwei Staatsexamen vorgeschlagen, der auch den praktischen Kompetenzerwerb und die Verfahrensvertiefung umfasst und die Approbation wie die Fachkundeerteilung gemeinsam ans Ausbildungsende stellt (vgl. 13).

Den Vorschlägen ist gemeinsam, dass ein neuer Studiengang „Psychotherapiewissenschaften“ etabliert werden muss. Neben dem Bund, dem die heilkundliche Ausbildungsdefinition obliegt, müssen die Bundesländer entsprechende Veränderungen in der Hochschullandschaft umsetzen.

Damit wird ein Reformprojekt umrissen, das weitreichende Implikationen beinhaltet, welche wiederum neue Risiken nach sich ziehen. Steffen Fliegel, Mitglied der Forschergruppe, welche das Gutachten 2009 erstellt hatte, hat die drohenden Konsequenzen ausführlich dargestellt (12). Dabei sieht er Probleme sowohl für die quantitative wie für die qualitative psychotherapeutische Versorgung der Patienten. Außerdem sieht er die Frage der Finanzierung der Ausbildung nicht nur weiterhin ungelöst, sondern durch die dann nicht mehr sichergestellte Finanzierung der ambulanten Ausbildungstherapien sogar noch verschärft.

Nun gibt es gute Argumente, dem Modell der dualen Direktausbildung eine höhere Problemlösepotenz zuzugestehen (vgl. 14). Auf einer gemeinsamen Tagung diverser Fachverbände am 13. Juni 2013 wurde festgestellt, dass eine kohärente Ausbildung unter Einbezug ausreichender praktischer Ausbildungsbestandteile und Verfahrensvertiefung aus fachlicher Sicht Voraussetzungen für eine verantwortbare Psychotherapiequalität ist (vgl. 21). Hier bietet das duale Ausbildungsmodell Anknüpfungspunkte. Allerdings ist auf derselben Veranstaltung vonseiten des BMG klargestellt worden, dass solche Vorstellungen nicht mit den dortigen ordnungspolitischen Überlegungen übereinstimmen und die Realisierung eines solchen Modells nicht unterstützt werden wird. Erneut wird erkennbar: Die fachlichen und qualitätsorientierten Überlegungen der Profession sind für die Politik nicht handlungsleitend. Dem Berufsstand bleibt wieder nur die Neuorientierung, um am Ende – ggf. wider besseren Wissens – „zu wollen, was man kriegt“.

Schließlich wird im Forschungsgutachten wie auch in einer Stellungnahme der DGVT aus dem Jahr 2012 (10) auf das Risiko hingewiesen, Hochschulen ohne vorherige Erprobung mit der Ausbildung eines Psychotherapeutenberufs zu betrauen. Ein verantwortbares Vorgehen kann demnach auf entsprechende Modellprojekte und Evaluationen nicht verzichten, ohne zu einer Gefahr für Patienten zu werden.

### **Blick auf die Ausbildung lenken**

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass die Lösung der ursprünglichen Kernprobleme in der Psychotherapeutenausbildung im Laufe der Debatte durch zusätzliche Anforderungen an eine etwaige Reform erschwert worden ist und diese Probleme in den Hintergrund zu geraten drohen.

Vor allem aber erreichen die diskutierten Reformschritte mittlerweile Dimensionen, die einen langwierigen und anfälligen Prozess erwarten lassen: Bundes- und Landespolitik müssen sich einigen, Hochschulen müssen massive Strukturveränderungen bewältigen, nicht unerhebliche Finanzmittel müssen freigesetzt werden – all das lässt die Hoffnung auf eine erfolgreiche Reform nicht steigen. Zeitperspektiven bleiben Spekulation; die Geschichte anderer Reformvorhaben im Gesundheits- und Bildungswesen lassen eine sehr lange Strecke vermuten. Und in der Zwischenzeit bleiben die akuten Probleme in der Psychotherapeutenausbildung über Jahre günstigenfalls erhalten, wahrscheinlicher verschärfen sie sich weiter.

### **Konkrete Maßnahmen jetzt gemeinsam angehen**

Die genannten Gründe führen zu dem Plädoyer, die Diskussion wieder auf die ursprünglichen Kernfragen zurückzuführen. Damit blieben eventuell andere Probleme zunächst erhalten, die Komplexität mit allen begleitenden Gefahren könnte aber reduziert werden. Im Sinne eines gestuften Vorgehens können zusätzliche Fragestellungen danach angegangen werden. Es mag verführerisch sein, jetzt eine scheinbar offene Tür für Gesetzesänderungen zu ganz unterschiedlichen Thematiken nutzen zu wollen – am Ende kann das aber auch zu gar keiner Veränderung führen. Im ersten Schritt wäre deshalb zu-

nächst anzuknüpfen an Entwicklungen, die bereits heute erkennbar sind.

So hat sich die Frage der Vergütung der Praktischen Tätigkeit in den letzten Jahren – mehr für PP als für KJP – verbessert. Immer mehr Kliniken gehen dazu über, eine gewisse Vergütung zu gewähren. Hier knüpfen hoffnungsvolle regionale Initiativen an: In einzelnen Ländern verhandeln runde Tische über konkrete Verbesserungen. Die Kräfte des Berufsstandes hier zu bündeln, könnte lohnenswerter sein, als diese in einer Diskussion mit vager und ferner Aussicht zu erschöpfen.

Aus der Not heraus haben sich in einzelnen Bundesländern Zulassungspraktiken herausgebildet, die sich als Ansatz für eine verantwortbare Zulassungsregelung unter den Bedingungen der Bologna-Reform eignen könnten. Beispielhaft sei hier auf die Zulassungspraxis in Nordrhein-Westfalen verwiesen (vgl. 32).

Vom BMG wurde stets betont, dass eine Reform der Psychotherapeutenausbildung ohne Zustimmung des Berufsstandes nicht erfolgen wird. Gleichzeitig wurde auch eingeräumt, dass die Regelung des Zugangs allein zwar nicht einfach zu bewerkstelligen, aber denkbar wäre. Aus Sicht des Autors ist es lohnenswerter, mit den skizzierten Ansätzen gemeinsam auf eine solche Lösung hinzuarbeiten, anstatt eine Situation zu generieren, die ihr Scheitern bereits in sich trägt.



**Dipl.-Psych. Günter Ruggaber**

DGVT-Ausbildungsakademie  
Corrensstraße 44-46  
72076 Tübingen  
Ruggaber@dgvt.de



# Reform der Ausbildung unter Gesichtspunkten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Marion Schwarz

Einer der Ausgangspunkte zu einer nötigen Reform des PsychThG waren die Bologna-Beschlüsse, die gerade für die Ausbildung zum KJP zu ungunsten und ungleichen Zulassungsbedingungen in den Bundesländern geführt haben. Da die KMK den bisherigen Abschluss an einer Fachhochschule (Sozialpädagogik/Soziale Arbeit/Heilpädagogik) formal einem Bachelorabschluss gleichsetzt, gibt es nun innerhalb der Berufsgruppe der KJP unterschiedlich hohe akademische Zugangsqualifikationen zur psychotherapeutischen Ausbildung. Bei Fachhochschulabsolventen der Sozialpädagogik genügt in einigen Bundesländern der Bachelorabschluss, während Hochschulabsolventen der Psychologie und der Erziehungswissenschaften (Diplom-Pädagogen) immer den Master vorweisen müssen. Dies hat fatale Folgen für unseren Beruf, da gerade im Angestelltenbereich (Kliniken, Beratungsstellen) nach wie vor PP und KJP oftmals nach dem sog. Grundberuf vergütet werden statt nach einer Eingruppierung nach der erfolgten Ausbildung und Approbation. Die ungleichen akademischen Anforderungen lassen eine Abqualifizierung unseres psychotherapeutischen Berufes befürchten – gerade im Vergleich zum Facharzniveau der ärztlichen Psychotherapeuten.

## **Master als einheitliches Qualifikationsniveau**

Auch fachlich lässt sich nicht ableiten, warum man für die psychotherapeutische Ausbildung und die dazugehörigen Zugänge zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen geringere akademische Qualifikationen benötigen würde als für die Behandlung von Erwachsenen. Daher gab es in den letzten Jahren einhellig die Forderungen der Kammern, der Berufs- und

Fachverbände sowie der Ausbildungsinstitute, dass man die Formulierung im § 5 des PsychThG präzisieren müsse und für jeden akademischen Zugang einheitlich den Masterabschluss als Qualifikationsniveau festlegen soll.

Schließlich hat man sich, auch angesichts der anderen Probleme in der Ausbildung (Bezahlung im PJ), in dem Beschluss des 16. DPT auf eine Strukturreform geeinigt mit nur einem Beruf des Psychotherapeuten und mit späterer Schwerpunktsetzung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen. Dieser Beschluss bekam nur deshalb eine breite Mehrheit auf dem DPT, weil als Grundvoraussetzung ein Konsens hinsichtlich der Studieninhalte zwischen der DGPs, der DGfE und dem FBTS erarbeitet wurde. Dieser Konsens würde sicherstellen, dass auch zukünftig nach diesem Ausbildungsmodell des DPT der Zugang zur Ausbildung über ein Studium an pädagogischen/sozialpädagogischen Fakultäten erfolgen kann.

## **Grundberuf Pädagogik als besondere Qualifikation**

Angesichts der Mehrheit der KJP mit pädagogischen Grundberuf (nahezu 80%) ist offensichtlich, dass gerade die Pädagogik mit ihren biopsychosozialen Grundlagen und ihrer Netzwerkorientierung eine besondere Qualifikation für den Beruf des KJP darstellt und das Berufsbild des KJP maßgeblich geprägt hat. Viele der Kollegen haben zunächst in ihrem pädagogischen Beruf gearbeitet und sind durch ihre Berufserfahrung zur Psychotherapie gelangt. Sie bringen damit sowohl eine wissenschaftliche Qualifikation durch ihr Studium mit als auch eine Lebens- und Berufserfahrung, die für den Beruf als KJP von großer

Bedeutung ist, da man mit vielen Systemen zusammenarbeiten muss, um ein umfassendes Verständnis für die Problematik des Kindes oder des Jugendlichen sowie der Familie entwickeln und angemessen fachlich helfen zu können.

Die von der Politik geforderte Umkehr der postgradualen Ausbildung in Richtung einer Direktausbildung hätte gravierende Folgen für unsere berufliche Ausbildung und Qualifizierung. Man müsste sich dann bereits mit Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife für den psychotherapeutischen Beruf entscheiden (nach der Schulreform G8 bereits im Alter von 17 Jahren). Der Vergleich zum Medizinstudium hinkt, denn der Arzt entscheidet sich erst nach seinem Studium, ob er Chirurg, Hausarzt oder Psychotherapeut wird. Während jetzt noch ein akademisches Zugangsniveau über die Zulassung zur Ausbildung entscheidet, würde es dann ein Schulabschluss sein, als niedrigstes berufsqualifizierendes Zugangsniveau.

Modelle der Direktausbildung, wie sie beispielsweise von der DGPs vorgelegt wurden, sind sehr stark an einem Psychologiestudium ausgerichtet. Wenn dies als Standard für ein Direktstudium durch eine Approbationsordnung festgelegt würde, wäre eine solche Ausbildung nicht mehr an einer pädagogischen/sozialwissenschaftlichen Fakultät zu lehren, da ein solcher psychologischer Studiengang nicht akkreditiert werden würde. Dies hätte insbesondere für den Beruf der KJP Folgen, da damit die pädagogische Ausrichtung und Fundierung ihres Berufes gefährdet wäre.

## **Gefahr einer „Schmalspurausbildung“**

Die bisherige, meist fünfjährige umfassende psychotherapeutische Ausbildung zum

KJP, mit ausführlichen supervidierten Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Altersgruppen und unterschiedlicher Geschlechtszugehörigkeit würde bei einem Direktstudium reduziert auf eine Weiterbildung nach dem Studium zur Erlangung der Fachkunde, mit deutlich geringerem Umfang als in der bisherigen Ausbildung. Dies erscheint angesichts der Variation und Komplexität der Störungsbilder im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als nicht angemessen. Zu befürchten ist eine „Schmal-spurausbildung“, vielleicht sogar mit der Tendenz der Behandlung von nur älteren Kindern bzw. Jugendlichen, wie wir es schon aus den Fortbildungen zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung für KJP der PP kennen. Auch hierin könnte eine Gefahr für die umfassende Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegen.

Schließlich bleibt unklar, wofür man nach einem Psychotherapiestudium eine Approbation bekommt, wenn erst danach in der Weiterbildung die Behandlungsphase und die Vertiefung in einem Verfahren erfolgt. Zu bedenken ist, dass die Approbation die Erlaubnis zur eigenständigen Heilbehandlung bedeutet.

Auch bedeutet die Regelung in einem Direktstudiumsmodell, die Vertiefungs- und

Behandlungsphase in die Weiterbildung zu legen, dass dies dann nicht mehr bundeseinheitlich per Gesetz geregelt wäre, sondern in die Zuständigkeit der Psychotherapeutenkammern der Länder überginge. Daraus könnten dann uneinheitliche Weiterbildungsordnungen erwachsen, wie wir sie bereits heute in den verschiedenen Psychotherapeutenkammern der Länder haben, mit erneut negativen Konsequenzen für Qualität und Niveau der Ausbildung.

### **Vielfältiges Berufsfeld der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kennenlernen**

Anforderungen an eine Reform der Ausbildung wären aus KJP-Sicht neben der Sicherstellung qualifizierender Studiengänge (sowohl Psychologie als auch Erziehungswissenschaften und Soziale Arbeit) auf Masterniveau auch eine breitere Ausrichtung der Ausbildung hinsichtlich der späteren Tätigkeit. Die derzeitige Dominanz in Richtung Niederlassung/eigene Praxis grenzt das Berufsbild zu stark ein und verkennet die Möglichkeiten der Tätigkeiten als KJP in Kliniken, Beratungsstellen und anderen Institutionen. Daher sollten auch Teile der Praktischen Tätigkeit in Beratungsstellen durchgeführt werden können, um dieses Berufsfeld kennenzulernen. Dieser Teil der Ausbildung sollte durch ei-

ne curriculare Einbettung in die Ausbildung integriert werden, damit eine Bezahlung der Tätigkeit in der Klinik oder einer Beratungsstelle möglich und von dem Arbeitgeber auch refinanzierbar ist. Somit wäre die frühe Approbation (nach dem Studium), die von einigen als vermeintlich einzige Lösung für die Bezahlung der Praktischen Tätigkeit angesehen wird, nicht zwingend nötig.



**Dipl.-Psych. Marion Schwarz**

Vorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten bkj  
Brunnenstraße 53  
65307 Bad Schwalbach  
praxis-schwarz@t-online.de

## Literaturverzeichnis der Schwerpunkt-Artikel

- (1) Alpers, G. W. & Vogel, H. (2004). Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut? Was die Neufassung der Studienabschlüsse für die Psychotherapieausbildung bedeutet. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (4), 315-319.
- (2) Behnsen, E. (2012). Ordnungspolitische Vorzüge einer Direktausbildung. *Psychotherapie Aktuell*, 2/2012, 28-29.
- (3) Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) (2013). *Vom BDP im Hinblick auf eine BDP-Mitgliedschaft als psychologische Studiengänge anerkannte Studiengänge*. Verfügbar unter: [www.bdp-verband.org/beruf/ba-ma/clips/anerkannt.pdf](http://www.bdp-verband.org/beruf/ba-ma/clips/anerkannt.pdf) [06.10.2013].
- (4) Beutel, M. E., Kruse, J., Michal, M. & Herzog, W. (2013). Die Zukunft der Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59, 33-50.
- (5) Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2013). 22. *Deutscher Psychotherapeutentag*. Verfügbar unter: [www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/22-deutsche-1.html](http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/22-deutsche-1.html) [25.07.2013].
- (6) Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2010). 16. *Deutscher Psychotherapeutentag*. Verfügbar unter: [www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/16-deutsche.html](http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/16-deutsche.html) [06.10.2013].
- (7) Deutsche Gesellschaft für Psychologie – DGPs-AG (2012). *Ausbildungsziele und zu vermittelnde Kompetenzen einer Direktausbildung Psychotherapie*. Verfügbar unter: [www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/aktuelle\\_information.html](http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/aktuelle_information.html) [24.10.2013].

- (8) Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (2012). Modellversuch Direktausbildung Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell*, 1/ 2012, 38-43.
- (9) Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (2005). *Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) zur Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Psychologie an den Universitäten* (Revision). Verfügbar unter: [www.dgps.de/\\_download/2005/BMEmpfehlungDGPs-rev.pdf](http://www.dgps.de/_download/2005/BMEmpfehlungDGPs-rev.pdf) [30.09.2013].
- (10) Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) (2012). „...wie Bungee-Jumping ohne geprüftes Seil!“ Stellungnahme der DGVT und der DGVT-Ausbildungsakademie zur Psychotherapie-Direktausbildung. Verfügbar unter: [www.dgvt.de/fileadmin/user\\_upload/News-PDF/Stellungnahme\\_DGVT\\_Aka.pdf](http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/News-PDF/Stellungnahme_DGVT_Aka.pdf) [30.09.2013].
- (11) European Federation of Psychology Associations (2011). *EuroPsy. Europäisches Zertifikat in Psychologie*. Verfügbar unter: [www.europsy.de/dokumente/EuroPsy\\_deutsch.pdf](http://www.europsy.de/dokumente/EuroPsy_deutsch.pdf) [06.10.2013].
- (12) Fliegel, S. (2013). *Direktausbildung Psychotherapie – Ein Weg mit fatalen Konsequenzen*. Verfügbar unter: [www.dgvt.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Fatale\\_Konsequenzen\\_Fliegel\\_HP.pdf](http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Fatale_Konsequenzen_Fliegel_HP.pdf) [30.09.2013].
- (13) Gleiniger, J. W. (2013a). Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigung einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 45 (2), 493-517.
- (14) Gleiniger, J. W. (2013b). Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigung einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand – Vortrag 13.06.2013. Verfügbar unter: [www.gleiniger.de/2013-06-13%20Fachtagung%20Berlin%20Logenhaus%20-%20Vortrag%20RA%20Gleiniger.pdf](http://www.gleiniger.de/2013-06-13%20Fachtagung%20Berlin%20Logenhaus%20-%20Vortrag%20RA%20Gleiniger.pdf) [30.09.2013].
- (15) Grundmann, J., Sude, K., Löwe, B., & Wingenfeld, K. (2013). Arbeitsbezogene Stressbelastung und psychische Gesundheit: Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung. [eFirst]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPMP)*. doi: 10.1055/s-0032-1333292
- (16) Hölzel, H. (2008). *Beurteilung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Sicht von Ausbildungsabsolventen*. Verfügbar unter: <http://d-nb.info/1000833267/34> [21.10.2013].
- (17) Hölzel, H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (3), 232-237.
- (18) Körner, J. (2013). Plädoyer für eine Direktausbildung zum Psychotherapeuten. Entwurf eines Studiengangs „von der Profession her“. *Forum der Psychoanalyse*, 29, 235-257.
- (19) Kuhr, A. & Ruggaber, G. (2003) (Hrsg.). *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- (20) Lubisch, B. (2012). *Könnte so die Direktausbildung aussehen? Eine Skizze*. *Psychotherapie Aktuell*, 3/ 2012, 28-31.
- (21) Michelmann, A., Ruggaber, G., Timmermann, H., Trautmann-Voigt, S., Walz-Pawlita, S., Wiesemüller, B. & Hoffmann, F. (2013). „Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung. *Psychotherapeutenjournal* 12 (3), 269-271.
- (22) Mösko, M. & Sude, K. (2009). 10 Jahre Psychotherapieausbildung aus PiA Sicht – (noch) keine Erfolgsstory? *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3), 264-270.
- (23) Plantholz, M. & Geising, H. (2012). Zur arbeitsrechtlichen Situation der PiA. *Psychotherapie Aktuell*, 4/ 2012, 27-28.
- (24) Richter, R. (2013). Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (2), 118-120.
- (25) Rief, W., Abele-Brehm, A., Fydrich, T., Schneider, S. & Schulte, D. (2013). *Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie: Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden? Auf welche Lehr-Erfahrungen kann aufgebaut werden?* Manuskript eingereicht.
- (26) Rief, W., Fydrich, T., Margraf, J. & Schulte, D. (2012). *Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie* (Version 3). Verfügbar unter: [www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/dateien/Direktausbildung\\_Psychotherapie\\_DGPs\\_Vers\\_3\\_2012-04-02.pdf](http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/dateien/Direktausbildung_Psychotherapie_DGPs_Vers_3_2012-04-02.pdf) [30.09.2013].
- (27) Schulte, D. (2012). Psychotherapeut – ein akademischer Heilberuf. *Psychotherapie Aktuell*, 3/ 2012, 25-27.
- (28) Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger, Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/Forschungsgutachten-Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/Forschungsgutachten-Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten.pdf) [20.10.2013].
- (29) Ströhm, W., Schweiger, U. & Tripp, J. (2013). Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (3), 262-268.
- (30) Toebelmann, W. (2011). Kein Platz für die Liege, DIE ZEIT, 17.11.2011. Verfügbar unter: [www.zeit.de/2011/47/C-Psychotherapeuten](http://www.zeit.de/2011/47/C-Psychotherapeuten) [20.10.2013].
- (31) ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2010). *Reform der Psychotherapieausbildung. Vorschläge der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) zur Reform des Psychotherapeutengesetzes*. Berlin: ver.di.
- (32) Willutzki, U., Thormann, D. & Groeger, W. (2011). *Analyse qualifizierender Studiengänge zur Ausbildung nach § 5 Abs. 2 PsychThG*. Verfügbar unter: [www.ptk-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Aktuelle\\_Informationen/2012/Analyse\\_Teil\\_2.pdf](http://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelle_Informationen/2012/Analyse_Teil_2.pdf) [30.09.2013].



# Der Typus des postmodernen Professionellen – ein Porträt Psychologischer Psychotherapeuten?

Julia Thom & Matthias Ochs

**Zusammenfassung:** Wenn Psychologische<sup>1</sup> Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>2</sup> an ihrem Arbeitsauftrag oder der Gültigkeit ihres Fachwissens zweifeln, diagnostiziert die Soziologie den „Typus des postmodernen Professionellen“. Dieser bekommt die Folgeprobleme des Modernisierungsprozesses Professionalisierung innerhalb seines Berufsstandes zu spüren und beginnt sie zu reflektieren. So lässt die Professionssoziologie ein alarmierendes Bild der Psychotherapie zeichnen: Ihr gelingt die Professionalisierung nur unvollständig, ihre gesellschaftliche Funktion und Legitimität muss sich infrage stellen lassen, Wissenschaft und die eigene Klientel bedrängen das professionelle Selbstverständnis und das tägliche Handeln wird paradox. Die Entwicklung des psychotherapeutischen Berufsstandes bietet Lesarten, in denen sich diese Hypothesen sowohl bestätigt als auch widerlegt sehen – was in seiner Widersprüchlichkeit so zeitgenössisch wie fachlich notwendig und typisch für die Psychotherapeutenchaft sein mag.

## Einleitung

Job, Beruf oder Berufung? Im strengen Wortsinn üben Psychologische Psychotherapeuten weder einen einfachen noch einfach einen Beruf aus. Sie sind stattdessen Mitglieder einer Profession – und mit dieser Zugehörigkeit verbindet sich eine Reihe an Besonderheiten für das Selbstverständnis der Psychotherapeutenchaft, deren Widersprüchlichkeit auffällig ist:

Mit Professionalität ist im Alltagssprachegebrauch das Etikett des Hochwertigen oder Fachmännischen assoziiert. Etymologisch entstammt der Begriff der Profession dem lateinischen Substantiv „*professio*“, das mit „öffentliche Angabe“ bzw. „Bekanntnis“ übersetzt werden kann (Kluge, 2002). Der Aspekt des Bekenntnisses verweist auf den ehrwürdigen beruflichen Auftrag Professioneller, der eine ethische Stellungnahme, wie z. B. den ärztlichen Schwur des hippokratischen Eides, erfordert. In den edlen Stand einer Profession erhoben zu werden, scheint dem berufsbiographischen Ritterschlag zu gleichen, mit dem man für seine fachlichen und persönlichen Fähigkeiten wie Loyalität, Ethos und Festigkeit im Glauben geedelt wird.

Kampfmüde, skeptisch, selbstkritisch – so zeichnet dagegen die Soziologie die Professionellen unserer Gegenwartsgesellschaft. Der Wandel der Professionen im Übergang von Moderne zu Postmoderne hat aus ihnen pragmatische Zweifler gemacht, die, jeder für sich, nach einem Umgang mit den Zumutungen ihrer Berufstätigkeit suchen. Während den Professionen sowohl die fortschreitende Professionalisierung als auch deren krisenhafter Wandel attestiert wird, entwickeln sich ihre Mitglieder zu „postmodernen Professionellen“ (Pfadenhauer, 2003), aus deren konflikthaftem Selbstverständnis sich enorme Sprengkraft für Identität und Bestehen ihres Berufsstandes als Ganzes entwickeln kann.

Im Folgenden soll die Frage nach dem beruflichen Selbstverständnis Psychologischer Psychotherapeuten gestellt und mittels professionssoziologischer Konzepte reflektiert werden. Ausgehend vom Begriff der Profession im Allgemeinen werden Aspekte einer postmodernen Dynamik der Deprofessionalisierung beschrieben, die sich für die Psychotherapie im Speziellen als bemerkenswert anschlussfähig erweist.

## Profession und Professionalisierung

Professionen lassen sich von traditionellen Berufen aufgrund ihrer Handlungslogik und Organisation der Arbeit abgrenzen. Historisch lässt sich die Herausbildung von Professionalität aus der wachsenden Arbeitsteiligkeit spezialisierter Berufe und der zunehmenden Differenzierung von Wissen ableiten. So bieten Professionen auf Basis eines akademischen Sonderwissensbestandes Expertenlösungen für individuelle lebensweltliche Probleme, wie es z. B. Pfarrer, Ärzte, Lehrer und Juristen tun.

Ihnen gemein ist nach Oevermann (2001, 2008), dass sich Professionen zur Bearbeitung von Krisen im Gegensatz zu Routinen herausdifferenziert haben. Drei Arten von Krisen lassen sich unterscheiden: traumatisierende Krisen (z. B. Kriege, Naturkatastrophen), Entscheidungskrisen und Krisen, die aus Muße (in Zeiten frei von Handlungsdruck, z. B. während ästhetischer Erfahrung) entstehen. So leitet Oevermann den Professionsbegriff nicht vom wissenschaftlichen Expertentum her, sondern aus seiner spezifischen Handlungstypik. Professionen sind demnach „spezifische (wissenschaftliche) Berufe, die in einer ehr-

<sup>1</sup> Im folgenden Text wird die Profession der Psychologischen Psychotherapeuten untersucht, Ärztliche Psychotherapeuten sind damit als Mitglieder der medizinischen Profession nicht gemeint. Da der Text auf einer empirischen Arbeit (Thom, 2011) basiert, in deren Stichprobe zum Zwecke der Homogenität nur Psychologische Psychotherapeuten und keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten untersucht wurden, sind auch letztere nicht angesprochen, wobei einzelne Ergebnisse übertragbar sein mögen.

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

würdigen Geschichte darauf spezialisiert sind, lebenspraktische Probleme mithilfe wissenschaftlicher Erkenntnis- und Analysemittel zu lösen. (...) Sie sind gewissermaßen der strukturelle Ort der Vermittlung von Theorie und Praxis in der modernen Welt.“ (Oevermann, 1983, S. 237). Professionelles Handeln zeichnet sich entsprechend durch zwei Kompetenzen aus: die wissenschaftliche als Theorieverständnis und Theorieanwendung und die hermeneutische als (nicht-deduktives) Fallverständnis. Aus mehreren Lösungsalternativen muss die Professionelle mittels „stellvertretender Deutung“ zwischen Theorie und fallgerechter Praxis vermitteln, weil ein eindeutiger, linearer, standardisierter Zusammenhang dazwischen fehlt (Oevermann, 1996, vgl. für die Psychotherapie Bromme, 1978). Die Nicht-Standardisierbarkeit erfordert zum einen Autonomie bei der professionellen Problemlösung, birgt zum anderen aber auch das Risiko von Fehlentscheidungen und zieht daher die Begründungsverpflichtung im Sinne einer Reflexivität des eigenen Tuns nach sich (vgl. Nadai & Sommerfeld, 2003). Das institutionelle Erscheinungsbild der Profession leitet sich aus dieser spezifischen Interaktionslogik ihres Handelns ab.

Dessen Entwicklung wird entlang ihrer klassischen Merkmale von Wilensky (1972) als Abfolge signifikanter Phasen auf dem Weg vom Beruf zur Profession beschrieben:

1. Arbeitsaufgaben werden zu einem Hauptberuf in Vollzeittätigkeit zusammengefasst,
2. Ausbildungsgänge und -stätten werden etabliert und an Hochschulen angebunden – Verwissenschaftlichung,
3. Berufsverbände werden gegründet und die Grenzen zu Nachbarberufen reguliert,
4. Zuständigkeit, Kompetenz und gesellschaftliche Bedeutung werden stärker propagiert, die Berufsausübung durch Unbefugte wird strafbar – staatliche Lizenzierung/Anerkennung,
5. eine verbindliche Standesethik wird formuliert.

Allerdings ist strittig, inwiefern das gesellschaftliche Mandat von Professionen

Selbst- oder Fremdzuschreibung ist: Das klassische Professionsmodell gründet auf der funktionalistischen Vorstellung, „daß Professionen gesellschaftlich zentrale Aufgaben übernehmen und ihnen dafür gewisse Rechte und Pflichten zuerkannt werden“ (Mieg, 2003, S. 30). Dagegen bewerten Vertreter der machtkritischen Theorie Professionalisierung als Strategie, „mit der eine Berufsgruppe, die spezifische Dienstleistungen anbietet, in einer kapitalistischen Markt- und Klassengesellschaft ihre ökonomische und soziale Stellung anzuheben versucht“ (Siegrist, 1985, S. 329). Das eigentliche Ziel von Professionalisierungsbemühungen liegt hierbei in der Aufwertung der beruflichen Tätigkeit, der Monopolisierung von Wissen und Dienstleistungen und der Regulation ihrer Märkte (vgl. Heisig, 2005; Pfadenhauer, 2003). Andere Modelle stellen den Aspekt der Verwissenschaftlichung in den Mittelpunkt. Professionen entwickeln sich, indem sie die „Berufsidee reflexiv handhaben, also das Wissen und das Ethos eines Berufs bewußt kultivieren, kodifizieren, vertexten und damit in die Form einer akademischen Lehrbarkeit überführen“ (Stichweh, 1996, S. 51).

Erschwert wird die Untersuchung von Professionen jedoch dadurch, dass diese keine homogenen Gemeinschaften sind, sondern vielmehr „lose[n] Verbindung[en] einzelner Segmente [...], die verschiedene Ziele auf unterschiedliche Weise verfolgen“ (Bucher & Strauss, 1972, S. 182). Die professionelle Identität hat in diesem Sinne zentrale Gemeinsamkeiten mit der „Ideologie einer politischen Bewegung“ (ebd., S. 193).

Es sind also die Kriterien der Abgrenzung genauso wie die Ursachen der Entwicklung eines Berufs zur Profession höchst umstritten – und scheinen sich darüber hinaus auch über die Zeit zu verändern.

### Deprofessionalisierung

Von dringendem Interesse für die Untersuchungsobjekte selbst sollten die Befunde der Soziologie sein, die seit Längerem einen krisenhaften Wandel der Professionen konstatieren, aus dem schließlich der „Typus des postmodernen Professionellen“ (Pfadenhauer, 2003, S. 171) hervorgeht.

Bereits vor dreißig Jahren sprechen Bollinger und Hohl (1981) mit Blick auf die Medizin von der „Anachronizität der ärztlich-professionellen Seinsweise“. Sie gehen davon aus, dass Professionen in Reaktion auf gesellschaftliche Systemerfordernisse entstehen und beim Wandel gesellschaftlicher Bedürfnisse ausgedient haben werden. Stichweh (1996) sieht in ihnen ein Übergangsphänomen bei der Entwicklung der ständischen zur modernen, funktional differenzierten Gesellschaft.

Deprofessionalisierung speist sich dabei aus ganz verschiedenen Triebkräften. So gerät das berufsförmige Expertentum zum einen unter Druck, wenn sich ihre Klientel im „Aufstand des Publikums“ (Gerhards, 2001) emanzipiert, informiert und kritische Mitsprache fordert. Zum anderen entwickeln sich Professionen zurück zu Berufen, wenn sie ihre wesentlichen Attribute verlieren, z. B. indem die autonome Selbstverwaltung der Berufsstände Übergriffen ökonomischer und bürokratischer Rationalitäten ausgesetzt ist. Nach Pfadenhauer (2003) führen zwei übergeordnete Prozesse zur „Krise des modernen Professionalismus“ (S. 174ff.): Die „Destruktion des kognitiven Überlegenheitsanspruchs“ als Zweifel am exklusiven Wissensbestand der Experten und die „Erosion der normativen Überlegenheit“ als Zweifel an der moralischen Autorität und Integrität der Professionellen.

Zugleich Ursache und Folge dieser Prozesse ist das veränderte berufliche Selbstverständnis der Professionellen: Es muss sich den neuen Bedingungen anpassen bzw. ruft sie durch seinen eigenen Wandel sogar mit hervor. Daher sollen in der folgenden Darstellung der Psychotherapie als Profession derartige Deprofessionalisierungstendenzen als Krisenherde oder Indikatoren eines Wandels im professionellen Selbstverständnis untersucht werden.

### Psychotherapie als Profession

Die Psychotherapie hat mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999 einen Meilenstein in ihrer Entwicklung vom Beruf zur Profession erreicht. Sie ist heute Regelleistung der

Gesetzlichen Krankenversicherung und Psychologische Psychotherapeuten bilden einen eigenständigen gesetzlich anerkannten Heilberuf. Auch wenn dieser sich natürlich weiterentwickelt, wie es z. B. die Diskussionen um Modelle zur Novellierung des PsychThG mit Ziel der „Direktausbildung“ (vgl. DGPs, 2012 sowie die Beiträge des Schwerpunktes in diesem Heft, S. 348ff.) zeigen, so kann von einer erfolgreichen Professionalisierung der Psychotherapie gesprochen werden.

Nimmt man allerdings die Krisenwarnung der Soziologie zum Ausgangspunkt der Analyse, lässt sich erstaunlicherweise mit vergleichbarer Plausibilität auch ein Szenario der Deprofessionalisierung zeichnen, das im Folgenden in sechs beispielhaften Dimensionen skizziert werden soll.

### 1. Unvollständige Professionalisierung

Auch wenn die Psychotherapie sich zunehmend professionalisiert, so doch bisher nur „unvollständig“. Während die Ärzteschaft als Leitprofession den neuen Heilberuf weiterhin dominiert, gelingt die Etablierung als eigenständige Profession zwar im Fahrwasser, aber nur im Schatten der Medizin (Heisig, 2005). Der mangelnde intraprofessionelle Konsens angesichts konkurrierender Schulen und Organisationen innerhalb der Psychotherapie schwächt die Effektivität der berufspolitischen Interessenvertretung. Dennoch „gelingt es dem einzelnen Praktiker, eine ausgeprägte persönliche Berufsidentität als Psychotherapeut zu entfalten“ (Friedrich, 2000, S. 194). Pawelzik (2007) erklärt jenes Paradoxon als eine Form der „Identitätspolitik“: Psychotherapeuten kompensieren die mangels Kohärenz schwache professionelle Identität ihres Faches durch eine starke Schulenidentität, was allerdings für den Berufsstand als Ganzes belastend und für seine Entwicklung bedrohlich ist. Hinzu kommt die Konkurrenz zu kommerziellen Hilfsangeboten auf dem nachfrageorientierten „Psychomarkt“ (Duttweiler, 2006; Senf & Broda, 2012).

Mit Bezug auf die psychoanalytische Selbstpsychologie beschreibt Kraft (2004) das psychotherapeutische als ein mehrfach gekränktes Selbst: Im Schatten der

somatischen Medizin stehend, von den Medien nicht als eigenständige Berufsgruppe gewürdigt, durch Vorurteile und Vorbehalte in der Bevölkerung verletzt, in ihrer Leistung finanziell nicht adäquat honoriert, institutionell in den Gremien des Gesundheitssystems wenig sichtbar bis mundtot und schließlich „operativ gekränkt“, weil beständig mit den Schwierigkeiten ihrer besonderen kommunikativen Praxis kämpfend. So ist das psychotherapeutische Selbst „labil und in seiner Kohäsion durch entwicklungsgeschichtliche, strukturelle und aktuelle Kränkungen bedroht“ (S. 258) – was in der Summe wenig mit dem Selbstbild des stolzen Professionellen gemein hat.

### 2. Gesellschaftliche Funktion zwischen Affirmation und Subversion

Im Kreuzfeuer funktionalistischer und machtkritischer Betrachtungen von Professionen steht auch die gesellschaftliche Funktion von Psychotherapie zur Debatte. Gegensätzliche Deutungen schreiben den Professionellen unvereinbare Aufträge zu.

Von Professionen zu bearbeitende Probleme sind solche, die nicht nur das Leben Einzelner, sondern die Existenz der gesamten Gesellschaft gefährden (Parsons, 1964, 1991). Daher geht die sozialwissenschaftliche Psychiatriekritik davon aus, dass das reduktionistische medizinische Modell der Psychopathologie, zudem hier auch die Psychotherapie zählt, grundlegend politisiert sei, weil es den „Partikularinteressen einer Profession und darüber hinausgehend den Kontrollinteressen des Staates“ (Kardorff, 1978, S. 541) diene, und zwar „als Strategie einer individualisierenden moralisch-sozialen Kontrolle und einer kurativen Sozialpolitik“ (ebd., S. 548).

Im Gegensatz zu dieser ideologiekritischen Absage an den Professionsgedanken beschreibt Schaeffer (1990) Psychotherapie als „eine der sozialen Bewegungen, die als stete Begleiter des sozialen Wandels auftreten“ (ebd., S. 20). Im Zuge gravierender gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse, in denen traditionelle Lebensformen erodieren, entstehen „Versorgungsdefizite, die Gegenstand neuer Ausdifferenzierungsprozesse und neuer Professionalisie-

rungsbemühungen werden“ (ebd., S. 15). Die neuen Berufsstände geraten schließlich in einen „Professionalisierungssog“, da ihre Dienstleistungen offenbar nachgefragt werden und notwendig für die gesellschaftliche Regulation erscheinen. Als Sinn- und Identitätslieferantin steht die Psychotherapie damit in der Tradition der theologischen Profession als „säkularisierter Religionsersatz, Reflexionsraum spiritueller Sinnsuche und Anstifter zur Sinnfindung generell“ (Khamneifar, 2008, S. 359).

Aus soziologisch-systemtheoretischer Sicht bilden Professionen ein wesentliches Strukturmerkmal moderner Gesellschaften, denn sie bieten eine spezialisierte und hochrationalisierte Problemlösestruktur, was nahelegt, sie sensu Luhmann (1984, 1990) als eigenständiges Funktionssystem zu betrachten. Die Psychotherapie zeichnet sich dadurch aus, dass sie Menschen als „ganze Personen“ adressiert – nicht nur im Rahmen ihrer jeweiligen Teilhabe am Rechts-, Politik- oder Wirtschaftssystem (Buchholz, 1999; Levold, 2006). Ihre Aufgabe liegt darin, die Inklusionsprobleme anderer gesellschaftlicher Funktionsbereiche im Vollzug einer „methodischen Individualisierung von sozialen Problemlagen [...] durch Verhaltens- oder Einstellungsänderungen der Betroffenen“ (Schützeichel, 2010, S. 130) zu bearbeiten. Die Leistung der psychosozialen Hilfesysteme wird wiederum daran gemessen, inwiefern Personen befähigt werden, den „gesellschaftlichen Anforderungen“ (Levold, 2006, S. 9) wieder gerecht zu werden. So gerät die Psychotherapie in eine ambivalente Position gegenüber einer Gesellschaft, die ihren Bedarf hervorbringt und die sie zugleich verurteilen muss (Buchholz, 1999, S. 148).

Therapeutisches Handeln wird hiernach zur „Gratwanderung zwischen realistischer Anpassung und konstruktivem Widerstand“ (Kühnlein & Mutz, 2008, S. 344f.) und erfordert eine Neuinterpretation des professionellen Selbstverständnisses, denn Psychotherapeuten müssen „sensibel für die Verschiedenartigkeit von ‚äußeren‘ Arbeits- und Lebensbedingungen der Patienten [zu] sein, die die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen objektiv einschränken – aber gleichzeitig der psychotherapeuti-



schen Praxis nicht unmittelbar zugänglich sind“ (ebd.). Psychosoziale Praxis ist demnach in einer „bevorzugten Wahrnehmungsposition für die subjektiven Folgen gesellschaftlicher Strukturveränderungen“ (Keupp, 2005, S. 144), worin ihre gesellschaftliche Verantwortung begründet liegt (vgl. auch Haubl & Voß, 2008).

### 3. Paradoxien professionellen Handelns

Nicht nur in ihrem Auftrag, sondern auch in ihrer Handlungstypik unterscheiden sich Professionen von Berufen (Oevermann, 1996). Professionelle müssen mittels „stellvertretender Deutung“ zwischen Theorie und fallgerechter Praxis vermitteln. Professionelles Handeln ist nicht standardisierbar, aber richtet sich, wenn es erfolgreich sein will, nach allgemeinen Werthaltungen: Professionelle orientieren sich universalistisch statt an partikularistischen Interessen, ihr Wissen ist spezialisiert statt diffus, ihren Klienten begegnen sie neutral statt affektiv, sie arbeiten leistungs- statt statusorientiert und ihr Handeln dient dem Gemeinwohl statt egoistischen Zielen (Parsons, 1991, vgl. auch Brunkhorst, 1992).

Im Praxisalltag wird dieses so idealtypisch beschriebene Handeln jedoch durch eine Vielzahl von strukturellen Widersprüchen erschwert. Zu den „Schattenseiten professionellen Handelns“ gehören nach Schütze (1992) „gefährliche Vereinfachungstendenzen bei der Anwendung abstrakter Professionskategorien auf Einzelfälle, die Mystifizierungstendenz professionellen Wissens und Handelns“ (S. 187) und das unumgängliche Machtproblem in der Beziehung zu den Klienten.

Gleichermaßen fordert der „typische professionelle Loyalitätskonflikt“ (Pfadenhauer, 2003, S. 89f.) Professionelle zur Stellungnahme auf. Er liegt in der gleichzeitigen Verpflichtung gegenüber dem Wohl der einzelnen Klienten und den Interessen der Gesellschaft, z. B. in der Frage der Finanzierung teurer Behandlungen für den einzelnen Patienten aus den Mitteln der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten.

Deprofessionalisierung vollzieht sich in professionellem Handeln auch dann, wenn es einer ökonomischen statt stan-

desethischen Rationalität folgt. Das Bedrohungsszenario der Ökonomisierung wird für Professionen im Allgemeinen (Dewe, 2006, S. 25) und auch für die Psychotherapie im Speziellen beschrieben (Duttweiler, 2006; Keupp, 2009; Pawelzik, 2007; Strauß, 2006). Der Industrialisierungsprozess in der Medizin bewirkt, „daß auch psychotherapeutische Behandlungen einem Prozeß der gesellschaftlichen Rationalisierung unterworfen werden mit verstärkten Forderungen nach Effizienz, Vorhersagbarkeit, quantitativer Erfäßbarkeit und Kontrolle durch Modularisierung“ (Bruns, 2007). So führt die Realisierung von Psychotherapie unter den Bedingungen der Gesundheitsökonomie in ethische Konflikte, die das traditionelle Selbstverständnis von Psychotherapeuten infrage stellen (Hardt, 2008; Hardt & Müller, 2009; Strauß, 2006).

In Bezug auf die Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit stellt sich hierbei das typische „Kontrolldilemma“ (vgl. Kalkowski, 2004): Die Regulierung und Qualitätssicherung professioneller Leistung fungiert einerseits als Türöffner für externe Kontrolle und Eingriff in die professionelle Autonomie, andererseits aber auch als erforderliche Auflage einer erfolgreichen Professionalisierung zum glaubwürdigen Nachweis der spezifischen Wirksamkeit der eigenen Arbeit.

### 4. Wissenschaft oder Profession

Professionelle Praxis und Forschung können aus soziologisch-systemtheoretischer Perspektive als zu unterschiedlichen gesellschaftlichen autopoietischen Funktionssystemen zugehörig betrachtet werden, die sich gegenseitig lediglich Intransparenz, Kontingenz und Komplexität zur Verfügung stellen (Ochs, 2013). Als „akademische Berufe“ (Parsons, 1964, S. 160) müssen Professionen jedoch das Verhältnis zur sie fundierenden Wissenschaft klären. Auch hierin liegen nach Schütze (1992) in dreifacher Hinsicht eine Herausforderungen für das professionelle Selbstverständnis der Praktiker und Fallstricke für die weitere Professionalisierung der Psychotherapie:

1. Wenn die akademisch fundierten Wissenssysteme, die die Basis professio-

ner Kompetenz bilden, zunehmend abstrakter, technisierter und standardisierter werden, geraten sie schließlich in Widerspruch zum professionellen Handeln.

2. Die Problemlagen der Patienten werden immer komplexer, die professionellen Konzepte aber spezialisierter. Zugleich schüren Wissenschaft und Profession selbst hohe Erwartungen an die professionelle Kompetenz.
3. Unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen setzt sich eine zweckrationale Orientierung durch, die allein auf den legitimierenden, wissenschaftlichen „äußerlichen Wirkungsnachweis“ fokussiert ist.

Diese Trends werden auch in der Verortung der Beziehung zwischen Profession und Wissenschaft in der Psychotherapie thematisiert: Der akademische Wissensbestand legitimiert die professionelle Praxis, zugleich aber besteht als „Praxisshift“ (Fydrych & Schneider, 2007) ein „Transferdefizit wissenschaftlicher Erkenntnis in die Routineversorgung“ (Nagel, 2009). So stehen sich die Modelle „Psychotherapie als angewandte Wissenschaft“ und „Psychotherapie als Profession“ im Widerstreit gegenüber (vgl. Reiter & Steiner, 1996, Buchholz, 1999). Dieses Problem wird besonders brisant, wenn die Realität der psychotherapeutischen Praxis ihrer virtuellen und medizinalisierten Repräsentation in der Wissenschaft nachgeordnet wird, aber zugleich Grundlage versorgungspolitischer Entscheidungen ist. In der Beurteilung der Beziehung zur Wissenschaft liegt also ein erhebliches Irritationspotenzial für das psychotherapeutische Selbstverständnis.

Selbst die gesetzliche Fortbildungspflicht kann dabei als Motor von Deprofessionalisierung aufgefasst werden. Während es einerseits fortschrittlich erscheint, die eigene Kompetenz kontinuierlich an aktuellen Erkenntnissen zu schärfen, liegt doch darin zugleich eine Abwertung desjenigen Wissens, das Professionelle in ihrer Grundausbildung erwerben und das allein den exklusiven Zugang zum Berufsstand eröffnet. Die Proliferation und Kurzlebigkeit der akademischen Wissensbestände entwerten die theoretische Handlungsbasis professioneller Tätigkeit und bürdet den Praktikern

permanente Identitätsarbeit auf (Pfadenhauer, 2008).

### 5. Wandel der Klientenrolle

Ein weiteres zentrales Argument in der soziologischen Theorie der Deprofessionalisierung liegt in der Hypothese vom Wandel der Klientel. So erfährt die traditionelle professionelle Rolle grundlegende Verunsicherung auch durch ihr gegenüber tretende emanzipierte Klienten, deren Machbarkeitsansprüche und eine misstrauische Solidargemeinschaft: „Die professionelle Identität – die Symbolik von Wissensvorsprung und Gemeinwohlorientierung – gerät im Informationszeitalter mehr und mehr unter Druck, angesichts einer Stärkung der Patientenrechte und der informationellen Ressourcen des Patienten sowie zunehmenden Zweifeln an der Zweckorientierung ärztlichen Handelns.“ (Nagel, 2009, S. 78). Es scheinen sich hier zwei zentrale Entwicklungen zu vollziehen, in denen Klienten a) zunehmend informiert und fachlich kritisch einen naiven Laienstatus zurückweisen und b) fordernd das traditionelle Machtgefälle zu Professionellen infrage stellen (Pfadenhauer, 2003). Grund dafür ist auch die Verbreitung des professionellen Wissens in Massenmedien wie dem Internet, die schließlich einen Verlust der Exklusivität des Sonderwissensbestandes bedeuten.

Diese Phänomene werden auch innerhalb der psychotherapeutischen Profession mancherorts registriert: „Obgleich die Klienten oft sehr hilfsbedürftig sind, haben doch viele von ihnen recht klare Vorstellungen von der Therapie und dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin, die sie suchen. Die Informiertheit der Patienten über Psychotherapie und die Angebotspalette hat in der letzten Zeit sehr zugenommen“ (Fürstenau, 2000, S. 190). So wachsen sowohl die Konkurrenz unter den Anbietern als auch die Notwendigkeit, als Patient eine Wahl zu treffen. Diese Entwicklung hat nach Schmeuling-Kludas (2008) massive Effekte auf die Wirklichkeitskonstruktionen von Patienten mit psychischen Störungen: „Entsprechend dem heutigen Selbstverständnis der Patienten erwarten auch psychisch Erkrankte die Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit durch eine gezielte Intervention. [...] Statt-

dessen ist eine aktive und zum Teil schmerzhaft Auseinandersetzung gefordert, und entsprechend ist die Ambivalenz erst einmal groß“ (S. 356).

### 6. Professionalisierung als Strategie der Konstruktion von Bedarf und Zuständigkeit

Professionstheorien in der Tradition des Funktionalismus gehen davon aus, dass zunächst ein diffuser Bedarf an professionellen Problemlösungen existiert, um dessen Erfüllung sich dann verschiedene Berufsgruppen konstituieren, konkurrieren und sich schließlich zu einer Versorgungsstruktur institutionalisieren. Einer solchen Vorstellung diametral gegenüber steht das interaktionistische und machtkritische Paradigma der Professionssoziologie.

Letzteres formiert sich um die Annahme, dass Professionen ihren Zuständigkeitsbereich reklamieren, indem sie ein lebenspraktisches Problem (eine „Krise“ nach Oevermann, s. o.) via fachlicher Diagnose („*jurisdiction*“) in ihr Wissenssystem überführen (Abbott, 1988). Den Ausgangspunkt nimmt dieser Prozess in den verfügbaren professionellen Kompetenzen. Liebl (2000) bezeichnet diese Dynamik als „Potential-Synthese“: „Es sind nicht Probleme, für die Lösungen entwickelt werden, sondern Probleme werden instrumentalisiert, um die allgemeine Verbreitung des eigenen Lösungskonzeptes sicherzustellen“ (S. 103). Professionen bieten ein „System von Lösungen auf der Suche nach Problemen“ (Baumann, 1995, S. 263). Schließlich erwirken Professionen Nachfrage durch kulturelle Ausstrahlungseffekte ihrer Dienstleistungsangebote. Im Zuge der „Protoprofessionalisierung“ (De Swan, 1990) lernen Laien, ihre Lebenssituationen als „Fall für die Rechtsanwältin“ oder „Fall für die Psychotherapeutin“ zu deuten und deren Leistungen in Anspruch zu nehmen.

In diesem Licht wird der „Bedarf“ an professionellen Leistungen als iatrogenes Effekt von Professionalisierung diskutiert – was vor dem Hintergrund der stark wachsenden Nachfrage von Psychotherapie klärenswert erscheint. Während ein nach wie vor hoher und zunehmender Behandlungsbedarf als gesicherter Befund der

Versorgungsforschung gilt (vgl. z. B. Jacobi & Kessler-Scheil, 2013), erlaubt die unzureichende Datenlage keine eindeutige Erklärung dafür, sondern stützt widersprüchliche Modelle (Spießl & Jacobi, 2008):

Die häufig geäußerte „Epidemiehypothese“ geht von der tatsächlichen Zunahme psychischer Morbidität aus (u. a. verursacht durch sozialen Wandel), kann aber durch Langzeitstudien als widerlegt gelten (Richter, Berger & Reker, 2008). Wahrscheinlicher scheinen Effekte einer veränderten Krankheitswahrnehmung auf Seiten der Patienten und Behandler, die eine stärkere Inanspruchnahme von Psychotherapie nach sich ziehen. Gründe dafür sind zunehmende öffentliche Wahrnehmung des Themas, Aufklärung der Bevölkerung, Entstigmatisierung der Störungen usw. (Jacobi, 2009, S. 22, vgl. auch DAK, 2005). Zugleich scheint auch das Angebot an Psychotherapie selbst seine Effekte zu haben. So stellt sich der Mangel an Behandlungsplätzen im formal überversorgten KV-Bezirk Göttingen viel stärker dar als im KV-Bezirk Kassel mit weniger Versorgungsangeboten (Schütte, Peschken & Friedrich, 2003). Die Autoren nehmen an, dass „die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht nur von Merkmalen der Nachfragenden, sondern schlicht auch vom dichteren und damit ‚sichtbarerem‘ therapeutischen Angebot abhängt – bei ansonsten gleichem Behandlungsbedarf“ (S. 112).

Die stärkere Aufmerksamkeit auf psychische Störungen sollte allerdings nicht als „Artefakt“ missverstanden werden: „Auch wenn [...] psychische Störungen nicht oder zumindest nicht dramatisch zunehmen, stellt die zunehmende (Selbst-)Wahrnehmung psychischer Probleme und damit eine steigende Behandlungsbedürftigkeit eine enorme Herausforderung dar.“ (Jacobi, 2009).

Auch in dieser Kontroverse sind die an dieser Entwicklung beteiligten Praktiker gezwungen, sich zu positionieren. Die darin ausgesäten Zweifel an der uneingeschränkten Zweckdienlichkeit und Legitimität der eigenen professionellen Existenz gilt es in Schach zu halten.

## Typus des postmodernen Professionellen

Die obige Beschreibung der Psychotherapie als Profession stellt eine Berufsgruppe mit vielen Widersprüchen dar. Prozesse der Deprofessionalisierung greifen das Selbstverständnis der Psychologischen Psychotherapeuten in mehreren vitalen Punkten zugleich an. Schlagen sich Krise und Wandel von Professionen derartig in der individuellen Selbstwahrnehmung ihrer Mitglieder nieder, spricht Pfadenhauer (2003) vom „Typus des postmodernen Professionellen“ – eine theoretische Konzeption der professionellen Identität, die möglicherweise ein so aufschlussreiches wie alarmierendes Porträt Psychologischer Psychotherapeuten erlaubt.

Als „berufliches Selbstverständnis“ ist hiermit gemeint, was Bourdieu (z. B. 1987) auch als Habitus beschreibt: ein erworbenes Prinzip, nach dem soziale Akteure Verhaltensstrategien und Praktiken generieren. Abhängig von ihrer Position innerhalb der gesellschaftlichen Sozialstruktur verinnerlichen diese kollektive Schemata des Wahrnehmens, Denkens und Handelns, die für ein soziales Feld, wie es der Beruf darstellt, typisch sind. In doppeltem Sinne ist Habitus hierbei sowohl dessen *Opus operatum* (Werk) als auch *Modus Operandi* (Art des Handelns), er ist „die Individuum gewordene Gestalt von Gesellschaft“ (Liebau, 1987, S. 61). Das berufliche Selbstverständnis als Habitus wird hier nach mehrdimensional gespeist, sowohl aus der Klassen- bzw. Schichtzugehörigkeit eines Akteurs, z. B. dem sozioökonomischen Status der Psychotherapeutenausbildung, als auch aus seiner professionellen Sozialisation, z. B. während der Psychotherapeutenausbildung, und der globalen Entwicklung seines Berufsstandes.

Der postmoderne Professionelle internalisiert Prozesse der Deprofessionalisierung und des gesellschaftlichen Wandels als massiven Zweifel an seinem Beruf in Bezug auf dessen Auftrag und Legitimität. Zur Bezeichnung des Akteurstypus als „postmodern“ sei angemerkt, dass sein Auftreten als eine Folgeerscheinung der Moderne verstanden wird. Die Moderne zeichnet sich gegenüber traditionellen Gesellschaf-

ten durch Prozesse der Domestizierung der Natur, Rationalisierung der Kultur, Differenzierung der Struktur und Individualisierung der Person aus (Rosa, Strecker & Kottmann, 2007). Schreiten diese Prozesse weiter voran, verselbstständigen sie sich von ihren ursprünglichen Entstehungsbedingungen und entwickeln unintendierte, aber systemimmanente Folgeprobleme (wie z. B. ökologische, soziale oder globale Krisen). Die Moderne wirkt auf sich selbst zurück und wird damit eine andere – Spät-, Post- oder reflexive Moderne genannt. Der Begriff der „reflexiven Modernisierung“ meint sowohl das Entstehen von Nebenwirkungen der Modernisierungsprozesse, die diese selbst betreffen, als auch die einsetzende gedankliche Reflexion dieses Phänomens (Beck, Giddens & Lash, 1996). Der beschriebene Typus des Professionellen ist deshalb ebenfalls „postmodern“, weil er die Folgeprobleme des Modernisierungsprozesses „Professionalisierung“ innerhalb seines Berufsstandes zu spüren und zu reflektieren beginnt. Professionen befinden sich dann auf dem Weg zum postmodernen Expertentum, wenn sich „die allmähliche Durchsetzung der (eben nicht ganz geschlossenen) ‚Reihen‘ moderner Professioneller mit ‚verunsicherten‘ postmodernen Professionellen [...]“ (Pfadenhauer, 2003, S. 185) beobachten lässt.

## Konjunktur der Selbstzweifel

Im Zentrum postmoderner Professionalität steht der dreifache Selbstzweifel:

1. an der hegemonialen Gültigkeit des professionellen Wissens,
2. an der normativen Überlegenheit der professionellen Lösungsangebote und
3. an der alternativlosen Zuständigkeit der Profession für den von ihr reklamierten Problembereich (Pfadenhauer, 2003).

In der Widersprüchlichkeit wissenschaftlich anerkannter und „alternativer“ Lösungsmethoden und der Individualität persönlicher Sinnkonzeptionen, Lebensstile und Wertvorstellungen scheinen „Professionelle selbst immer weniger davon überzeugt zu sein, dass ‚ihre‘ Problemsichten und Lö-

sungswege die einzig möglichen, adäquaten und erfolgversprechenden sind“ (ebd., S. 208), „[e]s verliert sich der Glaube an den ‚one best way‘ [...] gegenüber einer Pluralität gleichermaßen legitimer und erfolgreicher Vorgehensweisen“ (ebd., S. 181).

Auch Collins (2004) spricht vom wachsenden „Misstrauen der Professionen gegen sich selbst“ (S. 83): „Professionelle hatten die Wissenschaft, glaubten sich im Besitz der Wahrheit und der richtigen Methode und hatten die Überzeugung, Gutes zu tun. Aber mit der Zeit wurde diese Naivität zerstört. Genau genommen ist sie über sich selbst herausgewachsen. [...] Die Zauberer werden sich in der Abgeschlossenheit ihrer Klassenzimmer ihrer eigenen Tricks bewusst.“

An dieser Stelle sei bemerkt, dass der Psychotherapeutenstand aufgrund ihrer Heterogenität ein besonderes Potenzial zu professioneller Selbstkritik innewohnt, weil dieser sich in „diskriminierende[r] Projektion“ (Kraft, 2004) immer auch Ziele außerhalb der unmittelbaren kollegialen Peergroup bieten. So mag es sich beim professionellen „Selbstzweifel“ häufig auch um Kritik an einer anderen psychotherapeutischen Subkultur handeln.

## Adaptive Strategien postmoderner Professioneller

Auf die genannten gegenwärtigen Bedingungen reagieren postmoderne Professionelle mit verschiedenen adaptiven Strategien (Pfadenhauer, 2003, S. 185):

- Sie relativieren ihre professionelle Deutungshoheit angesichts alternativer Problemdefinitionen und -lösungen.
- Sie orientieren sich stärker an Bedürfnissen und Forderungen ihrer Klienten.
- Sie akzeptieren den ambivalenten Pluralismus von professionellen und alternativen Theorien und Problemlösungen.
- Sie kombinieren professionelle und alternative Vorgehensweisen im praktischen Handeln auf individuelle Art und Weise.



- Sie beschränken sich bei der Definition ihres professionellen Zuständigkeitsbereichs.
- Sie haben ein starkes Bedürfnis nach kollegialer Selbstreflexion und -vergewisserung.

Noch bleibt zu untersuchen, wie sich diese Denk- und Verhaltensweisen konkret äußern. Vermutlich entwickeln postmoderne Professionelle „vor allem individuelle Strategien der Krisenbewältigung [...]“ (ebd.). So gerät ihr Arbeitsstil und Selbstverständnis zur idiosynkratischen Mischung professioneller und alternativer Lösungskonzepte. Vor diesem Hintergrund erklärt Schütze (1992) auch das „intensive Bedürfnis nach [neuartigen] Selbstreflexions- und Selbstvergewisserungsverfahren, wie denen der Fallbesprechung und der Supervision“ (S. 147, vgl. auch Schützeichel, 2010).

## Psychologische Psychotherapeuten als postmoderne Professionelle?

Auch wenn die obige Darstellung nahelegt, dass Psychologische Psychotherapeuten sich treffend als postmoderne Professionelle charakterisieren lassen, muss in Rechnung gestellt werden, dass sich ihr junger Berufsstand zugleich zunehmend professionalisiert. Wie Psychotherapeuten mit dessen Entwicklung modern und/oder postmodern umgehen, bleibt als Gegenstand zukünftiger Forschung offen. Eine erste empirische Untersuchung der Frage gibt Hinweise, dass sich das Konstrukt „Typus des postmodernen Professionellen“ eignet, um das professionelle Selbstverständnis der Interviewpartner in Kongruenz und Kontrast zu konturieren (Thom, 2011). Die befragten Psychologischen Psychotherapeuten vertreten keinen gemeinsamen Professionsbegriff, was sowohl als Spezifikum des psychotherapeutischen Berufsstandes als auch als allgemeiner

Ausdruck unserer pluralen postmodernen Gegenwart erklärt werden kann. Schließlich spiegelt sich darin auch, dass sich ihre Profession in zwei divergierenden Dynamiken entwickelt: Psychologische Psychotherapeuten beschreiten zugleich sowohl den „schwierigen Weg zur Profession“ (Heisig & Littek, 2004) als auch den „Weg zum

postmodernen Expertentum“ (Pfadenhauer, 2003), was derzeit keine eindeutige Standortbestimmung zulässt.

### Literatur

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



**Julia Thom**, Dipl.-Psych., Stipendiatin des Ev. Studienwerkes, studiert Psychotherapie (Master of Science) in Kombination mit der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Schwerpunkt VT) an der Psychologischen Hochschule Berlin. Ihre Forschungsinteressen liegen in der sozialwissenschaftlichen Untersuchung der Psychotherapie sowie Fragen der Epidemiologie und Versorgungsforschung.

### Korrespondenzadresse:

**Dipl.-Psych. Julia Thom**

[j.thom@psychologische-hochschule.de](mailto:j.thom@psychologische-hochschule.de)

Postalische Zuschriften bitte an:

Redaktion Psychotherapeutenjournal  
Bayerische Landeskammer der  
Psychologischen Psychotherapeuten und  
der Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Straße 9  
80336 München



**Prof. Dr. Matthias Ochs**, Psychologischer Psychotherapeut, lehrt im Fachgebiet „Psychologie und Beratung“ am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Fulda, vormals mehrjährige Tätigkeit als wissenschaftlicher Referent der PTK Hessen. Seine Interessensschwerpunkte sind u. a. Systemische Psychotherapie und Beratung, Mixed-Methods-Forschung.

# Führung der Bezeichnungen „Psychotherapeut in Ausbildung“ bzw. „Psychotherapeut i. A.“ durch Ausbildungsteilnehmer – rechtlich unzulässig?

Thomas Schmidt & Theresa Kruß

## Einleitung

An die Psychotherapeutenkammern wird sowohl von Ausbildungsteilnehmern als auch von approbierten Mitgliedern immer wieder die Frage herangetragen, ob die Führung der Bezeichnung „Psychotherapeut<sup>1</sup> in Ausbildung“ bzw. „Psychotherapeut i. A.“ durch Ausbildungsteilnehmer rechtmäßig sei. Diese Thematik ist insbesondere auch deshalb relevant, da das unbefugte Führen einer Berufsbezeichnung strafbar sein kann, vgl. § 132a Strafgesetzbuch (StGB).

Im berufspolitischen Raum hat sich die Bezeichnung „Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA)“ als Bezeichnung einer Gruppe seit längerem etabliert. Auch von den Psychotherapeutenkammern wird die Bezeichnung teilweise bei der internen oder externen Kommunikation (z. B. auf Homepages) verwendet. Dies dürfte insoweit auch rechtlich unproblematisch sein.

Rechtlich problematisch wird es allerdings dann, wenn eine Bezeichnung wie „Psychotherapeut in Ausbildung“ bzw. „Psychotherapeut i. A.“ von einzelnen Ausbildungsteilnehmern gegenüber Dritten (also auch Patienten) geführt wird, z. B. durch Verwendung der Bezeichnung im Rahmen einer Unterschrift, auf Briefköpfen, Visitenkarten, Praxisschildern oder Ähnlichem.

Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über aktuelle gesetzliche Regelungen

in diesem Zusammenhang und berücksichtigt insoweit auch wettbewerbsrechtliche Aspekte.

Dabei werden auch mögliche Formulierungen angesprochen, mit denen negative rechtliche Folgen für Ausbildungsteilnehmer vermieden werden können.

Dies könnte als Information insbesondere auch für approbierte Kammermitglieder interessant sein, die sich von Berufs wegen mit Ausbildungsteilnehmern und der Außen Darstellung in diesem Kontext befassen.

## Die aktuelle Rechtslage im Überblick

Seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sind die Berufsbezeichnungen „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ gesetzlich geschützt und nur approbierten Berufsträgern vorbehalten (§ 1 Abs. 1 Satz 3 PsychThG). Dies gilt auch für die allgemeine Bezeichnung „Psychotherapeut“ (§ 1 Abs. 1 Satz 4 PsychThG), wobei diese auch von entsprechend qualifizierten Ärzten geführt werden darf. Anderen als den genannten Personen ist es verboten, diese Berufsbezeichnungen zu führen.

Maßgeblich ist somit die Approbation (bzw. eine befristete Erlaubnis). Selbst

wenn die staatliche Prüfung erfolgreich abgelegt wurde und hierüber auch bereits ein Zeugnis vorliegt, berechtigt dies allein noch nicht zum Führen der Bezeichnung.

Das unbefugte Führen der Berufsbezeichnung steht gemäß § 132a Abs. 1 Nr. 2 StGB unter Strafandrohung. Um mögliche Umgehungen des Verbots zu verhindern, erweitert § 132a Abs. 2 StGB das Verbot auch auf zum Verwecheln ähnliche Bezeichnungen, die geeignet sind, den Eindruck zu erwecken, der Verwender dieser Bezeichnung sei approbierter Psychotherapeut.

Schließlich kann das Führen einer gesetzlich geschützten Bezeichnung (mit Verwechslungsgefahr) nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) unter bestimmten Voraussetzungen auch eine wettbewerbsrechtliche Abmahnung<sup>2</sup> begründen.

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

<sup>2</sup> In diesem Zusammenhang bedeutet dies, dass die Person, die eine gesetzlich geschützte Bezeichnung führt, mit einer Abmahnung dazu aufgefordert wird, das beanstandete Verhalten nicht mehr zu wiederholen und diesbezüglich eine Unterlassungserklärung abzugeben. Zur Sicherung des Unterlassungsversprechens beinhaltet die Unterlassungserklärung in der Regel für jeden Fall der Zuwiderhandlung eine Vertragsstrafe.

## Bezeichnung von Ausbildungsteilnehmern

Ausbildungsteilnehmer werden während ihrer Ausbildung bereits aktiv in die Patientenversorgung einbezogen. Das Führen einer speziellen Berufsbezeichnung ist für diese gesetzlich jedoch nicht vorgesehen. Dennoch kann sich z. B. in der Ambulanz eines Ausbildungsinstituts oder in einer Klinik die Frage stellen, wie im Rahmen der Außendarstellung mit der Bezeichnung der Tätigkeit von Ausbildungsteilnehmern umzugehen ist, um dem Interesse der Ausbildungsteilnehmer gerecht zu werden und um dem Patientenschutz sowie dem Schutz der Ausbildungsteilnehmer vor rechtlich negativen Folgen Rechnung zu tragen. Auch approbierte Kammermitglieder, welche in der Ausbildung tätig sind, haben insoweit ein Interesse an Rechtsklarheit, um sich z. B. nicht einem Vorwurf der irreführenden Werbung gemäß der für sie geltenden Berufsordnung ausgesetzt zu sehen, wenn in einer von ihnen verantworteten Außendarstellung eine eventuell unbefugte Bezeichnung von Ausbildungsteilnehmern verwendet wird.

Die Verwendung der Bezeichnungen „Psychotherapeut in Ausbildung“ bzw. „Psychotherapeut i. A.“ erscheint vor dem Hintergrund der dargestellten Rechtslage als denklich.

Die Bezeichnung „Psychotherapeut“ ist gesetzlich den approbierten Berufsangehörigen vorbehalten. Durch deren Verwendung wird der Eindruck erweckt, der Ver-

wender dieser Bezeichnung sei approbierter Psychotherapeut. Ein bloßer Zusatz wie „i. A.“ ist nicht geeignet, die bestehende Verwechslungsgefahr auszuräumen, da sich der Ausbildungsstatus aus diesem Zusatz nicht eindeutig ergibt, sondern erst eine nähere Erläuterung erforderlich ist. Die Annahme einer Verwechslungsgefahr ist auch bei dem Zusatz „in Ausbildung“ nicht auszuschließen, denn für den mit berufsrechtlichen Fragen nicht näher befassten Patienten könnte auch der Eindruck entstehen, dass es sich um eine weitergehende Ausbildung nach bereits erfolgter Approbation handelt.

## Empfehlung

Zur Vermeidung rechtlicher Nachteile wird empfohlen, dass einzelne Ausbildungsteilnehmer Bezeichnungen wie „Psychotherapeut in Ausbildung“ bzw. „Psychotherapeut i. A.“ nicht führen.

Wird dagegen ausschließlich auf den von der Hochschule verliehenen akademischen Grad (wie etwa „Diplom-Psychologe“, „Diplom-Sozialpädagoge“ oder „Diplom-Pädagoge“) oder den Status als „Ausbildungsteilnehmer“ (so die Bezeichnung in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen) hingewiesen, würde eine Verwechslungsgefahr im Hinblick auf die gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen nicht bestehen.

Dies allein könnte jedoch begrifflich als zu unspezifisch empfunden werden, um sa-

changemessen über den Status als Teilnehmer einer Psychotherapeutenausbildung zu informieren. Zu empfehlen wäre dann eine Formulierung wie z. B. „Diplom-Psychologe/Diplom-Sozialpädagoge, in Ausbildung zum Psychotherapeuten“. Eine solche könnte für mehr Rechtsklarheit sorgen und auch dem Schutz der Patienten und Ausbildungsteilnehmer dienen, weil bei dieser Formulierung die bereits erworbene Qualifikation und der Ausbildungsstatus unverwechselbar im Vordergrund stehen.



**Thomas Schmidt**, Rechtsassessor, ist Rechtsreferent der PTK Bayern.

**Theresa Kruß**, Rechtsassessorin, ist als Juristin bei der PTK Bayern tätig.

### Thomas Schmidt / Theresa Kruß

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Straße 9  
80336 München  
schmidt@ptk-bayern.de  
kruss@ptk-bayern.de



# Buchrezensionen

**Dutton, K. (2013). Psychopathen, Was man von Heiligen, Anwälten und Serienmördern lernen kann. München: DTV. 318 Seiten. 14,90 €.**

Stefan Kriegisch

Kevin Dutton, Psychologieprofessor an der Universität Oxford, ist es gelungen, ein erfolgreiches Psychologiesachbuch zu schreiben. In Deutschland, 2013 erstmalig erschienen, ist es bereits zum dritten Mal aufgelegt worden und steht in der Sachbuchbestsellerliste des *Spiegels* in diesen Sommermonaten auf den vordersten Plätzen. Pressestimmen zu diesem Buch fallen durchweg positiv aus. Grundsätzlich ist es für den Berufsstand der Psychologen eine erfreuliche Sache, wenn ein psychologisches Sachbuch einen breiten Leserkreis findet. Ob es sich aber gerade bei diesem Buch um eine solide Forschungsarbeit und ein gutes Aushängeschild für den Berufsstand der Psychologinnen und Psychologen<sup>1</sup> handelt, muss bezweifelt werden.

Hält man das Buch noch ungelesen in den Händen und schlägt den Klappentext zum Autor auf, dann muss man vielleicht erst einmal schmunzeln. Auf dem Foto blickt der Autor mit mafiosem Habitus finster durch seine Sonnenbrille – da stellt sich einem die Frage, ob sich da nicht einer mit seinem Thema überidentifiziert hat.

Im Text geht es dann von der ersten Seite an in einem lockeren leicht verständlichen Plauderton voran. Kevin Dutton berichtet von zahlreichen Experimenten und Tests, in denen die Psychopathen wegen ihrer Skrupellosigkeit und fehlenden Empathie besser abschneiden als die Nicht-Psychopathen. Geradezu fasziniert von der Furchtlosigkeit der Psychopathen stellt der Autor immer wieder deren Überlegenheit in bestimmten Aufgabenbereichen fest und leitet daraus ab, dass sie für bestimmte Berufe besonders prädestiniert seien. Mit einer an naiver Bewunderung grenzenden Faszination galoppiert der Autor von Experiment zur Anekdote, klärt dabei aber nicht, was den Psychopathen vom Nicht-Psychopa-

then unterscheidet, sondern verwässert den Psychopathiebegriff, indem er bei nahezu allen erfolgreichen Menschen Psychopathiemerkmale entdeckt und daraus ableitet, dass Psychopathie für Erfolg nicht nur förderlich, sondern sogar notwendig sei. Kevin Dutton bietet das Thema so dar, dass der Leser ein Minderwertigkeitsgefühl entwickeln könnte, wenn er feststellt, dass er nicht diese Selbstsicherheit, den manipulativen Charme und die Kaltblütigkeit besitzt und im Vergleich mit dem Psychopathen den naiven Loser abgibt.

Die Schlussfolgerung daraus legt der Autor unverhohlen nahe: Es sei völlig in Ordnung oder sogar geboten, sich auch etwas von den sozial schädlichen psychopathischen Merkmalen zuzulegen, um im Wettkampf um Erfolg auf die Gewinnerseite zu gelangen. Für diejenigen, die sich bereits rücksichtslos an der Solidargemeinschaft bereichern und aus purem Egoismus und Empathiemangel Betriebe samt ihrer Belegschaft in den Ruin treiben oder sogar Staaten in die Pleite führen, ist das Werk von Kevin Dutton eine Apologie des Dissozialen. Die zahlreichen zitierten Experimente mögen darüber hinwegtäuschen, dass dieses theoriefreie Werk an Naivität kaum zu überbieten ist. In seinem Buch präsentiert Kevin Dutton die akademische Psychologie als eine fröhliche Wissenschaft, die abgekoppelt von der Historie und den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen Phänomene beobachtet, als etwas, das, wenn es denn so ist, auch so sein soll. Nicht einmal andeutungsweise stellt er sich in seiner Begeisterung für psychopathische Verhaltensweisen die Frage, ob wir denn unabwendbar Killerkommandos brauchen, die auf fremden Territorien ohne gesetzliche Grundlage erklärte Feinde liquidieren, oder Finanzjongleure, die völlig unberührt ruhig schlafen gehen, obwohl sie am Nachmit-

tag die Lebensersparnisse von Tausenden Menschen vernichtet haben.

Über Psychopathen, im herkömmlichen Sinne verstanden, wissen wir, dass sie in der Regel immer wieder grandios scheitern. Von den nach Kevin Dutton benannten sogenannten „funktionierenden Psychopathen“ in der Finanzwelt und unter den Firmenchefs wissen wir inzwischen auch, dass ihr Scheitern hinsichtlich des angerichteten Schadens an Grandiosität alles in den Schatten stellt, was wir von den Psychopathen in den Maßregelvollzügen und den Justizvollzugsanstalten her kennen. An keiner Stelle seines Buches kommt Kevin Dutton auf die Idee, dass die zunehmende Präsenz psychopathischer Merkmale ein Produkt des globalen Neokapitalismus sein könnte, der die Verantwortung für die Gemeinschaft und das Ganze aus dem Blick verloren hat, genau diese problematischen Merkmale für egoistische Profitmaximierung präferiert und so den Boden für deren Gedeihen liefert. Dieser von Kevin Dutton proklamierte Menschentypus hätte in einer überschaubaren Gemeinschaft, in der er *face to face* für sein Handeln zur Verantwortung gezogen werden könnte, mittelfristig keine Chance. Stattdessen glorifiziert der Autor Psychopathen und erklärt sie auch noch zum Modell.

Das Buch von Kevin Dutton ist in der Form ein überflüssiges, wenn nicht sogar ein verantwortungsloses und schädliches Werk.

*Dipl.-Psych. Stefan Kriegisch,  
Hildesheim*

<sup>1</sup> Anmerkung der Redaktion: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in den beiden Rezensionen nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

## Thielen, M. (Hrsg.) (2013). *Körper – Gruppe – Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag. 469 Seiten. 39,90 €.

Jürgen Kriz

Dieser umfassende Band mit 32 Beiträgen von 29 Autorinnen und Autoren über Körperpsychotherapie entspringt einem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK), der im Spätherbst 2011 an der Freien Universität Berlin (FUB) stattfand. Wie auch durch viele andere Bände, welche in letzter Zeit das Thema „Körper“ thematisieren, wird damit das stark gewachsene Interesse dokumentiert, das an einer Einbeziehung der körperlichen Prozesse in ein umfassenderes Verständnis von Psychotherapie (und -pathologie) besteht. Es nimmt, wie Dirk Revenstorf in diesem Band betont, „nicht wunder, dass vornehmlich verbal orientierte Therapieformen wie Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapien und kognitive Verhaltenstherapie (...) zunehmendes Interesse zeigen, körperliche Zugänge zu Übertragung, Emotionalität, Abwehrmustern und unbewussten Inhalten suchen.“ Haben doch jüngere Erkenntnisse der Evolutionspsychologie, Neurowissenschaft, Hirnforschung, Entwicklungspsychologie mit Babyforschung zu der Einsicht beigetragen, dass ohne essenzielle emotionale Beteiligung kaum etwas gelernt und behalten wird. Persönliche (sowie phylogenetische) Erfahrung wird zudem keineswegs nur im Zentralnervensystem gespeichert, sondern ist im gesamten Körper auf unterschiedliche Weise manifestiert und repräsentiert. Diese nicht neuronal repräsentierte Erfahrung interagiert und interferiert sowohl mit den neuronalen Prozessen und stellt z. B. auch für die Dynamik von bewussten und unbewussten Vorgängen andere Aspekte und Informationen bereit als das, was im deklarativen Gedächtnis vorliegt. Psychotherapie ohne starke Berücksichtigung dieser Zusammenhänge ist heute – zumindest auf internationalem Level – kaum mehr vorstellbar. Ein früherer Band des Herausgebers Manfred Thielen „Körper – Gefühl – Denken“ (2. Aufl. 2010 im selben Verlag) stellt denn auch gezielt

diese Aspekte mit dem Fokus auf die Selbstregulationsprozesse ins Zentrum, während im vorliegenden Band der Fokus auf Gruppenpsychotherapie – zumindest in den ersten elf Beiträgen – explizit gewählt wurde. Dieser ist für viele Leserinnen aber vielleicht besonders interessant, weil therapeutische Arbeit in der Gruppe hierzulande ebenfalls eher unterrepräsentiert ist.

Im ersten, gruppentherapeutischen Teil sei besonders der Beitrag von Ralf Vogt hervorgehoben, in dem es um körperorientierte Gruppenpsychotherapie mit komplextraumatisierten/dissoziativen Patienten geht – ein Setting und eine Vorgehensweise, die (im guten Sinne) „fragwürdig“ erscheint, weil für diesen Patientenkreis Gruppenarbeit und zudem Körperpsychotherapie wohl selten empfohlen wird. Vogt, der zu dieser Arbeit bereits mehrere Bücher vorgelegt hat, zeigt aber, dass und wie so etwas möglich werden kann. Sein entwickeltes Konzept, durch „besehbare“ Objekte das Bedrohliche direkter menschlicher Konfrontation zu umgehen, lohnt sich jedenfalls, umfangreiche Aufmerksamkeit vom Fachgremium zu erfahren.

Mit sechs Beiträgen ist der Teil „Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie“ der zweitlängste. Die Relevanz der Befunde aus der neueren Säuglingsforschung für die Körperarbeit werden darin ebenso diskutiert wie Ansätze zur Exploration, Fragen der Indikation und Ergebnisse zur Wirksamkeitsforschung (deren aktuelle Position im deutschen berufspolitischen „Anerkennungskampf“ am Ende des Bandes zwei weitere Beiträge darstellen).

Die beiden Teile „Körperpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ und „Zur Repräsentanz des Weiblichen in der Körperpsychotherapie“ mit je drei bzw. zwei Beiträgen greifen, wie die Titel sagen, spe-

zifische Fragen und Anforderungen auf, die natürlich an jedes psychotherapeutische Verfahren zu stellen sind. Hier werden sie spezifisch auf die Körperpsychotherapie bezogen und so in den Diskurs eingebracht. Dazu passen ergänzend auch die drei Beiträge im Teil „Unterschiedliche methodische Zugänge in der Körperpsychotherapie“.

Unter dem Titel „Körperpsychotherapie im Kontext von gesellschaftlichem Wandel und Zeitgeist“ spannen fünf Beiträge den Bogen zwischen der Geschichte des Dritten Reiches und seinen heute noch wirksamen „Täterintrojekten“ (Tilman Moser) und den aktuellen Prozessen der inoffiziellen Einverleibung, aber offiziellen Ausgrenzung der Körperpsychotherapie, besonders durch die deutsche Richtlinienpsychotherapie (Dirk Revenstorf).

Insgesamt wird in diesem Band ein breites Spektrum aktueller Fragen und Befunde zur Körperpsychotherapie auf einem durchgehend hohen Niveau vorgestellt und diskutiert. Gleichwohl wird durch Hinweise auf Fallbeispiele, konkrete Handlungsansätze und therapeutische Übungen der Anforderung nach Praxisrelevanz eines Buches Rechnung getragen.

Wenn man etwas Kritisches anmerken will, dann die bei 32 Beiträgen wohl notwendige Kürze der einzelnen Texte: Manches hätte ich mir länger ausgeführt und breiter erörtert gewünscht. Und ein Register hätte den Informationswert nochmals erhöht.

Insgesamt dennoch ein gelungenes Werk, das hoffentlich dazu beiträgt, dass sich viele Psychotherapeuten auch in Deutschland stärker mit der Körperpsychotherapie auseinandersetzen.

Dr. Dipl.-Psych. Jürgen Kriz,  
Osnabrück

# Nachruf

## Zum Tod von Karl-Otto Hentze

Doris Müller & Manfred Thielen

Karl-Otto Hentze war Psychologischer Psychotherapeut und von 1985 an bis zu seinem Tod mit großem Engagement und unglaublicher Einsatzbereitschaft für die Profession, die Humanistische Psychotherapie und besonders für die Gesprächspsychotherapie berufspolitisch aktiv. Er war u.a. als damaliger Vorsitzender des Verbandes Psychologischer Psychotherapeuten (VPP) und Präsidiumsbeauftragter des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) maßgeblich an der Entstehung des Psychotherapeutengesetzes beteiligt. Sein fachlicher Anspruch, sein Gerechtigkeitsgefühl und Verantwortungsgefühl ließen ihn unermüdlich und hartnäckig darum kämpfen, dem neuen Heilberuf einen gleichberechtigten Status mit anderen akademischen Heilberufen zu verschaffen. Von immenser Bedeutung für viele Kolleginnen und Kollegen damals wie heute war der Erfolg bei der Durchsetzung der Kostenerstattung für Psychotherapie. In seinem Engagement für gerechte berufliche Bedingungen war es ihm zusammen mit einer Reihe von Mitstreitern gelungen, die im Sozialgesetzbuch V vorgesehene Kostenerstattung auf breiter Front auch für den Bereich Psychotherapie zu nutzen. So ist es heute möglich, als approbierte/r Psychotherapeut/in ohne Kassensitz tätig zu werden.

### **Gesprächspsychotherapeut aus Überzeugung**

Karl-Otto Hentze war Gesprächspsychotherapeut aus Überzeugung und von 1999 bis 2010 Bundesgeschäftsführer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). Als klar wurde, dass die Gesprächspsychotherapie (GPT) nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes trotz wissenschaftlicher

Anerkennung nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden würde, begann sein großer Einsatz für die sozialrechtliche Anerkennung wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren. Er leitete die „AG Anerkennung“ der drei gesprächspsychotherapeutischen Verbände ÄGG (Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie), DPGG (Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie) und GwG. In den letzten zwei Jahren stellte er sein fach- und berufspolitisches Wissen ganz der DPGG zur Verfügung.

Als Bundesgeschäftsführer der GwG setzte er sich nicht nur für die sozialrechtliche Anerkennung der GPT ein, sondern war auch federführend an der Gründung des Deutschen Dachverbandes für Beratung beteiligt und begleitete die Entwicklung seiner Qualitätsstandards. Ein hoher fachlicher Standard bei allen Anwendungsbereichen des personenzentrierten Ansatzes war Karl-Otto Hentze wichtig.

### **Ein leidenschaftlicher Kämpfer**

Von 2002 bis 2011 Mitglied in der Kammerversammlung NRW und im Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) kämpfte Karl-Otto Hentze in den Gremien unermüdlich, unbeirrbar und mit immensem Fleiß dafür, dass die Verfahrensvielfalt in der psychotherapeutischen Versorgung erhalten bleibt bzw. hergestellt wird. Abgesehen davon, dass er die Begrenzung auf die Richtlinienverfahren als eine Ungerechtigkeit gegenüber den anderen nachgewiesenen wirksamen Behandlungsverfahren empfand, wandte er sich auch konsequent gegen den Verlust der Vielfalt in Wissenschaft und Praxis. Er setzte sich deshalb auch für die Anerkennung von weiteren



*Karl-Otto Hentze  
\* 26. Juni 1939 † 3. Oktober 2013  
(Foto: Abdruck mit  
freundlicher Genehmigung der GwG)*

wissenschaftlich begründeten Verfahren und Methoden, besonders aus dem humanistischen Spektrum, ein. Wenn er in Gremien argumentierend auftrat, zeigte sich sein analytischer Scharfsinn, sein untrügliches Urteilsvermögen, gepaart mit unerbittlicher Beharrlichkeit und Mut, der die Konfrontation nicht fürchtete.

Wir trauern um einen hochgeschätzten Mitstreiter und Weggefährten. Karl-Otto Hentze wird unvergessen bleiben! Er hat sich um die Entwicklung und Anerkennung der Psychotherapie in Deutschland verdient gemacht.

*Doris Müller,  
Deutsche Psychologische Gesellschaft für  
Gesprächspsychotherapie (DPGG)*

*Manfred Thielen,  
Arbeitsgemeinschaft Humanistische  
Psychotherapie (AGHPT)*



# Leserbriefe

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

## **J. Hardt: „Zur aktuellen Berufsbilddiskussion von „Psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. Eine besorgte Polemik. Psychotherapeutenjournal 3/2013.**

### **Die Psychotherapie nicht ihrer emanzipatorisch-aufklärerischen Grundlage berauben!**

Wenn Psychotherapie verstanden wird als „Behandlung von der Seele aus“ (– und was sollte sie sonst sein?), dann ist die Frage zu stellen, welche Bedingungen dazu führen, dass die Seele erkrankt.

Damit ist für PsychotherapeutInnen automatisch die von Jürgen Hardt postulierte

kritische Perspektive im Hinblick auf gesellschaftliche Entwicklungen gegeben.

Es steht nun allerdings zu befürchten, dass mit der schleichenden Überführung unseres Berufes in einen sog. Gesundheitsberuf und damit der glatten Einpassung in ein von ökonomischen Strukturen und Zwängen dominiertes System die emanzipatorisch-aufklärerische Grundlage, auf der psychotherapeutisches Handeln beruht, zerstört wird.

Dass selbst die eigene Berufspolitik (bis auf wenige Ausnahmen) einer solchen Entwicklung Vorschub leistet, ist höchst besorgniserregend.

*Dipl. Psych. Ingrid Herzog,  
Troisdorf*

### **Nicht zu Schmalspurärzten mutieren**

Der Beitrag von Jürgen Hardt verweist auf eine Tendenz, die den Berufsstand der Psychotherapeuten seiner Wurzeln, seiner Grundlagen und in der Folge seines Selbstverständnisses zu berauben droht: Psychotherapie wird nur noch unter wirtschaftlichen Aspekten betrachtet, sie soll „versorgen“ und sich einer Systematik unterord-

nen, die nicht ihrem psychologischen Gegenstand entspricht: Unter den Schlagwörtern „Kompetenzerweiterung“ und „Befugnisserweiterung“ soll die Psychotherapie arztähnliche Strukturen ausbilden. Um mittelfristig einem Psychiatermangel begegnen zu können, sollen Psychotherapeuten zu Schmalspurärzten mutieren.

Es ist zu befürchten, dass eine solche Entwicklung den Berufsstand von seinem ge-

nuinen Gegenstand, der Psychotherapie mit ihrer Verankerung in Psychologie und Pädagogik, entfernen wird.

Es ist zu hoffen, dass der Artikel von Jürgen Hardt dazu beiträgt, einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken.

*Dipl.-Psych. Ulrich Meier,  
Köln*

## **S. Knappe, N. Müller & Samia Härtling: „Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Status quo, Nutzen und Barrieren aus Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen“. Psychotherapeutenjournal 3/2013.**

### **Forschungsergebnisse der psychotherapeutischen Verfahren gegenseitig mehr zur Kenntnis nehmen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für den Artikel zur wichtigen und guten Studie von Knappe, Müller & Härtling (2013) zum Einbezug der Eltern in die Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapie! Sehr verwundert bin ich allerdings über die Aussagen in dem Artikel, dass es nur „limitierte Wirksamkeitsnachweise bezüglich des Einbezugs von Eltern bei Präventions- und Interventionsmaßnahmen“ (S. 246) gäbe bzw. „dass der Einbezug von Eltern in kontrollierten Wirksamkeitsstudien bisher fast ausschließlich im Rahmen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen realisiert

wurde“ (S. 247). Bekanntlich wurde systemische Psychotherapie 2008 auch vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) als wissenschaftlich sowohl für die Psychotherapie von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen anerkannt und bekanntlich erfolgen die wissenschaftlichen Anerkennungen des WBP ausschließlich aufgrund des ausreichenden Vorhandenseins von kontrollierten Wirksamkeitsstudien

(eine Metaanalyse zu kontrollierten Wirksamkeitsstudien findet man etwa bei Sydow et al., 2006; und auch bei Sydow, 2012). Das Rad des Einbezugs der Eltern muss in der Verhaltenstherapie nicht neu erfunden werden, es wird seit Jahrzehnten in Systemischer (Familien-)Therapie erfolgreich praktiziert. Um Ressourcen zu bündeln und Synergieeffekte zu schaffen, möchte ich anregen, dass die psychotherapeutischen Verfahren ihre Forschungsergebnisse gegenseitig mehr zur Kenntnis nehmen. (Und wie

kann der Berufsstand der Psychotherapeuten erwarten, dass seine empirischen Befunde auch jenseits seiner selbst zur Kenntnis genommen werden, wenn dies diesseits nicht stattfindet?) Zudem existieren eine Fülle empirischer Befunde, die gut belegen, dass familiäre Beziehungs- und Interaktionsmuster zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von psychischen Störungen gerade im Kindes- und Jugendalter bedeutsam beitragen (z. B. L'Abate, 1998; Cummings et al., 2000); auch diesbezüglich

muss also zum Glück nicht alles nochmals erforscht werden.

Mit freundlichen Grüßen,

*Prof. Dr. Matthias Ochs,  
Heidelberg*

*Literatur:*

*Die zitierte Literatur ist über die Redaktion zu erfahren: [redaktion@psychotherapeutenjournal.de](mailto:redaktion@psychotherapeutenjournal.de)*

## **T. Fydrich & T. Unger: „Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – Was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht?“ Psychotherapeutenjournal 2/2013.**

### **Hochschulambulanzen: Roadmap zur wissenschaftlich-fundierte Einseitigkeitspsychotherapie?**

Das Junktim von Lehre und Forschung in klinischen psychologischen Instituten ist für die Ausbildung der Psychologinnen und Psychologen immanent wichtig. Die Einwände erwachsen aus den beobachtbaren Forschungsausrichtungen der jeweiligen Hochschulambulanzen, weil in der überwiegenden Mehrzahl der Hochschulambulanzen ausschließlich kognitiv-behaviorale Konzepte be- und erforscht werden. Zugespitzt könnte man sagen, dass hier der Steuerzahler über die Hochschule, geschützt durch das Grundrecht der Freiheit der Wissenschaft, einseitig ein psychotherapeutisches Verfahren alimentiert. Nun mag es ja durchaus sein, dass das, was nicht beforscht wird bzw. beforscht werden kann, durchaus wirksam ist, nur bedarf es beispielsweise auch vor dem wissen-

schaftlichen Beirat eines wissenschaftlichen Wirkungsnachweises. Wird oder kann dieser nicht erbracht werden, entfällt früher oder später eine krankenkassenfinanzierte Behandlung für ein solches Verfahren, wodurch dieses in die Bedeutungslosigkeit abrutscht.

Bemerkenswert ist in dem Kontext, dass vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie im Zusammenhang mit der Diskussion um die Direktausbildung an psychologischen Instituten konsequent eine Verfahrenspluralität proklamiert wird. Wie die wirklich aussehen sollte, bleibt völlig offen, die jahrzehntelange „Lerngeschichte“ bzgl. der Lehrinhalte in der Klinischen Psychologie garantiert allerdings eine hohe Sicherheit und Gewissheit, dass dies berufspolitisch eingefärbte und schnell zu revidierende Statements sind, die unter Hinweis auf die Freiheit der Wissenschaft schnell zurückgenommen werden können. Auch am Horizont kann ich nichts erkennen, das

sozusagen gegen die phobische Vermeidung andersartiger Verfahren eine wirkliche Exposition mit anschließender Habituation in Gang setzen könnte. Die Proklamation der Verfahrenspluralität bei der Direktausbildung entspräche damit eher einer kognitiven Vermeidungsstrategie.

Dies könnte eigentlich witzig sein, wenn nicht alles auf eine Einseitigkeitspsychotherapie hinauslaufen würde, bei der die anderen wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren als frei verfügbare Theoriesteinbrüche erhalten müssen, aus denen dann über das Herausbrechen und die Einverleibung von rudimentären Versatzstücken eine solche Einseitigkeitspsychotherapie ihre Legitimation plakativ für eine Allgemeine Psychotherapie ableiten wird.

*PD Dr. Udo Porsch,  
Mainz*

### **Die Frage muss lauten: Was wird dort nicht gemacht und warum?**

Wenn an 36 von 38 Hochschulambulanzen an öffentlichen Universitäten weder tiefenpsychologisch fundierte noch analytische Psychotherapie vertreten sind, wenn diese Verfahren zwischenzeitlich auch in der Lehre ein Schattendasein fristen – vermittelt oftmals von Lehrpersonal, das für das jeweilige Verfahren selbst nicht ausgebildet ist, geschweige denn, es in der Praxis anwendet – dann ist festzustellen,

dass die Mehrzahl der Psychologischen Fakultäten ihren Ausbildungsauftrag nicht mehr vollständig erfüllt: StudentInnen der Psychologie auf Tätigkeitsbereiche im Bereich der Psychotherapie und hier insbesondere der verschiedenen Richtlinienvorfahren vorzubereiten, um ihnen zu ermöglichen, das für sie passende Verfahren kennenzulernen (Stichwort: Verfahrensbezug/Allegianz). Es bedarf schon besonderer Chuzpe und/oder Ignoranz, über diesen Tatbestand hinwegzusehen, so wie es in diesem Beitrag geschieht. Man muss

kein Anhänger psychoanalytischer Theorien sein um zu erkennen, dass diese Haltung eklatant einer wissenschaftlichen Erkenntnistheorie widerspricht, die auch das erkenntnisleitende Interesse der Forschenden (hier AutorInnen) reflektiert. Dann nämlich hätte es einer Erweiterung des Titels bedurft: „(...) und was wird dort gemacht, was wird dort nicht gemacht – und warum?“

*Dr. Jürgen Thorwart,  
Neufahrn & Eichenau*

# Artikelverzeichnis 2013

Artikel	Ausgabe	Seiten
<b>Benecke, Cord</b> Direktstudium Psychotherapie – Warum überhaupt und wenn ja, wie?	4/2013	356 – 357
<b>Brattig, Volker</b> Psychotherapie in der beruflichen Rehabilitation – eine verkannte Anforderung	1/2013	38 – 42
<b>Fuchs, Thomas</b> Leib und Lebensraum – Das eingebettete Selbst in der Psychotherapie	2/2013	124 – 130
<b>Fydrich, Thomas / Abele-Brehm, Andrea / Margraf, Jürgen / Rief, Winfried / Schneider, Silvia / Schulte, Dietmar</b> Universitäres Direktstudium und anschließende Weiterbildung sichern Qualität und Zukunft des Berufs	4/2013	358 – 359
<b>Fydrich, Thomas / Unger, Theresa</b> Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – Was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht?	2/2013	146 – 151
<b>Gleiniger, Jörn W.</b> Plädoyer gegen eine basale und für eine duale Direktausbildung	4/2013	360 – 361
<b>Hardt, Jürgen</b> Zur aktuellen Berufsbilddiskussion von „Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“	3/2013	253 – 255
<b>Hartl, Christian / Schepp, Wiltrud</b> Wie kann man da nur arbeiten? Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Maßregelvollzug	3/2013	230 – 236
<b>Hermann, Jörg</b> Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen – ein Thema für Psychotherapeuten?	3/2013	275 – 277
<b>Hillecke, Thomas / Sosnowsky-Waschek, Nadia / Zimber, Andreas / Dimou-Diringer, Helena / Diener, Carsten / Wilker, Friedrich-Wilhelm</b> Der Psychotherapeut als Scientist-Practitioner. Vom Bachelor und Master über das 1. und 2. Staatsexamen zur Approbation und sozialrechtlichen Zulassung	4/2013	362 – 363
<b>Kettner, Matthias</b> Philosophische Behandlung von Psychotherapie – Indikationen, Risiken und Nebenwirkungen	3/2013	239 – 245
<b>Klücken, Michael</b> Personalisierungsansatz in der Medizin: Nützlich auch für die Psychotherapie?	1/2013	4 – 11
<b>Knappe, Susanne / Müller, Nicole / Härtling, Samia</b> Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Status quo, Nutzen und Barrieren aus Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen	3/2013	246 – 252
<b>Körner, Jürgen</b> Plädoyer für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten „von der Profession her“	4/2013	364 – 365
<b>Kriegisch, Stefan</b> Verborgene Gefahren – Kommentar zur Tendenz, das Sexualstrafrecht immer weiter zu verschärfen	3/2013	236 – 238
<b>Lubisch, Barbara</b> Stabilität, Sicherheit und Klarheit: Approbationsstudium und Fachweiterbildung	4/2013	366 – 367
<b>Ludwig-Körner, Christiane</b> „Ein Stern ist erloschen“ – Nachruf auf Daniel N. Stern	2/2013	121 – 123



Artikel	Ausgabe	Seiten
<b>Michelmann, Anni / Ruggaber, Günter / Timmermann, Helene Trautmann-Vogt, Sabine / Walz-Pawlita, Susanne / Wiesemüller Birgit / Hoffmann, Felix</b> „Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung	3/2013	269 – 271
<b>Müller, Doris / Thielen, Manfred</b> Nachruf – Zum Tod von Karl-Otto Hentze	4/2013	392
<b>Müller, Ulrich A.</b> Heilkunde und forschendes Lernen integrieren. Ein erfahrungsbasiertes Studiengangmodell mit Institutskooperation	4/2013	368 – 369
<b>Ochs, Matthias</b> Aktuelle Studien zur Systemischen Psychotherapie	2/2013	161 – 165
<b>Padberg, Thorsten</b> Denn sie wissen nicht, was wir tun – Die Diskussion über die Pflicht zur standardisierten Diagnostik droht zum Selbstgespräch zu werden	1/2013	12 – 18
<b>Plassmann, Reinhard</b> Prozessorientierte Psychotherapie	2/2013	131 – 137
<b>Rasehorn, Bernd</b> Die sorgerechliche Einwilligung von Eltern in die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen	2/2013	157 – 160
<b>Richter, Rainer</b> Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2/2013	118 – 120
<b>Richter, Rainer</b> Reform der Psychotherapeutenausbildung. Beschlusslage des DPT	4/2013	349 – 351
<b>Ruggaber, Günter</b> Und was, wenn nichts passiert? – Plädoyer für eine patientenund qualitätsorientierte Ausbildungsreform	4/2013	376 – 377
<b>Sarubin, Nina</b> Sport als begleitende Maßnahme bei der Psychotherapie depressiver Patienten. Implikationen für die psychotherapeutische Praxis	3/2013	278 – 282
<b>Schmidt, Thomas / Kruß, Theresa</b> Führung der Bezeichnungen „Psychotherapeut in Ausbildung“ bzw. „Psychotherapeut i. A.“ durch Ausbildungsteilnehmer – rechtlich unzulässig?	4/2013	388 – 389
<b>Schulz von Thun, Friedemann</b> Facilitator einer menschlichen Haltung – zum Tod von Reinhard Tausch	3/2013	283 – 284
<b>Schwarz, Marion</b> Reform der Ausbildung unter Gesichtspunkten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	4/2013	378 – 379
<b>Schweiger, Ulrich</b> Direktausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten	4/2013	370 – 371
<b>Siegel, Robin J.</b> Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung. Entwicklung und mögliche Implikationen für den Berufsstand	3/2013	256 – 261
<b>Siegel, Robin J. / Köthke, Theresia</b> Wir fordern „Ausbildungsreform jetzt!“ – aber wie?	4/2013	352 – 353
<b>Siegel, Robin J. / Willutzki, Ulrike / Weger, Ulrich</b> Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapie. Die neuen Studiengänge der Universität Witten/Herdecke	4/2013	372 – 373

Artikel	Ausgabe	Seiten
<b>Stark, Rudolf</b> Sexuelle Sucht – eine klinische Diagnose? Symptomatologie, Neurobiologie und Verhaltenstherapie	2/2013	138 – 145
<b>Ströhm, Walter / Schweiger, Ulrich / Tripp, Jürgen</b> Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie	3/2013	262 – 268
<b>Subic-Wrana, Claudia / Porsch, Udo / Beutel, Manfred E.</b> Modellstudiengang „Psychosomatische Psychotherapie“	4/2013	374 – 375
<b>Teske, Annette / Theis, Philipp / Müller, Kai W.</b> Internetsucht – Symptom, Impulskontrollstörung oder Suchterkrankung? Eine Übersicht zum Forschungsstand und den Implikationen für die therapeutische Praxis	1/2013	19 – 26
<b>Thom, Julia / Ochs, Matthias</b> Der Typus des postmodernen Professionellen – ein Porträt Psychologischer Psychotherapeuten?	4/2013	381 – 387
<b>Thomsen, Klaus / Wehrheim, Melanie</b> Wie steht ver.di zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?	4/2013	354 – 355
<b>Ubben, Bernd</b> Der Bericht an den Gutachter als sinnvolles Qualitätssicherungsinstrument	1/2013	27 – 33
<b>Unger, Theresa / Fydrich, Thomas</b> Im Rahmen eines „Ein-Beruf-Modells“ wäre der Weiterbildungsschwerpunkt „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ stark gefragt	3/2013	272 – 274
<b>Wieder, Gesine</b> Aktuelle Studien zur Paarkommunikation von Patienten mit Angststörungen	1/2013	49 – 53



**Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern  
ein frohes Weihnachtsfest und einen  
glücklichen Start ins neue Jahr.**

*Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals*

## 23. Deutscher Psychotherapeutentag – Weichenstellungen für die Zukunft der Psychotherapie

Am 16. November 2013 stellten die Delegierten des 23. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) in Kiel Weichen für die Zukunft der Psychotherapie. Sie formulierten ihre Forderungen an die Gesundheitspolitik für die nächste Legislaturperiode, führten die laufende Debatte um die Reform der Psychotherapeutenausbildung weiter und passten die Musterberufsordnung (MBO) an zentrale Anforderungen des Patientenrechtegesetzes an.



*Kristin Alheit, Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein*

Kristin Alheit, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, begrüßte die Delegierten in der Landeshauptstadt Kiel. Ihre Botschaft, dass die für die Zukunft der Psychotherapie so wichtige Reform der Psychotherapeutenausbildung auf der Agenda der nächsten Bundesregierung stehen müsse, traf auf große Zustimmung bei den Delegierten. Die Präsidentin der

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, Juliane Dürkop, forderte die Delegierten auf, den DPT für die Fortführung der Diskussion zu nutzen.

### **Unterversorgung und Wartezeiten zum Thema machen**

Professor Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), ging im mündlichen Bericht des Vorstandes auf die bis dahin bekannt gewordenen Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen zwischen CDU/CSU und SPD ein. Es sei zu begrüßen, dass die Gesundheitspolitik ihr Augenmerk auf die Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Menschen richte. Jede Gesellschaft habe ihren eigenen Umgang mit psychisch kranken Menschen. Psychisch kranke Menschen seien in der Vergangenheit als Kriminelle weggesperrt worden. In Deutschland liege es nur Jahrzehnte zurück, dass psychisch kranke Menschen – immerhin medizinisch versorgt – in große Kliniken auf dem Land abgeschoben wurden. Heute wisse man viel besser, wie psychische Erkrankungen ambulant erfolgreich behandelt werden können und wie auch bei chronischer Erkrankung ein gutes Leben möglich wird. Nur setze man all dieses Wissen nicht ausreichend um. Die heutige Gesellschaft akzeptiere immer noch eine eklatante Unterversorgung psychisch kranker Menschen. Es sei dringend an der Zeit, hier Abhilfe zu schaffen.

### **Psychotherapeutische Versorgung weiterentwickeln**

Die Psychotherapeutenkammer diskutierte eine Reihe von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die Überlegungen reichten von offener Sprechstunde, besserer Akutversorgung, Ausbau der Gruppenpsychotherapie, niederschwelligem

Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen über die Entwicklung und Umsetzung von spezialisierten Versorgungsangeboten für chronisch psychisch kranke Menschen hin zur Versorgung von Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf. Diese notwendigen Differenzierungen müssten zusammengesehen und sollten nicht als Einzelmaßnahmen diskutiert werden. Die Psychotherapeutenkammer werde sich, um dem aktuellen Versorgungsbedarf gerecht werden zu können, einer Differenzierung der Praxisstrukturen stellen müssen. Zusätzlich zur Richtlinienpsychotherapie in Einzelpraxen komme es darauf an, dass Psychotherapeuten Koordinationsfunktionen übernehmen und ein breiteres Leistungsspektrum vorhalten. Um das zu realisieren, sei z. B. die Aufhebung der Befugniseinschränkungen von Psychotherapeuten notwendig. Das wolle die Gesundheitspolitik prüfen. Notwendig seien arztgleiche Medizinische Versorgungszentren,



*Gertrud Corman-Bergau, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen*





Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der Psychotherapeutenkammer Bayern



Michael Krenz, Präsident der Psychotherapeutenkammer Berlin

also psychotherapeutische Versorgungszentren. Auch dazu könne es in der nächsten Legislaturperiode kommen. Basisvoraussetzungen für die notwendige Differenzierung seien eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und eine umfassende Abbildung des notwendigen Leistungsspektrums im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dies sei in der Vergangenheit nicht gelungen und Prof. Richter gehe sicher davon aus, dass man die Unterstützung des Gesetzgebers brauche, um die Selbstverwaltung dazu zu bringen, diese notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Positiv wertete er die Absicht der potenziellen Koalitionspartner, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung um die

ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen mit besonderem Behandlungsbedarf zu erweitern. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen könne es gelingen, Patienten ambulant zu behandeln, die derzeit nur deshalb stationär versorgt werden, weil es im ambulanten Bereich kein ausreichend multiprofessionelles und vernetztes Versorgungsangebot gebe, um ihrem komplexem Behandlungsbedarf gerecht zu werden.

### Abbau von Praxissitzen verhindern

Mit großer Sorge sehe die BPTK, so Prof. Richter, die Pläne der Bundesregierung, künftig in als überversorgt geltenden Planungsbereichen Praxissitze verbindlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

aufkaufen zu lassen. Hier könne sich rächen, dass bei der letzten Reform der Bedarfsplanung der Mut zu einer echten Reform fehlte und für die Psychotherapie völlig veraltete Verhältniszahlen, die zudem fehlerhaft waren, fortgeschrieben wurden. Trotz der in ländlichen Räumen erreichten Verbesserung gebe es keine Maßzahl, die darstelle, welche psychotherapeutische Versorgungsdichte annähernd notwendig sei. Die jetzt eingesetzten Verhältniszahlen seien absurd. Das könne man z. B. daran sehen, dass das Ruhrgebiet, in dem psychisch kranke Menschen 17 Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten warten, als überversorgt gilt.

Die Delegierten des 23. DPT verabschiedeten zwei Resolutionen zur Gesundheitspolitik der nächsten Legislaturperiode. Eine Resolution befasst sich mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die andere mit den für die Psychotherapeuten notwendigen Rahmenbedingungen, um dem sich verändernden Versorgungsbedarf gerecht werden zu können (siehe [www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

### Reform der Psychotherapeutenausbildung

Für die AG des Länderrats und des Vorstands der BPTK berichteten Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der Bayerischen Psychotherapeutenkammer, Michael Krenz, Präsident der Berliner Psychotherapeutenkammer, und Prof. Richter über die seit dem 22. DPT geleistete Arbeit. Durch intensive Vorarbeiten sei es gelungen, am 15. Oktober 2013 in einen strukturierten Dialog mit den für das Studium Verant-

	grundlegend	fortgeschritten	professional
Faktenwissen	Kenntnisse über gesunde und gestörte psychische Funktionen, Strukturen und deren biologische und soziale Grundlagen, über deren Entwicklung sowie deren Abhängigkeit von sozialen Systemen		
Handlungs- und Begründungswissen		Fähigkeiten und Fertigkeiten, die kognitive Komplexität und Mehrdeutigkeit menschlichen Erlebens und Verhaltens unter Berücksichtigung des kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstandes, des sozialen und kulturellen Umfeldes sowie unter Gender-Aspekten zu analysieren, zu diagnostizieren	
Handlungskompetenz/ professionelle Haltung	Unter Anleitung selber durchführen und demonstrieren		selbständig und eigenverantwortlich auch unter schwierigen Bedingungen unter Abwägung gegenläufiger Konsequenzen entscheiden, durchführen und anleiten

Abbildung 1: Matrix der Psychotherapeutischen Kompetenz, Kompetenzebenen x Kompetenzstufen. Im **ersten** bzw. im **zweiten** Ausbildungsabschnitt zu erreichen. Quelle: BPTK, 2013



Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK

wortlichen und den für die Ausbildung der Psychotherapeuten Zuständigen zu treten. Dieser Dialog sei „überfällig gewesen – mit oder ohne Reform“, so Dr. Melcop, der den Delegierten den bisherigen Arbeitsprozess schilderte. Weitere Anhörungen zum Berufsbild der Psychotherapeuten und den daraus abgeleiteten Kompetenzen würden folgen. Die dabei zutage tretenden unterschiedlichen Sichtweisen seien unvermeidlich schon aufgrund der verschiedenen Konzeptualisierung von Psychotherapie, so Michael Krenz, der den Delegierten den Stand der Arbeit am Berufsbild erläuterte. Der derzeit stattfindende Diskussionsprozess biete jedoch die Chance, Antworten auf die Frage zu finden: „Wie bekommen wir das zusammen?“ Wichtige Basis der weiteren Beratungen, so Prof. Richter, sei die vertiefte Diskussion der Kompetenzen und des Kompetenzniveaus, über die Psychotherapeuten verfügen sollten. In einer 3x3-Matrix (Abbildung 1) wolle man die Kompetenzniveaus „grundlegend“, „fortgeschritten“ und „professionell“ unterscheiden und Kompetenzen zugleich unterschiedlichen Kompetenzebenen zuordnen. Diese seien Faktenwissen, Handlungs- und Begründungswissen sowie Handlungskompetenz und professionelle Haltung. Man werde mit großer Sorgfalt daran gehen, diese Matrix auszufüllen. Zu klären sei die Frage, über welche Kompetenzen auf welchen Kompetenzniveaus zukünftige Psychotherapeuten an der Schnittstelle zwischen Studium und

Aus- bzw. Weiterbildung sowie beim Abschluss einer Aus- bzw. Weiterbildung verfügen sollten. Der DPT begrüßte die bisher geleistete Arbeit und gab Anregungen für die weitere Arbeit.

### **Patientenrechtegesetz/ Änderungsbedarf in der MBO**

Der 23. DPT befasste sich mit Änderungen in der Musterberufsordnung (MBO) der BPTK, die sich aus dem in der letzten Legislaturperiode verabschiedeten Patientenrechtegesetz ergeben. Während die meisten Änderungen aufgrund der in den Landespsychotherapeutenkammern bereits intensiv geführten Diskussionen ohne

Gegenstimme angenommen wurden, entspann sich zum Einsichtnahmerecht der Patienten in die Behandlungsdokumentation anhand zweier Anträge eine intensive Diskussion.

### **Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten**

Für den Vorstand erläuterte Andrea Mrazek, dass das Patientenrechtegesetz nicht als berufsexterne Vorgabe oder gar als bürokratisches Korsett verstanden werden sollte. Die in diesem Gesetz deutlich werdende Sicht des Patienten sei den Psychotherapeuten schon immer zu Eigen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten förderten die Autonomie ihrer Patienten in der Therapie und stärkten sie in der Wahrnehmung ihrer Interessen. Da Psychotherapeuten besonders sorgfältig und achtsam mit der Würde und auch der Selbstbestimmung ihrer Patienten umgehen, sei es für sie selbstverständlich, dass in einem Patientenrechtegesetz psychisch kranken Menschen die gleichen Rechte zubilligt werden wie somatisch kranken Menschen.

### **Rechtssicherheit für Kammermitglieder**

Hinzu trete, so Andrea Mrazek, dass die Kammermitglieder von ihrer Berufsordnung erwarten müssten und erwarten dürften, dass sie inhaltlich den fachlichen und ethischen Grundsätzen entspricht und gewährleistet, dass sich der von der Pro-



Andrea Mrazek, Vorstand der BPTK



*Dr. Bruno Waldvogel, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Bayern*

fession selbst gesetzte berufsrechtliche Rahmen in Übereinstimmung befindet mit den gesetzlichen Vorgaben. Psychotherapeuten müssten darauf vertrauen können, dass, wenn sie sich an ihre Berufsordnung halten, sie sich im rechtlichen Rahmen bewegen. Es gehe um Rechtssicherheit für die Kammermitglieder. Den Psychotherapeuten sei nicht geholfen, wenn die Berufsordnung etwas suggeriert, das de facto nicht gegeben ist. Patienten könnten die Einsichtnahme auf dem Rechtsweg erzwingen. Aber natürlich sehe der Vorstand auch die Sorge der Psychotherapeuten, die befürchten, dass ihr Persönlichkeitsrecht verletzt werden könnte, wenn Patienten einen Einblick in die Patientendokumentation und damit auch eventuell sehr persönliche Aufzeichnungen bekämen. Er verstehe durchaus, dass es hier um ein Signal an den Gesetzgeber gehe, dass neben den Patientenrechten auch die Persönlichkeitsrechte der Psychotherapeuten zu sehen sind.

### **Berufspolitisches Signal für die Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Psychotherapeuten**

Dem entgegnete Dr. Bruno Waldvogel, dass er ein Spannungsverhältnis sehe zwischen dem Recht der Patienten auf Einsichtnahme und dem Persönlichkeitsrecht

des Psychotherapeuten. Er persönlich werte das informelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten hoch und gewähre seinen Patienten Einsicht in die Behandlungsdokumentation. Aber so, wie das Recht des Patienten gelte, gelte auch das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten. Dies jedenfalls entspreche seinem staatsbürgerlichen Selbstverständnis und er wünsche sich, dass in der MBO diese rechtspolitische Situation auch deutlich markiert werde. Ein deutliches Signal erfordere eine Regelung in der MBO selbst, die deutlich macht, dass es zwar zivilrechtliche Vorgaben gibt, nach denen eine Einsichtnahme zu gewähren ist, aber die Kammern eine solche Verweigerung des Einsichtnahme-rechts von sich aus nicht als berufsrechtlichen Verstoß werten wollten.

### **Weiterer Diskussionsbedarf**

In der sich daran anschließenden Debatte wurde deutlich, dass der DPT an diesem Punkt gespalten war. Einige Delegierte betonten, es gehe um die Wahrung der Autonomie und des Selbstbestimmungsrechts der Patienten und um Rechtssicherheit für die Kammermitglieder. Demgegenüber sahen andere Delegierte eher die Notwendigkeit, gegenüber dem Gesetzgeber und den Gerichten deutlich zu machen, dass Psychotherapeuten nicht Gefahr laufen wollen, dass durch die Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation ihr Persönlichkeitsrecht verletzt werden könnte.

Dies könne und müsse man deutlich machen, indem man explizit in der MBO eine von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung trifft.

Schlussendlich akzeptierte der DPT das Angebot des Vorstands, die gegensätzlichen Anträge an den Vorstand zu überweisen mit dem Ziel, für den nächsten DPT eine Lösung zu suchen, die den Zielen Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten, Rechtssicherheit für die Kammermitglieder sowie Schutz des Persönlichkeitsrechts der Psychotherapeuten gerecht werden könnte. Der Vorstand signalisierte seine Bereitschaft, einen Lösungsvorschlag für das deutlich gewordene Spannungsfeld vertieft zu beraten und die Antragsteller in den Prozess einzubeziehen.

### **Jahresabschluss 2012 und Haushaltsplanung 2014**

Rudolf Bittner als Vorsitzender des Finanzausschusses und Dr. Dietrich Munz als Vizepräsident der BPTK erläuterten dem 23. DPT den Jahresabschluss für das Haushaltsjahr 2012 und die Haushaltsplanung für das Jahr 2014. Der DPT entlastete den Vorstand einstimmig für das Haushaltsjahr 2012 und billigte in gleicher Weise die Haushaltsplanung für das Jahr 2014. Außerdem verabschiedete der DPT Änderungen in der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der BPTK.



*Monika Konitzer, Vizepräsidentin der BPTK, und Prof. Dr. Rainer Richter*



## Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer – Erste ausgewählte Ergebnisse

Von Februar bis März dieses Jahres hat die Bundespsychotherapeutenkammer zum ersten Mal eine Befragung aller angestellten und beamteten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem IGES-Institut aus Berlin wurde – mit großem Engagement beraten von den Ausschüssen und Kommissionen der BPTK sowie Teilnehmern an zwei Workshops – ein ausführlicher und differenzierter Fragebogen entwickelt, der mit Unterstützung der Landespsychotherapeutenkammern an alle angestellten Psychotherapeuten versandt wurde.

Die Beteiligung an der Befragung war sehr zufriedenstellend. Obwohl die Fragebögen zum Teil sehr umfangreich und komplex waren, haben rund 4.200 Angestellte ihren ausgefüllten Fragebogen zugesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von circa 30 Prozent. Die Ergebnisse der Befragung sind aufgrund der Stichprobenmerkmale repräsentativ für die Gruppe der angestellten Psychotherapeuten. An dieser

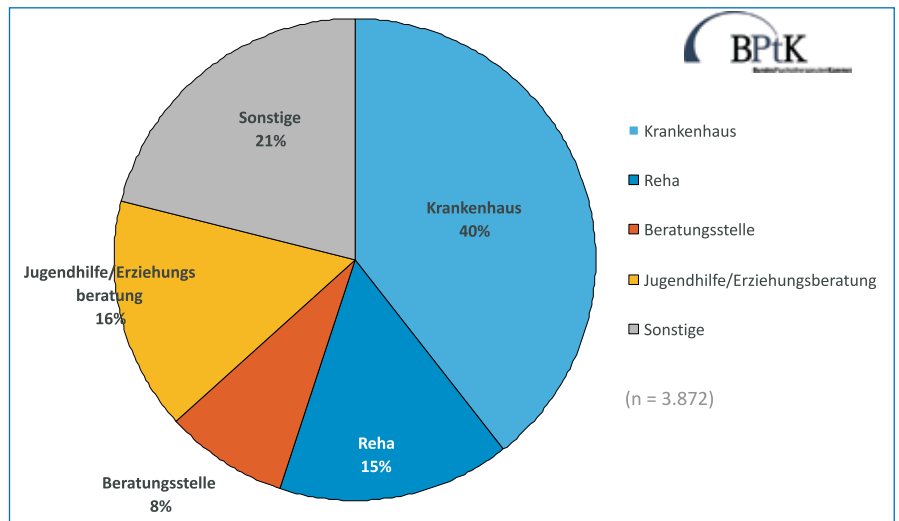


Abbildung 1: Verteilung nach Art der Einrichtung. Quelle: BPTK, 2013

Stelle deshalb vielen Dank an alle, die an der Befragung teilgenommen haben.

### Einrichtungen, in denen Psychotherapeuten arbeiten

Erwartungsgemäß ist der stationäre Bereich ein Tätigkeitsschwerpunkt der befragten Psychotherapeuten: 40 Prozent der

Angestellten arbeiten im Krankenhaus, 15 Prozent in Reha-Einrichtungen. Auch die Jugendhilfe ist mit 16 Prozent der Angestellten stark vertreten, 8 Prozent der Befragten sind in Beratungsstellen beschäftigt. Daneben gibt es noch eine Vielzahl von weiteren Tätigkeitsfeldern, vom Strafvollzug bis zur Hochschule (Abbildung 1).

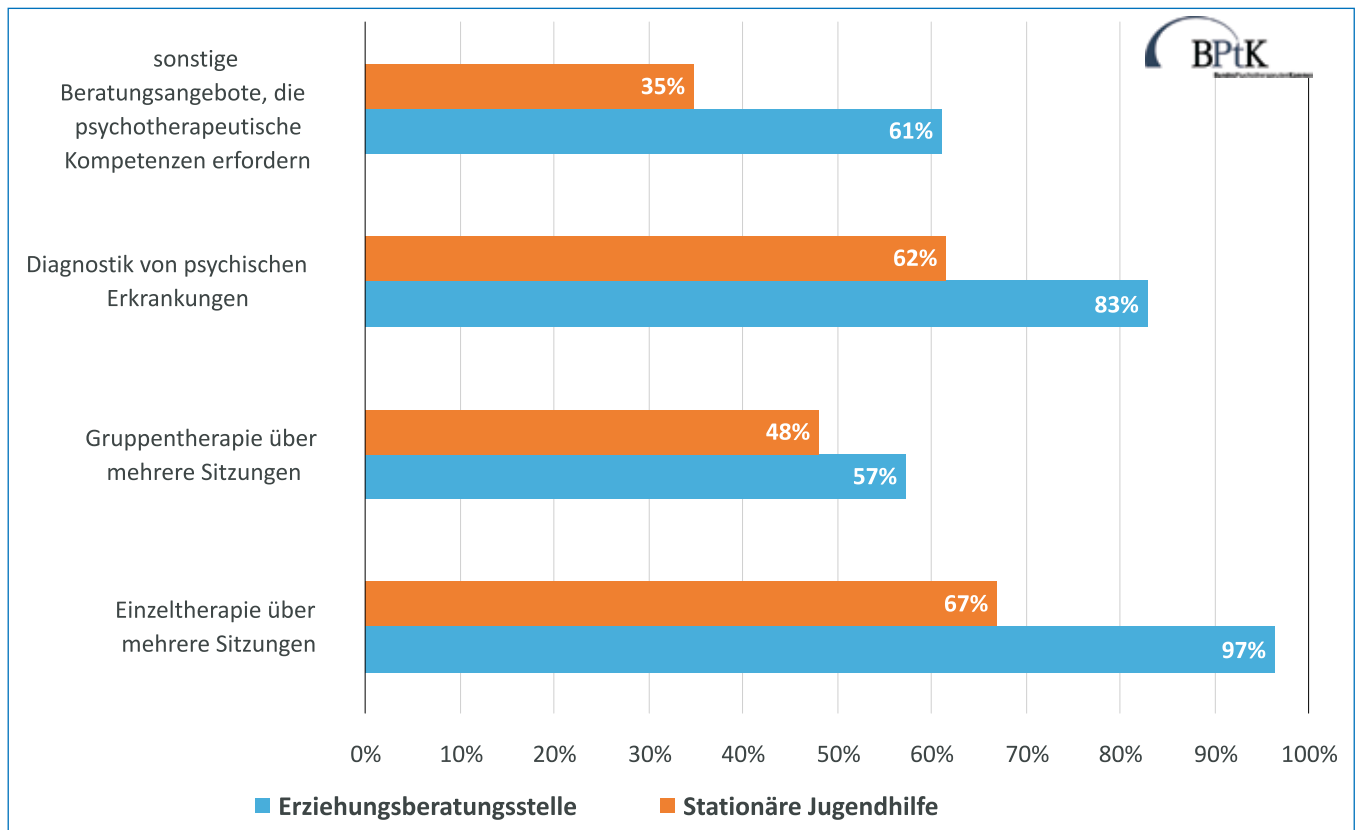


Abbildung 2: Anteil der Befragten, die psychotherapeutische Leistungen erbringen. Quelle: BPTK, 2013



### Tätigkeitsschwerpunkte

Die Psychotherapeuten, die im Krankenhaus arbeiten, sind im Schwerpunkt direkt mit der Patientenversorgung befasst. Diagnostik und Therapie machen 60 Prozent der Arbeitszeit aus, für Fall- und Therapiebesprechungen sowie Supervision werden 15 Prozent der Arbeitszeit aufgewendet. Rund ein Fünftel seiner Arbeitszeit verbringt der Psychotherapeut mit Dokumentationsaufgaben. Auch im Bereich Jugendhilfe/Erziehungsberatung werden zu einem großen Teil psychotherapeutische Leistungen erbracht (Abbildung 2). Dabei ist der Anteil in den Erziehungsberatungsstellen deutlich höher als in der stationären Jugendhilfe. Über zwei Drittel der Befragten in diesem Tätigkeitsbereich gaben an, dass sie psychotherapeutische Leistun-

gen erbringen, um die Wartezeit der Patienten auf einen ambulanten Therapieplatz zu überbrücken.

### Aufstiegchancen

Zu den Aufstiegchancen ergab die Befragung ein eindeutiges Bild. Von den Psychotherapeuten in Krankenhäusern sehen nur 13 Prozent gute Aufstiegchancen, in Reha-Einrichtungen sind es 14 Prozent. Angestellte in Beratungsstellen und Jugendhilfe sehen ihre Chancen sogar noch skeptischer: In der Jugendhilfe glauben nur 9 Prozent der Befragten an gute Aufstiegchancen, in der Beratungsstelle sind es gerade einmal 7 Prozent. Dennoch ist die Mehrzahl der Befragten mit ihrem Beruf zufrieden. 83 Prozent der Befragten im Krankenhaus und in Reha-Einrichtungen

sind mit ihrer Arbeit zufrieden, circa ein Viertel ist sogar voll und ganz zufrieden. In Beratungsstellen und Jugendhilfe ist der Anteil sogar noch höher: 93 Prozent sind zufrieden, die Zahl der voll und ganz Zufriedenen ist dabei mit 45 Prozent fast doppelt so hoch.

### Wie geht es weiter

Nachdem die Ergebnisse der Angestelltenbefragung auf Bundesebene ausgewertet worden sind, werden analoge Auswertungen auf Landesebene durchgeführt werden. Damit stehen der BPTK und den Landespsychotherapeutenkammern erstmals umfangreiche Daten aus dem Angestelltenbereich zur Verfügung, die in der politischen Arbeit genutzt werden können.

## Prof. Dr. Anke Ehlers erhält Deutschen Psychologie Preis 2013



Trägerin des Deutschen Psychologie Preises 2013: Prof. Dr. Anke Ehlers, Universität Oxford

Am 7. Oktober wurde Prof. Dr. Anke Ehlers, Professorin für experimentelle Psychopathologie an der Universität Oxford, der Deutsche Psychologie Preis 2013 verliehen. Die Bundespsychotherapeutenkammer, der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) würdigen mit diesem Preis ihre herausragenden Forschungsarbeiten zur Entstehung und Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS).

Anke Ehlers erforscht seit Langem Entstehungsbedingungen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Traumata. Mit ihren wissenschaftlichen Arbeiten hat sie Antworten gefunden auf die Fragen: Wer erkrankt nach einem traumatischen Erlebnis an einer PTBS und wer nicht? Was bewirkt im Gedächtnis eines traumatisierten Menschen, dass der erlebte Schrecken immer wieder mit solch einer zerstörerischen Wucht zurückkehrt? Wie kann ein Psychotherapeut am wirksamsten helfen, damit die traumatisieren-

den Ereignisse verarbeitet werden können?

Ihre wissenschaftlichen Wurzeln liegen in Deutschland, 1989 erschien hier ihr Buch „Posttraumatische Belastungsstörungen“. Danach folgten zahlreiche international beachtete Publikationen zu Grundlagen, Diagnostik und Behandlung von PTBS. Die Brücke zwischen Grundlagenforschung und Anwendungsbezug schlägt Prof. Ehlers auch in ihrer eigenen klinischen Praxis. Nach den Terroranschlägen in London im Jahr 2005 gehörte sie zu den Experten, die in ihrem Therapiezentrum überlebende Anschlagsoffer erfolgreich behandelten.

Anke Ehlers zählt zu den renommiertesten Wissenschaftlern auf dem Gebiet psychischer Traumatisierungen. Seit 2005 ist sie Mitglied der Leopoldina, seit 2010 Mitglied der Academia Europaea, der europäischen Akademie der Wissenschaften.

Der Deutsche Psychologie Preis ist mit 20.000 Euro dotiert und wird für psychologische Forschung verliehen, die sich durch hohe praktische Bedeutung auszeichnet. Für die Jahre 2012 und 2013 liegt die Geschäftsführung des Deutschen Psychologie Preises turnusgemäß bei der BPTK. Weitere Informationen unter [www.deutscher-psychologie-preis.de](http://www.deutscher-psychologie-preis.de).

## Änderung der Musterberufsordnung durch den 23. DPT am 16. November 2013 in Kiel

Im Folgenden erfolgt ein Abdruck der auf dem DPT verabschiedeten Anträge zur Musterberufsordnung. Die vollständige Musterberufsordnung kann unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) heruntergeladen werden.

### Paragrafenübergreifender Beschluss

Die Musterberufsordnung wird in geschlechtsgerechter Sprache formuliert.

Eine entsprechende redaktionelle Überarbeitung erfolgt durch die BPTK-Geschäftsstelle und wird vom BPTK-Vorstand angenommen.

### zu § 7 Aufklärungspflicht

§ 7 Absätze 1 bis 4 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer werden wie folgt neu gefasst:

(1) Jede psychotherapeutische Behandlung bedarf der Einwilligung und setzt eine mündliche Aufklärung durch den Psychotherapeuten oder durch eine Person voraus, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. Anders lautende gesetzliche Bestimmungen bleiben davon unberührt.

(2) Psychotherapeuten unterliegen einer Aufklärungspflicht gegenüber Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentliche Umstände, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Die Aufklärungspflicht umfasst weiterhin die Klärung der Rahmenbedingungen der Behandlung, z. B. Honorarregelungen, Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz und die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung.

(3) Die Aufklärung hat vor Beginn einer Behandlung in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit des Patienten abgestimmten Form und so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Treten Änderungen im Behandlungsverlauf auf oder sind erhebliche Änderungen des Vorgehens erforderlich, ist der Patient auch während der Behandlung darüber aufzuklären.

(4) Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Der bisherige § 7 Absatz 4 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wird zu § 7 Absatz 5 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

### zu § 8 Schweigepflicht

§ 8 Absatz 1 Satz 2 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wird wie folgt neu gefasst:

*Dies gilt – unter Berücksichtigung von § 11 Absatz 3 – auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus.*

### zu § 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

§ 9 der Musterberufsordnung wird wie folgt neu gefasst:

(1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung oder Beratung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Psychotherapeuten sind verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.

### zu § 11 Einsicht in Behandlungsdokumentationen

§ 11 Absatz 1 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wird wie folgt neu gefasst:

(1) Patienten ist auch nach Abschluss der Behandlung auf ihr Verlangen hin unverzüglich Einsicht in die sie betreffende Patientenakte zu gewähren, die nach § 9 Absatz 1 zu erstellen ist. Auf Verlangen des Patienten haben Psychotherapeuten diesem Kopien und elektronische Abschriften aus der Dokumentation zu überlassen. Der Psychotherapeut kann die Erstattung entstandener Kosten fordern.

Nach § 11 Absatz 2 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wird folgender Absatz 3 neu eingefügt:

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus Absatz 1 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

### zu § 12 Umgang mit minderjährigen Patienten

§ 12 Absatz 6 der Musterberufsordnung wird wie folgt neu gefasst:

(6) Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber dem einsichtsfähigen Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen ihm anvertrauten Mitteilungen. Soweit ein Minderjähriger über die Einsichtsfähigkeit nach Absatz 1 verfügt, bedarf eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte in die ihn betreffende Patientenakte seiner Einwilligung. Es gelten die Ausnahmen entsprechend den Regelungen nach § 8.

### zu § 14 Honorierung und Abrechnung

Nach § 14 Absatz 3 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wird folgender § 14 Absatz 4 eingefügt:

(4) Weiß der Psychotherapeut, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten, insbesondere durch die gesetzliche Krankenversicherung, Fürsorgeeinrichtungen nach dem Beihilferecht und durch private Krankenversicherungen, nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formerfordernisse aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

Der bisherige § 14 Absatz 4 wird zu § 14 Absatz 5, der bisherige § 14 Absatz 5 wird zu § 14 Absatz 6 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

### zu § 26 Psychotherapeuten als Lehrende, Ausbilder und Lehrtherapeuten sowie als Supervisoren

§ 26 Absatz 2 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wird wie folgt neu gefasst:

(2) Psychotherapeuten dürfen keine Prüfungen bei Aus- und Weiterbildungssteilnehmern abnehmen, die bei ihnen in Selbsterfahrung oder Lehrtherapie sind oder waren. Zwischen einem Selbsterfahrungsleiter und einem Teilnehmer an einer Selbsterfahrung darf kein dienstliches, privates, die Aus- oder Weiterbildung betreffendes oder sonstiges Abhängigkeitsverhältnis bestehen.

### 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,

die letzte Vertreterversammlung der zu Ende gegangenen Wahlperiode fand am 11. und 12. Oktober 2013 statt. Dies ist für den Vorstand Anlass zum Rückblick auf vier Jahre intensive Arbeit in der Kammer, auf eine konstruktive Zusammenarbeit in den Kammergremien und mit allen ehrenamtlich engagierten Kammermitgliedern. Wir möchten uns bei allen Kammermitgliedern herzlich bedanken, die sich in den letzten vier Jahren für die Kammer eingesetzt haben, sowohl in Kammergremien als auch in Kommissionen oder Ausschüssen des Sozialministeriums oder an anderen Stellen. Mit ihrer Hilfe ist es uns gelungen, dass die Psychotherapeutenkammer Gehör findet und ein politisch beachteter Ansprechpartner für die Belange der Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber

auch für die psychische Gesundheit in Baden-Württemberg geworden ist.

Zwischenzeitlich liegt allen Kammermitgliedern das Ergebnis der Kammerwahlen vor. Wir danken allen, die sich für die Wahl zur Verfügung gestellt und somit bereit erklärt haben, einen Beitrag zur Arbeit der Kammer zu leisten. Allen gewählten künftigen Mitgliedern der Vertreterversammlung gratulieren wir zu ihrem Wahlerfolg. Wir wünschen der neu zusammengesetzten Vertreterversammlung eine gute und konstruktive Zusammenarbeit in den nächsten fünf Jahren.

Am 8. Februar 2014 wird die Vertreterversammlung zur konstituierenden Sitzung zusammenkommen und den neuen Vorstand der Kammer wählen. Danach wer-

den die Mitglieder der Ausschüsse der Kammer und die Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag für die neue Wahlperiode gewählt. Sowohl das Ergebnis der Wahl als auch die Zusammensetzung des neuen Vorstands, der Ausschüsse und die neu gewählten Delegierten werden im nächsten Psychotherapeutenjournal vorgestellt.

Wir wünschen Ihnen erholsame Weihnachtstage und einen angenehmen Jahreswechsel sowie alles Gute für das kommende Jahr.

Ihr Kammervorstand

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

## Vertreterversammlung am 12. Oktober 2013

Die letzte Vertreterversammlung der laufenden Wahlperiode fand am 12./13. Oktober in Stuttgart statt. Am ersten Tag stand die Diskussion um das neue Patientenrechtegesetz im Mittelpunkt. RA Dr. med. Stefan Hübel hielt dazu ein Impulsreferat, in dem er die Regelungen des neuen Gesetzes differenziert erläuterte. In der anschließenden Diskussion wurden viele kritische Nachfragen gestellt, insbesondere zur Akteneinsicht, Aufklärung und Dokumentation. Dazu wurde aus der VV vorgeschlagen, die Kammer solle Mindeststandards oder Kommentare bezüglich der Dokumentation und der Patientenaufklärung erstellen und den Mitgliedern an die Hand geben. Der Vorstand sichert zu, dieses Anliegen im Länderrat der BPTK einzubringen, da solche zu erstellenden Materialien sicher auch im Interesse der anderen



*Vorstand und Sitzungsleitung v. l. n. r.: K. Göpel, Dr. D. Horch, S. Loetz, Dr. M. Fünfgeld, Dr. D. Munz, M. Klett, B. Lackus-Reitter, Dr. R. Straub*





*Blick ins Plenum der Vertreterversammlung*

Kammern sind und somit vermutlich gemeinsam unter Nutzung von Synergieeffekten entwickelt werden könnten.

Anschließend erfolgte die Wahl der fünf Mitglieder und fünf Ersatzmitglieder der LPK BW in die Vertreterversammlung des Versorgungswerks.

Der letzte Tagesordnungspunkt war der Diskussion um das Berufsbild des Psychotherapeuten und den Konsequenzen für die Reform der Psychotherapeutenausbildung gewidmet. Kammerpräsident Dr. Munz führte in den Tagesordnungspunkt ein und berichtete den aktuellen Sachstand. Demnach hat auf Bundesebene eine Arbeitsgruppe des Länderrates und Bundeskammervorstands einen Entwurf für ein Berufsbild erstellt, aufgrund dessen Kompetenzen definiert werden sollen und aus denen dann die Ausbildungsinhalte abgeleitet werden können. Die Vertreterversammlung diskutierte anschließend diesen Vorschlag. Kritisch angemerkt wurde, dass der Tätigkeit im institutionellen

Bereich sowie im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Berufsbild mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Zum Abschluss des Tages waren die Delegierten zu einem gemeinsamen Essen eingeladen, bei dem sich der Vorstand bei allen ausscheidenden Delegierten und Ausschussmitgliedern für ihre Mitarbeit bedankte.

Am zweiten Tag standen zunächst der Bericht des Vorstandes und die Berichte der Ausschüsse auf der Tagesordnung. Nach einer Diskussion dazu, die sich insbesondere um die Themen Bedarfsplanung und,

damit im Zusammenhang stehend, um das Nachbesetzungsverfahren in den Zulassungsausschüssen drehte, wurde der Haushaltsabschluss 2012 aufgerufen. Die anwesende Wirtschaftsprüferin bestätigte den korrekten Jahresabschluss, woraufhin die Versammlung den Abschluss genehmigte und den Vorstand entlastete.

Abschließend wurde der Haushaltsplan 2014 diskutiert und ebenso wie die Beitragstabelle verabschiedet. Somit bleibt der Kammerbeitrag unverändert. Dies spricht einerseits für das Beitragsmodell und ist weiterhin Ausdruck für den achtsamen und transparenten Umgang mit Mitgliedsbeiträgen.



*Kammerpräsident Dr. D. Munz und Vizepräsident M. Klett*

## Bedarfsplanung stationäre Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Vom Sozialministerium Baden-Württemberg wurde eine Arbeitsgruppe zur Evaluation der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen initiiert, in die auch die LPK einbezogen war. Nachdem 2008 die Behandlungsplätze in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie ausgebaut wurden, sollte nun festgestellt werden, ob diese ausreichend sind. Baden-Württemberg hat hier einerseits eine im Vergleich mit anderen Bundesländern gute ambulante Versorgung, aber andererseits in Relation zur Anzahl der Kinder eine vergleichsweise niedrige Quote stationärer Behandlungsplätze. Die

LPK stellt dennoch mit Bezug auf die Bedarfsplanungsrichtlinie ebenso wie die Vertreter der psychiatrischen Krankenhäuser einen eklatanten Mangel in der ambulanten Versorgung fest. Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychiater reicht derzeit nicht aus, um eine möglichst rasche ambulante Weiterversorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen nach stationärer Behandlung sicherstellen zu können. Die Krankenhausträger und Vertreter der leitenden Ärzte konnten anhand der Behandlungsstatistiken zeigen, dass zuneh-

mend mehr Patienten in kurzfristig notwendige Akutversorgung aufgenommen werden müssten, wodurch erforderliche längere stationäre Behandlungen aufgrund von Kapazitätsproblemen abnehmen. Die LPK hat mit ihnen und der Landesärztekammer auf die Mängel der Bedarfsplanung und die langen Wartezeiten hingewiesen. Zur Versorgungsverbesserung soll eine stärkere Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erreicht werden und es soll geprüft werden, ob sektorenübergreifende Versorgungsmodelle ermöglicht und erprobt werden können.



## Gesundheitsdialog Baden-Württemberg – Regionale Gesundheitskonferenzen

Die grün-rote Landesregierung hat entsprechend ihrem Vorhaben, mehr Bürgerbeteiligung zu fördern und bei Entscheidungen zur Organisation des Gesundheitssystems dementsprechend mehr kommunale und regionale Gesundheitsdialoge einzubeziehen, neue Gremien geschaffen und bestehende Fachgremien und Beiräte mit diesen neu vernetzt. Alle sollen zukünftig unter dem Dach der sog. „Landesgesundheitskonferenz“, in der auch die LPK vertreten ist, verzahnt werden. Die Landesgesundheitskonferenz ist die „Nachfolgestruktur“ des von 2001 bis 2011 jährlich einberufenen „Gesundheitsforums“ und soll die Landesregierung beraten. Die Koordination und Steuerung liegt beim Sozialministerium, wobei Themen und Impulse auch von den regionalen Gesundheits-

konferenzen auf Kreisebene kommen können.

Ziel dieser Gesundheitskonferenzen ist es, regionale Schwerpunkte für Gesundheitsprojekte zu erarbeiten und umzusetzen. Eine Repräsentanz der LPK ist bislang nur in wenigen der aktuell 33, in Stadt- und Landkreisen initiierten regionalen Gesundheitskonferenzen realisierbar. Dabei erweist sich als Problem, dass die Psychotherapeuten-schaft im Land über keine den Kreisärzteschaften analoge regionale Struktur verfügt. Die Vorsitzenden der Kreisärzteschaften sind in den meisten Landkreisen neben den leitenden Krankenhausärzten in den regionalen Gesundheitskonferenzen vertreten. Primär psychotherapeutische oder psychosoziale Themen werden derzeit nur in

vier regionalen Konferenzen bearbeitet. Relevante Themen mit psychotherapeutischem Bezug sind z. B. „gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ (Karlsruhe), „Gesund durch Lebensstil“ (Lörrach), „Arbeitsplatzbedingte Psychische Erkrankungen“ (Tuttlingen) sowie „Altern und Gesundheit“ (Heidelberg). Dort wo dies der Fall ist und die Kammer angefragt wird, zu psychotherapeutischen Fragen und Themen aktiv teilzunehmen, versuchen wir, dies wenigstens punktuell wahrzunehmen. Wir haben die zuständigen Landratsämter gebeten, die LPK regelmäßig über die Arbeit zu informieren, was auch von den meisten Kreisen zugesagt wurde. Versucht wird, über in der Kammer engagierte oder interessierte Kolleginnen und Kollegen eine Vertretung zu erreichen.

## AG Standortfaktor Gesundheit – weitere Projektgruppen-Berichte verabschiedet

Wie mehrfach berichtet, ist die LPK sehr intensiv an den Projektgruppen der von der Landesregierung initiierten „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ beteiligt. Die Gesundheitsstrategie stellt den konzeptionellen Rahmen dar für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die letztlich die Wettbewerbsfähigkeit des Lan-

des sichern soll. Im Zuge der Einführung des Konzeptes wurde die AG „Standortfaktor Gesundheit“ gegründet, die als Plattform für eine informative Koordination sowie zur Umsetzung und Weiterentwicklung dient. Die meisten Projektgruppen (PG) haben ihre Arbeit abgeschlossen und Abschlussberichte verfasst. Im letzten halben

Jahr wurde der Abschlussbericht der PG Betriebliches Gesundheitsmanagement (LPK-Vertreter: Dr. R. Nübling) fertiggestellt, er wird in Kürze veröffentlicht werden. Infos dazu sowie alle Berichte unter [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de), siehe unter „Fachportal“, Vernetzung.

## Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist bei Menschen mit geistiger Behinderung höher als in der Allgemeinbevölkerung. Hinzu kommt, dass es für sie deutlich schwieriger ist, einen ambulanten Therapieplatz zu bekommen. Wie ebenfalls schon berichtet, ist die LPK hier auf mehreren Ebenen aktiv geworden.

So wurde 2013 auf der Grundlage eines Beschlusses der Vertreterversammlung der Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ berufen mit dem Ziel der Entwicklung von Aktivitäten, die helfen könnten, das psychotherapeutische Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern. Die LPK wurde in der Vergangenheit mehrfach von Angehörigen, Kammermitgliedern und auch



Die Arbeitskreismitglieder v. l. n. r.: Dr. R. Straub, E. Noeske, S. Luttinger, S. Sacksofsky, D. Halbeis, K. Lutz, S. Meir, Dr. J. Glasenapp, M. Kief

kirchlichen und kommunalen Trägern auf die Versorgungslücken angesprochen. In den Arbeitskreis berufen wurden ausgewiesene psychotherapeutische Experten aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen mit Erfahrung und Expertise in der Arbeit mit dieser Patientengruppe. Als erster Arbeitsschwerpunkt wurden im November fünf regionale Fortbildungen mit unterschiedlichen regionalen Schwerpunkten und Fachreferenten in Stuttgart, Ravensburg, Karlsruhe, Reutlingen und Freiburg durchgeführt, die außerordentlich gut besucht waren. Wir berichten ausführlicher darüber im Newsletter sowie auf der Homepage.

In einer zweiten Initiative fand am 7. Oktober ein Gespräch der LPK (Dr. D. Munz, Dr. R. Straub) mit den Netzwerkkoordinatoren Behindertenhilfe der Caritas (Herr Rost, Frau Maurer) statt. Ziel war ein Informationsaustausch zwischen den laufenden Aktivitäten zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und dem von der Caritas initiierten Forschungs- und Netzwerkprojekt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Dietrich Munz und Roland Straub informierten über die geplanten Fortbildungen der Kammer sowie über weitere Aktivitäten des Arbeitskreises Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Caritas-Vertreter baten darum, für den Raum Stuttgart KollegInnen zu benennen, die bereit wären, Psychotherapie, insbesondere psychotherapeutische Diagnostik bei PatientInnen mit geistiger Behinderung, durchzuführen und Bera-

tung/Supervision der Betreuer dieser PatientInnen anzubieten. Weiterhin würden PsychotherapeutInnen in Stuttgart gesucht, die im Projekt „Barrierefrei gesund“, in dem auch die Kammer im Beirat sitzt, mitzuwirken. Das Projekt, finanziert von der Lebenshilfe und verschiedenen anderen Trägern, hat das Ziel, die gesundheitliche Versorgung speziell von Menschen mit geistiger Behinderung im Raum Stuttgart zu verbessern. Beteiligt sind aktuell in der wissenschaftlichen Explorationsphase modellhaft zwei Hausärzte, ein Zahnarzt und eine Psychiaterin. Eine Teilnahme eines Psychotherapeuten wäre ebenfalls erwünscht. Das auf drei Jahre angelegte Projekt, in dem die Behandlungen in Art, Aufwand und anfallenden Kosten erfasst werden sollen, wird wissenschaftlich über Befragung der Beteiligten begleitet vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften Stuttgart. Die Erkenntnisse, Erfahrungen und Ergebnisse sollen Basis für weitere Modelle integrativer Versorgungskonzepte im großstädtischen Raum werden.

Auf einer dritten Ebene wurde jüngst in einer Studie der Katholischen Hochschule Freiburg in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer die **aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Baden-Württemberg** untersucht. Bislang fehlen Erhebungen und Studien zur ambulanten Versorgung dieser Patientengruppe. Insgesamt beantworteten n=345 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Approbation für

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben, den für die Studie entwickelten standardisierten Fragenbogen (Rücklaufquote ca. 30%). Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass ca. 60% der Befragten Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung behandeln, davon die Mehrheit ein bis zwei Kinder pro Monat, meist mit Lernbehinderung bzw. leichter Intelligenzminderung. Kinder und Jugendliche mit schwereren Beeinträchtigungen fanden sich zum Zeitpunkt der Befragung eher selten in psychotherapeutischer Behandlung. Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage wurde von den Psychotherapeuten als deutlich unzureichend (Schulnote: 4,7) eingeschätzt. Die Studie zeigt auch, dass nur wenige Therapeuten nach eigenen Angaben über behinderungsspezifisches Wissen verfügen. Das Thema sollte nach Auffassung der Projektgruppe verstärkt in der Gesundheitsversorgung, in Aus- und Fortbildung thematisiert werden, eine vertiefende Vernetzung von heilpädagogischen und psychotherapeutischen Kompetenzen erscheint empfehlenswert. Die Ergebnisse werden demnächst ausführlicher im Psychotherapeutenjournal vorgestellt.

Da wir zunehmend häufiger aus verschiedenen Regionen des Landes gebeten werden, Adressen zu vermitteln, bitten wir Psychotherapeuten, die Menschen mit geistiger Behinderung behandeln oder behandeln würden, sich bei der Kammer zu melden. Anfragenden kann so, bis zur Schaffung einer geeigneten Informationsstruktur, rascher weitergeholfen werden.

## Fachtag „Kultursensible Psychotherapie: Kinder/Jugendliche mit Migrationshintergrund“

Am Samstag, den 23. November fand im Stuttgarter Geno-Haus der LPK-Fachtag zur „Kultursensiblen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ statt. Der vom Kammerausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie vom Vorstand geplante Fachtag fand mit fast 100 Teilnehmern eine gute Resonanz. Die Referenten Prof. Renate Schepker (Weissenau, Ravensburg), Prof. Jan Kizilhan (Freiburg), Jürgen Heinz (Stuttgart) und

Claudia Burkhardt-Mußmann (Frankfurt) vermittelten Einblicke in unterschiedliche Aspekte der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und gaben Anregungen, wie die Behandlung dieser Kinder trotz der Sprachbarrieren und des zunächst fremd wirkenden kulturellen Hintergrunds gelingen kann. In Baden-Württemberg leben rund 410.000 Familien mit Migrationshintergrund, die mindestens ein minderjähriges Kind unter

18 Jahren und mindestens ein Elternteil mit ausländischer Herkunft haben. Diese Kinder sind oft geprägt von familiären, kulturellen und religiösen Lebensvorstellungen der Herkunftskultur. Während die Prävalenz psychischer Erkrankungen in etwa mindestens vergleichbar ist mit altersentsprechenden deutschen Kindern und Jugendlichen, sind die Behandlungsmöglichkeiten wegen der Sprach- und kulturellen Barrieren oft deutlich eingeschränkt.

## Vorankündigung: Aspekte der Zwangsbehandlung von psychisch Kranken

In einer im Januar 2014 gemeinsam von der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer organisierten Fortbildungsveranstaltung wird thematisiert, dass fehlende gesetzliche Grundlagen bei Zwangsbehandlungen psychisch Kranker zwischen Betroffenen und Behandlungsteams teilweise zu extremen Belastungen und prekären Situationen führen können. Nach Urteilen des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte und des Bundesverfassungsgerichts wurden neue gesetzliche Regelungen geschaffen. Die geänderte Rechtslage stellt die Beteiligten jedoch nun vor neue Herausforderungen. Die Zentrale

Ethikkommission der Bundesärztekammer hat mit ihrer Stellungnahme vom April 2013 Handlungsempfehlungen gegeben, die im Rahmen unserer Fortbildungsveranstaltung vorgestellt und erläutert werden. Ebenso wird die Problematik der Zwangsbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus verschiedenen beruflichen Positionen und aus Sicht der Betroffenen beleuchtet. Mit dieser Veranstaltung wollen die Landesärztekammer und die Landespsychotherapeutenkammer informieren, gemeinsam diskutieren, Verständnis schaffen, Lücken erkennen und zur Klärung beitragen.

Termin/Ort: 11. Januar 2014, 9.30 – 15.30 Uhr in der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 5. Das Programm der Veranstaltung finden Sie auf [www.lpk-bw.de/veranstaltungen.html](http://www.lpk-bw.de/veranstaltungen.html)

### Geschäftsstelle

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

## Beitragstabelle 2014

Vom 18. November 2013

Aufgrund des § 24 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg vom 16.03.1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung heilberufsrechtlicher Vorschriften vom 15. Juni 2010 (GBl. 2010, 427 und 431), beschließt die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer am 12.10.2013 die folgende Beitragstabelle:

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

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2014 wird für alle Mitglieder eine Umlage (Regelbeitrag) von 400,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 240,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 160,00 Euro und der Mindestbeitrag 100,00 Euro.
2. Nicht beitragspflichtig sind Mitglieder der Kammer, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten.

3. Freiwillige Mitglieder, die sich in der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten.

4. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.

5. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.

B. Die Beitragstabelle tritt am 1. Januar 2014 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle 2013

vom 15. September 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, S.350, Einhefter S. 11) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2014 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 14.11.2013, AZ.: 5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Stuttgart, den 18.11.2013

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

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

### 23. Delegiertenversammlung am 24.10.2013: Patientenversorgung nach neuer Bedarfsplanung und Zukunft der Aus- und Weiterbildung weiterhin im Brennpunkt, intensive Diskussionen zur „Internetpsychotherapie“ und zur niedrigschwelligen Beratung für Patient/innen

Nach einführenden Überlegungen zu der weit verbreiteten Tendenz sowohl in der Gesellschaft als auch in der Politik, bestehende Missstände wie die Flüchtlingsproblematik oder ungelöste Zukunftsfragen zu beschönigen oder zu verleugnen, nahm Kammerpräsident Nikolaus Melcop im Vorstandsbericht zunächst Bezug auf die Vergabe der zusätzlichen Praxissitze im Zuge der Umsetzung des neuen Bedarfsplans (s. a. nachfolgender Bericht). Hinsichtlich der Versuche diverser Krankenkassen, die psychotherapeutische Versorgung selbst zu steuern, habe die Kammer mit verschiedenen Kassen zwischenzeitlich Gespräche geführt. In Bezug auf eine Verbesserung der Situation der angestellten Kolleg/innen in den Kliniken gebe es kleine Schritte nach vorne. Die PTK Bayern ist in der Unterarbeitsgruppe (UAG) „sektorübergreifende Versorgung“ des Krankenhausplanungsausschusses als Experte vorgesehen. Der zweite Entgeltkatalog für das neue pauschalierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP 2014) sieht des Weiteren eine größere Differenzierung der Entgelte nach Leistung und eine etwas leistungsgerechtere Vergütung vor. Die Kammer hat sich zusammen mit anderen Interessengruppen erneut für die Einführung eines Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG) eingesetzt.

Zur besseren Versorgung psychisch kranker Soldat/innen konnte die PTK Bayern über ihre Öffentlichkeitsarbeit mit dazu beitragen, dass Mitte September zwischen

der BPTK und dem Bundesverteidigungsministerium ein Vertrag abgeschlossen wurde, der auch für Psychotherapeut/innen mit Privatpraxen die Behandlung regelt. Insgesamt haben 225 Kammermitglieder ihre Bereitschaft erklärt, psychisch kranken Soldat/innen eine psychotherapeutische Behandlung anzubieten.

Melcop teilte mit, dass sich die Mitglieder des Länderrates im September 2013 darüber verständigt haben, dass derzeit kein Bedarf gesehen wird, vonseiten der BPTK eine strukturierte Muster-Fortbildung zum Thema Psychotraumatologie zu entwickeln, da die entsprechenden Qualifikationen bereits mit Approbation vorhanden sind. Als Hintergrund für diese Diskussion erläuterte er die Anforderungen für unseren Berufsstand zur Teilnahme am „Psychotherapeutenverfahren“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Melcop berichtete über die Novelle des Heilberufekammergesetzes und die von der Kammer geforderten Neuerungen und erläuterte die nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes geplanten Änderungen der Musterberufsordnung. Er stellte die derzeitigen Beratungsmöglichkeiten für Patient/innen durch die Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle und häufige Themen von Anfragen vor. Sodann informierte er über die neu angemieteten Büroräume der Geschäftsstelle. Der Umzug von der St.-Paul-Str. in das Gebäude am Birketweg 30 ist für Anfang März 2014 geplant.



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

Am Ende berichtete Melcop über die Arbeit der Länderrats-AG „Zukunft der Ausbildung“ und über Veranstaltungen unterschiedlicher Verbände zur intensiven Prüfung der Option „Direktausbildung“. Er betonte dabei die Wichtigkeit des offenen Dialogs der unterschiedlichen beteiligten Gruppen und die Fortschritte, die durch entsprechende Foren auch schon erreicht werden konnten. Abschließend informierte er die Delegierten über die Kontakte und Gespräche mit relevanten Parteipolitiker/innen – vor und nach den Wahlen in Bayern und im Bund.

Der Vorstand und die Delegierten dankten Geschäftsführer Alexander Hillers, der die Geschäftsstelle der PTK Bayern seit nunmehr zehn Jahren leitet.



## Psychotherapie unter Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel

Vizepräsident Peter Lehdorfer informierte, dass der Vorstand der BPTK eine Kommission „Psychotherapie unter Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel“ eingerichtet habe. Die BPTK habe Ende September den Landeskammern einen Vorschlag des Vorstands zur Neufassung des § 5 Absatz 5 Musterberufsordnung (MBO) auf der Basis des Vorschlags der BPTK-Kommission unterbreitet. Die Vorschläge betreffen die Definition der Begriffe „Sorgfaltspflicht“ und „Fernbehandlung“.



Vizepräsident Bruno Waldvogel wörtlich: „Welche Nutzung elektronischer Kommunikationsmedien erscheint uns bei der Ausübung unseres Berufes unter welchen Bedingungen vertretbar?“ (Foto: Johannes Schuster)

Vizepräsident Bruno Waldvogel gab einen Überblick über die Diskussion und die Argumente für und gegen die Nutzung elektronischer Kommunikationsmedien im Rahmen der Ausübung des psychotherapeutischen Berufs. An einem Fallbeispiel problematisierte er die Angemessenheit der gegenwärtigen Regelung in der Berufsordnung. Ausgehend von der Legaldefinition der Psychotherapie im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) stellte Waldvogel die Studienlage zu internetbasierten psychotherapeutischen Interventionsprogrammen vor. In der lebhaften und kontroversen Diskussion wurde deutlich, dass es Behandlungsbereiche gibt (z. B. Psychoonkologie), in denen „webbasierte Psychotherapie“ durchaus eine besondere Berechtigung haben könnte. Vor dem häufig unsicheren Da-

tenschutz im Internet wurde gewarnt. Die bei Nutzung elektronischer Kommunikationsmedien zu beachtenden Sorgfaltspflichten wurden diskutiert.

## Haushaltsplan 2014 einstimmig verabschiedet



Vizepräsident Peter Lehdorfer stellte den Haushaltsplan 2014 vor. (Foto: Johannes Schuster)

Lehdorfer erläuterte im Weiteren den Haushaltsplan 2014. Dieser weist ein leichtes Defizit der Einnahmen gegenüber den Ausgaben aus. Diese Summe sei über die Verwendung der gebildeten Rückstellungen und Rücklagen zu refinanzieren. Nach der Stellungnahme von Rudolf Bittner als Vorsitzendem des Finanzausschusses und Diskussion nahmen die Delegierten den Haushaltsplan 2014 einstimmig an. Ebenfalls einstimmig verabschiedeten die Delegierten den Vorschlag von Lehdorfer, den Rücklagenposten „Immobilie/Umzug“ in „Liquiditätsreserve“ umzuwidmen.

## Niedrigschwellige Beratung für Psychotherapeut/innen

Vizepräsident Waldvogel erinnerte an den Auftrag der Delegierten an den Vorstand vom April 2009, die Einrichtung einer niedrigschwelligen Beratung für Patient/innen zu prüfen, Konzepte zu sichten und Vorschläge vorzulegen. Die Prüfung habe ergeben, dass die Platzierung einer Beratung außerhalb der Kammer zu präferieren sei. Deshalb sei in Kooperation mit den Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und Berlin mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) in einem Pilotprojekt eine „Anlaufstelle für

Beschwerden zur Psychotherapie“ (01.08. bis 31.12.2010) erprobt worden. Die Delegierten haben im April 2011 den Vorstand beauftragt, sich mit der „neuen“ UPD um eine Fortsetzung des Pilotprojektes zu bemühen. Diese Bemühungen führten bedauerlicherweise zu keinem positiven Ergebnis. Derzeit sei keine externe Lösung absehbar. Als Interimslösung sei ein Beratungsangebot bei der Kammer, das durch diese finanziert werden wird, entworfen worden. Vorstandsmitglied Birgit Gorgas stellte dieses Konzept vor. Die Beratung werde telefonisch zu verschiedenen Zeiten und online angeboten. Die Anfragen würden anonymisiert dokumentiert, ein Bericht an den Vorstand der Kammer erfolge vierteljährlich. Der Vorstand bestimme zwei Patientenberater/innen, die nicht dem Vorstand, dem Ausschuss für Einsprüche oder der Geschäftsstelle angehören und informiere die Delegierten über Berufung oder Beendigung. Die Berufung erfolge über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Prinzipiell werde weiterhin angestrebt, ein Beratungsangebot außerhalb der Kammer einzurichten. Nach intensiver Diskussion, in der das Konzept mit unterschiedlichen Ansätzen bewertet wurde, beschlossen die Delegierten einstimmig, den Vorstand zu beauftragen, bis zur nächsten Delegiertenversammlung eine Satzungsregelung vorzubereiten, die es ermöglicht, die vorliegende Konzeption eines niederschwelligen Beratungsangebotes für Psychotherapiepatient/innen umzusetzen.

## Weitere Schwerpunkte der Delegiertenversammlung

Des Weiteren wurde aus den Ausschüssen der Kammer für **Berufsordnung** (Dr. Jürgen Thorwart), **Fortbildung** (Thomas Stadler), **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Martina Kindsmüller), **Weiterbildungsordnung** (Dr. Herbert Uhleim) sowie aus der **Kommission für Psychotherapie in Institutionen** (Dr. Maria Gavranidou) berichtet. Darüber hinaus informierten die **satzungsgemäßen Vertretungen der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Ausbildungsinstitute** (Anna Peter) sowie der **Psychotherapeut/innen in Ausbildung** (Lisa Brendel) über ihre Tätigkeit.

## Die neue Bedarfsplanung – erste Ergebnisse der Umsetzung – Bewerbungen weiter möglich

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat uns mitgeteilt, dass die 282,5 zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten auf reges Interesse bei den Psychotherapeut/innen gestoßen seien. Teilweise habe es bis zu 60 Bewerbungen auf einen Sitz gegeben. Jedoch habe es hinsichtlich der Anzahl der Bewerbungen auf zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten in den betreffenden Planungsbereichen deutliche regionale Unterschiede gegeben. Vor allem in ländlichen Regionen habe es teilweise weniger Bewerber/innen als freie

Sitze gegeben. Sämtliche Zulassungsausschüsse hätten bereits getagt. In seiner Sitzung am 14.11.2013 hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern den Planungsbereich Landkreis Freyung-Grafenau hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nach genauer Analyse als „unterversorgt“ eingestuft. Damit ist dokumentiert, dass nach den Kriterien der Bedarfsplanung in diesem Bereich aktuell und vermutlich auf absehbare Zeit zu wenige Psychotherapeut/innen niedergelassen sind. Die KVB

könnte nun für diesen unterversorgten Bereich mittelfristig besondere Fördermittel bereitstellen. Neue Planungsblätter mit den überprüften Versorgungsgraden werden erst ab Ende Januar 2014 veröffentlicht. **Bewerbungen auf alle jetzt in den unterschiedlichen Zulassungsbereichen in Bayern noch freigebliebenen Sitze sind weiterhin möglich. Informationen über aktuell freie Sitze können bei den Präsenzberatern der KVB für die jeweiligen Bezirke und Zulassungsbereiche erfragt werden.**

## Psychotherapeuten-Suchdienst auf Kammerwebsite – bitte tragen Sie sich ein!

### **Bitte tragen Sie sich in unserem Psychotherapeuten-Suchdienst ein!**

Den Suchdienst nutzen nicht nur Patient/innen, um eine/n für sie geeignete/n Psychotherapeut/in/en zu finden. Es informieren sich auch Angehörige anderer Heilberufe, Einrichtungen des Gesundheitswesens und nicht zuletzt Kolleg/innen immer wieder über unseren Suchdienst über das Angebot in einer Region oder sie suchen eine/n bestimmte/n Kollegen/in. Diese Form öffentlicher Präsenz ist für uns alle von großer Bedeutung und erhöht unser Gewicht in der Vertretung unserer Interessen. Zudem dokumentieren wir damit unseren wichtigen Beitrag für die Versorgung und dass wir uns trotz knapper Kapazitäten um einen guten Service für Hilfesuchende

und Kooperationspartner bemühen. Es ist also wünschenswert, **dass sich möglichst alle von Ihnen, die ein konkretes selbstständiges Angebot machen**, hier eintragen. Wir bitten daher diejenigen Mitglieder, die ganz oder teilweise in einer eigenen Praxis tätig sind und die sich bis jetzt noch nicht in die Psychotherapeutensuche eingetragen haben, dies nachzuholen. Sehr oft werden auch besondere Angebote und Spezialisierungen gesucht. Für besondere Zielgruppen oder spezielle Tätigkeitsschwerpunkte wie z. B. Psychoonkologie oder Psychotherapie für Straftäter/innen haben wir im Rahmen einer Neugestaltung des Psychotherapeuten-Suchdienstes ein eigenes Freitextfeld vorgesehen. **Wir bitten Sie, Ihre Spezialkenntnisse dort einzutragen. Anfang Oktober haben wir den Psychothera-**

**peuten-Suchdienst technisch und im Erscheinungsbild verbessert.** Er bietet für Patient/innen ab sofort verbesserte Suchkriterien und visuelle Suchergebnisse.

**Entsprechende Änderungen wurden auch im geschützten Mitgliederbereich der Website im Eintragungsformular für Kammermitglieder vorgenommen:** Sie können u. a. das von Ihnen angewendete Psychotherapieverfahren inklusive weiterer wissenschaftlich anerkannter Verfahren jetzt exakt definieren. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich neu eintragen oder Ihr Angebot aktualisieren. Um sich einzutragen oder Ihre Daten zu ändern, loggen Sie sich bitte in den Mitgliederbereich ein und klicken Sie dann auf „Profil bearbeiten“ in der Rubrik „Psychotherapeuten-Suche“. Sie nutzen damit Ihrer Praxis und uns allen.

## Ambulante psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Soldat/innen verbessert – jetzt auch Behandlung durch Psychotherapeut/innen in Privatpraxen vertraglich geregelt

Die BPTK hat Anfang September 2013 mit dem Bundesverteidigungsministerium (BMVg) eine schriftliche Vereinbarung getroffen, nach der auch Psychotherapeut/innen in Privatpraxen psychisch kranke Soldat/innen behandeln können. Die Behandlung in Privatpraxen wird in Höhe des 2,0-fachen Satzes der Gebührenordnung (GOÄ/GOP) vergütet. In den Monaten vor Vertragsunterzeichnung hatte der politische und öffentliche Druck auf das Verteidigungsministerium zugenommen, so u. a. durch ein Interview mit Kammerpräsident

Dr. Nikolaus Melcop, das am 17.06.2013 in der Süddeutschen Zeitung erschienen ist. Melcop hatte hier sein Unverständnis über die zähe Verhandlungshaltung der Bundeswehr klar zum Ausdruck gebracht.

Am 24.09.2013 haben wir diejenigen Kammermitglieder, die uns im Rahmen einer ersten Umfrage im Februar 2012 ihre Bereitschaft mitgeteilt hatten, traumatisierte Soldat/innen psychotherapeutisch behandeln zu wollen, über den Vertrag detailliert informiert. Am gleichen Tag haben wir in einer

Rundmail diejenigen Kammermitglieder, die bisher noch nicht geantwortet haben und die bereit sind, psychisch kranken Soldat/innen eine Behandlung anzubieten, gebeten, sich bis Anfang Oktober bei der Kammer zu melden. Es hat uns sehr gefreut, dass zusätzlich fast 70 Kammermitglieder hinzugekommen sind, damit sind es insgesamt 225. Eine erste freiwillige Fortbildungsveranstaltung wird im Frühjahr 2014 in Berlin stattfinden. Es ist geplant, eine Folgeveranstaltung dann in Bayern zu organisieren, Termin und Ort stehen jedoch noch nicht fest.

## Großes Interesse an gut besuchten Fortbildungsveranstaltungen und Workshops

Im Folgenden berichten wir über eine Auswahl der zuletzt durch die PTK Bayern durchgeführten Veranstaltungen. Das Thema „**Psychotherapie mit Straftäter/innen**“ hat die PTK Bayern bereits im April 2012 aufgegriffen. Am 12.10.2013 wurden in einem weiteren praxisorientierten Workshop die Besonderheiten der Behandlung von Straftätern in der ambulanten Praxis vorgestellt. Bei den Teilnehmer/innen kam das Thema gut an und es wurde eine Fortsetzung mit noch mehr Praxisbezug gewünscht. Hintergrund dieser Fortbildungsbemühungen ist, dass der Vorstand der Kammer in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Innenministerium die Versorgung psychisch kranker Straftäter grundsätzlich verbessern will. Dafür soll eine Behandlungskette zwischen den Maßnahmen im stationären Vollzug, den in Bayern bereits vor fünf Jahren ins Leben gerufenen Ambulanzen für Sexualstraftäter (Gewaltstraftäter seit 2013) und niedergelassenen Psychotherapeut/innen angestrebt werden.

Der Workshop „**Psychotherapie bipolarer Störungen**“ fand am 19.10.2013 statt. Die Psychologische Psychotherapeutin Dr. Britta Bernhard gab einen Überblick, wie eine bipolare Störung erkannt werden kann, wann eine Psychotherapie indiziert ist, welche Besonderheiten bei Subgruppen zu beachten sind und welche Behandlungsverfahren derzeit angewendet werden. Fallbeispiele und Übungen mit Rollenspielen in Kleingruppen rundeten die Veranstaltung ab. Es wurde dargestellt, dass bei bipolaren affektiven Störungen im Rahmen einer multimodalen Behandlung neben dem Einsatz von Medikamenten vor allem Psychoedukation, Familienintervention und Psychotherapie zu positiven Behandlungsergebnissen führen. Die Teil-

nehmer/innen bewerteten den Informationsgehalt und die Qualität des Workshops sowie den Nutzen für die eigene Arbeit als sehr gut.

Das Symposium „**Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie – Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen auf dem Prüfstand**“ fand am 25.10.2013 in der LMU München statt, eine Kooperationsveranstaltung des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, dem Klinikum der Universität München (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) und der PTK Bayern. Rund 60 Personen nahmen daran teil. Im Fokus der interdisziplinären Veranstaltung standen in den Fachvorträgen ausgewählter Expert/innen die Erwartungen aus Sicht von Patient/innen und Angehörigen sowie die Anforderungen an eine gute Praxis der Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen. Darüber hinaus wurden die unterschiedlichen Zielsetzungen, Chancen und Risiken, die mit Instrumenten der Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidun-

gen verbunden sind, analysiert. Des Weiteren wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Verbindlichkeit von Instrumenten der Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidungen aufgearbeitet und ein richtiges Handeln im Konfliktfall erörtert.

In der Reihe „**Philosophie und Psychotherapie**“, einer Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern mit dem Isar-Amper-Klinikum München-Ost (Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter) und der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der TU München (Prof. Dr. Peter Henningsen), ging es dieses Jahr um die Frage „**Sind Emotionen Kognitionen?**“ Rund 100 Kammermitglieder und weitere Interessierte informierten sich am 09.11.2013 in München über die Philosophie der Gefühle und der Kognitionen sowie das Spannungsverhältnis von Szientismus und Hermeneutik in deren Betrachtung. Diskutiert wurde das Wechselverhältnis von Affekten und Kognition insbesondere am Beispiel der Depression.



*Die Referenten und Experten der Veranstaltung „Sind Emotionen Kognitionen?“ (v. l.): Prof. Felix Tretter, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Prof. Albert Newen, Ruhr-Universität Bochum, Dr. Günther Götde, Berliner Akademie für Psychotherapie, Prof. Thomas Buchheim, LMU München, Daniel Hell, Universität Zürich, Prof. Heiner Hastedt, Universität Rostock und Prof. Peter Henningsen. (Foto: Siegfried Sperl)*

## Kurznachrichten

### **Gespräch mit dem Vorstand der KVB**

Am 16.10.2013 trafen sich Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel, Alexander Hillers und Nina Sarubin mit dem Vorstand und weiteren Vertretern der KVB. Die Schwer-

punkte waren die Gesundheitspolitik nach der Landtags- und Bundestagswahl, die Umsetzung der neuen Bedarfsplanung, die Vergütung der ambulanten Psychotherapie, die Bestrebungen der Krankenkassen zur Steuerung der psychotherapeuti-

schen Versorgung, erste Erfahrungen zur finanziellen Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und psychotherapeutischen Ausbildung sowie aktuelle Entwicklungen in der Ausbildungsreform für Psychotherapeut/innen.



### **Nach den Landtagswahlen: Welche neuen Minister/innen für verschiedene Belange unserer Berufsgruppe zuständig sind**

Melanie Huml, approbierte Ärztin und neue Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, war zuvor fünf Jahre lang Staatssekretärin im ehemaligen Ministerium für Umwelt und Gesundheit. In dieser Funktion hat sich Huml auch für die Belange unseres Berufsstandes eingesetzt, so z. B. im Rahmen der Kooperationsveranstaltungen „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (2010) sowie den „Suchtforen“. Dr. Ludwig Spaenle hat zusätzlich zu den Ressorts Bildung, Kultus und Kunst auch den Bereich Wissenschaft erhalten. Nachfolgerin von Christine Haderthauer im Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration ist Emilia Müller, die vorher fünf Jahre Europaministerin war. Prof. Dr. Winfried Bausback leitet das Staatsministerium der Justiz. Die Kammer wird auch in der neuen Legislaturperiode die für uns relevanten Staatsminister/innen kontaktieren – und ggf. auch Ministerpräsident Seehofer und weitere Minister – zusätzlich zu den bestehenden unterschiedlichen Kontakten zur Verwaltungsebene in den Ministerien.

### **Weitere Aktivitäten der Kammer**

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert bzw. an denen sie teilgenommen hat: Treffen mit Institut für Freie Berufe (IFB) am **25.07.2013**; Vorstandssitzung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG) am **27.08.2013**; Treffen der Geschäftsführer der Heilberufekammern am **03.09.2013**; Geschäftsführertreffen der Landespsychotherapeutenkammern am **10.09.2013**; Treffen mit Landesarbeitsgemeinschaft und Fachverband für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung in Bayern e.V. (LAG) am **12.09.2013**; Lenkungsausschuss QM/QZ der KVB am **18.09.2013**; 7. Runder Tisch Patientenrechte am **26.09.2013**; Fachtagung des vdek „Personalisierte Medizin – zwischen Versprechen

und Wirklichkeit“ am **07.10.2013**; Veranstaltung der DPtV, DVT und unith e.V. „Wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen?“ am **08.10.2013**; Eröffnungsveranstaltung der 4. Münchner Woche für Seelische Gesundheit am **10.10.2013**; 72. Bayerischer Ärztetag am **11.10.2013**; Anhörung von Expert/innen durch die AG des Länderrats „Zukunft der Ausbildung“ am **15.10.2013**; 5. Sitzung des Expertenkreises Psychiatrie am **16.10.2013**; 54. Bayerischer Zahnärztetag am **24.10.2013**; 4. Bayerisches Forum für Patientensicherheit des MDK Bayern am **05.11.2013**; BPTK-Workshop „Psychotherapie-Richtlinie und Versorgungsbedarf“ am **05.11.2013**; Delegiertenversammlung des VFB am **11.11.2013**; Verleihung des Bayerischen Gesundheitspreises (KVB, ikk classic) am **12.11.2013**; Gesundheitskonferenz 2013 des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München am **13.11.2013**; Mitgliederversammlung des Instituts für Freie Berufe (IFB) am **15.11.2013**; AK des bayerischen Sozialministeriums „Verabreichung von Psychopharmaka in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ am **25.11.2013**; BPTK-Workshop „Aufgaben der Psychotherapeuten bei der Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von Leitlinien“ am **05.12.2013**.

### **Bevorstehende Veranstaltungen**

**Placeboeffekte in der schmerztherapeutischen Behandlung:** Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 01.02.2014 in München.

**Der Tod in der Therapie. Die Arbeit mit Kindern sterbender Eltern:** Gemeinsame FoBi-Veranstaltung der PTK Bayern mit der Psychoonkologie an der Medizinischen Klinik III, Klinikum der Universität München, Campus Großhadern und dem Verein Lebensmut. Termin: 12.03.2014 in München.

**13. Suchtforum** mit dem Titel „Familie und Sucht“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 1. Termin: 02.04.

2014, 13.30 bis 18.00 Uhr in München.  
2. Termin: steht noch nicht fest, in Nürnberg.

**Informationsveranstaltungen der PTK Bayern für Mitglieder („Mitglieder-Foren“):** 08.05.2014 – Würzburg; 21.05.2014 – Regensburg; 26.05.2014 – Nürnberg; 05.06.2014 – München.

**Rechtliche Fragestellungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen:** Termin: 24.05.2014 in München.

**Dichtung und Wahrheit. Zur Glaubhaftigkeit von Aussagen in Psychotherapien und Begutachtungen:** Termin: 28.06.2014 in München.

**Psychotherapie mit alten/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.

**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.

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

### **Vorstand der Kammer:**

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

### **Geschäftsstelle**

St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Post: Postfach 151506, 80049 München  
**Umzug der Geschäftsstelle:**  
Ab März 2014: Birketweg 30,  
80639 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)



## Neuer Vorstand und neue Zusammensetzung der Gremien

**Dr. Beate Locher**

**Die konstituierende Delegiertenversammlung am 17. September 2013 wählte den neuen Vorstand und bestimmte die Zusammensetzung weiterer Kammergremien.**



*Neuer Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin (2013-2017). – Quelle: PTK Berlin*

**Neuer Vorstand:** Zum dritten Mal wurde Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Michael Krenz (Foto: 4. v. l., vom Berliner Forum Psychotherapie, Psychodynamische Verfahren und Psychoanalyse) als Präsident der Kammer erneut bestätigt. Ebenfalls wurden wieder gewählt: Die bisherige Vizepräsidentin Dorothee Hillenbrand (5. v. l., von der Vereinigung Berliner PsychotherapeutInnen), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Christoph Stößlein (links außen), Heinrich Bertram (2. v. l., vom Berliner Bündnis für Psychische Gesundheit), Prof. Dr. Armin Kuhr (3. v. r., von Neue Wege). Die neuen Vorstandsmitglieder sind: Doreen Röseler für den „Angestellten“-Bereich (3. v. l., vom Berliner Forum), Dr. Joachim Meincke (rechts außen, für die Vereinigung Berliner Psychotherapeuten) und Eva-Maria Schweitzer-Köhn (2. v. r., für das Berliner Bündnis für Psychische Gesundheit).

Als **Hochschulvertreter** in der Delegiertenversammlung (DV) wurden erneut Prof.

Dr. Thomas Fydrich und neu Dr. Anne Trösken seitens der Fachbereiche der Humboldt-Universität (HU) bzw. der Freien Universität benannt. Prof. Fydrich leitet das Zentrum für Psychotherapie (ZPHU) am Institut für Psychologie der HU. Dr. Anne Trösken ist seit einem Jahr Ambulanzeleiterin der Hochschulambulanz der FU Berlin.

Im **Deutschen Psychotherapeutentag** werden künftig 11 Delegierte aus Berlin vertreten sein: Christoph Stößlein, Heinrich Bertram, Dr. Manfred Thielen, Eva-Maria Schweitzer-Köhn, Dorothee Hillenbrand, Dr. Joachim Meincke, Michael Krenz, Pilar Isaac-Candeias, Anne Springer, Florian Hänke und Alfred Luttermann.

Noch ist unklar, wie viele und welche **Ausschüsse** die neue Delegiertenversammlung beauftragen wird. Dazu soll es am 30. November 2013 eine ganztägige Sitzung geben. Zwei der Ausschüsse stehen bereits jetzt schon fest: Der Ausschuss Finanzen mit Son-

ja Winkmann als Sprecherin und der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) mit Dr. Manfred Thielen als Sprecher.

In der **Redaktion** werden künftig so viele Mitglieder mitarbeiten, wie es Listen gibt. Die Geschäftsordnung der Redaktion wurde entsprechend geändert. Von der DV wurden auf Vorschlag der Listen gewählt: Florian Hänke (Neue Impulse und gerechte Bedingungen), Lieselotte Hesberg (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), Dr. Manfred Thielen (Berliner Bündnis für Psychische Gesundheit), Dr. Bernd Heimerl (Berliner Forum für Psychotherapie, Psychodynamische Verfahren und Psychoanalyse), Dr. Ulrike Worrigen (Neue Wege) und Valeska von Knobloch-Droste (Vereinigung Berliner PsychotherapeutInnen). Aus dem Vorstand wurden Christoph Stößlein und Dorothee Hillenbrand für die Redaktion benannt. Die Verantwortlichkeit im Sinne des Presserechts für die Printmedien wird wie bisher Frau Hillenbrand übernehmen.



*Insgesamt gaben 43 von 47 Delegierten ihre Stimme ab. – Quelle: PTK Berlin*

Tabelle: Antworten aus der Blitzumfrage an die Delegierten im Rahmen ihrer konstituierenden Sitzung am 17.09.2013; N = 11 (von 43 Befragten).

Mit welchen Schwerpunkten sollte sich die Kammer in den nächsten 4 Jahren beschäftigen?	Was motiviert Sie, aktiv in der Delegiertenversammlung mitzuarbeiten?	Wie könnten aus Ihrer Sicht die Mitglieder in berufspolitische Diskussionen besser eingebunden werden?
<p>Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere für bisher schlecht versorgte Gruppen (Ältere, Behinderte, Migranten, komplexe Störungen). Entwicklung neuer Versorgungsformen und Verbesserung der Schnittstellenproblematik.</p> <p>Weiterentwicklung des Psychotherapeutengesetzes und Einfluss auf die Gesetzgebung.</p> <p>Diskussion und Klärung von Fragen rund um den PT-Ausbildungsbereich: Zugangsvoraussetzungen, finanzielle Absicherung der PiA.</p> <p>Inhaltliche Weiterentwicklung des Berufes – keine Medizinorientierung. Diskussionen um eine Methodenvielfalt in der Psychotherapie. Unterstützung der PsychotherapeutInnen in abhängiger Beschäftigung.</p>	<p>Immer wieder neue gesundheitspolitische Herausforderungen der Berufsgruppe. Einflussnahme auf Politik der Profession. Erhalt und Ausbau der Rolle der Psychotherapeuten in der Gesundheitsversorgung. Mögliche „Katastrophen“ vermeiden.</p> <p>Wichtig, dass die Belange aller Gruppen der Psychotherapeuten in der Delegiertenversammlung vertreten sind.</p> <p>Aktive Mitgestaltung der Kammerarbeit. Einen Generationswechsel einläuten. Themen der „jung“ Approbierten vorantreiben.</p> <p>Bedeutung der Kammer ist für die Gestaltung des Rahmens der psychotherapeutischen Arbeit noch einmal angewachsen. Sie erhält eine noch größere Bedeutung, wenn Direktausbildung kommt.</p>	<p>Bessere Kommunikation in Form von pointierten Beiträgen. Einbeziehen aktueller Themen. Weiterhin Vorstandssprechstunden (telefonisch und per E-Mail-Kontakte).</p> <p>Mitglieder sollen eigene Beiträge in die Kammermedien einbringen und Leserbriefe schreiben können. Mehr Interaktion mit Kammermitgliedern und Schaffung größerer Transparenz. Ausbau von direkter (statt repräsentativer) Mitbestimmung: Direktentscheide über Mitgliedervoten.</p> <p>Veranstaltungen für Neu-Approbierte, Mitgliederversammlungen (möglichst einmal jährlich) und Landespsychotherapeutentage.</p> <p>Anbieten von Workshops und Infoveranstaltungen zu wichtigen Fragen. Aufzeigen, wie die Mitglieder von bestimmten Fragen betroffen sind und wie sie sich engagieren können.</p>

Berlin

## Psychotherapie im Alter

**Dipl.-Psych. Doreen Röseler, Vorstand**



Quelle: privat

Seit dem 17.09.2013 bin ich Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin und werde mich unter anderem für den Schwerpunkt der psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen engagieren. Dieser Bereich ist für mich auch vor dem Hintergrund meiner langjährigen beruflichen Erfahrung im Bereich der Geriatrie und Gerontopsychiatrie von großer Bedeutung. Ein wichtiges Anliegen ist mir dabei die Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen. Dazu gehört für mich auch die Ausweitung der Versorgungschancen durch aufsuchende psychotherapeutische Angebote in unterversorgten Kontexten (z. B. Psychotherapie im Heimbereich) sowie die Konturierung der psychotherapeutischen Tätigkeit

in diesem Feld unter Hervorhebung der dabei präsenten komplexen Anforderungen. So unterstütze die Psychotherapeutenkammer Berlin in Kooperation mit dem Institut für Psychologische Altersforschung der Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zur Förderung einer innovativen Versorgung älterer Heimbewohner unter Einbeziehung Psychologischer Psychotherapeut/innen.

Der psychisch erkrankte ältere Mensch steht im Mittelpunkt der Alternspsychotherapie, die ihn bei der Bewältigung der Alterssituation, der körperlichen, intra- und interpsychischen Veränderungen sowie der Verarbeitung von Verlusterfahrungen helfen kann. Auch die Neuorientierung in diesem Entwicklungsabschnitt sowie die Akzeptanz einschneidender Veränderungen gilt es in angemessener Form psychotherapeutisch zu unterstützen. Der in diesem Feld arbeitende Psychotherapeut sieht sich mit einer komplexen Themenvielfalt, zeitgeschichtlichen Besonderheiten und den eigenen Altersbildern konfrontiert.

Die curriculare Fortbildung „Psychotherapie mit Älteren“ der Psychotherapeuten-

kammer Berlin stellt eine Möglichkeit dar, sich auf diese psychotherapeutische Tätigkeit vorzubereiten. Geleitet wurde diese Fortbildung durch Prof. M. Peters (Geschäftsführer des Instituts für Alternspsychotherapie und Angewandte Gerontologie) und Frau Dipl.-Psych. Ch. Schrader (Psychoanalytikerin und Supervisorin). Zu den Referenten der einzelnen Veranstaltungen zählten u. a.: Dr. Gutzmann, Dr. Hautzinger, Prof. Dr. Radebold, Dr. U. Schmidt-Furstoss, Dr. Schmidt-Traub, Dr. Linder. In jeweils sieben Veranstaltungen wurde in beiden Fortbildungsdurchgängen eine Mischung aus theoretischen und praxisrelevanten Beiträgen sowie Supervision und Selbstreflexion zu den folgenden Themenkomplexen angeboten:

- Gerontologische Grundlagen (gesellschaftliche und historische Aspekte des Alterns; Altersbilder und Alterserleben in der heutigen Zeit)
- Der alternde Körper (und seine zentrale Bedeutung für die psychische Entwicklung im Alter; Folgen körperlicher Veränderungen und Erkrankungen)
- Entwicklungspsychologie des Alterns (Entwicklung des Selbst, der Bindungen und der Beziehungen; Entwicklungsaufgaben und -konflikte im Alter; Altern als

Frau und Mann; Paarbeziehung; intergenerative Beziehungen; Endlichkeit und Tod)

- Psychotherapeutische Aspekte (Besonderheiten der Diagnostik, der Motivation, der Beziehungsgestaltung und des Dialogs; Besonderheiten der therapeutischen Haltung und Technik; ambulante (teil)stationäre und sonstige Angebote für Ältere)
- Störungsbilder (Depression, Demenz, Angst, Traumafolgestörungen, gerontopsychosomatische Störungen, Sucht, Suizid und deren Charakteristika im Alter)

Die Evaluation der beiden bisherigen Fortbildungsdurchgänge (2012-2013) zeigte eine gute Bewertung (Note: 1,9) durch die Teilnehmer. Besonders anregend wurde der „schulübergreifende“ Austausch der Kollegen mit unterschiedlichen Erfahrungshintergründen (z. B. stationär/ambulant, ärztlich-psychotherapeutisch/psychologisch-psychotherapeutisch) erlebt. Insgesamt wurde die gelungene Verknüpfung von Theorie und Praxis sowie die Mischung von Supervision und Selbstreflexion und der Vermittlung spezifischer Handlungs-

techniken als positiv und bereichernd eingeschätzt. Kritische Anregungen durch die Teilnehmer wurden von der Veranstaltungsleitung aufgegriffen und in das Angebot integriert. Die Psychotherapeutenkammer Berlin setzt sich dafür ein, dass diese Fortbildungsveranstaltung auch zukünftig angeboten werden kann.

#### **Zum Anteil der psychischen Störungsbilder unter den über 65-Jährigen:**

Ca. 25% der über 65-Jährigen sind psychisch krank.

Den Hauptanteil daran haben depressive Erkrankungen (ca. 20%) und schwere Schlafstörungen (20%),

Gefolgt von Suizidalität (10%) und somatoformen Störungen (10%), Angsterkrankungen (5%) sowie Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen.

*Prof. Andreas Maercker, Uni Zürich, Symposium im Mai 2012*

Die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen existiert bis heute im Spannungsfeld zwischen dem realen Behand-

lungsbedarf auf der einen Seite und seinen externen (z. B. lange Wartezeiten, Barrieren durch körperliche Beeinträchtigungen) und internen (z. B. biologisches Krankheitsverständnis, Durchhaltestrategien, Schamgefühle) Hemmnissen auf der anderen Seite. Daher unterstützt auch die Psychotherapeutenkammer Berlin das Forschungsprojekt PSYTIA (Psychotherapie im Alter) des Institutes für Gerontologische Forschung e. V. unter der Leitung von Frau Dr. Kammerer und der Sozialwissenschaftlerin Katrin Falk. Untersucht werden sollen Barrieren und der mögliche Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten für ältere Menschen mit Depressionen. Gefördert wird dieses Projekt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung mit der Laufzeit von Oktober 2013 bis September 2016.

Die „7. Woche der seelischen Gesundheit“ (10.-20.10.2013) informierte auf 150 Veranstaltungen zum Thema „Seelische Gesundheit im Alter“ und die Landesgesundheitskonferenz Berlin wählte 2012 die psychotherapeutische Versorgung älterer psychisch kranker Menschen als eines der Kernthemen und unterstrich damit auch die gesellschaftspolitische Relevanz dieser Thematik.

## **Der Arbeitskreis Freie Psychotherapeuten – Eine Zeitreise zwischen Beginn und Abschied**

### **Barbara Schervier-Legewie und Angela Rosarius**

Nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 erhielt der Großteil aller psychotherapeutisch arbeitenden Psychologen in Berlin die Approbation und wurde Mitglied der neu gegründeten Psychotherapeutenkammer. So gab es Ende des Jahres 1999 ungefähr 3000 approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Etwa 53% von ihnen arbeiteten als Angestellte, die anderen als Niedergelassene.

Bei dem anschließenden Prozedere des Zulassungsverfahrens zum Erwerb der sozialrechtlichen Anerkennung gingen nach internen Schätzungen 20-30% der niedergelassenen KollegInnen leer aus, u. a. weil

sie in anderen psychotherapeutischen Verfahren als in Richtlinienverfahren gearbeitet hatten oder weil die von ihnen durchgeführte Nachqualifikation nicht in allen Aspekten für ausreichend gehalten wurde. Diese Entscheidungen der KV kamen für die meisten einer Demontage der bisherigen beruflichen Identität gleich und waren mit schweren Kränkungen verbunden, da die KollegInnen bis dahin seit zehn, zwanzig und mehr Jahren erfolgreich als PsychotherapeutInnen gearbeitet hatten. Die über viele Jahre von der Techniker Krankenkasse ermöglichte Arbeit im Kostenerstattungsverfahren hatte sogar ein integratives psychotherapeutisches Arbeiten zur Grundvoraussetzung gemacht. Diese Regelung wurde jedoch schon ca. zwei Jahre vor der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes auf Veranlassung der KBV abgeschafft.

Diese niedergelassenen KollegInnen waren nun mit der Frage konfrontiert, wo und wie sie ihre berufliche Identität platzieren und ihren Lebensunterhalt sichern sollten, da eine Finanzierung über die Kassen nicht mehr möglich war. Aus ihrer Sicht gab es keine Strukturen, innerhalb derer sie diese existentiell-berufliche Situation thematisieren und Alternativen entwickeln konnten.

Im September 2004 luden daher in Zusammenarbeit mit dem VPP zwei dieser Kolleginnen, Christina Maunz und Barbara Schervier-Legewie, zu einem ersten Treffen ein, zu dem 17 TeilnehmerInnen erschienen. Einhelliges Votum dieses Treffens war der Wunsch, nicht in der Position der Kränkung zu verharren, sondern gemeinsam nach alternativen Versorgungsformen und neuen Angebotsmöglichkeiten zu suchen. Der neu gegründete Ar-



beitskreis nannte sich AK Freie Psychotherapeuten und tagte mit bis zu 25 TeilnehmerInnen monatlich in den Räumen des VPP. Im Mittelpunkt der Sitzungen standen alle Themen, die für das Führen einer „freien“ Praxis notwendig waren.

Als besondere Merkmale des beraterischen und psychotherapeutischen Angebotes der Freien PsychotherapeutInnen wurden Methodenvielfalt und die Möglichkeit zu sofortiger Terminvergabe gesehen. Die Erweiterung der Verfahren und Settings über die Richtlinienverfahren hinaus war in dieser Situation trotz aller Probleme auch als Glücksfall zu sehen, da sie von den psychotherapeutisch Tätigen schon immer als dringend notwendig erachtet worden war und darüber hinaus auch der EU-weit anstehenden Angleichung der Berufe entsprach.

Eine wichtige Aktivität des Arbeitskreises war die Gestaltung einer gemeinsamen Webseite, um damit die Besonderheiten des Angebots und die jeweiligen Kompetenzen bekannt zu machen. Die Webseite ist unter [www.freie-ptb-berlin.de](http://www.freie-ptb-berlin.de) einzusehen.

Anfang 2007 übernahm Hildegard Driesch-Haupt mit Barbara Schervier-Legewie die Leitung des AK. Nach Abschluss des produktiven und komplexen Prozesses der Webseitengestaltung wurde die Frequenz der Treffen auf alle zwei Monate festgelegt. Inhaltlicher Schwerpunkt war nun die Präsentation verschiedener fachlicher Schwerpunkte der teilnehmenden KollegInnen. Die Veranstaltungen wurden

von der Kammer als Fortbildungen zertifiziert.

Im Lauf des Jahres 2009 ließ die Zahl der TeilnehmerInnen der AK-Treffen nach. Viele KollegInnen hatten einen neuen beruflichen Standort gefunden, einige hatten durch Nachqualifikation einen Kassensitz erhalten oder durch Erhalt der Fachkunde die Möglichkeit der Abrechnung mit Privatkassen hinzugewonnen. Zunehmend veränderte sich die Zusammensetzung der TeilnehmerInnen: Es kamen viele jüngere KollegInnen hinzu, die gerade ihre psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen, trotz dieser Qualifikation aber kaum Chancen auf den Erhalt eines Kassensitzes hatten.

Anstelle von Hildegard Driesch-Haupt übernahm Jean Rossilhol 2012 zusammen mit Barbara Schervier-Legewie die Leitung des auf 58 Mitglieder angewachsenen AKs. Die veränderte Konstellation innerhalb des AKs machte eine Reihe „neuer“ Probleme deutlich (z. B. Jobsharing, Kostenerstattung, Übag), die auch die nicht im AK vertretenen KollegInnen betreffen. Die KollegInnen suchten sowohl Austausch als auch Unterstützung für ihren Berufsanfang, da die von der PTK und den Berufsverbänden angebotenen Veranstaltungen zu Praxisweitergabe, Neuapprobation, Kostenerstattung etc. nicht als ausreichend hilfreich erlebt wurden.

Ein berufspolitisches Engagement in der Kammer wurde im AK immer wieder thematisiert. Außer dem Engagement von Christina Maunz in den ersten zwei Jahren

hatten sich aber keine KollegInnen gefunden, die Zeit und Energie dafür aufbringen konnten. Nun bildete sich aus dem AK heraus durch die jüngeren KollegInnen eine Gruppe, die das berufspolitische Engagement in den Mittelpunkt stellte. Sie gründete zur Kammerwahl in diesem Jahr 2013 eine neue Liste. Diese Liste „Neue Impulse und gerechte Bedingungen“ wollte vor allem die jungen und andere neu hinzugekommene KollegInnen ohne Kassensitz, die überwiegend in der Kostenerstattung tätig oder angestellt waren, vertreten und ihnen im System der Kammer eine Stimme geben und einen angemessenen Platz ermöglichen. Bei der Kammerwahl im Juni dieses Jahres erhielten sie vier von insgesamt 45 Delegiertenmandaten.

Die Gründergeneration des AK Freie Psychotherapeuten war bereit, diesen Prozess empathisch zu begleiten, jedoch nicht aktiv daran teilzunehmen. Am 30. Juni 2013 beendeten Barbara Schervier-Legewie und Jean Rossilhol die Leitung des AK, der weiterhin allen KollegInnen offenstand und bis zum Jahresende durch zwei andere Kolleginnen gesichert war. Diese Zeit sollte aber auch genutzt werden zu überprüfen, ob es genügend Interessierte gab, die den AK über das Jahresende hinaus gestalten würden. Da dies nicht der Fall war, wurde die für den 20. November 2013 geplante Sitzung zum letzten Treffen.

Im Rückblick freuen wir uns, dass der AK über die Jahre einen äußerst konstruktiven Beitrag zum Empowerment und zur beruflichen Stabilisierung der teilnehmenden KollegInnen geleistet hat.

## „Es war nicht schön, das Kind von Alice Miller zu sein. Ganz im Gegenteil...“

### Christiane Erner-Schwab

Kaum auf dem Markt, entfacht das Buch im ganzen deutschsprachigen Raum eine mediale Diskussion, die vor allem in Psychotherapeutenkreisen ungläubiges Erschrecken auslöst:

Martin Miller: „Das wahre Drama des begabten Kindes“, Kreuz-Verlag Freiburg 2013

Psychoanalyse wurde hoffähig in den Siebzigern und Achtzigern – eine der vielen Errungenschaften der Auseinandersetzung der Generationen im Zuge der Studentenbewegung.

Doch nicht nur die „Mutter aller Therapieformen“ bekam Zuspruch. Es gab Abspaltungen, Weiterentwicklungen und andere Schwerpunktsetzungen (jüngst im Kino

wieder aktualisiert: Wilhelm Reich mit seiner Vegeto- bzw Orgontheorie – Grundsteine der Körper- und später auch der Gestalttherapie).

Und es gab Kritiker und v. a. auch Kritikerinnen in ganz Europa. In Deutschland taten sich z. B. Margarete Mitscherlich und ihr Mann Alexander hervor mit der spezifischen Analyse der Schuldverarbeitung im

Nachkriegsdeutschland respektive der Rolle der Frau aus neo-psychoanalytischer Perspektive.

Und dann meldete sich Anfang der achtziger Jahre mit Verve eine Schweizer Analytikerin zu Wort, die sich mit dem Kind beschäftigte – nicht mit seiner Triebentwicklung und daraus eventuell resultierenden Konflikten und Entwicklungsstörungen, sondern mit dem Kind, das so begabt ist, dass es sich auf dramatische Weise an die von Abspaltungen und Traumatisierungen gezeichneten Seelengebilden der Eltern anpasste. Alice Miller wies nach, dass bestimmte Verdrängungsmechanismen der Eltern- bzw. damals der Nachkriegsgeneration zu einem pathogenen Oszillieren zwischen Depression und Grandiosität ihrer Kinder führen konnte. Plötzlich gab es eine ernst zu nehmende Anwältin derer, deren Seelen von der schwarzen Pädagogik deformiert waren, wie sie anhand von Beispielen, wie Adolf Hitler oder Mehrfachmörder Jürgen Bartsch, nachvollziehbar machte.

Therapeuten, ihren Klienten und in dieser Hinsicht aufgeschlossenen Lesern ermöglichte die Lektüre von Millers Bestsellern ein Verständnis für das misshandelte und missachtete Kind in ihnen bzw. ihrem Gegenüber. Ich kann für mich selbst so weit gehen, zu sagen, dass Alice Miller wesentlich zu meiner Zweitberuf-Entscheidung (Therapeutin für Kinder und Jugendliche) und maßgeblich auch zur kritischen Reflexion meiner Rolle als Mutter eines Sohnes beigetragen hat. Man kann wohl sagen, dass die Aussagen von Frau Miller eine ganze Generation psychologisch interessierter Menschen nachhaltig beeinflusst haben.

Und nun geschieht Ende 2013, drei Jahre nach dem selbst gewählten Tod von Miller etwas Unfassbares: Ihr Sohn Martin Miller beschreibt, nachdem er offenbar lange mit sich gerungen hat, auf sehr bedrückende Weise seine Kindheit und Jugend im Hause Miller bzw. außerhalb dessen, weil er schon kurz nach der Geburt an Tanten und andere Verwandte abgegeben wurde und auch später viele Jahre im Internat zubrachte. Weder Alice Miller noch ihr Ehemann Andreas – beide in jahrelangem zermürbendem Beziehungsclich befangen – konnten angemessen auf die vitalen Bedürfnisse ihres eigenen Kindes reagieren. Auch Martin passte sich an, gehorchte, schwieg und fragte nicht nach. Er wurde in zweiter Generation Opfer der (selbst-)zerstörerischen Kraft des Abwehruos Abspaltung und Projektion, die Frau Miller uns bis dato so eingängig beschrieb.

Erst so viele Jahre später – Miller ist heute 51 Jahre alt – deckt er die bittere Wahrheit über Alice Millers eigene Kindheit auf, in der sie als jüdisches Kind nur knapp dem Getto von Piotrków in Polen entkommt, viele ihr nahestehende Menschen verliert und jahrelang auf der Flucht ist. In der Schweiz wird sie schließlich sesshaft – eine Heimat hat sie wohl aber nie gefunden, sodass auch die Vermittlung von Geborgenheit dem eigenen Kind gegenüber nicht gelingen konnte.

Man fühlt sich an die Beschreibung des „Schizoiden Typs“ in Fritz Riemanns „Grundformen der Angst“ erinnert, von dem er u. a. schreibt, dass er äußerst warmherzige und liebevolle Briefe verfassen kann, aber die Flucht ergreift, wenn die Begegnung zu nah wird. Auch Alice Miller schreibt mehrfach an ihren Sohn und wirbt um dessen

Zuneigung, als er schon erwachsen und selbst Therapeut ist. Ein inniges Verhältnis kommt aber nie zustande; die Kontakte sind überwiegend fermündlich.

Im Anhang des sehr verstörenden Berichts von Martin Miller äußert sich Oliver Schube in augenscheinlich sehr kompetenter Weise über neuere Erkenntnisse der Traumaforschung, die v. a. besagen, dass unverarbeitete Traumata über mehrere Generationen hinweg wirksam und pathogen sind. Bleibt zu hoffen, dass Martin Miller diese Spirale für sich und seine Familie stoppen konnte.

Bezeichnender Weise endet der eingangszitierte anklagende Satz aus dem Klappentext mit einer vielleicht auch für den Leser relativierenden Feststellung: **„Und trotzdem war meine Mutter eine große Kindheitsforscherin.“**

### Terminankündigung

Landespsychotherapeutentag Berlin:

Herbst 2014

### Redaktion (bis 9/13)

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

### Geschäftsstelle

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

## Umfangreicher Austausch auf dem Nordkammer-Treffen

### *Bessere Vernetzung der Aktivitäten bleibt wichtiges Thema*

Auf Einladung der Bremer Kammer haben sich Vorstände und Geschäftsführungen der norddeutschen Psychotherapeutenkammern am 25. Oktober 2013 in der Hansestadt getroffen. Das Nordkammer-Treffen wird in Abständen von ein bis zwei Jahren durchgeführt und ist inzwischen zur Tradition geworden.

Obwohl die Teilnehmenden eine umfangreiche Tagesordnung vereinbart hatten, konnten die Themen in der vorgegebenen Sitzungszeit komplett abgearbeitet werden. Dabei ging es unter anderem um die Diskussion, die sich in den Bremer Krankenhäusern aufgrund der PKHB-Stellungnahme „Zum Rechtsstatus angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ entwickelt hat. Karl Heinz Schrömgens informierte als Bremer Kammerpräsident darüber, dass im kommunalen Klinikverbund Gesundheit Nord, der der größte Klinikbetreiber im kleinsten Bundesland ist, inzwischen Neueinstellungen im psychiatrischen Bereich nur noch bei Vorliegen einer Approbation erfolgen. In der Diskussion zeigte sich, dass bezogen auf die tarifliche Vergütung insbesondere die kommunalen Arbeitgeberverbände blockieren. Einig waren sich die Konferenzteilnehmer, an diese verstärkt heranzutreten.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt beschäftigte sich mit der jeweiligen Handhabung ethischer Prüfungen bei Forschungsvorhaben. Es bestand Einigkeit, dass Forschungsvorhaben insgesamt zu wenig geprüft werden – insbesondere, was die Aufklärung, den Datenschutz sowie Schweigepflichtentbindungen angeht. Die Idee einer länderübergreifenden Kommission, die über einen Staatsvertrag geregelt werden müsste, wurde zurückgestellt, da sich zum einen der Länderrat des Themas annehmen wird und zudem die Ergebnisse der Klausurtagung am 24. Mai 2014 in Hamburg abgewartet werden sollen.

Die Aufgaben der Kammern wachsen stetig, andererseits sinkt die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die grundsätzlich bereit sind, sich in der Kammerarbeit zu engagieren: Vor diesem Hintergrund äußerten Vertreter der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein erneut den Wunsch nach Bildung einer Nordkammer, der allerdings von den anderen Kammern nicht geteilt wurde. Insbesondere wurde in Zweifel gezogen, ob eine „große“ Kammer tatsächlich zu Kostenersparungen führen würde. Zu denken sei etwa an die hohen Reisekosten in Flächenländern. Insgesamt wünschten sich die anderen Nordkam-

mern, eher themenorientiert zusammenzuarbeiten.

Wegen gestiegener Datenschutzerfordernissen sowie der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes äußerten die Kammern in Hamburg und Niedersachsen den Wunsch nach einer Überarbeitung der gemeinsam erarbeiteten QM-Handbücher. Die Vorstände vereinbarten, diesen Punkt zunächst intern zu besprechen und dann der niedersächsischen Kammer eine Rückmeldung zu geben, da sie sich bereit erklärt hat, die Koordination zu übernehmen.

Die Nordkammern waren sich zudem einig, dass die in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabten Regelungen hinsichtlich der Anerkennung von Studienabschlüssen, die den Zugang zur Psychotherapieausbildung ermöglichen, nicht hinnehmbar sind, da es keinerlei Rechtssicherheit für Interessenten der Psychotherapieausbildung gebe.

Das Nordkammer-Treffen klang bei einem gemeinsamen Essen aus. Das nächste Treffen ist für Februar/März 2015 in Schleswig-Holstein geplant.

## Diskussionen zum Landespsychiatrieplan: Ambulante Hilfen kommen noch zu kurz

Mit Verabschiedung des Landespsychiatrieplans 2010 hatte das Ressort Gesundheit bei der damaligen Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Arbeitsgruppen mit dem Ziel eingerichtet, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der regionalen Koordination und Steuerung von Leistungen sowie der Qualitätssicherung in der Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Hilfebedarf zu erarbeiten.

Die Bremer Psychotherapeutenkammer wirkte in allen drei Arbeitsgruppen aktiv mit. Nach gut zweijähriger Befassung wurden am 20. November 2013 im Rahmen einer Landes-Psychiatrie-Ausschusssitzung die Ergebnisse vorgelegt.

Ausgangspunkt der Überlegungen waren die beobachtbaren Fehlversorgungen im Rahmen des heutigen Versorgungssys-

tems. Dazu zählen die starke Betonung stationärer Maßnahmen bei akutem Behandlungsbedarf, die unzureichenden Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Versorgungsangeboten, die zeitlichen Begrenzungen und Vorgaben zur Erbringung von Leistungen im ambulanten Bereich sowie die ungenügende Verzahnung zwischen den SGB V- und den SGB XII-Leistungen.



Im Rahmen dieser Arbeit hat die Bremer Psychotherapeutenkammer ihre Überlegungen für eine durchgängige und integrierte Einbeziehung psychotherapeutischer Leistungen in die Versorgung psychisch kranker Menschen eingebracht. Insbesondere legte die Kammer dar, wie eine Einbeziehung psychotherapeutischer Leistungen in eine sozialraumbezogene Versorgung in Form von gemeindebezogenen Teams erfolgen kann. In einer Stellungnahme, die im November allen wesentlichen Akteuren im Versorgungssystem zugegangen ist, hat die Kammer zentrale Punkte zusammengefasst, die aus ihrer Sicht von Bedeutung sind. Insbesondere betonte sie:

- Eine stärkere Orientierung hin zu ambulanten Hilfen, die flexibel auf die Bedürfnisse der Menschen mit komplexem Hilfebedarf abgestimmt sind, z. B. international erprobte Konzepte wie *Need Adapted Treatment (NAT)*, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische

Teams (*Community Mental Health Teams, CMHT*) und aufsuchende, gemeindepsychiatrische Behandlung (*Assertive Community Treatment, ACT*). Diese Konzepte sehen durchgängig psychotherapeutische Interventionen vor.

- Eine konsequente Berücksichtigung evidenzbasierter Methoden in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (z. B. durch die Berücksichtigung entsprechender S3-Leitlinien für schizophrene Störungen oder bipolare Störungen, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen betonen). Ebenfalls bedürfe die Psychotherapierichtlinie einer Veränderung, da z. B. die Behandlung von Schizophrenie durch Psychotherapeuten noch ausgeschlossen werde.
- Die Psychotherapeutenkammer Bremen begrüßt ausdrücklich die in den Arbeitsgruppen gemachten Überlegungen zur Einführung von Modellprojek-

ten, die auf eine sektorenübergreifende Koordination der Versorgung und die Einführung gemeindenaher „psychiatrischer“ Versorgungsteams ausgerichtet sind. Gleichzeitig stellt die Kammer die Verwendung der Begrifflichkeit „psychiatrisch“ infrage. Es sollte neutraler von gemeinde- oder sozialraumbezogenen Teams zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesprochen werden.

- Die Kammer hält es für dringend erforderlich, dass ein solches Modell konkrete Vorschläge für die durchgängige Integration psychotherapeutischer Leistungen, einschließlich der Schnittstelle zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungserbringern, unterbreiten muss, um aktuellen Leitlinien zur evidenzbasierten Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu entsprechen. Dies ist in den bisher vorliegenden Ergebnispapieren noch unzureichend berücksichtigt.

## „Wege zur psychischen Gesundheit – jetzt starten, nicht warten“ PKHB Mitveranstalterin des Deutschen Reha-Tages 2013 in Bremen

Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und die Psychotherapeutenkammer Bremen haben anlässlich des Deutschen Reha-Tages eine gemeinsame Veranstaltung unter dem Titel „Wege zur psychischen Gesundheit – jetzt starten,

nicht warten“ organisiert. Sie fand am 6. November 2013 im Gewerkschaftshaus in Bremen statt.

Der Anlass: Psychische und psychosomatische Erkrankungen, Störungen und Proble-

me haben in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung erlangt. So ist die Zahl der diagnostizierten psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen. Dies hat neben dem individuellen Leid, das mit einer solchen Erkrankung einhergeht, auch gravierende volkswirtschaftliche Konsequenzen. So sind psychische Erkrankungen mittlerweile die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit und sogar für vorzeitige Berentung.

Vor diesem Hintergrund ging es in der Veranstaltung darum, Betroffene umfassend über die verschiedenen Behandlungswege bei psychischen Störungen zu informieren. Darüber hinaus war es Ziel, therapeutische, betriebliche, politische und Sozialversicherungsstrukturen zu vernetzen, um gemeinsame, abgestimmte und sinnvolle Behandlungspfade zu entwickeln.

Bremens Gesundheitsminister Dr. Hermann Schulte-Sasse und Christian Wolff, Stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, unterstrichen denn auch in



(v. l. n. r.): Christian Wolff, Johanna Kaiser-Bieg, Sonia Lippke, Hermann Schulte-Sasse, Karl Heinz Schrömgens, Peter Bagus, Aike Hessel, Peter Mnich

ihren Grußworten ausdrücklich ihre Bereitschaft zur Kooperation und Vernetzung.

Prof. Dr. Sonia Lippke von der Jacobs University Bremen eröffnete mit ihrem Überblicksvortrag „Erschöpft, gestresst, enttäuscht, ausgebrannt, depressiv – was können wir tun?“ den Vortragsteil der Veranstaltung.

Danach referierte Karl Heinz Schrömgens, Präsident der Psychotherapeutenkammer Bremen, zur Situation der ambulanten Psychotherapie im kleinsten Bundesland. In seinem Vortrag unter dem Titel „Versorgung psychisch kranker Menschen in Bremen – eine Bestandsaufnahme“ referierte er zunächst die zentralen Ergebnisse der DEGS-Studie zur psychischen Gesundheit, um dann die Struktur der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft am Beispiel der Stadt Bremen darzustellen. Den langen Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung und der verzweifelten Suche vieler Patientinnen und Patienten nach angemessener Therapie stellte Schrömgens die

Ergebnisse der aktuellen Bedarfsplanung gegenüber: Ergaben 338 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in 2012 einen Versorgungsgrad von 159 Prozent, so steigt dieser Wert nach der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie bei lediglich 328 Psychotherapeuten auf 205 Prozent. Diese Zahlen lösten im Plenum Überraschung aus und machten zugleich augenfällig, wie willkürlich und unangemessen diese Richtlinie verfasst ist. Ihr liegt nicht der Bedarf, sondern bloße Angebotsreduzierung zugrunde.

Dr. Dr. Peter Bagus, Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Klinikum Bremen-Ost, trug anschließend unter dem Titel „Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Akutbehandlung“ zur Situation der stationären Psychotherapie in Bremen vor, ehe sich Dr. Hans-Peter Mních, Leiter des Werksärztlichen Dienstes im Mercedes-Benz-Werk Bremen, mit betrieblichen Strategien im Umgang mit psychischen Erkrankungen beschäftigte. Sein Thema „Psychische Gesundheit in der Daimler AG – An-

gebote für Prävention und Versorgung im Mercedes-Benz-Werk Bremen“.

Dr. Johanna Kaiser-Bieg, stellvertretende Leitende Ärztin der Marbachtalklinik in Bad Kissingen, referierte unter dem Titel „Berufsorientierte Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation: Möglichkeiten und Grenzen“ über den besonderen Bezug der Rehabilitation zum Erwerbsleben und über konkrete Maßnahmen zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung durch die Psychosomatische Rehabilitation.

Die Veranstalter verzeichneten eine sehr gute Resonanz. Mehr als 130 Teilnehmer aus den unterschiedlichsten therapeutischen, betrieblichen, politischen und Sozialversicherungsstrukturen sowie betroffene Menschen diskutierten, moderiert von PD Dr. med. Aike Hessel, intensiv die vorgestellten Themen. Sowohl die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen als auch die Psychotherapeutenkammer sehen dieses Projekt als einen gelungenen Auftakt einer vertieften Zusammenarbeit an.

## Kammerversammlung: Reform der Ausbildung noch für längere Zeit ein wichtiges Thema

Für eine engagierte Diskussion hat auf der 29. Kammerversammlung der Bremer Psychotherapeutenkammer am 5. November 2013 das Thema „Reform der Psychotherapieausbildung“ gesorgt. Der Kammervorstand hatte als Referenten Dr. Walter Ströhm eingeladen, der als Input für die folgende Diskussion die Reformvorstellungen der Deutschen Fachgesellschaft für Verhaltenstherapie (DVT) erläuterte. Gleich bei der Begrüßung der Mitglieder und des Referenten hatte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens die Intention des Kammervorstandes verdeutlicht, die Diskussion dieses wichtigen Themas insgesamt zu fördern und durch eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedenen Vorschlägen zu vertiefen.

Unter dem Titel „Was spricht für eine Direktausbildung?“ zeigte Dr. Walter Ströhm auf, welche Struktur ein grundständiges Studium „Psychotherapie“ haben könnte, das mit einem Staatsexamen endet und

zur Approbation führt. Danach sollen während des Studiums alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren gelehrt werden. Nach Erteilung der Approbation, so der Vorschlag der DVT, schließt sich eine Weiterbildung an, in der es eine Verfahrensvertiefung gibt. Ströhm unterstrich, dass der DVT-Vorschlag in vielen Punkten der medizinischen Aus- und Weiterbildung entspricht. Das Bundesgesundheitsministerium favorisiere die Direktausbildung aus systematischen Gründen, aber vor allem wegen der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Diese sei nämlich besorgniserregend, weil für die Zukunft ein drastischer Ärztemangel – vor allem in ländlichen Gebieten – prognostiziert werde. Die Lücke, die entstehe, müsse durch andere Berufsgruppen geschlossen werden. Dies könne insbesondere im Bereich der Kliniken dazu führen, dass Aufgaben, die bisher nur von Ärzten wahrgenommen worden sind, dann von Psychotherapeuten übernommen werden müssten. Diese

Entwicklung sei auch eine historische Chance, die lange geforderte Gleichstellung mit den Ärzten, insbesondere was die Vergütung der angestellten Psychotherapeuten angeht, zu erreichen.

Walter Ströhm führte weiter aus, dass das Konzept der DVT bisher in der Fachdiskussion eine gute Resonanz erfahren habe. Die Vorteile seien ein breit definiertes Berufsbild, eine längere und umfassende Qualifizierung, eine solide Strukturqualität und vor allem eine gesicherte finanzielle Situation der Psychotherapeuten, die sich in der Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren befinden. Die Approbation würde zwar auf einem deutlich niedrigeren Niveau nach nur einem Jahr praktischer Tätigkeit erfolgen, dafür stünde die Herausbildung der Fachkunde stärker im Fokus.

In der anschließenden Diskussion wurde unter anderem problematisiert, dass sich

das Konzept sehr an der Arbeit in den Kliniken orientiere und bei zu starker Anlehnung an die ärztliche Ausbildung Potenziale verloren gingen. Hier sind nach Ströhms Auffassung die Psychotherapeutenkammern gefordert, die strukturellen Voraussetzungen in den Weiterbildungsordnungen zu schaffen. Das hätte den Vorteil, dass die Weiterbildungsermächtigungen zukünftig von den Psychotherapeutenkammern vergeben werden würden – und damit von der Profession selbst. Kritisch angemerkt wurde in der Diskussion auch die frühe Approbationserteilung nach nur einem Jahr praktischer Tätigkeit. Zudem wurde die Finanzierung des Modells infrage gestellt und der Selbsterfahrungsanteil als zu gering erachtet.

Die Mitglieder begrüßten einhellig die in dem Konzept vorgesehene gerechte Entlohnung der Weiterbildungskandidaten sowie die Chance einer tariflichen Gleichstellung von in Kliniken arbeitenden approbierten Psychotherapeuten mit Ärzten. Der derzeitige Rechtsstatus von Psychotherapeuten in Kliniken und deren Vergütung wurden als höchst unbefriedigend angesehen.

Karl Heinz Schrömgens gab anschließend mündliche Erläuterungen zum Tätigkeitsbericht des Kammervorstandes, vor allem

zu den im Bericht dargelegten Vorgängen im Zulassungsausschuss Bremen. Dort kam es auf Drängen der Krankenkassen und des Vorstandes der Bremer KV zu einem Richtungsbeschluss. Dieser sieht laut Kammerpräsident bei Veräußerungsanträgen von Praxen ein bestimmtes Beurteilungsraster vor:

- Praxen, die durchschnittlich unter zehn Behandlungsstunden erbracht haben, stellen danach keine fortführungsfähige Praxis dar. Ein solcher Sitz wird nicht ausgeschrieben und hat, da ohne Praxissubstrat, keinen Wert.
- Praxen zwischen zehn und zwanzig Behandlungsstunden haben nur einen halben Versorgungsauftrag erfüllt, somit könne nur ein halber Sitz ausgeschrieben werden, die andere Hälfte entfällt, auch ohne Entschädigung.
- Nur Praxen mit über zwanzig erbrachten Behandlungsstunden gelten als voll fortführungsfähig.

Schrömgens äußerte sein Bedauern darüber, dass die sechs im Zulassungsausschuss tätigen Psychotherapeuten nicht durch geschlossenes Stimmverhalten ihre Möglichkeit genutzt hätten, dieses Vorgehen im Interesse der Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Versorgung

und der Arbeitsmöglichkeiten für den psychotherapeutischen Nachwuchs zu verhindern. Die Bremer Kammer sehe in einem solchen Vorgehen einen Verstoß gegen die geltende Sozialgerichts-Rechtsprechung und empfehle betroffenen Mitgliedern, Rechtsmittel einzulegen. Sie biete ihren Mitgliedern Beratung an, wenn sie ihre Praxen veräußern wollten.

In der anschließenden Aussprache wurde das Vorgehen des Zulassungsausschusses deutlich kritisiert und der Kammervorstand in seiner Position unterstützt. Dass der Zulassungsausschuss sich aktiv an einem Abbau von psychotherapeutischen Sitzen beteilige, sei nicht hinnehmbar, auch nicht, dass er nicht autark auftrete. Hier seien die psychotherapeutischen Vertreter gefragt, dieser Entwicklung entgegenzuwirken.

Der Justitiar der Bremer Kammer, Bernd Rasehorn, teilt in dem Zusammenhang mit, dass er zurzeit verschiedene Praxisabgeber vertrete. Er bot interessierten Mitgliedern an, sich bei Fragen zu dem Thema an ihn zu wenden.

Am Ende der Kammerversammlung beschlossen die Mitglieder den Jahresabschluss 2012 und entlasteten damit den Vorstand. Außerdem wurde der Haushaltsplan 2014 verabschiedet.



Karl Heinz Schrömgens (links) und Dr. Sylvia Helbig sowie Axel Janzen vom Kammervorstand begrüßten Dr. Walter Ströhm.

### 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 – 14.00 Uhr  
Mi 13.00 – 17.00 Uhr

Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr



## Der Behandlungsvertrag in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie – Bericht über die Informationsveranstaltung am 16. Oktober 2013

Von **Bettina Nock**, Psychologische Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

Mit dem im Mai 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist neben dem Recht der Patientinnen<sup>1</sup> auf umfassende Information und Einsicht in Behandlungsunterlagen auch eine Verpflichtung zum Abschluss von Behandlungsverträgen konkretisiert worden. In der mit 150 Teilnehmerinnen sehr gut besuchten Informationsveranstaltung am 16.10.2013 referierte der Justitiar der PTK Hamburg, Dr. Rainer Stelling, über die Frage, wie diese Vorgabe aus juristischer Sicht für uns Psychotherapeutinnen praktisch umsetzbar sein kann, welche Eckpunkte in einem Behandlungsvertrag geregelt werden sollten und welche Konsequenzen sich daraus für unseren Umgang mit den brisanten Themen Ausfallhonorar, Terminabsagen, Urlaubsregelungen und Therapieabbruch ergeben können. Unter Moderation von Bettina Nock, Hamburger Vorstandsmitglied und Vorsitzende der Beschwerdekommision, erläuterte Dr. Stelling detailliert und anhand praktischer Beispiele die derzeitige Rechtslage und Rechtsprechung, die – wie viele Anwesende kritisch erkannten – nicht immer den Realitäten der psychotherapeutischen Praxis und den Bedürfnissen der Psychotherapeutinnen gerecht wird. Besonders bei Gruppentherapien und bei der Anbahnung einer Psychotherapie führt diese Rechtslage wiederholt zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen Psychotherapeutinnen und Patientinnen mit teilweise auch wirtschaftlichen Nachteilen der Kolleginnen.

Dr. Stelling führte u. a. aus, dass durch den Behandlungsvertrag diejenige, die die psychotherapeutische Behandlung einer Patientin zusagt (Behandelnde), zur Leistung



(v.l.n.r.) Dr. Stelling, Dipl.-Psych Bettina Nock

der versprochenen Behandlung verpflichtet wird, der andere Teil (Patientin) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung, sofern nicht ein Dritter (z. B. GKV) zur Zahlung verpflichtet ist. Laut BGB sei eine jederzeitige Kündigung der Behandlung durch die Patientin möglich. Die „Behandlungsanbahnung“ sei nicht per se vergütungspflichtig, die Honorarpflichtigkeit einer probatorischen Sitzung (bei Selbstzahlern und Privatversicherten) müsse daher vorab vereinbart werden.

Verlange die Psychotherapeutin die Zahlung eines Ausfallhonorars, müsse eine darüber vereinbarte Regelung zwischen ihr und der Patientin nachweisbar sein, auf die sie sich zur Begründung ihres Anspruches berufen könne. Um ein späteres „Aussage gegen Aussage“ zu vermeiden, sei daher ein schriftlicher, bestimmten Mindestanforderungen genügender Behandlungsvertrag notwendig. Die Ausfallhonorarklausel im Behandlungsvertrag sollte Vereinbarungen über eine „angemessene“ Absagefrist (48 Std.?), die Höhe des Ausfallhonorars (z. B. Pauschale von 60-80% des Sitzungshonorars) und eine

Entlastungsmöglichkeit für den Fall des unverschuldeten Nichterscheinsens der Patientin enthalten. Die Unterscheidung eines verschuldeten zu einem unverschuldeten Terminversäumnis war für die meisten Zuhörer eine neue und von vielen ablehnend aufgenommene Information. Aus **juristischer Sicht**, so führte Dr. Stelling aus, spiele jedoch diese Unterscheidung bei der Durchsetzbarkeit eines Ausfallhonorars eine wichtige Rolle insofern, als dass bei nicht-verschuldetem Terminversäumnis durch die Patientin (wobei diese in der Beweispflicht sei) kein Ausfallhonorar berechnet werden dürfe.

Vereinbarungen, die eine unangemessene Benachteiligung der Patientin „entgegen den Geboten von Treu und Glauben“ bewirken, würden als nicht wirksam gelten. Z.B. seien Vereinbarungen, wonach die Patientin nach der Kündigung eines (Gruppen-)Therapievertrages noch an einer bestimmten Anzahl von Sitzungen teilnehmen müsse, mit § 627 Abs.1 BGB nicht vereinbar.

Abschließend zeigte Dr. Stelling anhand einer Kostenaufstellung, dass das Prozesskostenrisiko besonders für uns Psychotherapeutinnen (z. B. beim Einklagen von Ausfallhonoraren) in einem deutlichen Missverhältnis zu den zumeist geringen Honorarforderungen stehe und dass der mit einer Klage verbundene (finanzielle) Aufwand den möglichen Gewinn häufig weit übersteige.

Wir werden in einem gemeinsamen Diskussionsprozess über die Fragen von ver-

<sup>1</sup> Zugunsten der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wurde in diesem Bericht darauf verzichtet, die männliche und die weibliche Schriftform anzuführen, obwohl die Aussagen selbstverständlich für beide Geschlechter gelten.

trebarem Ausfallhonorar, angemessenen Absagefristen und weiteren Therapievereinbarungen bleiben müssen, um das Spannungsfeld zwischen juristischen und psychotherapeutischen Sichtweisen und Erfordernissen zum Wohle der therapeutischen Beziehung verringern zu können. Verständlicher Weise liegt es im Interesse der Kammer und unseres Berufsstandes, die Zahl der mit diesen Themen verbundenen Patientenbeschwerden so gering wie möglich zu halten.

An dieser Stelle sei noch ein Hinweis erlaubt: Die Kammer kann ausschließlich in Fragen des Berufsrechts und gemäß unserer Berufsordnung Stellung beziehen (z. B. bezüglich ethischer Prinzipien im Umgang mit Patienten), jedoch nicht in zivilrechtlichen Auseinandersetzungen. Hier kann die Kammer jeweils nur auf die Ergebnisse der bisherigen Rechtsprechung verweisen.

Es ist geplant, die Eckpunkte eines Behandlungsvertrages für alle interessierten

Kolleginnen als Handreichung für die Praxis zusammenzustellen und im internen Bereich der Kammer-Homepage zu veröffentlichen. Dem vorausgehend wird zusammen mit den anderen Nordkammern eine Harmonisierung bezüglich der Informationen zum Ausfallhonorar erarbeitet werden.

Der Vortrag von Dr. Stelling steht auf der Homepage der Kammer ([www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)) im internen Mitgliederbereich zur Verfügung.

## Allgemeine Kammerversammlung am 23. Oktober

*Von Torsten Michels, Psychologischer Psychotherapeut, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg.*



Die diesjährige Allgemeine Kammerversammlung stand unter dem Thema „Zukünftiges Berufsbild und Reform der Ausbildung“. Im ersten Teil des Abends berichteten Kammerpräsident Prof. Dr. Rainer Richter und Vizepräsidentin Gabriela Küll über die aktuellen Aktivitäten der Kammer. Herr Richter informierte u. a. über die Einrichtung der Landeskongressversorgung, über den Stand der Umsetzung des Hilfsportals gegen sexuellen Kindesmissbrauch in Hamburg und über den Vertrag der BPTK mit der Bundeswehr zur Versorgung von SoldatInnen mit psychischen Erkrankungen. Dieser Vertrag sieht vor, dass sich auch psychologische PsychotherapeutInnen ohne Kassenzulassung einschreiben können. Eine fakultative Fortbildung für an diesem Vertrag interessierte Kammermitglieder soll in 2014 stattfinden. Gabriela Küll berichtete über die Aktivitäten der KJP-AG, die sich intensiv mit dem Thema Psychotherapie und Ganztagsbeschulung beschäftigt, welche die KollegInnen vor erhebliche Probleme stellt.

Im Anschluss stellte Vorstandsmitglied Dipl.-Psych. Torsten Michels den derzeitigen

Diskussionsstand zu einem neuen Berufsbild des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin vor. Er vertritt die Hamburger Kammer in der Arbeitsgruppe des Länderrates und der BPTK, die derzeit mit der Entwicklung eines expliziten Berufsbildes und daraus abzuleitenden Kompetenzen beauftragt ist, und schilderte die Diskussionsentwicklung und den derzeitigen Stand. Da das Berufsbild auch in die Zukunft weisen soll, hatte sich die AG u. a. mit folgenden Fragen beschäftigt: Wie stellen wir uns den Beruf in 20-30 Jahren vor? In welchen beruflichen und gesellschaftlichen Feldern werden zukünftig PsychotherapeutInnen tätig sein? Welche Kompetenzen werden sie dafür brauchen?

In welcher Form sollen/können sie diese erwerben? Wie können die hohen Qualitätsstandards der derzeitigen Ausbildung erhalten und weiterentwickelt werden?

In der sehr engagierten und lebhaften Diskussion, moderiert von Vorstandsmitglied Dipl.-Psych. Heike Peper, wurde auch aufgrund der anwesenden PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) nochmals deutlich, wie schwerwiegend die derzeitigen Defizite in der Ausbildung sind und wie dringend sie einer Veränderung bedürfen. Von den AusbildungskandidatInnen wurde dabei erneut auf die finanzielle Not während der praktischen Tätigkeit hingewiesen, die sich daraus ergibt, dass die Tätigkeit im Gesetz als Praktikum beschrieben ist, aus dem sich keine einklagbare Vergütung ergibt. Die PiA sind auf die Verhandlungsbereitschaft der an der Ausbildung beteiligten Kliniken angewiesen. In Ballungsräumen wie Hamburg



*Prof. Dr. Rainer Richter*

war diese bislang nicht sehr ausgeprägt, so dass die praktische Tätigkeit schlecht bis gar nicht vergütet wird. Auch die Einschränkungen der approbierten KollegInnen durch das aktuell geltende Psychotherapeutengesetz wurden benannt, z. B. die Benachteiligung der angestellten PsychotherapeutInnen, wenn es um Leitungs- und Entscheidungsfunktionen und eine angemessene Bezahlung geht, oder die Befugniseinschränkungen, denen niedergelassene KollegInnen unterworfen sind. Gleichzeitig wurde aber auch die Solidarität der Profession angemahnt, die Notsituation der KollegInnen in Ausbildung nicht auch noch auszunutzen, wie es z. B. nach einigen Erfahrungsberichten in manchen Praxisassistenzen geschieht. Prof. Richter machte abschließend deutlich, dass Verbesserungen in diesen Bereichen nur mit der schon seit Langem vom Berufsstand geforderten

Reform des Psychotherapeutengesetzes erreicht werden können. Die Bundespsychotherapeutenkammer werde deshalb mit Nachdruck eine zügige Umsetzung der Reform von der neuen Bundesregierung ein-

fordern. Dabei betonte er, dass es weiterhin des intensiven Einsatzes der Profession und der KollegInnen in Ausbildung bedarf, um der Politik den Handlungsbedarf vor Augen zu führen.

Allen auf der Kammerversammlung anwesenden KollegInnen sei an dieser Stelle noch einmal für die rege Teilnahme und die engagierte Diskussion gedankt.

## Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Umfrage unter Hamburger Kammermitgliedern

*Von Heike Peper, Psychologische Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg.*

Finden Menschen mit psychotischen Erkrankungen besonders schwer ambulante Therapieplätze, weil PsychotherapeutInnen zu wenig Wissen und Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit psychoseerfahrenen PatientInnen haben?

Mit diesen und ähnlich lautenden Vermutungen sah sich der Kammervorstand in seinen Gesprächen mit VertreterInnen von Patientenorganisationen häufig konfrontiert. Deshalb führten wir eine Umfrage bei denjenigen unserer Mitglieder durch, die ihre Ausbildung nach dem PsychThG gemacht haben, in deren Rahmen u. a. die praktische Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung vorgesehen ist. Wir fragten nicht nur nach Behandlungserfahrungen mit PatientInnen aus der Diagnosegruppe F20 bis F29, sondern auch aus dem Bereich der schweren affektiven Störungen (F30, F31, F32.3, F33.3) und der Persönlichkeitsstörungen (F60.0, F60.1, F60.31, F60.8).

Von 334 befragten Mitgliedern antworteten 129 (ca. 38%), davon 104 Psychologische PsychotherapeutInnen und 25 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Mehr als 70% beantworteten die Frage nach einer Beteiligung an der Behandlung von PatientInnen mit psychotischen Störungen während der praktischen Tätigkeit im stationären Setting mit „Ja“. Fast ebenso viele gaben an, während dieses Ausbildungsabschnitts auch Erfahrungen mit PatientInnen mit Störungen aus den anderen genannten Diagnosegruppen gesammelt zu haben.

In der ambulanten praktischen Ausbildung (unter Supervision) haben allerdings nur

25% derjenigen KollegInnen, die an der Umfrage teilgenommen haben, PatientInnen mit psychotischen Erkrankungen behandelt. PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und mit schweren affektiven Störungen fanden sich hingegen fast ebenso häufig wie im stationären Setting auch bei den ambulanten Ausbildungstherapien.

65% der UmfrageteilnehmerInnen teilen mit, dass sie nach der Approbation an mindestens einer spezifischen Fortbildungsveranstaltung zur psychotherapeutischen Arbeit mit PatientInnen mit psychotischen Erkrankungen, schweren affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen teilgenommen hatten. 85% bekunden allerdings auch Interesse an weiteren Fortbildungen in diesen Bereichen. Besonders häufig werden bei den Themenwünschen (Mehrfachnennungen waren möglich) Psychoosen/Schizophrenie, bipolare Störungen sowie spezifische Formen der Persönlichkeitsstörungen (PS) (u. a. Borderline PS, narzisstische PS, schizoide PS, paranoide PS) genannt. Es werden sowohl Fortbildungen gewünscht, die einen verfahrensspezifischen Zugang zu den genannten Themen bieten, als auch integrative bzw. schulübergreifende therapeutische Ansätze. Auch zur Bedeutung und Ausrichtung der therapeutischen Haltung/Intersubjektivität, verbunden mit der psychotherapeutischen Zielsetzung, z. B. der Stärkung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit, wird von den KollegInnen Bedarf nach Fortbildung und Austausch angemeldet. Weiterhin beschäftigen die KollegInnen behandlungsbezogene Fragestellungen wie „Was ist ambulant psychotherapeutisch möglich?“, „Was kann Psychotherapie in einem Gesamtbehandlungsansatz beitragen?“, „Welche Frühinterventionen gibt es?“ sowie der Umgang mit Medikamenten und die Antragstellung in der Richtlinienpsychotherapie. Weitere The-

menfelder, die genannt werden und in Fortbildungsveranstaltungen behandelt werden sollten, sind die Vernetzung mit verschiedenen BehandlerInnen und Modelle der integrierten Versorgung sowie das Verhalten bei Notfällen bzw. bei einer krisenhaften Zuspitzung im ambulanten Setting. Auch der Umgang mit Komorbiditäten (z. B. Psychose und Sucht) und Traumafolgestörungen wird angeführt.

Von den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen werden Wünsche zu Fortbildungen insbesondere in der therapeutischen Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern sowie in der Elternarbeit mit diesen Eltern geäußert.

Einige UmfrageteilnehmerInnen äußerten sich in kritischen Kommentaren zu den derzeitigen Rahmenbedingungen der ambulanten Psychotherapie, die die Behandlung von psychotisch erkrankten Menschen erschweren. So wird auf die grundsätzliche Unterversorgung mit ambulanten Psychotherapieplätzen hingewiesen, aber auch auf die mangelnde Vergütung von Kommunikation und Abstimmung mit anderen BehandlerInnen sowie die bestehenden Befugniseinschränkungen.

Obwohl es sich bei dieser Umfrage nicht um eine repräsentative Erhebung handelt, liefert sie doch den Eindruck, dass sehr viele AusbildungskollegInnen Wissen und Erfahrung in der Behandlung von PatientInnen mit psychotischen Erfahrungen sammeln – überwiegend während der praktischen Tätigkeit in den Kliniken, seltener in den ambulanten Ausbildungstherapien. Die vielfältigen und differenzierten Antworten zu den Fortbildungsbedarfen weisen auf ein großes Interesse der KollegInnen hin und lassen vermuten, dass bei gegebenen Rahmenbedingungen die Bereitschaft zur ambulanten Behandlung dieser PatientInnengruppe vorhanden ist.



Die Kammer dankt allen TeilnehmerInnen an der Umfrage und wird sich mit den Ergebnissen im Hinblick auf zukünftige Fort-

bildungsangebote auseinandersetzen. Auf dem Treffen der Nordkammern am 25.10.2013 stand dieses Thema auch auf

der Tagesordnung. Es wurde eine Koordination möglicher Fortbildungsveranstaltungen verabredet.

## Arbeitskreis „KJP“

*Von Gabriela Küll, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg.*

Auf die Arbeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Hamburg wirken sich zwei Entwicklungen spürbar aus. Zum einen die flächendeckende Einführung der Ganztagsschulbetreuung, die die Terminvergabe in der Zeit vor 16 Uhr sehr erschwert, zum anderen die Einrichtung von therapeutischer Betreuung (Ergotherapie, Logotherapie, Sozialtherapie) und von sogenannten Sonderklassen für verhaltens- und lerngestörte, „gruppenunfähige“ Kinder an den Schulen, wobei die Frage einer entsprechenden Diagnostik momentan noch völlig ungeklärt ist.

Der Arbeitskreis „KJP“ beschäftigt sich seit Anfang des Jahres unter anderem mit diesen Problemen. Der Vorschlag des Arbeitskreises, einen Brief an die Hamburger Schulbehörde zu schreiben, in dem die Behörde gebeten wird, darauf hinzuwirken, dass Kinder und Jugendliche auch während der Unterrichtsstunden für notwendige Behandlungsstunden freigestellt werden, wurde vom Kammervorstand aufgenommen und umgesetzt. Der Leiter des Amtes für Schule wird sich für eine entsprechende rechtliche Klarstellung für die notwendige Unterrichtsbe freiung einsetzen, sodass die Stundenvergabe auch vor 16 Uhr zukünftig leichter möglich sein dürfte.

Ein Verfahrensvorschlag für die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeuten und den Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) und den Schulen zu der Einrichtung von Sonderklassen und der therapeutischen Betreuung an Schulen ist in Arbeit.

In diesem Zusammenhang beschäftigt sich der Arbeitskreis auch erneut mit dem Für und Wider von Psychotherapieangeboten an Schulen.

### Geschäftsstelle

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226226060  
Fax. 040/226 226 089  
Internet: www.ptk-hh.de  
E-Mail: info@ptk-hamburg.de

## Beschlussfassung über eine Änderung der Gebührenordnung. Ergänzung: „3. Gebühren für Verwaltungstätigkeiten nach der Weiterbildungsordnung“

### 2. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in der Fassung vom 17. Juni 2009

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung am 11. September 2013 aufgrund von § 19 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 1 und § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14.12.2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 19.06.2012 (HmbGVBl. Nr. 18, S. 260 ff) die nachfolgende zweite Satzung zur Änderung der Anlage zur Gebührenordnung (Gebührenverzeichnis) der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit- und Verbraucherschutz gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKGGH am 26.09.2013 genehmigt hat:

Die Anlage der Gebührenordnung (Gebührenverzeichnis) der Psychotherapeutenkammer Hamburg wird wie folgt geändert:

### § 1 Änderung des Gebührenverzeichnisses

Nach Nr. 2. wird als Nr. 3 eingefügt:

#### 3. Gebühren für Verwaltungstätigkeiten nach der Weiterbildungsordnung

##### 3.1 Erwerb einer Zusatzbezeichnung

3.1.1 Prüfungsgebühr für die mdl. Prüfung gem. § 12 WBO 500,- €

3.1.2 Prüfung von Antragsunterlagen gem. § 15 Abs. 1, 3 WBO 250,- €

##### 3.2 Erwerb der Weiterbildungsbefugnis

3.2.1 Prüfung der Antragsunterlagen je Weiterbildungsteil gem. § 6 Abs. 4 (Erstantrag) 250,- €

3.2.2 Prüfung der Antragsunterlagen je Weiterbildungsteil gem. § 6 Abs. 5 WBO (Verlängerungsantrag) 100,- €

##### 3.3 Anerkennung einer Weiterbildungsstätte

3.3.1 Prüfung der Antragsunterlagen je Weiterbildungsstätte gem. § 6 Abs. 2, 8 WBO 1.000,- €

3.3.2 Prüfung der räumlichen Voraussetzungen von Weiterbildungsstätten durch Ortstermin nach Aufwand gem. Nr. 1.9. der Gebührenordnung

### § 2 Inkrafttreten

Die vorstehende Änderung der Gebührenordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

das Recht auf Einsicht bekommt für mich zunehmend zwei Bedeutungen. Die des seit Januar geltenden Patientenrechtgesetzes, das Patienten das Recht auf Einsicht in die Dokumentation des Behandlers zuspricht. Und die mir schon fast antiquiert erscheinende Be-

deutung, dass der Patient in einer Psychotherapie das Recht hat, sich in einem geschützten Raum mithilfe des Psychotherapeuten intensiv mit sich selbst zu befassen und dabei Einblicke in sich, in sein Seelenleben zu nehmen und Erkenntnisse über sich zu gewinnen. So kann der Patient Fühlen, Denken und Verhalten an diesen Erkenntnissen neu ausrichten. Diese Art von Einsicht droht durch die zunehmende Verrechtlichung von Psychotherapie und durch einseitige Betonung des rechtlichen Vertragsverhältnisses in den Hintergrund zu geraten. Dazu gehört das in der Ge-

sundheitswirtschaft vorherrschende Verständnis vom Patienten als autonomem Kunden, der sich für die Inanspruchnahme einer Dienstleistung entscheidet. In einer Zeit, in der es nur noch „Gesundheitskassen“ zu geben scheint, frage ich mich, wer denn dann überhaupt noch für Kranke zuständig ist.

Es grüßt Sie herzlich mit den besten Wünschen für das Neue Jahr

Alfred Krieger  
Kammerpräsident

## Fachveranstaltung „Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern im Rahmen von Weisungen der Bewährungs- oder Führungsaufsicht“

Die Veranstaltung am 23. August 2013 in Frankfurt war eine Kooperation der LPPKJP mit dem Hessischen Ministerium der Justiz, für Integration und Europa und dem Verein zur Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.

**Yvonne Winter**, zuständiges Vorstandsmitglied für das Ressort Forensik, stellte zur Eröffnung das gesellschaftspolitische Selbstverständnis der Kammer heraus, auch die Patientengruppen in den Blick zu nehmen,

die von der medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgung übersehen werden – wie etwa Sexualstraftäter. In ihren Grußworten erläuterte **Susanne Wetzel**, Präsidentin des Landgerichts Hanau und Vorsitzende der Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V., gesetzliche Regelungen im Kontext von Sexualstraftaten sowie die Entwicklungen des Umgangs mit Sexualstraftätern in Hessen. Psychotherapeutische Behandlung diene in erster Linie zur Verhinderung weiterer Straftaten.

Beteiligung der PsychotherapeutInnen an der psychotherapeutischen Versorgung von SexualstraftäterInnen in Hessen. **Alfred Krieger**, Präsident der LPPKJP Hessen, stellte in seinem Grußwort u. a. die begrüßenswerte Interdisziplinarität der Fachveranstaltung in den Mittelpunkt und machte darauf aufmerksam, dass heilkundliche, fachgerechte Psychotherapie eine sehr wirksame Behandlungsform im Kontext von Sexualstraftaten sein kann.



Dr. Rudolf Kriszeleit, Staatssekretär im Hessischen Ministerium der Justiz, für Integration und Europa.

**Dr. Rudolf Kriszeleit**, Staatssekretär im Hessischen Ministerium der Justiz, für Integration und Europa, warb in seinen Grußworten mit „Uncle Sam“ und dem Schriftzug „I want you“ proaktiv mit der bekanntesten Nationalallegorie der Vereinigten Staaten für die

Im ersten, von **Dr. Matthias Ochs** (LPPKJP Hessen) moderierten Vortragsteil wurde in die wissenschaftlichen Grundlagen eingeführt. Zunächst erläuterte **Prof. Dr. Niels Habermann**, Studiendekan für Rechtspsychologie an der privaten SRH Hochschule Heidelberg, Grundlagen und Praxis der psychotherapeutischen Versorgung von Sexualstraftätern in Deutschland. Er stellte die Geschichte und teils sehr unterschiedlichen Strukturen bereits etablierter Spezialambulanzen in Deutschland vor (Hamburg, Berlin, Würzburg, Trier, Stuttgart). Die Anwendung psychodiagnostischer Kategorien (u. a. „Störungen der Sexualpräferenz“



*Dr. Matthias Ochs moderiert die Diskussion mit Prof. Dr. Niels Habermann und Prof. Dr. Sabine Nowara zur Psychotherapie von Sexualstraftätern.*

F65.0-65.9) wurden erläutert und in empirische Befunde zur verminderten Rückfälligkeit nach psychotherapeutischen Interventionen eingeführt. Daten zu Effektstärken verschiedener psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten zeigen den größten Erfolg bei behavioral-psychotherapeutischen und bei hormonellen Behandlungen. Kosten-Nutzen-Analysen belegen, dass sich psychotherapeutische Nachsorge dramatisch rechnet. Abschließend stellte Habermann das für die psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern im Mittelpunkt stehende Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR-Modell) vor und spezifische forensisch-psychologische Kompetenzen wie die Entwicklung von Delikthypothesen und Interventionsprognosen.

**Prof. Dr. Sabine Nowara**, Psychologische Psychotherapeutin und Fachpsychologin für Rechtspsychologie am Institut für Kriminologie der Universität zu Köln, referierte Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungsziele in der ambulanten Psychotherapie mit Sexualstraftätern. Sie betonte zum einen die Notwendigkeit der multiprofessi-

## PiA-Demo am 9.9.2013

Wie in den beiden Vorjahren richtete sich der Protest der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) gegen die unregelmäßige Vergütung der Praktischen Tätigkeit und die fehlende länder einheitliche Regelung des Zugangs zur Ausbildung. Deshalb fordern PiA zusammen mit der Profession die

onellen Vernetzung im Kontext dieser psychotherapeutischen Tätigkeit (z. B. mit Führungsaufsicht, Angehörigen, weiteren Diensten, Psychiatern, Kollegen) und benannte zum anderen notwendige Anforderungen für die fachgerechte Arbeit mit Sexualstraftätern wie Approbation, spezielle diagnostische (bzgl.

Persönlichkeitsstörungen, Sexualstraftätertypen), therapeutische (z. B. RNR-Modell), kriminologische und prognostische Kenntnisse. Ein im Ruhrgebiet angesiedeltes Modellprojekt für erzieherische Hilfen für jugendliche Sexual-(straf)täter wurde vorgestellt, bei dem auch psychotherapeutische Maßnahmen zum Tragen kommen: eine diagnostische Phase, Einzel- und Gruppenarbeit bezüglich des Delikts, pädagogische/Aufklärungs-Arbeit, Training sozialer Kompetenzen, Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit sowie Familienarbeit in unterschiedlichen Settings und Umfeldarbeit. Rund die Hälfte der Täter im Modellprojekt begeht bereits im Alter zwischen sechs und 13 Jahren Sexualdelikte. Die Evaluationsergebnisse seien ermutigend.

Der zweite Vortragsteil (moderiert von **Volker Nimrich** aus dem Beirat des Vereins zur Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.) widmete sich den praktischen Erfahrungen in Hessen. **Rudi Nebe** (Leiter der Sozialtherapeutischen Anstalt, Kassel) stellte die stationäre Behandlung von Sexualstraftätern in der sozialtherapeutischen

überfällige Novellierung des PsychThG. Um auf den Stillstand seitens der Politik hinzuweisen, wurde diesmal in Form eines „Freeze Flashmob“ protestiert, bei dem alle TeilnehmerInnen für fünf Minuten in ihrer Position verharren, ohne sich zu bewegen. Der Vorstand der hessischen Psycho-

Anstalt vor, dabei betonte er die Interdisziplinarität und Evidenzbasierung dieses Behandlungskonzepts. In das Sicherheitsmanagement in der hessischen Bewährungshilfe führte **Andreas Nixdorff** ein, Leiter des Sicherheitsmanagements der Bewährungshilfe in Darmstadt. Diese Arbeit beinhaltet u. a. fragebogengestützte Risikoeinschätzung (STATIC-99, Acute 2007), wöchentliche Fallkonferenzen und Arbeit am sogenannten „Tatkreis“, was eine gute Abstimmung und Kooperation zwischen den involvierten Profis erfordere. **Oliver Kliesch**, Psychologischer Psychotherapeut aus Wiesbaden, langjährig erfahren in der stationären und ambulanten Psychotherapie von Sexualstraftätern, stellte anschaulich und fachlich profund zwei Kasuistiken aus seiner ambulanten Praxis in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Abschließend richtete er das Augenmerk auf Mythen und Vorurteile bezüglich Sexualität und Sexualstraftätern und ermutigte die anwesenden PsychotherapeutInnen, sich diesem Patientenkollektiv der Sexualstraftäter zu nähern.

Die gut besuchte, erfolgreiche und fachlich auf hohem Niveau angesiedelte Veranstaltung war als Auftakt konzipiert für eine weitere Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern, um die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Sexualstraftätern in Hessen weiter auszubauen. In ihren Schlussworten wies **Kornelia Kamla**, Geschäftsführerin des Vereins zur Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V., darauf nochmals ausdrücklich hin.

Die Präsentationen, Einführungs- und Grußworte können auf der Internetseite der LPPKJP Hessen ([www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)) abgerufen werden.

*Yvonne Winter (Mitglied des Vorstands),  
Dr. Matthias Ochs (wiss. Referent)*

therapeutenkammer unterstützte auch dieses Jahr die Demonstration in Person ihres Präsidenten.

*frozen president*





## Round-Table-Gespräch des Vorstands

In einem Round-Table-Gespräch diskutierte der Kammervorstand am 9. Oktober 2013 mit Mitgliedern des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“, der KJP-Arbeitsgruppe und mit zwei PiA-LandessprecherInnen die aktuelle Vergütungssituation für Psychologische PsychotherapeutInnen (PP), Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) und PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) bei Vitos. Dabei wurde die angekündigte Höhergruppierung der PP von der Vergütungsgruppe E13 in die Vergütungsgruppe E14 als Veränderung in die „richtige Richtung“ gewertet. Gleichwohl

wird die Kammer weiterhin an ihrer Forderung einer Vergütung entsprechend der Vergütungsgruppe E15 (Facharztniveau) festhalten. Konsens in der Runde bestand auch darüber, dass es eine gleiche Vergütung von approbierten PP und KJP geben müsse, unabhängig vom Grundberuf.

Die PiA-SprecherInnen berichteten über große Unzufriedenheit der KollegInnen in Ausbildung mit den neu von Vitos eingeführten Vertragsbedingungen. Die Verlängerung der Praktischen Tätigkeit wurde als deutliche Verschlechterung der Ausbil-

dingsbedingungen gewertet. Diese Verschlechterung werde auch nicht durch das Angebot eines tarifvertraglich gebundenen Psychologen-Vertrags mit definiertem Stundenkontingent ausgeglichen. Auch wenn es kritische Stimmen gab, werteten die Beteiligten den Austausch des Vorstands mit der Vitos-Geschäftsführung insgesamt positiv und begrüßten insbesondere auch die unmittelbare Diskussion zwischen Vorstand, PTI-Ausschuss, KJP-AG und PiA-LandessprecherInnen.

*Karl-Wilhelm Höffler  
(Mitglied des Vorstands)*

## „Entwicklung eines Berufsbildes und daraus abgeleiteter Kompetenzziele am Beispiel der Medizin“

### Vorveranstaltung DV, 1. November 2013

Im Zusammenhang mit der aktuellen Diskussion zum Thema Berufsbild des zukünftigen Psychotherapeuten fand im Rahmen der Herbst-DV eine mitgliederöffentliche Vorveranstaltung statt. Es sollte die Frage beleuchtet werden, wie der Prozess der Konsentierung zum Berufsbild des Arztes verlaufen ist und was wir voneinander lernen können. Innerhalb der Medizin wurde in den vergangenen Jahren eine intensive und breite Diskussion geführt, die durch eine immer stärker werdende Kritik an der Mediziner Ausbildung („Medizinabsolventen wissen alles und können nichts“) ausgelöst worden war. Dieser Prozess, an dem 21 Arbeitsgruppen Entwürfe für Inhalte und Lernziele der verschiedenen Kompetenzfelder und Teilbereiche erarbeiteten, führte zu der Entwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs für Medizin (NKLM). Nach vier Jahren ist der Prozess fast abgeschlossen. Ein entsprechender Katalog liegt mittlerweile auch für die Zahnmedizin vor (NKLMZM).

Als Referenten lud die Kammer **Prof. Dr. Eckhart Hahn** ein, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, ehem. Ordinarius für Innere Medizin I in Erlangen, seit 2009 Dekan der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke und Vorsitzender der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA).

Hahn stellte in seinem sehr interessanten Vortrag dar, dass der Konsensprozess unter strukturierter Einbeziehung aller Beteiligten, inklusive Studierendenvertreter und Patientenvertreter verlief.

Zu Beginn der Arbeit stand die Definition eines Berufsbildes, bei der man sich sehr stark an den internationalen Arbeiten zur Professionalisierung der Mediziner Ausbildung orientierte, die vor allem in Kanada, der Schweiz und den Niederlanden geleistet worden sind (CanMEDS, 2005). Darin lässt sich das Berufsbild des Arztes in sieben verschiedene Rollen untergliedern: Medizinischer Experte, Kommunikator, Interprofessioneller Arbeiter, Manager, Gesundheitsberater, Gelehrter (Wissenschaftler und Lehrender) und Professionell Handelnder. Diese Arztrollen bilden alle beruflichen Felder eines Arztes ab und gelten international als gut belegt. In einem zweiten Schritt wurden Kompetenzen definiert, die für jede dieser Rollen nötig sind, um der jeweiligen Rolle/Aufgabe gerecht zu werden. Dabei wurde der Kompetenzbe-



*Prof. Dr. Eckhart Hahn erläutert die Berufsbildentwicklung bei den Ärzten.*

griff als Fähigkeit, in einem bestimmten Kontext verantwortlich und angemessen zu handeln und dabei komplexes Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen zu integrieren, definiert. Kompetenzen und Kompetenzerwerb lassen sich in verschiedene Ebenen untergliedern, angefangen von reinem „Wissen“ bis hin zu „selbstständig anwenden können“. Im Einzelnen sind es die folgenden vier Ebenen: 1. „weiß, was ist“, 2. „weiß wie“, 3. „zeigt wie“, 4. „tut“, gemäß der Millerschen Pyramide Klinischer Kompetenzen (Miller, 1990). Ausgehend von diesen beiden Prämissen (Arztrollen und Kompetenzebenen) wurden für jede der sieben Rollen die erforderlichen Kompetenzen und ihre daraus abgeleiteten Ziele definiert. Es wurde auch festgelegt, wel-

ches Kompetenzziel in welchem Abschnitt (Studium oder Weiterbildung) erreicht werden soll. Jedes Ziel musste so beschrieben werden, dass es geprüft werden kann. Sehr viel Mühe wurde darauf verwandt, Prüfungsmethoden zu entwickeln, die den komplexen Fertigkeitenzielen auf jeder der vier benannten Ebenen gerecht werden

(z. B. 360-Grad-Prüfungen, die Beobachtungen und Bewertungen von komplexem Verhalten erlauben).

In der abschließenden lebhaften und spannenden Diskussion ging Prof. Hahn detailliert auf Fragen ein, wie einzelne Aspekte in das Modell integriert werden können, die für die

Profession als besonders wichtig erachtet werden, z. B. die therapeutische Haltung.

Die Folien zum Vortrag befinden sich auf [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de).

*Dr. Heike Winter  
(Vizepräsidentin)*

## Bericht von der 6. Delegiertenversammlung der III. Wahlperiode

Am 1./2. November 2013 tagte die Delegiertenversammlung der Kammer, geprägt von Abschiedsstimmung. Verabschiedet wurden der wissenschaftliche Referent Herr Dr. Matthias Ochs, der auf eine Professur an der Hochschule Fulda berufen wurde, und die stellvertretende Geschäftsführerin und kaufmännische Leiterin der Geschäftsstelle Frau Kerstin Geis. Sie wurde in den Hessischen Landtag gewählt und wird der Kammer ab Jahresende nicht mehr zur Verfügung stehen.

Es gab zudem einen Wechsel im Vorstand: Frau Dipl.-Psych. Susanne Walz-Pawlita legte nach ihrer Wahl zur Bundesvorsitzenden der DGPT ihr Vorstandsamt nieder. Sie sah sich zeitlich nicht mehr in der Lage, mit vollem Engagement für die hessische Psychotherapeutenchaft tätig zu sein. Sie bleibt Delegierte der Kammer. Als Nachfolgerin wurde Frau Dipl.-Psych. Birgit Pechmann gewählt. Sie ist Psychologische Psychotherapeutin (PP), seit 2010 niedergelassen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in Wiesbaden und gehört der

Delegiertenversammlung seit September 2011 an.

Präsident Alfred Krieger dankte Frau Walz-Pawlita, Frau Geis und Herrn Dr. Ochs für ihren engagierten Einsatz.

Bei Nachwahlen zum Ausschuss AFW (wegen des Wechsels von Frau Pechmann in den Vorstand und des Verzichts von Frau Marion Schwarz) bestätigte die Delegiertenversammlung Frau Christa Leienecker und Herrn Stuart Massey Skatulla.

Einstimmig bei fünf Enthaltungen wurde der Kammerhaushalt für das Jahr 2014 verabschiedet. Darüber hinaus änderte die Delegiertenversammlung punktuell die Fortbildungsordnung, die Kostenordnung und die Aufwandsentschädigungsordnung.

In Vorbereitung des Deutschen Psychotherapeutentages diskutierten die Delegierten, wie Regelungen des Patientenrechtgesetzes in der Musterberufsordnung umgesetzt werden sollen. Deutlich wurde die

Zielsetzung, die Rechte der BehandlerInnen so zu wahren, dass zumindest der Kernbereich des Persönlichkeitsrechts geschützt bleibt. Erörtert wurde auch das Thema Kostenerstattung und die Situation der in der Kostenerstattung tätigen Mitglieder in Hessen. Der Vorstand bekundete seinen Willen zur Unterstützung; zentrale politische Zielsetzung sei aber die dringend erforderliche Ausweitung des regulären Versorgungsangebotes über zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten im Rahmen der KV und nicht der Ausbau eines Notbehelfes.

In einer Resolution zur Honorarsituation forderte die Delegiertenversammlung vom Bewertungsausschuss und seinen Trägerorganisationen eine rückwirkende Anpassung der Honorare und eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Erhöhung für 2014. In einer weiteren Resolution über die „Prävention als Aufgabe der Psychotherapie“ formulierte die DV ihre Sicht des Stellenwertes von Prävention und das Erfordernis einer präventiv orientierten Gesundheitspolitik.

## „Geht die Psychotherapie ins Netz?“



*Prof. Dr. Thomas Berger erklärt die Strukturen und den Stand der Evidenz von Internethilfen bei psychischen Problemen.*

Am 9. November 2013 fand die mit ca. 170 TeilnehmerInnen sehr gut besuchte Fachveranstaltung „Geht die Psychotherapie ins Netz?“ an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main statt. Wie sich bereits im Titel ankündigt, war das Ziel der Veranstaltung einerseits zu beleuch-

ten, wie die neuen online-basierten Angebote zu Beratung und Intervention tatsächlich aussehen und andererseits kritisch zu hinterfragen, welche Grenzen und Risiken mit diesen Angebotsformen einhergehen.

**Alfred Krieger**, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, eröffnete die Veranstaltung und stellte den Verlauf der Diskussion zu online-basierten Angeboten innerhalb der hessischen Kammer dar. Anschließend gab **Prof. Dr. Thomas Berger**, Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie der Universität Bern, einen interessanten Überblick über die Ent-

wicklung und Wirksamkeit internetbasierter Selbsthilfeangebote. Unter dem Begriff „internetbasierte Angebote“ sammeln sich verschiedene Applikationsformen, angefangen bei E-Mail- oder Chat-Beratung, Foren bis hin zu ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen. In den letzten Jahren hat die Zahl an wissenschaftlichen Studien erheblich zugenommen (Thomas Berger zählte ca. 100 hochwertige Studien). Es zeigte sich, dass insbesondere die therapeutisch geleiteten Programme sehr hohe Effektstärken erreichten. Im Einzelnen stellte Berger dann den Aufbau des Berner Angstprogramms dar, das sich aus den Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie zusammensetzt, mit individualisierten Rückmeldungen und wöchentlichen Mail-Kontakten. Die Diagnostik erfolgte über ein telefonisches SKID-Interview und die gängigen Fragebögen. Der Datenschutz wurde über ein postalisches Anmeldeverfahren und anschließender Verwendung von Nicknamen im Netz gewährleistet. Zum Abschluss resümierte Berger offene Forschungsfragen bezüglich Prädiktoren und Wirkmechanismen, zur differenziellen Indikation, zur Anwendung in Kombination mit traditionellen „face-to-face“-Therapien (*blended treatment*) sowie im Kontext von „stepped-care“-Ansätzen.

**Dr. Björn Meyer**, Forschungsleiter der GAIA AG Hamburg, stellte in seinem Vortrag das Onlineprogramm „deprexis“ sowie dessen in drei Studien erforschte Wirksamkeit dar. Deprexis wurde sowohl als reines ungeleitetes Selbsthilfeprogramm als auch als therapeutengeleitetes Selbsthilfeprogramm mit standardisierter Diagnostik und Erhe-

bung von Risikofaktoren wie Suizidalität eingesetzt. Es zeigte sich, dass die therapeutengeleitete Version bessere Effekte erzielt, die in einem sehr hohen Bereich lagen.

**Frau Dipl.-Psych. Barbara Evangelou**, Leiterin des Fachdienstes „Familienberatung“ im Evangelischen Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein in Frankfurt und Mitarbeiterin und Mentorin der Virtuellen Beratungsstelle der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), zeigte praxisnah, wie das Onlineberatungsportal der bke-Jugendberatung und bke-Elternberatung funktioniert. Der Kontakt der Beraterinnen und Klienten verläuft wahlweise per Chat (Einzel- oder Gruppenchat), E-Mail oder im beaufsichtigtem Forum. Dem Datenschutz wird dahingehend Rechnung getragen, als alle Nachrichten SSL-verschlüsselt und nur innerhalb des Programmes ausgetauscht werden. Anhand von E-Mail-Ausschnitten und der Darstellung einer Fallvignette zeigte die Referentin, wie offen die Klienten über ihre Probleme und Nöte schreiben und dass über dieses Beratungsangebot tatsächlich eine Art von Beziehung aufgebaut werden konnte. Frau Evangelou erläuterte, dass das Onlineberatungsangebot vor allem auch von denjenigen benutzt wird, die ansonsten aufgrund von Hemmschwellen gar keine Beratung aufsuchen würden und die im Anschluss dann eine reguläre Behandlungsmaßnahme aufnehmen.

**Prof. Dr. Ulrich Müller**, Hochschule Hannover, Mitglied des Vorstands der LPPKJP Hessen, wies in seinem Vortrag auf die berufs-, sozial- und haftungsrechtlichen Probleme

der online-basierten Angebote hin. Er verwies auf die Musterberufsordnung und die Hessische Berufsordnung, die die Applizierung von Psychotherapie außerhalb des persönlichen Kontaktes explizit ausschließen. Auch sozialrechtliche Aspekte (Online-selbsthilfe ist nicht abrechenbar) und haftungsrechtliche Aspekte seien zwingend zu beachten. Ein Psychotherapeut, der seinem Patienten die Nutzung eines solchen Programms empfiehlt, hafte für etwaige negative Folgen, die bei dem Patienten auftreten könnten. In seinem Vortrag verwies er zudem auf die Entwicklung der Psychotherapie, die u. a. aus der Erfahrung der Grenztheit der somatischen Medizin als sprechende Medizin hervorgegangen sei. Die Bedeutsamkeit des persönlichen Kontaktes für die Psychotherapie lasse sich etwa in diesem Kontext verstehen. Zudem wies er auf den Umstand hin, dass die Psychotherapie noch über keine elaborierte Theorie zur mediengestützten Kommunikation verfüge – anders als die zur Verfügung stehenden theoretischen Konzepte zum persönlichen psychotherapeutischen Kontakt. Aus dieser Gemengelage ergab sich für Müller eine eher skeptische Haltung gegenüber einer Psychotherapie per Internet.

**Dipl.-Psych. Jürgen Hardt**, Psychoanalytiker und Gründungspräsident der LPPKJP Hessen, baute seinen kulturwissenschaftlich geprägten Vortrag, für den er viel Applaus bekam, auf der konzeptuellen Unterscheidung zwischen Beratung des „Man“ (im Sinne von Martin Heidegger) und einer Psychotherapie des Selbst auf. Bei der Beratung des „Man“ werden dem Subjekt allgemeinverständliche Empfehlungen angeboten, was man typi-



Podiumsdiskussion mit (v. l.) Dr. Björn Meyer, Barbara Evangelou, Prof. Dr. Thomas Berger, Jürgen Hardt, Dr. Renate Frank, Prof. Dr. Ulrich Müller, Jörg Wollstadt.



Frau Dipl.-Psych. Barbara Evangelou stellt praxisnah das Konzept der Onlineberatung der BKE vor.



scherweise macht und sich im Durchschnitt bewährt hat, z. B. wenn man sich seelisch „down“ fühlt: an etwas Schönes Denken, Sport machen, Freunde treffen, Selbstwert aufbauen. Bei der Psychotherapie des Selbst gehe es hingegen darum, das Subjekt bei der individuellen Sinn- und Bedeutungssuche zu begleiten und zu sich zu führen, was in Zeiten mediatisierter Kultur mit der Auflösung von Identität oft nicht gefragt ist. Hardt formulierte: „Für jemanden, der von der Last des Selbstseins befreit ist, weil er sich jederzeit beliebig neu erschaffen kann, ist die Therapie des Man die Therapie der Wahl. ... Psychotherapie im Netz steht unter der Herrschaft des Man und das ist gut so, denn es ist die einzige Form, in der sie zu verantworten ist.“

In der abschließenden lebhaften Podiums- und Plenumsdiskussion, an der auf dem Podium neben den ReferentInnen auch **Dr. Renate Frank**, Vorsitzende des Ausschusses „Wissenschaft und Forschung“ der LPPKJP Hessen, sowie **Dipl.-Psych. Jörg Wollstadt**, stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Qualitätssicherung der LPPKJP Hessen, teilnahmen, ging es nochmals um haftungsrechtliche Fragen sowie um die Frage der Konzeptualisierung der psychotherapeutischen Beziehung per Onlinekommunikation. Auch wurde diskutiert, ob möglicherweise das Internet eines Tages die klassische „face-to-face“-Beziehung ersetze. Deutlich wurde hierbei, dass der Psychotherapeut in vivo/offline nicht ersetzbar ist und mögli-

cherweise in „*blended approaches*“ eine Zukunft internetgestützter Hilfsangebote zur Psychotherapie gesehen wird. Hierfür sind aber Qualitätskriterien für solche Angebote unabdingbar.

Die Präsentationen, Vortragsmanuskripte, Berichte und Bilder zur Veranstaltung können auf der Internetseite der LPPKJP Hessen ([www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)) abgerufen werden.

*Dr. Heike Winter (Vizepräsidentin),  
Prof. Dr. Ulrich Müller  
(Mitglied des Vorstands),  
Dr. Matthias Ochs (wiss. Referent)*

## Gedenken

Wir gedenken unserem verstorbenen Kollegen:

Heinz Reichert  
(Frankfurt am Main)

## Redaktion

Yvonne Winter und Dr. Matthias Ochs.

## Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611 / 53168-0  
Fax 0611 / 53168-29  
E-Mail: [post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)  
[www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

## Bekanntmachung

Am 2. November 2013 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Fortbildungsordnung (zuletzt geändert am 27. April 2013) beschlossen:

**Punkt 3** der Fortbildungsordnung wird wie folgt ergänzt:

„Auf Antrag verlängert sich der Fünfjahreszeitraum bei nachgewiesener Unterbrechung der

Berufstätigkeit (aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen einer länger als drei Monaten dauernden Erkrankung) entsprechend. Im Falle der Kassenzulassung muss die Unterbrechung durch ein Ruhen der Zulassung nachgewiesen werden.“

**Punkt 7** der Fortbildungsordnung erhält folgende neue Fassung:

„Für die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen wird von der Kammer bei Antragstellung eine Gebühr erhoben. Diese Gebühr wird

fällig unabhängig vom Ausgang der Prüfung. Wird ein gebührenpflichtiger Antrag nach Beginn der Bearbeitung zurückgenommen, wird eine Stornierungsgebühr erhoben. Nach Befassung der Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission mit dem Antrag oder der abschließenden Bearbeitung durch die Geschäftsstelle entsteht die volle Regelgebühr. Struktur und Höhe der Gebühren sind in der Kostenordnung der Kammer geregelt.“

Wiesbaden, den 11. November 2013  
gez. Alfred Krieger  
Präsident

## „Muss es wirklich gleich eine Revolution sein?“ – Themenschwerpunkt Direktausbildung – Kammerversammlung traf sich am 2. November 2013

### Am 2. November lud der Vorstand der PKN zur halbjährlichen Kammerversammlung in Hannover

Themenschwerpunkte lagen auf den aktuellen Entwicklungen zum Berufsbild und zur Reform der Ausbildung. Die Verabschiedung des Haushaltsentwurfs und die Planungen für 2014 ebenso wie ein notweniger Nachtragshaushalt für das Jahr 2013 fanden eine breite Zustimmung. Daneben wurde ausführlich über die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes in der Berufsordnung diskutiert, die auch die Bundesebene im November beschäftigen wird. Besondere Aufmerksamkeit erhielt auch der derzeit anlaufende AOK IV-Vertrag Burnout und Depression.



Frau Corman-Bergau

### Bericht des Vorstands

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat aktuell 3.347 approbierte Mitglieder (72% Psychologische Psychotherapeuten, 22% Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 5% mit doppelter Approbation). Hinzu kommen 631 Mit-

glieder im zweiten Teil ihrer Psychotherapeutenausbildung. „Die Zahl der Psychotherapeuten in Niedersachsen wächst seit Januar 2010 kontinuierlich – das ist ein erfreulicher Trend“, unterstrich die Präsidentin der PKN, Gertrud Corman-Bergau.

Im Bericht des Vorstands betonte die Präsidentin, dass 2014 die Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenkammer in den Fokus rücken soll. Sie stellte die Mitwirkung der Kammer an Gesundheitsaktivitäten auf regionaler Ebene in Niedersachsen vor. Für die Kommunikation zu den Kammermitgliedern sind im Jahr 2014 an verschiedenen Orten Niedersachsens Veranstaltungen zur Kammerarbeit vorgesehen, um den Mitgliedern einen vertieften Einblick zu ermöglichen. Im März wird ein parlamentarischer Abend mit Gästen aus Politik, Bündnispartnern und den Delegierten der Kammerversammlung stattfinden.

Der Vizepräsident, Dr. Josef Köning, berichtete von den Entwicklungen im Bereich der KVN/KBV. Das erste Ergebnis der mit der PKN abgestimmten KVN-Befragung der Kollegen, die ihren Kassensitz in geringem Umfang ausschöpfen, liegt vor. Obwohl die abschließende Auswertung noch ausstehe, zeichne sich bereits ab, dass viele Kollegen sich im Anschluss des persönlichen Gesprächs zur Abgabe eines halben Sitzes bereit erklärten, sodass mit der Ausschreibung weiterer Kassensitze in Niedersachsen gerechnet werden kann.

### AOK-Vertrag Depression und Burnout

In enger Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik ist es dem Vorstand der PKN in den Sommermonaten gelungen, auf die kritischen Aspekte des geplanten IV-Vertrags aufmerksam zu machen. Eine entsprechende Stellungnah-

me wurde veröffentlicht und sämtlichen Vertragspartnern zugänglich gemacht. Es ist auch als Erfolg der PKN zu werten, dass die Vertragsbedingungen nun noch einmal überarbeitet wurden. So ist z. B. die Stabilisierungspauschale entfallen. Positiv ist die deutlich bessere Vergütung der Probatorik und der ersten zehn Sitzungen. Die Probleme der Unterversorgung für Psychotherapie sind damit aber nicht gelöst.



Herr Gleiniger

### Ausbildungsreform

Als Gastreferent stellte Herr Rechtsanwalt Jörn Gleiniger drei verschiedene Modelle der Direktausbildung aus juristischer Perspektive vor. Bei der Entscheidung für eine Form der Direktausbildung sei aus seiner Sicht entscheidend, dass die aktuellen „Bachelor-Master-Diskrepanzen“ (als Voraussetzung für die verfahrensbezogene Ausbildung), die Frage nach der Vergütung der PiA in der praktischen Tätigkeit und die weiterhin beschränkten Befugnisse Psychologischer Psychotherapeuten trotz proklamierter Facharztäquivalenz gelöst werden. Dies sei vor allem im „dualen Modell“ gegeben, so Gleiniger.

In diesem Fall würden Studium und verfahrensbezogene Ausbildung nach Bundesrecht mit dem ersten bzw. zweiten

Staatsexamen abschließen. Erst nach dem zweiten Staatsexamen würden Approbation und Arztregistrierung erteilt werden können. Zusätzliche Weiterbildungen für Psychotherapeuten nach Landesrecht wären im „dualen Modell“ weiterhin möglich. Unter den Kammerversammlungsmitgliedern entspann sich in der Folge eine rege Diskussion um die offenen Fragen der Direktausbildung. Zudem wurde deutlich, dass es insbesondere bzgl. des derzeit nicht eindeutig geregelten Zugangs zur Psychotherapeutenausbildung (BA/MA, ausländische Studienabschlüsse) viele drängende offene Fragen gibt, die eine schnellstmögliche Klärung erfordern. Eine Rechtssicherheit für potenzielle Ausbildungskandidaten gebe es in diesem Punkt derzeit nicht. Aus diesem Grund votierte die Kammerversammlung dafür, dass der Vorstand eine Pressemeldung zur aktuellen Situation der Anerkennung für die Ausbildungen herausgeben solle. Die Prüfung von Äquivalenzen von Verlauf des Studiums und Masterabschlüssen soll möglichst einheitlich geregelt werden.



*Kammerversammlung*

### **Arbeit der Ausschüsse und Kommissionen**

Sämtliche derzeit aktive Ausschüsse und Kommissionen der PKN berichteten von ihren Tätigkeiten in den vergangenen sechs Monaten. Die Folgen des neuen Patientenrechtegesetzes, insbesondere das umfassende Recht der Patienten auf Einsichtnahme auch in alle persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten, wurden kritisch diskutiert. Sollen die gesetzlichen Regelungen gleichlautend in die Berufsordnung übernommen werden? Oder kann in begründeten Ausnahmefällen eine

Einschränkung der Einsichtnahme erfolgen, die mit dem Schutz des Persönlichkeitsrechts des Therapeuten begründet werden kann? Auf dem kommenden Deutschen Psychotherapeutentag werden hierzu weitere Diskussionen und Beschlüsse erwartet.

Die Sitzungsleitung der Kammerversammlung hatte Herr Dr. Josef Könnig, die Co-Leitung Herr Jörg Hermann.

Die nächste Kammerversammlung findet am 26.04.2014 statt.

## **Dunkelfeld Projekt in Hannover – ein Gespräch**

Die PKN ist Mitglied der Präventions-AG des Bündnisses White IT in Niedersachsen. Das Bündnis hat sich zur Aufgabe gemacht, Missbrauchsabbildungen/Kinderpornografie im Internet zu bekämpfen und Opfer zu schützen. Jedoch auch Menschen, die gefährdet sind, Täter zu werden oder bereits Täter geworden sind und dies nie mehr werden möchten, benötigen wirkungsvolle Konzepte der Prävention und Therapie. In Hannover gibt es seit 2012 an der Medizinischen Hochschule im Rahmen des Dunkelfeldprojektes eine Anlaufstelle und ein Psychotherapieprojekt für Menschen mit pädophilen Störungen. Mehr Informationen: [www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de)

Frau Corman-Bergau sprach mit Gründern und Mitarbeitern des Teams.

### **Wer ist die Zielgruppe des Projekts und wie kommt es zur Kontaktaufnahme?**

**Dipl.-biol. Köllner:** Unser Präventionsprojekt benötigt vor allem ein niedrigschwelliges Kontaktangebot. Menschen können



*Frau Köllner*

uns über das Internet anonym erreichen, dann erfolgt ein erstes persönliches Telefonat, in welchem geklärt wird, ob die Person in unser Projekt aufgenommen werden kann. Wir unterscheiden zwischen dem sogenannten Hellfeld, in dem sich Personen befinden, bei denen bereits ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wurde oder die eine Strafe noch nicht vollständig verbüßt haben. Diese nehmen wir in das Projekt

nicht auf. Für unser Projekt kommen nur Männer mit pädophilen Neigungen aus dem Dunkelfeld in Frage, die befürchten, dass sie straffällig werden können. Diese Männer haben bislang noch keinen sexuellen Übergriff begangen oder der Übergriff ist den Verfolgungsbehörden noch nicht bekannt geworden bzw. ein entsprechendes Verfahren ist in der Vergangenheit vollständig abgeschlossen worden. In den vergangenen Monaten ist die Anzahl der jungen Männer zwischen 20 und 25 Jahren gestiegen, die uns wegen ihrer Neigung anriefen und um Hilfe ersuchten, ansonsten reicht die Altersspanne bis 75 Jahre. Wir vergeben für jeden, der in die diagnostische Ambulanz kommt, eine Pin-Nummer, auch hier kann er anonym bleiben. Seit Mitte 2012 haben 540 Personen angerufen, davon sind 130 in die diagnostische Phase aufgenommen worden.

98 Personen riefen aus dem Umfeld an; diese waren Psychotherapeuten, Ärzte und Angehörige, die wir, soweit wir dies vermögen, in unserem Rahmen beraten.





Herr Professor Hartmann

### Wie kann sich das Projekt finanzieren? Bei Anonymität kann es ja zu keiner Behandlung durch die Krankenkasse kommen?

**Professor Uwe Hartmann:** Wir sind sehr froh, dass das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration eine dreijährige Förderphase zugesagt hat und dass wir auch Chancen haben, eine Anschlussförderung zu erwirken. Dadurch können wir eineinhalb psychotherapeutische Stellen, die wichtige Position der Leiterin des Projektbüros und eine wissenschaftliche Hilfskraft finanzieren, die Diagnostik und Psychotherapie in Gruppen für ein bis anderthalb Jahre durchführen können. Herr Prof. Krüger und ich arbeiten im Projekt im Zusammenhang mit unseren Lehr- und Forschungsaufgaben an der Hochschule im Bereich der Sexualmedizin. Die Gruppentherapie erstreckt sich auf ein bis anderthalb Jahre und die Patienten nehmen zum Teil weite Wege bis zu 400 km auf sich, um einmal wöchentlich hier zur Gruppentherapie zu kommen, das ist bewegend wahrzunehmen, wie hoch die Motivation ist. Wir gehen davon aus, dass Pädophilie, also eine auf Kinder ausgerichtete sexuelle Präferenz bei ca 1% der erwachsenen Männer vorkommt. Es geht in unserem Ansatz nicht darum, diese Neigung zu verändern, sondern dass die Betroffenen lernen, diese zu kontrollieren und nicht ausleben. Nicht die Neigung ist strafbar,

sondern nur die daraus resultierenden Taten.

### Was passiert nach dem ersten Anruf?

**Dipl.-Psych. Mandy Körner:** Wenn geklärt ist, dass der Patient der Dunkelfeldgruppe angehört, wird er zu einem längeren diagnostischen Gespräch eingeladen, in welchem individuell sehr genau geklärt wird, wie die sexuelle Präferenzstruktur zu verstehen ist, ob er bereits Straftaten begangen hat und ob und welche komorbiden Störungen vorliegen, die möglicherweise parallel oder zuerst behandelt werden müssen. Als wichtigstes Diagnostikum der Präferenzstruktur hat der Bereich der sexuellen Phantasie höchste Priorität. Dabei unterscheide ich mit dem Patienten zum einen die Bevorzugung des Körperschematyps in Vorpubertär, Pubertär oder Erwachsenen. Zugeordnet werden diesen Bevorzugungen bei kindlichem Schema die Pädophilie, Hebephilie, wenn pubertäre Schemata bevorzugt werden, oder Teleiophilie, wenn das erwachsene Körperschema bevorzugt wird. Es gibt auch Mischformen der Präferenz. Dazu werden auch die bevorzugten Interaktionsmuster erfasst, in welcher Art wird der Kontakt phantasiert, herrschen beispielsweise Muster sadistischer oder masochistischer Art und wie verläuft die Kurve der sexuellen Befriedigungsmuster? Die Männer wissen, es geht um ihre sexuellen Bevorzugungen, und ich erlebe nicht, dass ich als Frau hier in meiner Professionalität weniger ernst genommen werde. Nach der diagnostischen Phase erfolgt eine Gruppe mit Psychoedukation, in der auch medikamentöse Interventionen als stützende Maßnahmen erläutert und erwogen werden. Erst danach beginnt die eigentliche Gruppenbehandlung. Diese erfolgt getrennt zwischen Männern, die noch nie ihre pädophilen Neigungen ausgelebt haben, und solchen, die bereits sexuelle Übergriffe verübt haben. Zurzeit haben wir zwei Therapiegruppen mit jeweils acht bis zehn Teilnehmern. Wir arbeiten nach dem Konzept der Berliner Dissexualitätstherapie zur Prävention sexueller Übergriffe, achten aber auch darauf, dass individuelle Besonderheiten berücksichtigt werden.

### Ist aus Ihrer Sicht durch die Ausweitung der medialen Welt und des Internets die Gefahr pädophiler Übergriffe gewachsen?

**Hartmann:** Darüber können wir keine Aussage treffen. Sicher sind jedoch die Art der Annäherung durch leichtfertig eingestellte Fotos im Internet („Sexting“) oder über das sogenannte „Grooming“, die Annäherung an Kinder im Internet unter Vorspiegelung falscher Tatsachen, eine Problematik, die durch das Netz erst entstanden sind. Hier sind die Präventionsmaßnahmen und Aufklärung auch gefragt. Sicher ist, dass wir in der Arbeit mit den Betroffenen sehr klar solche Aktivitäten als Missbrauch sehen und auch so behandeln.

### Was möchten Sie den praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Ihrer Erfahrung mit auf den Weg geben, wenn sie in ihrer Arbeit auf Menschen treffen, die Probleme mit sexuellen Präferenzen haben?

Jede/r Psychotherapeut/Psychotherapeutin kann sich über Fortbildungen gezielt mit der Problematik sexueller Störungen und Sexualtherapie auseinandersetzen. Ich hoffe, dass dies noch mehr getan wird als bisher. Der Sexualität wird in Behandlungen oft wenig Beachtung geschenkt, und wenn Störungen in diesem Bereich auftreten, wird zu schnell weiterverwiesen. Beim Thema Pädophilie wird anders als bei anderen gravierenden Störungen häufig sofort ein „Fachmann“ gesucht und die Behandlung unterbrochen oder abgelehnt. Ich würde mir wünschen, dass dies anders wird, dass sexuelle Störungen im Rahmen regulärer Psychotherapien behandelt werden.



Frau Körner

### Welche Erfahrungen möchten Sie an dieser Stelle mitteilen? Wie hat die Arbeit Sie geprägt oder Ihr Umfeld verändert?

**Körner:** Menschen in meinem persönlichen Umfeld haben mitunter irritiert oder erstaunt reagiert, wenn ich erzählt habe, dass ich mit pädophilen Menschen arbeite, als wäre dies sehr exotisch. Ich selbst erlebe die Arbeit intensiv und bin berührt von dem schweren Schicksal dieser Patienten, die unter einer chronischen Problematik leiden, die sie zeitlebens begleiten wird und bei der sie sorgfältig mit sich und ihrem Umfeld umgehen müssen. Ein lebenslanger Verzicht auf befriedigend empfundene Sexualität kann oft notwendig

sein, oft auch die Einwilligung in Medikation, um Impulskontrolle zu erleben. Ich erlebe zunehmend Respekt für die Patienten.

Auch wenn wir Fortbildungen anbieten, erlebe ich überraschende Reaktionen. Nach einem unserer Vorträge, sagte eine Teilnehmerin zu mir: Früher kannte ich die Angst davor, dass mein Kind Opfer eines sexuellen Übergriffs werden könnte, doch jetzt stelle ich es mir auch furchtbar vor, wenn mein Kind eine pädophile Neigung hätte, auch das ist ja ein Schicksal, was mich oder mein Kind treffen kann.

**Vielen Dank für das interessante Gespräch.**

### 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

## Bekanntmachung gemäß § 26 Abs. 1 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe

### 1. Feststellung des Haushaltsplanes 2014 und des Nachtragshaushaltes 2013 der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat auf ihrer Sitzung am 02.11.2013 den Haushaltsplan 2014 sowie den Nachtragshaushalt 2013 in der vorliegenden Fassung verabschiedet.

### 2. Änderung der Beitragsordnung

Die Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 05.12.2001, zuletzt geändert am 06.04.2013 wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 02.11.2013 wie folgt geändert:

#### Artikel 1

Die Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 05.12.2001, zuletzt geändert am 06.04.2013, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:  
Die Angabe „31. März“ wird durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
2. § 5 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
  - a. Hinter § 5 Abs. 1 Satz 1 wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:  
„In den Fällen, in denen der Beitrag nach dem 01.04. des Beitragsjahres festgesetzt oder geändert wird, wird der Beitrag am 15. des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Beitrag durch die Kammer festgesetzt oder geändert worden ist, fällig.“
  - b. Der bisherige Satz 2, 3, 4 und 5 wird jeweils zu Satz 3, 4, 5 und 6.
3. § 5 Abs. 2 wird wie folgt geändert:  
„Kammermitgliedern, die der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug des Kammerbeitrages erteilt haben, erhalten einen Bonus in Höhe von € 10,00 je Beitragsjahr. Der Bonus entfällt, wenn Kammermitglieder nach erfolgter Einlösung ohne hinreichenden Grund bei der Bank die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.“

#### Artikel 2

Die Satzungsänderung tritt am 01.12.2013 in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 04. November 2013  
Gertrud Corman-Bergau, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

### 3. Änderung der Berufsordnung

Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 30.11.2002, zuletzt geändert am 21.04.2012, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 02.11.2013 wie folgt geändert:

#### Artikel 1

Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 30.11.2002, zuletzt geändert am 21.04.2012, wird wie folgt geändert

1. In § 24 Abs. 5 Satz 2 wird die Angabe „die Erkrankung“ durch die Angabe „den Verhinderungsfall“ ersetzt.
2. § 24 Abs. 5 Satz 3, 2. Halbsatz wird wie folgt gefasst:  
„hat der Psychotherapeut zusätzlich einen Psychotherapeuten oder Arzt als approbierten Ansprechpartner zu benennen,“
3. In § 24 Abs. 5 Satz 4 wird die Angabe „der Ansprechpartner“ durch die Angabe „des Ansprechpartners“ ersetzt.

#### Artikel 2

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 04. November 2013  
Gertrud Corman-Bergau, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Psychiatrie im Wandel – Veranstaltung der PTK NRW in Dortmund

Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser stehen in den nächsten Jahren vor erheblichen Herausforderungen. Dazu gehören eine bessere sektorübergreifende Versorgung von psychisch kranken Menschen und die Einführung eines neuen Finanzierungssystems, das „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ realisieren will. „Psychiatrie im Wandel“ war deshalb das Thema einer Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer NRW mit knapp 100 Teilnehmern am 4. September 2013 in Dortmund.

Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, wies in ihrem Grußwort darauf hin, dass die nordrhein-westfälische Landesregierung gerade einen neuen Krankenhausrahmenplan beschlossen habe, der einen erheblichen Abbau von Betten in somatischen Krankenhäusern, aber einen Zuwachs in Psychiatrie und Psychosomatik vorsehe. Die Kammer habe zu den Planungen des NRW-Gesundheitsministeriums im März ausführlich Stellung genommen und stärkere Berücksichtigung der Psychotherapie



Monika Konitzer,  
Psychotherapeutenkammer NRW

und der im Krankenhaus tätigen Psychotherapeuten gefordert. Präsidentin Konitzer hob hervor, dass 2011 in NRW über 1.000 Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken tätig waren. Damit spielten die Psychotherapeuten dort trotz erheblicher systembedingter Hürden inzwischen eine fast gleichbedeutende Versorgungsrolle wie die dort tätigen 1.300 Ärzte. Um die Aufgaben der Krankenhäuser in der Versorgung psychisch kranker Menschen zu diskutieren, habe die Kammer zu dieser Veranstaltung eingeladen.

Einführend stellte Wolfgang Heiler, Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe an der Psychiatrischen Institutsambulanz Marsberg des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen aus der Sicht des LWL als eines Krankenhausträgers dar. Der Anstieg der diagnostizierten psychischen Erkrankungen führe zu einem höheren „Patientenaufkommen“ in der stationären Behandlung. Die Patienten erwarteten dort quantitativ und qualitativ mehr Psychotherapie als bisher. Die Zeit, die ein Patient je Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus sei, habe sich von durchschnittlich 65 Tagen 1991 auf 23 Tage 2008 verringert. Dies habe zu einer Verringerung der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern geführt. Trotz einer positiven Entwicklung in der ambulant komplementären Versorgung sei aber die Wiederaufnahmerate in den Kliniken deutlich angestiegen. Chronisch und langfristig kranke Menschen bräuchten kontinuierliche, koordinierte und sektorenübergreifende Hilfen.

In Zukunft drohe auch in psychiatrischen Krankenhäusern ein Ärztemangel, so Heiler.



Wolfgang Heiler,  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

ler. Ferner werde von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie wenig Psychotherapie angeboten bzw. geleistet (andere Tätigkeitsschwerpunkte/Leitungsfunktionen). Dies führe zwar zu einer steigenden Bedeutung psychotherapeutischer Kompetenzen in den Kliniken, aufgrund fehlender Aufstiegschancen und Nischendasein gebe es allerdings eine große Unzufriedenheit bei den Psychologen in psychiatrischen Krankenhäusern. Der LWL beabsichtige deshalb:

- Verbesserung der Kooperation der therapeutischen Berufsgruppen (einschließlich Einbindung der Krankenpflege als Co-Therapeuten),
- Ausdifferenzierung der Kompetenz- und Verantwortungsbereiche für Psychologen,
- tarifliche Eingruppierung entsprechend der Qualifikation und Verantwortung/Leitungsfunktion,
- Erhöhung der Konkurrenzfähigkeit und Attraktivität des LWL als Arbeitgeber (für



alle Berufsgruppen, insbesondere für Ärzte und Psychologen).

Mittelfristig sei eine Angleichung der Kompetenzbereiche und Hierarchiestufen von Ärzten und Psychologen auf der Grundlage der Tarifverträge (TVöD und TV-Ärzte) geplant. Dazu gehöre die Einführung eines 3-Stufenmodells mit differenzierter Aufgaben- und Kompetenzzuweisung für „psychotherapie-dominante“ Handlungsfelder/Stationen im psychiatrischen Krankenhaus. Die Position des Chefarztes/Ärztlichen Direktors bleibe dabei aber noch Ärzten vorbehalten. Hermann Schürmann, Vizepräsident der PTK NRW, stellte klar, dass nach § 31 Abs. 2 Krankenhausgestaltungsgesetz in NRW schon jetzt eine Abteilungsleitung („neben einem Arzt“) für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich sei.

Dr. Tina Wessels, wissenschaftliche Referentin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), erläuterte das neue Finanzsystem, das in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken gerade eingeführt wird. Nach Krankenhausgesetz KHG § 17d ist in Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen ein Vergütungssystem mit tagesbezogenen Pauschalen vorgesehen, das kurz PEPP genannt werde („Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“). Dafür ermittle, so

Wessels, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), wie groß der Aufwand sei, den die Krankenhäuser je Patient und Diagnose haben. Dabei würden alle Krankenhauskosten berücksichtigt, also die Kosten für die unmittelbaren Behandlungsleistungen, die stationären Betreuungskosten („Grundrauschen“) und die Kosten für die Infrastruktur. Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) diene dabei dazu, Leistungen zu erfassen, die über ein Mindestmaß in der jeweiligen Behandlungsart hinausgingen. Dadurch ließen sich Patientengruppen erkennen, die besonders aufwendige Leistungen benötigten. Diesen Gruppen könnten dann höhere Entgelte zugeordnet werden. Alle „affektiven, neurotischen, Belastungs-, somatoformen oder Schlafstörungen“ bildeten derzeit eine „Basis-PEPP“. Je nach Schweregrad (Alter, Nebendiagnosen) wird dieser Basis-PEPP mit einem Faktor („Bewertungsrelation“) multipliziert, sodass die Krankenhäuser für Patienten mit besonders aufwendigen Behandlungen höhere Tagespauschalen erhalten.

Die Hauptkritikpunkte am neuen PEPP, so Wessels, seien insbesondere, dass einzelne Leistungen bisher kaum eine Rolle für die Eingruppierung der Patienten spielten und dass die Höhe der Tagespauschalen mit der Länge des Krankenhausaufenthaltes in der Psychiatrie abnehme. Diese degressive Vergütung sei jedoch das Ergebnis der realen Kostenverläufe in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, die sich bereits am neuen PEPP-Entgeltsystem beteiligen („Kalkulationshäuser“). Im PEPP 2014 gebe es voraussichtlich eine stärkere Differenzierung innerhalb der Basis-PEPP. So werde es eine Sucht-PEPP geben, nach hoher Therapieintensität differenziert, und die degressiven Entgelte würden auch in der Psychosomatik eingeführt.

Vizepräsident Hermann Schürmann stellte danach die ersten Ergebnisse für NRW der im Februar/März 2013 bundesweit durchgeführten Onlinebefragung von angestellten Mitgliedern der Psychotherapeutenkammern durch die BPTK vor. Es wurden unter anderem Informationen zur beruflichen Position, zur Rolle in der Organisation und zu den Arbeitsaufgaben erhoben.

Nach den ersten Ergebnissen haben sich von den rund 3.500 angeschriebenen Angestellten knapp 1.000 beteiligt, was einer Rücklaufquote von fast 30 Prozent entspricht. Von diesen knapp 1.000 Antwortenden sind 70 Prozent als PP, 25 Prozent als KJP und 5 Prozent doppelt approbiert. 30 Prozent (n=272) üben zusätzlich zur Anstellung eine selbstständige Tätigkeit, meist eine ambulante psychotherapeutische Tätigkeit (n=160), aus. Auch die Kombination von angestellter und vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit kommt regelmäßig vor (n=43). Häufigster Arbeitsplatz der angestellten Kolleginnen und Kollegen ist das Krankenhaus (40 Prozent), gefolgt von einer Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeitsfelder in der Jugendhilfe, Rehabilitation, Beratungsstellen und Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).

50 Prozent gehen ihrer angestellten Tätigkeit in Vollzeit (> 35 Std.) nach. Bei den Männern sind ca. 70 Prozent vollzeitbeschäftigt, bei den Frauen 40 Prozent. Trotz Approbation ist die Mehrheit der angestellten Psychotherapeuten (56,6 Prozent) in ihrem Grundberuf, meist als Diplom-Psychologe/in eingestellt, bei nur jedem Dritten (29,1 Prozent) steht die Approbation als PP oder KJP auch im Arbeitsvertrag. Bei den PP in Vollzeit-Anstellung erzielen rund 50 Prozent und bei den KJP bei voller Ar-



**Dr. Tina Wessels,**  
Bundespsychotherapeutenkammer



**Hermann Schürmann,**  
Psychotherapeutenkammer NRW

beitszeit knapp 15 Prozent ein Einkommen von mehr als 60.000 EUR. Über 80 Prozent der Kolleginnen und Kollegen stimmen „voll“ oder „eher“ der Aussage zu: „Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden.“

In der abschließenden Diskussion wurde einerseits betont, dass das neue PEPP-System eine große Chance sei, die Vergütung am tatsächlichen Behandlungsaufwand zu orientieren. Die derzeitige Vergütung (von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedliche, tagesgleiche Pflegesätze) orientiere sich nicht am Behandlungsaufwand oder am Bedarf des Patienten. Es komme so zu Fehlanreizen, Hemmnissen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und bei der personellen Ausstattung von Abteilungen. Der wachsende Ärztemangel in Psychiatrie und Psychosomatik böte die Möglichkeit für PP und KJP, ihr Aufgabenspektrum zu erweitern und mehr Verantwortung zu übernehmen.

Andererseits wurde die Sorge geäußert, ob es richtig sei, die bisherige Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) abzuschaffen. Die Gewerkschaft ver.di habe sich jetzt sehr spät dagegen ausgesprochen. Vize-



PTK NRW-Veranstaltung Psychiatrie im Wandel

präsident Hermann Schürmann warnte jedoch vor einer „Idealisierung der Psych-PV“. Die Psych-PV sei eine Kalkulationsgrundlage für Pflegesätze aus dem Jahr 1990 und nicht mehr zeitgerecht. Zudem kämen dort die Berufsgruppen Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gar nicht vor. Wichtig sei es, eine patienten- und be-

darfgerechte Versorgung für psychisch kranke Menschen zu schaffen, in der die Psychotherapie den Stellenwert bekomme, den sie bereits in Leitlinien habe. Qualität müsse sich zukünftig auch für psychiatrische und psychosomatische Kliniken auszahlen und für eine qualitativ hochwertige Versorgung benötige man Personal und Zeit.

## 9. Jahreskongress Psychotherapie in Bochum

Psychische Erkrankungen führen immer häufiger zu Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Das zentrale politische Thema des 9. Jahreskongress Psychotherapie am 19./20. Oktober in Bochum war deshalb: „Belastung, Stress und psychische Erkrankung: Welche Rolle spielt ‚Burnout‘?“. Der zweitägige Kongress mit vier einleitenden Plenumsvorträgen und über 60 Workshops ist eine gemeinsame Veranstaltung des Hochschulverbunds Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW.

„Gesunde Arbeitsbedingungen sind eine wesentliche Säule guter Arbeit“, stellte Dr. Helmut Deden vom NRW-Arbeitsministerium in seinem Grußwort an die über 400 Teilnehmer fest. „Durch den rasanten Wandel der Arbeitswelt haben sich in den

letzten Jahren psychische und soziale Belastungen zu bedeutenden Problemschwerpunkten im Arbeitsalltag entwickelt.“ In nur 20 Prozent der Betriebe würden bisher jedoch überhaupt psychische Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen berücksichtigt. „Daher brauchen wir dringend klare gesetzliche Regelungen, die den Betrieben und den Aufsichtsbehörden Rechts- und Handlungssicherheit geben.“

Im Mai hatten die fünf Bundesländer Hamburg, Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein im Bundesrat eine Verordnung eingebracht, die Beschäftigte besser vor Gefährdungen durch psychische Belastungen bei der Arbeit schützen und das Arbeitsschutzgesetz ergänzen soll.



Dr. Helmut Deden,  
Arbeitsministerium NRW



Gregor Domes, Universität Freiburg

Gregor Domes von der Universität Freiburg gab aus psycho-biologischer Sicht eine Antwort auf die Frage „Was ist Stress?“. Grundsätzlich führten Stressoren (Arbeitsbelastung, Bedrohung, Konflikte, Störungen, Druck) zu einer Stressreaktion. Dazu gehörten körperliche Reaktionen wie beschleunigter Puls, schnellere Atmung und Schwitzen, aber auch kognitiv-emotionale Reaktionen wie Versagensangst, Konzentrationsprobleme bis hin zu Blackouts. Zu den Verhaltensreaktionen gehörten gesteigerter Arbeitseinsatz, aggressives Verhalten und Konflikte mit Kollegen oder in der Familie, Verzicht auf Pausen und Erholung, vermehrter Konsum von Genussmitteln, Drogen und Medikamenten sowie sozialer Rückzug.

Zu den Faktoren, die vor negativem Stress schützen, gehörten Optimismus und Selbstwirksamkeit, „Hardiness“ (z. B. Fähigkeit, Veränderung als Herausforderung, nicht als Bedrohung zu sehen), soziale Unterstützung, körperliche Fitness, und Stressmanagementkompetenzen.

Interessant sei, dass es in der Stressreaktion zwischen Burnout und Depression einen physiologischen Unterschied gebe, so Domes. Bei chronisch erschöpften Menschen käme es anfänglich nicht zu einer starken Cortisol-Ausschüttung, wie sie auch depressiv Erkrankte zeigten. Vielmehr sei diese typische Stressreaktion bei Burn-



Dr. Christoph Kröger, TU Braunschweig

out-Patienten nur sehr abgeschwächt zu beobachten.

Dr. Christoph Kröger stellte vor, wie die Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig für die Salzgitter AG eine schnelle diagnostische Abklärung von psychischen Beschwerden sicherstellt und, wenn nötig, kurzfristig einen Behandlungsplatz vermittelt. Innerhalb von zwei Wochen erhielten psychisch belastete Beschäftigte des niedersächsischen Stahlunternehmens drei diagnostische Termine von einer Stunde, die mit einer ausführlichen Beratung und Empfehlungen abgeschlossen würden. Etwa 60 Prozent der beratenen Arbeitnehmer würde eine Psychotherapie empfohlen. Die Stellungnahme sei für die Krankenkasse bindend, sodass der Versicherte innerhalb von 15 Tagen einen Behandlungsplatz erhalte.

Die Psychotherapie bestehe aus 25 Sitzungen ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie. Eine flexible Sitzungsfrequenz sei möglich, die Therapie fokussiere auf den Arbeitsplatz (u. a. Wiedereingliederung, Konflikte am Arbeitsplatz), eine Exposition in vivo und Verhaltensexperimente am Arbeitsplatz seien durchführbar.

Rund 60 Prozent der Patienten seien Männer. Die häufigsten Diagnosen seien rezidivierende mittelgradige depressive Episode (64 Prozent), mittelgradige depressive Epi-



Prof. Dr. Arnold Lohaus, Universität Bielefeld

sode (28 Prozent), Anpassungsstörung (5 Prozent) und Panikstörung (3 Prozent).

„Arbeit verstehen wir im therapeutischen Prozess als Ressource“, hob Kröger hervor. Die Arbeit und der Arbeitsplatz würden früh thematisiert. Die Tagesstruktur während der Arbeit würde als Hilfe zur Überwindung der psychischen Beeinträchtigung gesehen. Bestätigung und Lob durch Kollegen und Vorgesetzte seien wichtige Ressourcen. Arbeit ermögliche das Erleben von Selbstwirksamkeit.

Psychotherapie sei eine effiziente Behandlung, resümierte Kröger. Durch die Therapie habe sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage von dreizehn auf einen Tag je 100 Arbeitstage verringern lassen. Die eingesparten Kosten seien doppelt so hoch gewesen wie die Kosten für die Psychotherapie.

Prof. Dr. Arnold Lohaus von der Universität Bielefeld berichtete über die Prävention und Intervention bei stressbedingten Problemen im Kindes- und Jugendalter. Danach haben 72 Prozent der 7- bis 11-Jährigen und 81 Prozent der 12- bis 16-Jährigen konkrete Stresserfahrungen. Als häufigsten Stressauslöser nennen Kinder und Jugendliche Schule, Ärger und Streit sowie Eltern und Geschwister. Etwa ein Viertel der Kinder geben an, mehrmals die Woche Kopfschmerzen zu haben oder nicht schlafen zu können. Zu den häufigeren körperlichen



Stresssymptomen zählen ferner Appetitlosigkeit und Bauchschmerzen.

„Stresserlebnisse sind nicht grundsätzlich negativ“, betonte Lohaus. In einem mittleren Ausmaß habe Stress eine aktivierende Wirkung auf die psychische und physische Leistungsfähigkeit. Erst durch Stresserfahrungen lernten Kinder und Jugendliche effektiv mit Stress umzugehen (Zufriedenheitsparadox im Alter). Schließlich könnten auch positive Erlebnisse mit Stress verbunden sein, wie die Attraktivität von Videospielen zeige. Es komme deshalb nicht darauf an, Kindern und Jugendlichen jegliches Stresserleben zu ersparen.

Ein dauerhaftes Stresserleben könne jedoch zu psychischen und physischen Überlastungssymptomen führen. Es könne Auslöser oder Begleitsymptomatik von psychischen und physischen Störungen sein. Um Überlastungen zu vermeiden, könne es sinnvoll sein, interventiv und auch präventiv das Stressbewältigungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu stärken.

Prof. Dr. Jürgen Margraf von der Ruhr-Universität Bochum markierte die Unterschiede zwischen Belastung, Stress und psychischer Störung und suchte eine Antwort auf die Frage: „Welche Rolle spielt Burnout und was kann der Einzelne tun?“.

Die aktuelle Definition von Burnout (Mellamed et al., Psychological Bulletin, 2006)



Prof. Dr. Jürgen Margraf,  
Ruhr-Universität Bochum

beschreibe emotionale Erschöpfung, körperliche Ermüdung und kognitive Lustlosigkeit als dessen wichtigste Merkmale. „Aber ist Burnout deshalb schon eine Krankheit?“, fragte Margraf. In der aktuellen Neufassung des US-amerikanischen DSM V sei Burnout nicht als psychische Störung gelistet. Allerdings treffe die kategoriale Unterscheidung von gesund und krank, wie sie häufig angenommen werde, keineswegs die Realität, für die eher multidimensionale Erklärungsmuster angemessen seien. Dabei gebe es verschiedene Mechanismen, die das Gesund- und

Krankwerden beförderten. Eine psychische Erkrankung lasse sich vor allem durch Psychopathologie und kognitive Verzerrungen vorhersagen, eine Gesundung dagegen durch protektive Faktoren.

Zu den protektiven Faktoren am Arbeitsplatz, so Margraf, gehörte das (wahrgenommene) Ausmaß an:

- Arbeitslast (Ruhe, Erholung, Balance),
- Kontrolle (Freiheit, Selbstbestimmung),
- Belohnung (persönliche Bedeutung, soziale Anerkennung),
- Gemeinschaft (soziale Unterstützung, Gemeinschaftsgefühl),
- Gerechtigkeit (Bedarfs-, Leistungs-, Chancen-, Verteilungs-, Regelgerechtigkeit) und
- Werte (Übereinstimmung persönlicher und institutioneller Werte).

Den meisten Menschen gelänge es nicht, ihre protektiven Ressourcen zu nutzen, erläuterte Margraf: Leben sei Bewegung. 38,9 Prozent der Befragten seien „selten oder nie“ körperlich aktiv (Sport, intensive körperliche Arbeit), in der Unterschicht seien es sogar 57,6 Prozent. 19 Prozent seien „selten oder nie“ geistig aktiv (Lesen, Kino, Theater, Musizieren), in der Unterschicht seien es 39,7 Prozent. 1,9 Prozent der Befragten fehle ein „sehr vertrauter“ Mensch (emotionale Aktivität), in der Unterschicht waren dies 4,9 Prozent.

## Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz – Handlungsbedarf und -konzepte

Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz aus Sicht von Arbeitsministerium, Betriebsärzten und Psychotherapeuten waren das Thema des zentralen Podiumsworkshops des 9. Jahreskongresses Psychotherapie. Moderiert von Dr. Johannes Klein-Heßling von der Bundespsychotherapeutenkammer diskutierten

Experten und Kongressteilnehmer die Frage, was getan werden kann, um psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu verringern.

Podiums-Workshop: Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz



Podiums-Workshop: Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz



Dr. Wolfgang Panter, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte



Monika Konitzer,  
Psychotherapeutenkammer NRW

Dr. Helmut Deden vom NRW-Arbeitsministerium stellte fest, dass durch den Wandel der Arbeitswelt die psychischen Anforderungen bei der Arbeit zugenommen haben. Die Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft habe zu mehr geistigen und interaktiven Tätigkeiten mit steigenden emotionalen und kognitiven Anforderungen geführt. Die Arbeitswelt sei außerdem mit modernen Kommunikationstechnologien durchdrungen, die in immer höherem Maße ortsunabhängiges, zeitlich flexibles Erledigen von Aufgaben ermöglichen und so zu einer Entgrenzung der Arbeit beitragen. Arbeitnehmern würde zunehmend Eigenverantwortung für Ablauf und Erfolg von Arbeitsprozessen abverlangt und die fortlaufende Beschleunigung und steigende Komplexität der Prozesse und Aufgaben führe zu größeren Lernanforderungen. Schließlich führten diskontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse dazu, dass sich berufliche Unsicherheit ausbreite.

Dr. Wolfgang Panter, Präsident des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte,



Teilnehmer Podiums-Workshop

erläuterte, dass der klassische Arbeitsschutz mit Grenzwerten arbeite, die bei psychischen Belastungen nicht exakt zu ermitteln seien. Psychische Erkrankungen hätten viele Ursachen und seien häufig von individuellen Besonderheiten geprägt. Die Mitarbeiterbefragung sei jedoch ein gutes Instrument, um psychische Belastungen in einem Betrieb zu ermitteln. Mittels der Gefährdungsbeurteilung müsste stärker analysiert werden, welche Stressfaktoren es in welchen Situationen gebe. Dabei bestehe allerdings auch ein gravierendes Umsetzungsproblem: Die Bundesländer hätten die Ressourcen der Gewerbeaufsicht so verringert, dass diese personell gar nicht mehr in der Lage sei, ausreichend zu kontrollieren. Auch Dr. Christoph Kröger, Leiter der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig, die für die Salzgitter AG die diagnostische Abklärung von psychisch belasteten Arbeitnehmern übernommen hat, betonte, wie wichtig es sei, Instrumente für die Messung von psychischen Belastungen zu entwickeln. Hinderlich sei aber auch, dass Psychotherapeuten bisher keine Heilmittel verordnen und nicht entscheiden könnten, ob ein Beschäftigter arbeitsfähig sei. Die psychische Gesundheit der Mitarbeiter sollte als Aufgabe in die Zielvereinbarung von Führungskräften aufgenommen werden. Schließlich seien Psychotherapeuten bei der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen und im betrieblichen Gesundheitsmanagement unverzichtbar.



Teilnehmer Podiums-Workshop

Die Teilnehmer des Workshops betonten, dass der Arbeitsplatz ein immer wichtigeres Thema auch in der psychotherapeutischen Praxis werde. Allerdings fehle es an Kontakten in die Betriebe, um auch präventiv auf psychische Belastungen am Arbeitsplatz Einfluss nehmen zu können. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung könne zudem sehr schnell zu einer Stigmatisierung der Arbeitnehmer führen. Schließlich wurden auch gemeinsame Veranstaltungen von Psychotherapeuten und Betriebsärzten angeregt.

## Weiterbundesverbund in Klinischer Neuropsychologie

In Münster bzw. Telgte wurde ein Verbund von mehreren Einrichtungen (Klinik, ambulante Reha, niedergelassene Praxis) als Weiterbildungsstätte für Klinische Neuropsychologie anerkannt. Damit ist es dort

für Psychologische PsychotherapeutInnen mit Interesse an dieser Spezialisierung möglich, die gesamte Weiterbildung in einem Anstellungsverhältnis zu durchlaufen und abzuschließen.

### 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

## Der 2. OPT: Kongressfrühling 2014 in Leipzig – Beziehungen pflegen und „Therapeutische Beziehungen“ beleuchten

Ein hochkarätig besetztes Programm sowie die Gelegenheit, internationale Forscher auf diesem Gebiet und Kollegen zu treffen, machen den Kongressbesuch zum 2. OPT zu einem Höhepunkt in 2014. Thematisch wird der Kongress unter anderem Fragen nachgehen, wie hilfreich Psychotherapieforschung überhaupt ist und was bei wem in der therapeutischen Beziehung bewirkt. Wo liegen die Gestaltungsmöglichkeiten in der therapeutischen Beziehung? Was kann man tun bei diskontinuierlichen Therapieverläufen und welche Belastungsdimension umfasst das Thema?

Von besonderer Attraktivität ist die Podiumsdiskussion des 2. OPT. Brandaktuell wartet diese mit dem Aspekt „Nebenwirkungen von Psychotherapie“ auf und wird Sie mit Diskutanten wie Frau Professor Dr. Yvonne Nestoriuc von der Universität Hamburg, Herrn Diplom-Psychologe Jürgen Matzat, Patientenvertreter im G-BA und Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen sowie Herrn Dr. Gregor Peikert, OPK-Vorstandsmitglied in ihren Bann ziehen.

Der Ostdeutsche Psychotherapeutentag findet alle drei Jahre statt und hat jedes Mal ein anderes großes Leitthema. Veranstalter ist die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer.

Seit dem 9. Oktober 2013 läuft der Anmelde-Countdown für den 2. OPT. Sie können sich über [www.opt2014.de](http://www.opt2014.de) online oder schriftlich mit dem hier abgedruckten Anmeldeformular anmelden.

Hier noch ein paar ganz persönliche Blicke auf den 2. OPT – von Referenten wie zukünftigen Gästen des Kongresses. Seien Sie herzlich nach Leipzig eingeladen.

Wir freuen uns auf Sie.

**Dr. Paul Nilges, Psychologischer Psychotherapeut und Schmerzforscher, Leitender Psychologe am DRK Schmerz-Zentrum Mainz:**



„Ich freue mich auf den 2. OPT 2014 in Leipzig, weil die Themen genau meine Interessen und Aufgaben widerspiegeln, ich gerne von

Kolleginnen und Kollegen lerne und mit ihnen diskutiere. Weil ich meine Erfahrungen gerne weitergebe, und das nicht nur für Fachpublikum. Weil ich mit einem Vortrag für die breite Öffentlichkeit in Leipzig zum Thema ‚Fakten und Mythen über Rückenschmerz‘ hoffentlich Betroffene erreiche, bevor sie zu Patienten werden. Und außerdem: Leipzig ist so sehr eine Reise wert, dass ich sogar auf das Heimspiel von Mainz 05 gegen Bayern München verzichte.“

**Julianne Appel-Opper, niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin in Berlin:**



„Ich freue mich als Referentin auf den 2. OPT 2014 in Leipzig, weil mir das Thema von psychotherapeutischer Beziehungsgestaltung sehr am Herzen liegt. Als ich nach 12-jährigem Auslandsaufenthalt wieder nach Deutschland zurückkehrte, ist mir Leipzig in guter Erinnerung geblieben. Nachdem ich die Fachkunde bei der OPK

erhalten hatte, bin ich durch Leipzig geschlendert und habe mich an der Stadt erfreut. Es war schön, dass mir meine Weiterbildungen, die ich in Großbritannien gemacht hatte, anerkannt wurden. Jetzt bin ich besonders froh darüber, dass ich nun, Jahre später, wieder nach Leipzig kommen darf, dieses Mal als Referentin. Mein Vortrag über „Relationale körperliche Resonanzen in der therapeutischen Beziehung: Einführung in eine behutsame Arbeit mit intersubjektiven Prozessen“ wird den von mir entwickelten Ansatz der Relational Living Body Psychotherapy vorstellen. Ich werde eine Übersicht geben, wie körperliche Prozesse in verschiedenen Ansätzen konzeptualisiert werden. Gerade die Auseinandersetzung mit relationalen Ansätzen in der Psychoanalyse/Psychotherapie sowie psychotherapie-relevante neurowissenschaftliche Erkenntnisse, die ich in den neun Jahren in Großbritannien erworben habe, werden in den Vortrag einfließen. Anschließend werde ich anhand von klinischen Beispielen den Ansatz weiter veranschaulichen.“

erhalten hatte, bin ich durch Leipzig geschlendert und habe mich an der Stadt erfreut. Es war schön, dass mir meine Weiterbildungen, die ich in Großbritannien gemacht hatte, anerkannt wurden. Jetzt bin ich besonders froh darüber, dass ich nun, Jahre später, wieder nach Leipzig kommen darf, dieses Mal als Referentin. Mein Vortrag über „Relationale körperliche Resonanzen in der therapeutischen Beziehung: Einführung in eine behutsame Arbeit mit intersubjektiven Prozessen“ wird den von mir entwickelten Ansatz der Relational Living Body Psychotherapy vorstellen. Ich werde eine Übersicht geben, wie körperliche Prozesse in verschiedenen Ansätzen konzeptualisiert werden. Gerade die Auseinandersetzung mit relationalen Ansätzen in der Psychoanalyse/Psychotherapie sowie psychotherapie-relevante neurowissenschaftliche Erkenntnisse, die ich in den neun Jahren in Großbritannien erworben habe, werden in den Vortrag einfließen. Anschließend werde ich anhand von klinischen Beispielen den Ansatz weiter veranschaulichen.“

**Torsten Ehrlich, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Trier und Referent zum 2.OPT:**



„Ich freue mich auf den 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag in Leipzig mit dem Themenschwerpunkt ‚Therapeutische Beziehungen‘, weil es für Praktiker schon lange ein wichtiges Thema ist. Außerdem erfährt es auch in der Forschung in letzter Zeit wieder verstärkte Beachtung, sodass viele spannende

erhalten hatte, bin ich durch Leipzig geschlendert und habe mich an der Stadt erfreut. Es war schön, dass mir meine Weiterbildungen, die ich in Großbritannien gemacht hatte, anerkannt wurden. Jetzt bin ich besonders froh darüber, dass ich nun, Jahre später, wieder nach Leipzig kommen darf, dieses Mal als Referentin. Mein Vortrag über „Relationale körperliche Resonanzen in der therapeutischen Beziehung: Einführung in eine behutsame Arbeit mit intersubjektiven Prozessen“ wird den von mir entwickelten Ansatz der Relational Living Body Psychotherapy vorstellen. Ich werde eine Übersicht geben, wie körperliche Prozesse in verschiedenen Ansätzen konzeptualisiert werden. Gerade die Auseinandersetzung mit relationalen Ansätzen in der Psychoanalyse/Psychotherapie sowie psychotherapie-relevante neurowissenschaftliche Erkenntnisse, die ich in den neun Jahren in Großbritannien erworben habe, werden in den Vortrag einfließen. Anschließend werde ich anhand von klinischen Beispielen den Ansatz weiter veranschaulichen.“



# ANMELDEFORMULAR

2. Ostdeutscher Psychotherapeutentag

21. & 22. März 2014 in Leipzig

➡ Online-Anmeldung auch bequem & einfach unter [www.opt2014.de](http://www.opt2014.de)



Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular unterschrieben bis spätestens 10.02.2014 an Wolff's Produktionen Stichwort: „OPT 2014“, Rheinsberger Str. 73, 10115 Berlin oder faxen Sie es an Nummer 03212-1400598 .

## ANMELDUNG ( \*erforderliche Angaben)

Anrede\* & Titel: \_\_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_

Firma / Einrichtung\*: \_\_\_\_\_  geschäftlich  privat

Straße\*: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort\*: \_\_\_\_\_ Land\*: \_\_\_\_\_

Adresszusatz: \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**HOTELRESERVIERUNG** Informationen finden Sie unter [www.opt2014.de/Hotelreservierung](http://www.opt2014.de/Hotelreservierung).

## TICKETBUCHUNG

-> Zutreffendes bitte ankreuzen

	<b>Frühbucher (bis 31.12.13)</b>	<b>Standard (ab 01.01.14)</b>
<input type="checkbox"/> 2-Tageskarte (21.03. & 22.03.14)	<input type="checkbox"/> 275,00 Euro	<input type="checkbox"/> 325,00 Euro
<input type="checkbox"/> 2-Tageskarte PiA (21.03. & 22.03.14) -> nur mit gültigem Ausweis	<input type="checkbox"/> 125,00 Euro	<input type="checkbox"/> 125,00 Euro
<input type="checkbox"/> 1-Tageskarte (Fr. 21.03.14)	<input type="checkbox"/> 175,00 Euro	<input type="checkbox"/> 175,00 Euro
<input type="checkbox"/> 1-Tageskarte (Sa. 22.03.14)	<input type="checkbox"/> 175,00 Euro	<input type="checkbox"/> 175,00 Euro
<input type="checkbox"/> Abendveranstaltung (Fr. 21.03.14 ab 19:00h)	<input type="checkbox"/> 75,00 Euro	<input type="checkbox"/> 75,00 Euro

alle Preise sind inkl. Ticket-Gebühren und Steuer

## ZAHLUNGSWEISE

Zahlung per Lastschrift

Kontoinhaber\*: \_\_\_\_\_

Name der Bank\*: \_\_\_\_\_

IBAN (Konto Nr.):\* \_\_\_\_\_

BIC (BLZ)\*: \_\_\_\_\_

Zahlung per Kreditkarte

Visa  Mastercard  American Express

Karteninhaber\*: \_\_\_\_\_

Karten Nr.\*: \_\_\_\_\_

Sicherheitscode\*: \_\_\_\_\_

gültig bis\*: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**Datum & Unterschrift**

# ANMELDEFORMULAR

2. Ostdeutscher Psychotherapeutentag

21. & 22. März 2014 in Leipzig

➔ Online-Anmeldung auch bequem & einfach unter [www.opt2014.de](http://www.opt2014.de)



Bitte beachten Sie bei Ihrer Auswahl, dass die Seminare unterschiedliche Anfangszeiten & Dauer haben!  
Das vollständige Programm entnehmen sie bitte der Homepage [www.opt2014.de](http://www.opt2014.de)

## Freitag, 21.03.14 Universität Leipzig

### 1.Wahl 2.Wahl

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-18.30 Uhr Vertiefungsworkshop zum Plenumsvortrag</b> Prof. John Norcross<br>„Die therapeutische Beziehung: Was wirkt bei wem? Beiträge der Forschung für die Praxis“                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-15.25 Uhr Fachvortrag</b> Prof. Dr. Kirsten von Sydow<br>„Familienskulptur und Familienaufstellungen – Ein kritischer Überblick“  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-16.20 Uhr Fachvortrag</b> Dr. Nadine Schuster<br>„Einfach und sicher ins Burnout – ein Stufenprogramm“  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-16.20 Uhr Fachvortrag</b> Prof. Dr. Günther Opp<br>„Resilienz und Positive Peer-Kultur - Perspektiven für die schulische Praxis“  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-16.20 Uhr Fachvortrag</b> Julianne Appel-Opper<br>„Relationale körperliche Resonanzen in der therapeutischen Beziehung: Einführung in eine behutsame Arbeit mit intersubjektiven Prozessen“               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-16.20 Uhr Fachvortrag</b> Dr. Klaus Sievers<br>„Belastungsdimensionen & Beziehung-Belastungserleben von PsychotherapeutInnen & mögliche Auswirkung auf die Beziehung zu PatientInnen“                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-17.00 Uhr Workshop</b> Dr. rer. nat. Volker Premper (max. 30 Teilnehmer)<br>„Besonderheiten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei pathologischen Glücksspielern“                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-17.30 Uhr Workshop</b> Dr. Sabine Ahrens-Eipper (max. 30 Teilnehmer)<br>„Interaktion mit Bezugspersonen in der Traumatherapie von Kindern & Jugendlichen: Besonderheiten, Ressourcen & Herausforderungen“ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-18.30 Uhr Workshop</b> Dr. Kai Baumann (max. 30 Teilnehmer)<br>„Weisheitstherapie zur Behandlung von Anpassungsstörungen und der Posttraumatischen Verbitterungsstörung“                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-18.30 Uhr Workshop</b> Prof. Dr. phil. Ralf T. Vogel<br>„Intersubjektivität & Gegenseitigkeit -Moderne & schulenübergreifend nützliche psychoanalytische Konzepte der therapeutischen Beziehung“          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-18.30 Uhr Workshop</b> Friederike von Tiedemann (max. 25 Teilnehmer)<br>„Liebe hinter verschlossenen Türen. Auswirkungen von Verliebtheit im therapeutischen Setting – ein Praxisbericht“                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-18.30 Uhr Workshop</b> Stephanie Gerth / Sybille Gogol<br>„Praktische Erfahrungen aus der Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen“   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.40-19.00 Uhr Workshop</b> Prof. Dr. Kurt Hahlweg (max. 20 Teilnehmer)<br>„Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten der Bewältigung“   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>15.45-16.30 Uhr Fachvortrag</b> Prof. Dr. Cornelia Exner<br>„Ich will wieder sein wie früher - Psychotherapie nach einer erworbenen Hirnschädigung“   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>16.45-18.30 Uhr Workshop</b> Dr. Nadine Schuster (max. 30 Teilnehmer)<br>„Unterwegs zur eigenen Balance – wie erhole ich mich richtig?“   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>16.45-18.30 Uhr Workshop</b> Dr. Klaus Sievers (max. 25 Teilnehmer)<br>„Zartbesaitet oder dickfellig“   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>17.00-18.00 Uhr Fachvortrag</b> Dr. Paul Nilges<br>"Bei Ihnen bin ich eigentlich falsch, ich habe richtige Schmerzen" – Psychotherapie bei Patienten mit somatischen Beschwerden.“                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>17.00-18.00 Uhr Fachvortrag</b> Torsten Ehrlich<br>„Diskontinuierliche Therapieverläufe – Schwankungen in Prozesszufriedenheit, Symptombelastung und Therapiebeziehung“   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>17.30-18.30 Uhr Fachvortrag</b> Prof. Dr. phil. Stephan Mühlig<br>„Generationen-Beziehung - Zu Status und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen“                                   |

## Samstag, 22.03.14 Universität Leipzig

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12.00-13.40 Uhr Podiumsdiskussion:</b> mit Prof. Dr. Dipl.-Psych. Yvonne Nestoriuc, Dipl. Psych. Jürgen Matzat und Dr. Gregor Peikert. Moderation: Dipl. Psych. Kerstin Dittrich<br>„Nebenwirkungen von Psychotherapie“                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12.00-12.45 Uhr Fachvortrag</b> Prof. Dr. Alfons Hamm<br>„Neues aus der Forschung: Diagnostik und Therapie emotionaler Störungen“  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12.00-13.40 Uhr Fallbesprechung</b> Dr. Ute Schlömer (max. 25 Teilnehmer)<br>„Psychoonkologie in Psychotherapeutischer Praxis – Die therapeutische Beziehung im Verlauf fortschreitender Krebserkrankung“                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12.00-13.40 Uhr Workshop</b> Alexander Reichardt (max. 20 Teilnehmer)<br>„Training emotionaler Kompetenz – Ein störungsübergreifendes Trainingsprogramm zur Verbesserung der Emotionsregulation, der Stressbewältigung und des Selbstwertes“ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12.00-13.40 Uhr Seminar</b> Prof. Dr. Heinz Hennig (max. 30 Teilnehmer)<br>„Beziehung und therapeutische Imagination – Kathathym Imaginative Psychotherapie als psychodynamischer Prozess“   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12.00-13.40 Uhr Fachvortrag</b> Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gert-W. Speierer<br>„Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und die Beziehungsgestaltung in der personenzentrierten Psychotherapie“   |

(Hinweis: bei zeitlich überschneidender Auswahl sowie bei Überbuchung besteht kein Recht auf die ausgewählte Seminar-Auswahl.)



und praxisrelevante Vorträge zu erwarten sind. Das Programm ist wirklich beeindruckend und umfasst neben vielen nationalen Größen der Therapieforschung unterschiedlicher Ausrichtungen mit Louis Castonguay und John Norcross zwei internationale Gäste von Weltrang, die nur selten ihren Weg nach Deutschland finden. Die Teilnehmer dürfen sich also auf besondere Vorträge freuen, die neben großer Sachkenntnis und Praxisnähe viel Esprit bieten. Als Referent freue ich mich auf einen regen Austausch zwischen Forschung und Praxis in einer der schönsten Städte Deutschlands. Ich glaube, Veranstaltungen wie der 2. Ostdeutsche Psychotherapeutentag können dazu beitragen, die Therapiepraxis forschungsinformierter und die Therapieforschung praxisinformierter zu machen.“

**Alexander Reichardt, Trainer und Ausbilder für das Training Emotionaler Kompetenz und Referent zum 2. OPT,** freut sich auf den März in Leipzig,

„weil mich eine Vielzahl hochkarätiger Referenten mit spannenden Themen erwarten. Insbesondere interessieren mich als



Verhaltenstherapeuten, der sich aktuell in psychoanalytischer Weiterbildung befindet, schulenübergreifende oder -integrierende

Konzepte. Die Bezugnahme zu körperlichen und emotionalen Phänomenen auch im Rahmen der Therapiebeziehung scheint mir dabei ein spannendes Feld auch für die zukünftige Forschung und Praxis. Neben vielen anderen interessanten Vorträgen, freue ich mich besonders auf die Vorträge von Prof. Dr. Rainer Sachse und Prof. Dr. Ralf Vogel. Ich freue mich nicht zuletzt aber auch deshalb auf den 2. OPT, weil er mir ermöglicht, die Stadt, in der ich geboren und aufgewachsen bin, endlich einmal wieder zu sehen. Leipzig verändert sich schnell und sichtbar und ich bin neugierig, was mich erwartet.

**Beate Caspar, OPK-Kammervorsitzungsmitglied,** freut sich auf einen Frühlings-Kongress in Leipzig,

„weil für das hochinteressante, facettenreiche Thema konnten die Organisatoren z. B. mit Prof. Norcross in Europa wenig



präzise, hochkarätige Referenten gewinnen. Die Mischung aus neuesten wissenschaftlichen Überlegungen und ganz praxisrelevanten Themen auch zur Selbstfürsorge für uns als Therapeuten ist spannend. Genauso anregend und abwechslungsreich werden das Wiedersehen mit bekannten und das Kennenlernen neuer Kollegen sein. Das alles wird noch getoppt von einer heißen Ballnacht in den „Leipziger Tropen“ im Gondwanaland. Na, wenn das nicht eine Reise nach Leipzig zum 2. OPT wert ist. Für mich lohnt sich Leipzig immer und erst recht mit so einem tollen Kongressprogramm. Haben Sie auch Lust bekommen? Dann freue ich mich auf eine Begegnung mit Ihnen beim 2. OPT in Leipzig.“

## Von Sinn und Nutzen der Psychotherapieforschung

### Die Antrittsvorlesung von Professor Jürgen Hoyer am 16. Oktober 2013 in Dresden

Der Rektoratssaal der TU Dresden war bis auf den letzten Platz gefüllt. Jürgen Hoyer war auf die bundesweit erste Professur für Behaviorale Psychotherapie – also für den Transfer verhaltenswissenschaftlicher Erkenntnisse in die Psychotherapie – berufen worden und hielt seine Antrittsvorlesung zum Thema „Warum brauchen wir Psychotherapieforschung?“

So augenfällig die Frage auf das Lehrgebiet verweist – mancher im Fach Bewanderte mag sich über die Themenwahl wundern. Wer über die ersten Semester des Psychologiestudiums hinaus ist, sollte doch die Argumente kennen, die für die Notwendigkeit von Psychotherapieforschung sprechen. Und er kennt die Bedenken, mit denen immer wieder auf die Grenzen dieser

Wissenschaftsdisziplin hingewiesen wird. Ein Referat altbekannter Thesen als Antrittsvorlesung also?

Diesen Verdacht entkräftete Hoyer sofort. „Psychotherapieforschung ist verzichtbar oder überflüssig, verkennt ihren Gegenstand oder ist sogar schädlich“. Von einer radikalen Antithese ausgehend nahm er gleich zu Anfang die Einwände gegen Psychotherapie als Forschungsgegenstand auf.

### „Wir wissen doch, dass Psychotherapie wirkt.“

Eine Übersicht über 16 Metaanalysen (!) von Butler et al. (2006) trägt hohe Effektstärken kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) zusammen; für Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Zwangsstörungen, aber auch für Essstörungen oder Schizophrenie.

Effektstärken in Psychotherapie-Studien, besonders auch zur KVT, übertreffen die Effektstärken vieler verbreiteter medizinischer Behandlungen deutlich. So ist die Wirksamkeit von Aspirin, Chemotherapie oder Antikoagulantien deutlich geringer als die von Psychotherapie (Margraf & Schneider, 2009). Bei solch klaren Erfolgsnachweisen könnte paradoxerweise die Notwendigkeit weiterer Psychotherapieforschung zunächst bezweifelt werden.

### „Ich weiß doch, was ich tue!“

Jeder praktisch tätige Psychotherapeut erlebt fast täglich die Wirkung seiner Behandlungen. Positive Erfolgserwartungen stärken (therapeutisches) Selbstvertrauen. Allerdings unterliegen Psychotherapeuten ebenso wie andere Menschen Urteilsfehlern. Mehrere Studien deuten darauf hin, dass Behandler die Effekte ihres Tuns systematisch überschätzen, in dem sie sich



an Behandlungserfolgen, nicht aber an Misserfolgen orientieren. In einer Umfrage von Dew und Reimer (2003) in den USA bewerteten zwei Drittel der Befragten ihre eigene psychotherapeutische Befähigung mit der Bestnote einer sechsstufigen Skala. 90 Prozent aller Selbsteurteile entfielen auf die beiden höchsten Stufen. Dazu passen die aktuellen Befunde von Lilienfeld et al. (2013), nach denen Praktiker ihre klinische Erfahrung stärker für ihre klinischen Entscheidungen heranziehen als aktuelle Ergebnisse der Therapieforschung.

### „Ich weiß doch, was mir gut tut.“

Die These, dass Patienten selbst erleben, wie gut ihnen eine Psychotherapie hilft, taugt offenbar nicht als Wirksamkeitsnachweis. 55 Prozent der West- und 40 Prozent der Ostdeutschen glauben an Wunder. 40 Prozent der Deutschen haben Erfahrungen mit Homoöopathie oder Bachblütentherapie, knapp ein Viertel mit Astrologie oder Horoskopen. Die positive Bewertung solcher Hilfsangebote könnte durch falsche Ursachenzuschreibungen („cum hoc, ergo propter hoc“) gestützt werden. Hiervon ist aber auch die Beurteilung von Psychotherapiewirkungen nicht ausgeschlossen.

Hoyers Fazit bis hierher: „Der Nutzen weiterer Psychotherapieforschung ist nicht ohne Weiteres klar, nicht für alle Psychotherapeuten, nicht für alle Patienten – es gibt Gründe und Motive, ihn zu bestreiten“.

Daher bedarf die zweite, die zentrale These des Vortrags einer Begründung: „Psychotherapieforschung wird dringend gebraucht“. Hoyer lieferte die Begründung in Form von Fragen, die sich an die Wissenschaft stellen:

### „Welches Verfahren ist am besten?“

Hochaktuell sind die Ergebnisse der Sophonet-Studie, die Leichsenring et al. 2013 im ehrwürdigen *American Journal of Psychiatry* veröffentlichten und die auf dem kommenden Ostdeutschen Psychotherapeutentag ausführlicher dargestellt werden wird (am 22. März 2014). Sie verglichen

kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und tiefenpsychologisch fundierte Therapie (TP) bei ambulanten Patienten mit sozialer Phobie. Auf die Behandlung sprachen 60 Prozent der KVT- und 52 Prozent der TP-Patienten an, allerdings erreichten nur 36 Prozent (KVT) bzw. 26 Prozent (TP) eine Remission.

### „Kann man den Erfolg vorhersagen?“

In derselben Studie ließen sich nur wenige signifikante Prädiktoren für eine Symptomreduktion finden. Lediglich weibliches Geschlecht und autokratisch-dominanter Interaktionsstil sagten etwas höhere Besserungsraten vorher. Daher stellen sich auch in der Psychotherapieforschung Fragen nach bisher nicht untersuchten Prädiktoren für den Therapieerfolg, zum Beispiel genetischen Einflüssen. Es zeigte sich, dass die soziale Ängstlichkeit bei Studienteilnehmern mit einer genetischen Variante des Serotonin-Systems trotz guten Ansprechens auf die Therapie langfristig höher war als beim Rest der Patienten.

### „Welches sind die unverzichtbaren, spezifischen Komponenten?“

Psychotherapien beinhalten im Regelfall viele unterschiedliche Bestandteile. Aus Wirksamkeitsstudien allein kann nicht abgeleitet werden, welcher Bestandteil den Effekt verursacht hat. Beispielsweise identifizierten Behar et al. (2009) eine Reihe von „Kernbehandlungselementen“ in Behandlungsprogrammen für generalisierte Angststörungen, darunter Entspannung, kognitive Umstrukturierung oder Sorgenexposition. Hoyer konnte gemeinsam mit Kollegen nachweisen, dass allein das Element der Sorgenexposition wirksam ist (Hoyer et al., 2009) und daher als wichtiger Bestandteil wirksamer Therapie bei diesen Patienten zu empfehlen ist.

Weitere Fragen an die aktuelle Psychotherapieforschung betreffen

- Variablen, die als Mediatoren von Therapieerfolg wirken,

- die Ebenen von Veränderung (was verändert sich in den Patienten),
- die Beweggründe von Patienten, Psychotherapien zu beginnen oder abzulehnen,
- effektive Formate und Settings für Behandlungen oder
- den Transfer von Wissen in die Praxis.

Zu dieser letzten Frage leitete Hoyer eine Nachfolge-Untersuchung zur Sophonet-Studie, das Projekt Sopho-Prax. In dieser Studie werden Behandlungen geschulter, nach einem Manual arbeitender Therapeuten verglichen mit üblicher Behandlung (*treatment as usual*). Das Besondere dieser Untersuchung ist, dass sowohl Versuchs- als auch Kontrollgruppe aus erfahrenen niedergelassenen Psychotherapeuten bestehen. Deshalb ist zu erwarten, dass die Ergebnisse aussagekräftig sein werden für die gegenwärtige psychotherapeutische Versorgungspraxis.

Damit wurde ein wichtiges Grundanliegen Hoyers erkennbar: Psychotherapieforschung ist wichtig und nötig für eine gezielte, sich fortlaufend verbessernde Versorgung der Patienten. Sein Vortrag belegte überzeugend, dass es sich lohnen könnte, die Lücke zwischen Forschung und Praxis zu verkleinern.

Dr. Gregor Peikert

Prof. Dr. phil. Jürgen Hoyer lehrt bereits seit 1999 an der TU Dresden. Er ist Psychologischer Psychotherapeut, Mitglied der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und leitet die psychotherapeutische Ausbildungsambulanz an der TU.

### Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: www.opk-info.de  
Mail: info@opk-info.de

## Schöne neue Welt? Krankheit und Behandlung im Wandel der Zeit – Fachtagung und Herbstfest der Kammer



*Vizepräsidentin Dr. Benecke moderiert die  
Fachtagung*

„Schöne neue Welt? Krankheit und Behandlung im Wandel der Zeit“ – das war der Titel der diesjährigen Fachtagung der LPK am 28. September 2013. Insgesamt 140 Besucher kamen in die Alte Mensa der Universität Mainz, um den Vorträgen renommierter Referentinnen und Referenten zu lauschen. Es ging um die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Psychotherapie und Internet. Prof. Dr. Christine Knaevelsrud von der Freien Universität Berlin stellte den Einsatz neuer Kommunikationsmedien in der psychotherapeutischen Versorgung am Beispiel eines Behandlungszentrums für Folteropfer vor. Sie machte vor allem deutlich, dass Therapie mithilfe des Internets eine sinnvolle Ergänzung sein kann, z. B. wenn die Patienten den Therapeuten nicht aufsuchen können. RA Hartmut Gerlach, juristischer Berater der LPK, informierte über die rechtlichen Grundlagen. Er stellte fest, dass in der Berufsordnung keine grundsätzlichen Verbote

im Hinblick auf den Gebrauch des Internets zu finden sind. Diplom-Psychologe Kai W. Müller, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ambulanz für Spielsucht in Mainz, analysierte die vielfältigen Möglichkeiten virtueller Beziehungen im Netz. Er verwies darauf, dass eine intensive Beziehungspflege über das Internet nicht dazu führen muss, dass reale Beziehungen verkümmern. Last but not least sprach Prof. Dr. Nicola Döring, Professorin an der Universität Ilmenau, über die Aufnahme und die Aufrechterhaltung von Freundschaften und Liebesbeziehungen im Internet. Ihre These: Menschen, die gute reale Beziehungen haben, profitieren auch von den Möglichkeiten der Beziehungspflege im Internet. Gleichzeitig zeigt sich jedoch



*Ein Blick ins Auditorium*

auch, dass die Menschen, die im realen Leben Probleme mit Beziehungen haben, auch im Netz nur schwer Anschluss finden und deshalb umso mehr vom sozialen Kontakt ausgeschlossen sind.

Letztlich kann man das Fazit ziehen, dass die Digitalisierung die Beziehungen der



*Junge KollegInnen sind feste am Feiern*

Menschen beeinflusst und deshalb auch Auswirkungen auf die Psychotherapie hat. Wichtig ist es, die Möglichkeiten zu erkennen, die die neuen Kommunikationswege für die psychotherapeutische Behandlung bieten, ohne dabei mögliche Risiken aus den Augen zu verlieren.

### **Und anschließend das Herbstfest ...**

Und wer viel arbeitet, der darf auch kräftig feiern – das bewiesen die Besucher im Anschluss an die Fachtagung auf dem Herbstfest der LPK. Bei toller Musik, gutem Essen

und leckerem rheinhessischem Wein feierten die Besucher bis in die Nacht. Viele Mitglieder nutzten die Möglichkeit, um gegenseitige Erfahrungen auszutauschen, mit dem Vorstand ins Gespräch zu kommen oder um berufspolitische Fragestellungen zu diskutieren.

## **Gemeinsam Verantwortung im Gesundheitswesen übernehmen Round-Table-Gespräch der Kammer RLP mit Fach- und Berufsverbänden**

Zum ersten Mal traf sich der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz mit den rheinland-pfälzischen Psychotherapie-Fach- und Berufsverbänden zu einem Round-Table-Gespräch. Ziel des Treffens war es, einen Austausch zwischen dem Kammervorstand und den Berufs- und Fachverbänden zu wichtigen gesundheits- und berufspolitischen Fragestellungen zu ermöglichen.

Diskutiert wurde vor allem über das weitere Vorgehen in Bezug auf die Direktausbildung. Dabei machte der LPK-Vorstand deutlich, dass es das Ziel der rheinland-pfälzischen Kammer ist, die Regie über

die Strukturdiskussion zur Direktausbildung selbst zu übernehmen. Das ist wichtig, um aus der Position des Reagierens herauszukommen. Gesprochen wurde auch über die Zugangsvoraussetzungen einer Psychotherapie-Ausbildung. Auch hier vertreten die Kammer und die Fach- und Berufsverbände die gleiche Position: Nur der Master-Abschluss darf in Rheinland-Pfalz als Zugang zur Ausbildung akzeptiert werden.

Insgesamt ist deutlich geworden, dass genügend tragfähige Gemeinsamkeiten von Kammer und Fachverbänden vorhanden sind, um ein gemeinsames politisches Vorgehen zu ermöglichen. Um den Berufs-

stand der Psychotherapeuten politisch im Gesundheitswesen zu positionieren, müssen und wollen alle gemeinsam an einem Strang ziehen. Dazu gehört es auch, aktiv noch mehr Verantwortung zu übernehmen, zum Beispiel bei der Notfall-Psychotherapie oder bei Bereitschaftsdiensten.

**Die Gesprächspartner waren sich einig:** Dieses Round-Table-Gespräch ist wichtig, um sich auch in Zukunft strategisch und politisch abstimmen zu können. Es ist ein wichtiger Schritt für mehr Gemeinsamkeit! Deshalb wollen sich die Beteiligten auch in Zukunft einmal pro Jahr zum Austausch und zur Abstimmung treffen.

## **Wie kann die psychotherapeutische Versorgung verbessert werden? Der Vorstand der LPK diskutiert mit Ministerium, Krankenkassen und KV**

Dem Vorstand der LPK Rheinland-Pfalz ist es ein Anliegen, konkrete Lösungen zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung anzubieten. Aus diesem Grund lud er im Oktober 2013 das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium, die Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Vereinigung zu einer Gesprächsrunde ein. PD Dr. Udo Porsch stellte die Folgen der psychotherapeutischen Unterversorgung vor. Peter Andreas Staub erläuterte, dass die rheinland-pfälzischen Psychotherapeuten in Bezug auf ihre Arbeitsauslastung über dem Bundesdurchschnitt liegen. Im Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung werden die überlangen Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung aufgeführt. Ein von der KV prognostizierter 20-prozentiger Anstieg psychotherapeutischer Leistungen bis 2020 ist auch durch die neugeschaffenen Sitze der aktualisierten Bedarfsplanung, die etwa eine 10-prozentige Verbesserung besonders auf dem Land erbringt, nicht auf-

zufangen. Der Vorstand machte deutlich, dass die Arbeitszeiten von Organmedizinern und Psychotherapeuten nicht direkt miteinander verglichen werden können: In der Psychotherapie kommen zu den persönlich zu erbringenden Therapiezeiten noch die umfangreichen Vor- und Nachbereitungszeiten hinzu. Außerdem können Ausfallzeiten aufgrund von Fortbildung, Erkrankung oder Urlaub nicht durch Vertretungen aufgefangen werden. Bei den Medizinern umfassen die abgerechneten Arbeitszeiten immer auch Leistungen von Angestellten und medizinischem Hilfspersonal.



Alfred Kappauf stellte den Krankenkassenvertretern, dem Ministerium und der Kassenärztlichen Vereinigung die Lösungsideen vor, die der Vorstand der LPK entwickelt hatte:

- Mehr KV-Zulassungen, als dies die jetzigen Verhältniszahlen ermöglichen: Dies



sei ohne Weiteres durch regionale Beschlüsse des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen zu erreichen.

- Bessere Bedingungen für Jobsharing-Praxen durch Aufhebung der Leistungsbegrenzungen.
- Mehr Versorgungsbausteine, die bedarfsgerechter und vielfältiger sein müssen: Als Beispiele nannte Kappauf psychotherapeutische Sprechstunden, eine bessere Honorierung der Akutversorgung zur Krisenintervention, Erhaltungstherapie bei chronisch Kranken (kurze

Interventionen zur Gesunderhaltung, z. B. bei Sucht) und eine Teilnahme an Bereitschaftsdiensten. Zusätzlich forderte er eine Erleichterung für die Erlangung der Befugnisse zur Gruppentherapie und – analog ärztlicher Psychotherapeuten – die generelle Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie bei ausgebildeten Psychotherapeuten sowie Erleichterungen bei der Beantragung der Gruppenpsychotherapie.

- Mehr Prävention im Bereich der seelischen Gesundheit durch die Einbezie-

hung von Psychotherapeuten in Projekte der Gesundheitsförderung in Schulen, am Arbeitsplatz, in DMPs und bei Menschen in prekären Lebenssituationen.

Die Gesprächspartner tauschten sich über die entwickelten und vorgestellten Lösungskonzepte aus. Eine schnelle Einigkeit konnte zwar nicht erwartet werden, aber dennoch – dieses Gespräch war ein erster Schritt in die richtige Richtung. Weitere Gespräche des LPK-Vorstands mit Kassenvertretern werden folgen.

## Kulturwandel als Unternehmensstrategie – das Betriebliche Gesundheitsmanagement von morgen

Da psychische Belastungen am Arbeitsplatz krank machen können, setzt sich die LPK an vielen Orten für Konzepte zur Vermeidung arbeitsbedingter psychischer Gesundheitsgefährdung ein. In diesem Zusammenhang haben wir eine interessante Veranstaltung besucht, die erwähnenswert und richtungsweisend ist:

„Wenn Lernen oder eine Veränderung stattfinden soll, dann muss vorher eine Erfahrung ‚unter die Haut‘ gehen“. Dieser Satz stammt von Gerald Hüther, dem bekannten Neurobiologen der Universität Göttingen. Hüther war einer der Gastredner der Veranstaltung „Kulturwandel als Unternehmensstrategie“ am 3. September 2013 in Bad Kreuznach, zu der auf Einladung von Wirtschafts- und Tourismusministerin Eveline Lemke über 200 Teilnehmer aus Unternehmen, Behörden und gesellschaftlichen Institutionen nach Bad Kreuznach ins Haus des Gastes kamen, um über neue, ganzheitliche Impulse im Kontext betriebliches Gesundheitsmanagement zu diskutieren.

Hüther postuliert in seinem Vortrag, dass nur durch die Schaffung von günstigen Voraussetzungen am Arbeitsplatz die Entfaltung menschlicher Potenziale möglich wird. Diese Voraussetzungen, wie z. B. eine unterstützende Führung, kollegiales Miteinander und Förderung individueller Potenziale, setzen im Gehirn Botenstoffe frei, die das Wohlbefinden der Mitarbeiter und damit deren psychische Befindlichkeit begünstigen. Vor diesem Hintergrund sieht



Wirtschaftsministerin Eveline Lemke Lösungsansätze nur in langfristigen Strategien. „Betriebliches Gesundheitsmanagement ist mehr als nur eine einzelne Maßnahme. Ganzheitlich betrachtet geht es um eine Organisationsveränderung und das ist Chefsache! Denn: Nicht das Unternehmen mit dem meisten Kapital hat heute im Wettbewerb die Nase vorne, sondern das mit gesunden, stabilen Mitarbeitern“, so die Ministerin.

Ein erfolgreiches Beispiel eines gelungenen Kulturwandels stellt Heribert Gathof vor, der Geschäftsführer von Eckes-Granini in Nieder-Olm. „Kollektive Intelligenz“ – diese Erfahrung und das Konzept der „Wisdom of Crowds“ habe er übernommen, als er im Jahr 2000 die Führung von Eckes-Granini Deutschland übertragen bekam. Nach seinem Antritt sei die Unternehmensstrategie nicht mehr allein von der Geschäftsleitung bestimmt worden, sondern sei unterstützt worden von einem Team,

das sich aus allen Bereichen und Hierarchieebenen zusammensetzte. 40 Mitarbeiter hätten sich im Jahr 2000 mehrfach zu Workshops getroffen und sich die Frage gestellt „Wo steht Eckes-Granini im Jahr 2005?“. Um das Gemeinschaftsgefühl der Mitarbeiter zu entwickeln, gibt es bei Eckes-Granini seit über zehn Jahren ein jährliches Kick-Off Event. Fast das gesamte Unternehmen stoppt für zwei Tage die reguläre Arbeit und zieht sich zurück. Die Events können sehr unterschiedlich aussehen. Als Highlight gilt das Jahr, als der Geschäftsführer in Tigermuster-Stiefeletten als Thomas Gottschalk-Version ein firmeneigenes „Wetten, dass ...“ veranstaltete. Die Belegschaft zog mit Muskelkraft einen mit Saft vollbeladenen Vierzigtonner über das Produktionsgelände. „Was bringt ein solches Event?“ Indem es positive Emotionen auslöse, stärke es das Wir-Gefühl und die Zugehörigkeit zum Unternehmen, so Gathof. In Hüthers Worten: „Es geht unter die Haut“. Fragt man Gathof, dann waren das Befragen der Weisheit der Gruppe und die Stärkung der Eigenverantwortung jedes einzelnen Mitarbeiters die entscheidenden Maßnahmen zur Veränderung der Unternehmenskultur gewesen.

Die neurobiologischen Grundlagen sowie das Beispiel Eckes-Granini werden in der anschließenden Podiumsrunde mit Vertretern regionaler Unternehmen lebhaft diskutiert. Moderator Luhe von RPR1 spricht neben Gathof und Hüther auch mit Vertreterinnen des Zweiten Deutschen Fernsehens, der Sparkasse Rhein-Nahe, Werner &

Mertz, prevent.on und Frau Dr. Kaster-Meurer, Oberbürgermeisterin der Stadt Bad Kreuznach und die Gruppe leitet am Ende zentrale Forderungen für einen Kulturwandel ab:

- Die Schaffung einer mitarbeiterorientierten Unternehmens- und Führungskultur;
- Die Erstellung von Plänen und Maßnahmen zur langfristigen Mitarbeiterbindung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und damit verbunden der Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter;

- Die Entwicklung von lebensphasenspezifischen Konzepten in der Gesundheitspolitik;
- Die Entwicklung des Wissens um die Ablauforganisation bei der Hilfestellung (psychisch oder körperlich) belasteter Mitarbeiter;
- Und nicht zuletzt: Die Stärkung der Eigenverantwortung von Mitarbeitern im Erhalt der individuellen Gesundheit.

Abschließend stellt der Moderator dem Eckes-Geschäftsführer die Frage nach den

spürbaren Auswirkungen einer veränderten Unternehmenskultur auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Gathof berichtet, dass sein Strategieteam seit dem Jahr 2000 weiterhin alle zwei bis drei Jahre gemeinsam die Ausrichtung von Granini beleuchte. Zusätzlich zur „Weisheit der Vielen“ seien alle strategischen Ausrichtungen bereits in den Abteilungen verankert und erleichterten der Geschäftsleitung die Führung der Mitarbeiter: „Die Menschen haben es ja mitentwickelt – ich brauche danach also nicht mehr zu überzeugen. Das ist energiesparend für uns alle“, freut sich der Chef.

### Vertreterversammlung der Kammer am 26. Oktober 2013

Am 26. Oktober 2013 fand die Herbstsitzung der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer statt. Einen ausführlichen Bericht hierzu lesen Sie im Rundbrief der Kammer, zu finden auf der Homepage unter:

[www.lpk-rlp.de/cms/fileadmin/pdf-downloads/Rundbrief\\_2-2013.pdf](http://www.lpk-rlp.de/cms/fileadmin/pdf-downloads/Rundbrief_2-2013.pdf)

*Ein Blick in den Tagungsraum der Vertreterversammlung*



### Neue Kontaktdaten der LPK Rheinland-Pfalz

Die **Telefonnummern** und die **Faxnummer** der Geschäftsstelle haben sich geändert. Ab sofort erreichen Sie uns unter den folgenden Nummern:

<b>Allgemeine Fragen:</b>	06131/93055-10
<b>Fort- und Weiterbildung:</b>	06131/93055-16
<b>Veranstaltungszertifizierung:</b>	06131/93055-11
<b>Mitgliederverwaltung/Beitrag:</b>	06131/93055-12
<b>Rechtliche Fragen:</b>	06131/93055-13

**Fax-Nummer:** 06131/93055-20

#### **E-Mail-Adressen erwünscht!**

Um die Verwaltungskosten so gering wie möglich zu halten, möchten wir in Zukunft verstärkt dazu übergehen, allgemeine Informationen per E-Mail zu verschicken. Deshalb möchten wir alle Mitglieder, die uns ihre E-Mail-Adressen noch nicht zugesendet haben, bitten, dies zu tun. Adresse: [anja.schanschol@lpk-rlp.de](mailto:anja.schanschol@lpk-rlp.de).

#### **Geschäftsstelle**

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
– neue Telefonnummern siehe links –  
[service@lpk-rlp.de](mailto:service@lpk-rlp.de)  
[www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de)

#### **An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit:**

*Gisela Borgmann-Schäfer,  
Jürgen Kammler-Kaerlein,  
Stefanie Rosenbaum,  
Dr. Nadine Schuster,  
Petra Regelin.*

### Beitrag 2014

#### Anlage zur Beitragsordnung vom 14. November 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter Seite 13-14)

Aufgrund von § 2 Abs. 4 Satz 1 der Beitragsordnung hat die Vertreterversammlung am 26. Oktober 2013 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrags für das Jahr 2014 auf 540,00 Euro festzusetzen.

Die Höhe des Regelbeitrags wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 14.11.2013 Az. 652-01/723-10.4 hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Mainz, den 20. November 2013

*Alfred Kappauf, Präsident*



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Festveranstaltung anlässlich des 10-jährigen Bestehens der PKS



*Bernhard Morsch begrüßt die Gäste*

Die Psychotherapeutenkammer hatte am 9. November 2013 anlässlich ihres 10-jährigen Jubiläums in die Festhalle der Hermann-Neuberger Sportschule an der Universität des Saarlandes eingeladen. Der Einladung folgten rund 130 Kammermitglieder und Gäste aus Politik, Vertreter anderer Landeskammern, Vertreter von Krankenkassen, Vertreter der Selbsthilfe sowie von Gesundheits- und Sozialverbänden.

### **Begrüßung**

In seiner Begrüßung blickte der Präsident der PKS, Bernhard Morsch, zurück auf zehn Jahre Psychotherapeutenkammer des Saarlandes: Errichtungsausschuss und 1. Kammerwahl in 2003, Eröffnungsfeier, Umzug in neue Geschäftsstelle, Kontaktaufnahme zur Politik, Aufbauarbeiten der PKS und 2. Kammerwahl in 2008. „Was haben wir erreicht? Was bedeuten zehn

Jahre Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, deren Jubiläum wir heute feiern?“, fragte Morsch und leitete so seinen Rückblick auf Erreichtes ein: „Zehn Jahre PKS bedeuten zehn Jahre aktiver Beziehungsaufbau und Kontaktpflege zu den Playern im Gesundheitswesen, der Politik, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen, den Sozialverbänden, der Selbsthilfe, den anderen Heilberufekammern. Ich darf zwei Partnerschaften besonders hervorheben: Einmal die mit der Selbsthilfe Saar und zum Zweiten die mit der Ärztekammer des Saarlandes. (...) Die gewachsenen guten Beziehungen zur ÄKS kulminieren im sog. Gemeinsamen Beirat: Hier beraten ÄKS und PKS gemeinsame berufsständische Interessen, und setzen gleichzeitig, mit vereinter Kraft, Impulse für gesellschaftlich bedeutende oder vernachlässigte Themen. (...) Zehn Jahre PKS heißen vor allem: ständige Anlaufstelle für Rat-

und Hilfesuchende, für Patienten, Kooperationspartner und die interessierte Öffentlichkeit. (...) Zehn Jahre PKS heißen Service für unsere Mitglieder: Wir sind eine transparente, mitgliederfreundliche und offene Kammer, zu der eine Kontaktaufnahme zeitnah und ohne Hürden möglich ist. Zum Service gehört auch die Herausgabe eines eigenen Mitteilungsorgans, dem FORUM, das gerade in der fünfzigsten Ausgabe erschienen ist. Zehn Jahre PKS heißen Beschluss der Vertreter zur Altersvorsorge: Mit dem Beitritt in die Bayerische Versorgungskammer Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung 2008 sind unsere selbstständig tätigen Mitglieder gut fürs Alter abgesichert. Zehn Jahre PKS heißen Ausrichtung von unzähligen Fortbildungen und einer beachtlichen Reihe von Fachveranstaltungen, einschließlich zweier Saarländischer Psychotherapeutentage in den Jahren 2008 und 2012. Letztere, traditionell in einem großen Rahmen ausgerichtet, widmen sich besonderen berufsständigen Themen. Nach zehn Jahren können wir stolz sein auf eine gelungene Verankerung in der Gesetzgebung. Wir haben mit unseren fundierten Stellungnahmen einen geschätzten Beitrag bei wichtigen gesundheitspolitischen Fragestellungen leisten können. Ebenso bei Anhörungen in Ausschüssen des Saarländischen Landtags, wo wir mit unserem Sachverstand und den kritischen Einschätzungen so manche Entscheidung mit beeinflussen konnten. (...) Zehn Jahre PKS heißen auch: berufspolitische Arbeit in den obersten Gremien des Berufsstands: in der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundesdelegiertenversammlung, dem Länderrat, den Ausschüssen und Kommissionen.



(...) Und last but not least: Zehn Jahre PKS bedeuten zehn Jahre Erfüllung unserer Kernaufgabe als Selbstverwaltung, nämlich der Ausübung der Berufsaufsicht. Dazu unterhält die Kammer eine Beschwerde- und Schiedsstelle für Patienten und für Kammermitglieder. Berufsaufsicht erfolgt auf der Grundlage der höherrangigen bürgerlichen und Strafrechtssetzung, im Besonderen jedoch auf der Grundlage unserer Berufsordnung. Die Berufsordnung hat sich die Psychotherapeuten selbst gegeben: Sie wurde 2004-2005 von der sogenannten Lenkungsgruppe Musterberufsordnung erarbeitet. (...) Die Berufsordnung als Herzstück und oberstes Regelwerk der Profession dient insbesondere dem Schutz der Patienten, der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Arbeit und der Sicherheit der Psychotherapeuten bei der freien Berufsausübung. Sie hat vor allem zum Ziel, das Ansehen des Berufsstandes zu wahren und zu fördern.“

### Grußworte



Gaby Schäfer

In ihrem Grußwort betonte **Frau Staatssekretärin Gaby Schäfer**, die in Vertretung von Gesundheitsminister Herrn Andreas Storm gekommen war, die Bedeutung der berufsständischen Selbstverwaltung für Politik und Gesellschaft. Die Psychotherapeutenkammer habe sich seit ihrer Gründung im Jahre 2003 als wichtiger Gesprächs- und Kooperationspartner gerade auch für die saarländische Gesundheits- und Sozialpolitik etabliert. Als Körperschaft öffentlichen Rechts und als „verlängerter Arm“ des Ministeriums würden ihre fachlichen Expertisen bei Anhörungen zu Gesetzesänderungen, ihre Stellungnahmen zu wichtigen sozial- und gesundheitspolitischen Fragen sowie die Beratung des Ministeriums und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe sehr geschätzt. Man wisse aus

eigener Erfahrung den Kraftakt zu würdigen, den es bedeutet, als kleines Land mit wenig Personal strukturell und inhaltlich dieselben Aufgaben wie die großen Länder zu bewältigen. Umso mehr komme es dann auf die Qualität der Arbeit an, auf die man im Austausch mit der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes vertrauen könne.



Josef Mischo

**Herr Dr. Josef Mischo**, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes, bedankte sich für die freundschaftliche Zusammenarbeit der Psychotherapeutenkammer mit der Ärztekammer. Er hob die Bedeutung der berufsständischen Selbstverwaltung im Hinblick auf die Übernahme von Verantwortung für die Entwicklung und Erhaltung der Gesundheit in der Gesellschaft hervor. Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung von Gesundheitsstörungen sei das Vertrauen zwischen den Behandlern und ihren Patienten. Hier habe der Berufsstand die besondere Aufgabe, Fehlentwicklungen, die aus der Behandlung der Arzt- respektive Psychotherapeutenbeziehung eine „Waren-Dienstleistung“ machen wollten, entgegenzuwirken. Es gelte, der zunehmenden Ökonomisierungstendenz des Gesundheitssektors mit Entschlossenheit entgegen zu wirken. Auch das sei die vornehmste Aufgabe unserer beiden Kammern, die man in besonderer Weise unter Beratung des Gemeinsamen Beirats in Angriff nehme.

### Festrede

**Herr Prof. Rainer Richter**, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, fasste in seiner Festrede einleitend aktuelle Zahlen aus dem Bundesgesundheitsurvey zusammen: Lediglich ein Viertel aller Bürger, bei denen in Deutschland innerhalb eines Jahres wenigstens einmal eine psy-



Rainer Richter

chische Störung diagnostiziert werde, erhielten eine fachliche Behandlung. Selbst, wenn nicht alle der verbleibenden 75 Prozent Diagnostizierten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürften, sei es ein Skandal, in welchem Maße die Gesellschaft dieses Ungleichgewicht der Bereitstellung von Behandlung gegenüber somatisch Kranker toleriere. „Psychotherapie ist eine wissenschaftlich erwiesene, hochwirksame Heilbehandlung bei fast allen psychischen Störungen – und bei den meisten psychischen Erkrankungen die Methode der ersten Wahl“, so Richter. Das Bewusstsein für notwendige Änderungsprozesse in Politik und Gesellschaft zu schärfen müsse auch als wesentliche Aufgabe unseres Berufsstands begriffen werden.

Eine besondere Bedeutung nehme hier die Stärkung der Prävention ein: Die Psychotherapeutenkammer müsse sich angesichts der alarmierenden Zahlen der Zunahme der Häufigkeiten von Krankschreibungen und Frühberentungen infolge psychischer Erkrankungen dem Aufgabenfeld Prävention stärker zuwenden. Nicht nur, weil wir auch dort die Experten seien, sondern auch, weil für die Politik, die Krankenkassen und die Rentenversicherung die Notwendigkeit einer verbesserten Vorsorge augenscheinlich ist, angesichts der aufzubringenden Folgekosten bei Unterlassung von geeigneten Präventionsmaßnahmen.

Das Berufsbild des Psychotherapeuten müsse weiter als auf die Heilbehandlung begrenzt gefasst werden. Hier bestehe einerseits dringender Änderungsbedarf des Psychotherapeutengesetzes und der Psychotherapierichtlinien. Andererseits müsse die Psychotherapeutenkammer ihre berufliche Identität überdenken und ihre Berufs-

rollen breiter definieren: Psychotherapeuten seien Experten nicht nur im Bereich der kurativen, sondern auch der rehabilitativen und palliativen Versorgung. Darüber hinaus übernahmen sie viele weitere Rollen als Expertinnen und Experten im Gesundheitswesen, die es neu zu definieren gelte. Prof. Richter konstatierte, dass es Aufgabe der Profession selbst sei, ihre berufliche Identität, die Berufsrollen sowie die für die Ausübung des Berufes in den unterschiedlichen Berufsfeldern erforderlichen Kompetenzen neu zu definieren. Dieser Prozess laufe in der Psychotherapeutenchaft aktuell mit Hochdruck.

Die Politik könne man nur mit Argumenten einer besseren Versorgung der Menschen in der Gesellschaft überzeugen, nicht mit der Formulierung der Bedürfnisse des Berufsstands. Diese Versorgung werde gegenwärtig in Deutschland maßgeblich von den rund 38.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten übernommen,

demgegenüber betrage die Anzahl der zur Verfügung stehenden ärztlichen Psychotherapeuten, Psychiater und Psychosomater zusammen gerade mal 14.000 BerufskollegInnen.

### Kabarett

Zwischen den Grußworten und der Festrede von Herrn Prof. Richter hatten die Anwesenden das große Vergnügen, dem kabarettistischen „Zwischenruf“ von **Jürgen Albers** zu lauschen. Jürgen Albers ist im Saarland und weit über seine Grenzen hinaus neben seiner hauptamtlichen Tätigkeit beim saarländischen Rundfunk als Kabarettist, Musiker und Buchautor bekannt. Das eigens für uns Psychotherapeuten und unser Jubiläum zusammengestellte Programm, vorgetragen von Jürgen Albers in Begleitung seiner Frau Andrea fand im Publikum großen Anklang. Auch die vom ehemaligen saarländischen Gesundheitsminister Josef Hecken kürzlich vorgeschla-

gene „Flaschenbiertherapie“ kam darin zu Sprache. Die Besucher unserer Veranstaltung hörten und sahen witziges, tief sinniges Mundart-Kabarett-Programm, vorgelesen in dem Jürgen Albers eigenen Stil der Verbindung von Sprache und Gesang, einbettet in altbekannte Songs der 1980er- und 1990er-Jahre.

### Gemütlicher Teil

Derart inspiriert und aufgelockert konnten alle Anwesenden das köstliche Festbuffet bei Swing und Latin mit dem Saarbrücker Jazz Trio Café de Paris genießen. Dabei verging die Zeit mit netten Gesprächen im Fluge und die letzten Gäste verabschiedeten sich erst am Nachmittag. Stellvertretend für die durchweg positiven Rückmeldungen der Gäste sei hier der Ausspruch eines Kammermitglieds genannt: „Es war ein sehr gelungenes und würdiges Jubiläumsfest!“ Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer bedankt sich bei allen Gästen für ihr Kommen. Wir bedanken uns bei allen Helferinnen und Helfern, die zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen haben.

*Beiträge und weitere Fotos der 10-Jahres-Feier stellen wir in Kürze auf unsere Website ([www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de)).*

### Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irmgard Jochum, Katja Klohs-Eberle, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong, Michael Schwindling

### Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
[kontakt@ptk-saar.de](mailto:kontakt@ptk-saar.de)  
[www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de)



*Gisela Borgmann-Schäfer (LPK RLP), Irmgard Jochum, Katja Klohs-Eberle*



*Andrea und Jürgen Albers*



*Hubert Ulrich (Mdl Grüne), Volker Schmidt (Mdl SPD), Herr Keck (BarmerGEK)*



*Bernhard und Brigitte Morsch, Rainer Richter, Josef Mischo, Gaby Schäfer*

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gerade ging der Deutsche Psychotherapeutentag, der erstmals in Kiel stattfand, erfolgreich zu Ende: Er war geprägt von

sachlich-engagierter Diskussion über die Weiterentwicklung unseres Berufsstandes und Fragen der Musterberufsordnung nach dem Patientenrechtgesetz. Die kenntnisreichen Grußworte von Sozialministerin Alheit wurden mit Interesse aufgenommen. Denn mit Spannung wird in diesen Tagen das Ergebnis der Koalitionsverhandlungen in Berlin erwartet: davon hängt entscheidend ab, wie es mit unse-

rem Ziel der Ausbildungsreform weitergeht. Kiel als Tagungsort kam bei den Delegierten sehr gut an, worüber wir uns als gastgebende Kammer besonders freuen.

Auf der letzten Kammerversammlung konnte das Dauerthema Weiterbildungsordnung endlich nach Jahren kontroverser Diskussion zu einem glücklichen Abschluss gebracht werden, was im untenstehenden Bericht nachvollzogen werden kann.

Gute Lektüre wünscht

*Juliane Dürkop  
 Präsidentin*



Präsidentin Juliane Dürkop und Sozialministerin Kristin Alheit auf dem 23. DPT (v. links) Foto: Kay Funke-Kaiser

## Regelung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ nun doch mit klarer Mehrheit beschlossen!

### Die Ausgangssituation

Durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 24. November 2011 wurden neuropsychologische Therapieleistungen, wie sie in stationären Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationen seit Langem selbstverständlich zur Verfügung stehen, in den Kanon der durch die GKV finanzierten ambulanten Leistungen aufgenommen. Um eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten zu können, müssen Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neben der Fachkunde in einem Richtlinienverfahren neuropsychologische Zusatzqualifikationen inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer, oder, soweit es hier keine Weiterbildungsregelung gibt, der Musterweiterbildungsordnung (MW-BO) nachweisen.

Der Vorstand der PKS H zeigte sich von Beginn an höchst skeptisch, ob bei dieser Festlegung des Leistungserbringerkreises eine anzustrebende angemessene ambulante Versorgung der Bevölkerung überhaupt auf absehbare Zeit zu erreichen sei. Diese Skepsis, die auch vom BMG in einem Prüfauftrag an den G-BA vom 30. Januar 2012 deutlich zum Ausdruck kam, beruht darauf, dass erstens die in der MW-BO geforderten Zusatzqualifikationen für unverhältnismäßig hoch im Verhältnis zur Ausbildung (Approbation) eingeschätzt wurden und dass zweitens fraglich schien, ob es tatsächlich für eine hinreichende Zahl von Kolleginnen und Kollegen, die eine extrem umfangreiche Psychotherapieausbildung zur Approbation durchlaufen haben, reizvoll sein könne, darauf aufbauend noch eine mehr oder weniger aufwendige Weiterbildung Neuropsychologie aufzusatteln, wenn, wie inzwischen klar ist, die Stunde Neuropsychologische Therapie

nicht höher vergütet wird als eine genehmigungspflichtige Psychotherapiestunde.

### Der Vorlauf

In der Folge des G-BA-Beschlusses wurde seit Anfang 2012 auf insgesamt sechs Kammerversammlungen immer wieder aus verschiedenen Perspektiven ausführlich, in der Sache häufig durchaus kontrovers erörtert, ob nun auch in Schleswig-Holstein eine entsprechende Weiterbildungsregelung geboten sei und insbesondere, welche Weiterbildungsumfänge sie festlegen sollte. Wiederholt wurden externe Experten von Fachgesellschaften, aus der Ausbildung und der wissenschaftlichen Lehre dazu eingeladen. Auch in dem Bereich Neuropsychologie praktisch tätige Kammermitglieder brachten sich als Gäste z. T. inhaltlich in die Diskussion ein. Trotz im Vorfeld höchst kontroverser Ausgangspositionen pro bzw. kontra Weiterbildungsregelungen allgemein verabschiedete be-



## Umfang der Weiterbildung „Klinische Neuropsychologie“-PKSH

Tabelle: Vergleich mit der Psychotherapieausbildung zur Approbation und der Weiterbildung nach MWBO:

Vorgesehener Umfang ...	Psychotherapieausbildung (Approbation)	Weiterbildung Klinische Neuropsychologie nach MWBO	Weiterbildung Klinische Neuropsychologie nach WBO der PKSH
praktische klinische Aus- bzw. Weiterbildungszeit:	1,5 Jahre (1800 h) praktische Tätigkeit (davon mind. 1 Jahr (1200 h) in psychiatrisch-klinischer Einrichtung) plus 600 h praktische Ausbildung	2 Jahre Vollzeitätigkeit, davon mind. 1 Jahr in zugelassener stationärer Einrichtung	1 Jahr Vollzeitätigkeit, davon mind. 0,5 Jahre in zugelassener stationärer Einrichtung, mind. 40 ambulante Behandlungsstunden
Fallbezogene Supervision:	150 h (mind. 50 h Einzelstunden)	100 h	50 h
Theoretische Aus- bzw. Weiterbildung	200 h Grundkenntnisse plus 400 h vertiefte Ausbildung	400 h, davon mind. 200 h in externen zugelassenen Weiterbildungsstätten	150 h
Anzahl Kasuistiken und Begutachtungen:	6 ausführlich dokumentierte Behandlungsfälle	5 differenzierte Falldarstellungen, davon mind. 2 in Gutachtenform	3 differenzierte Falldarstellungen, davon mind. 1 in Gutachtenform

reits die Kammerversammlung im März 2012 einstimmig, und dies war sehr bemerkenswert, den Auftrag an den Ausschuss für Fort- und Weiterbildung, einen Entwurf einer Weiterbildungsregelung zu erarbeiten mit unter Qualitätsgesichtspunkten begründet vertretbaren, aber gegenüber der MWBO deutlich reduzierten Anforderungen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie.

Der Ausschuss gliederte zunächst die Inhalte der MWBO u. a. ab mit den Inhalten der Diplom-Studienordnungen sowie der Psychotherapie-Richtlinie und dem Prüfungskatalog zur Approbationsprüfung, aber auch dem GNP-Curriculum bis 2007 und danach und beseitigte Redundanzen. Er überlegte, wie insbesondere Qualifikationen für die ambulante Tätigkeit angemessener gesichert werden könnten, und verwendete große Mühe darauf, möglichst klare und unbürokratische Übergangsregelungen zu entwickeln. Er erarbeitete so einen ersten Entwurf, der dann noch einmal unter Beteiligung von externen Experten in der Kammerversammlung umfassend diskutiert und daraufhin erneut leicht modifiziert wurde. Trotz der umfangreichen Anstrengungen, einen für eine deutliche Mehrheit tragfähigen Kompromiss-Entwurf zu entwickeln, fand dieser etwas unglücklich auf der Kammerversammlung im Juni 2013 zunächst knapp keine Zustimmung (siehe Bericht im PTJ 2/2013).

### Die Entscheidung

Eine eingehende inhaltliche und formale Erörterung des Entwurfes mit der für die Genehmigung zuständigen Aufsichtsbehörde

war terminlich erst nach dieser Kammerversammlung möglich. In diesem Termin konnten zunächst einmal Fragen der Aufsichtsbehörde, weshalb die PKSH nun als erste Kammer von den in der MWBO definierten Weiterbildungsumfängen vordergründig doch recht deutlich nach unten abweichen wollte, überzeugend beantwortet werden.

Auch wurde von der Aufsichtsbehörde in dem Gespräch ausdrücklich die vorgesehene klarere Trennung zwischen Ausbildung und Weiterbildung begrüßt. Bezüglich kleinerer formaler juristischer und redaktioneller Punkte (z. B. Anerkennung ausländischer Qualifikationen) konnten Lösungsvorschläge abgestimmt werden, sodass die Aufsichtsbehörde signalisierte, eine mehrheitlich durch die Kammerversammlung beschlossene WBO in dieser Form zu genehmigen. Fort- und Weiterbildungsausschuss und Vorstand beschlossen daraufhin, den so modifizierten Entwurf erneut in der Kammerversammlung am 1. November 2013 zur Abstimmung zu stellen. Die Erörterung fand diesmal insgesamt in einer sehr konstruktiven, um die Sache bemühten Form statt. In sehr persönlichen Statements warben die Ausschussmitglieder abschließend jeweils um die Zustimmung derjenigen Kammerversammlungsmitglieder, die mit ihnen gemeinsam bei der Kammerwahl kandidiert hatten. In der Abstimmung fand die Weiterbildungsordnung in der vorgelegten Form mit elf Ja-Stimmen, zwei Nein-Stimmen und drei Enthaltungen bei 16 anwesenden von insgesamt 18 Kammerversammlungsgliedern eine überzeugende Mehrheit. Zum Inkrafttreten bleiben nun

nur noch die formale Zustimmung der Aufsichtsbehörde und die Veröffentlichung im Amtsblatt (vermutlich kurz vor Jahresende) abzuwarten.

### Zu erwartende kurzfristige Auswirkungen

Ab Inkrafttreten der Weiterbildungsregelung ist diese nach G-BA-Beschluss der Maßstab für die Erteilung entsprechender Abrechnungsgenehmigungen. Wir hoffen, dass sich dann durch die klarer und unbürokratischer als in der MWBO gefassten Übergangsregelungen die Zahl der Abrechnungsgenehmigungen für neuropsychologische Leistungen von bislang nur zwölf in ganz Schleswig-Holstein recht bald erhöhen und damit die Versorgung spürbar verbessern wird. Nach seriösen Schätzungen wären nämlich mindestens 40 Kolleginnen und Kollegen notwendig, die ausschließlich neuropsychologische Leistungen erbringen, um in Schleswig-Holstein eine ausreichende Versorgung sicherzustellen.

Ab Inkrafttreten können Anträge auf Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung gestellt werden. Durch die Zusatzbezeichnung kann es für Patienten leichter werden zu erkennen, welche Psychotherapeuten entsprechende Leistungen erbringen und auch abrechnen können.

### Mittelfristige Perspektiven und Hoffnungen

Abrechnungsgenehmigungen allein auf Grundlage der Übergangsregelungen der Weiterbildungsordnung werden aber ziem-

lich sicher nicht ausreichen, die Versorgung in Schleswig-Holstein sicherzustellen. Ihre Zahl wird sich in den nächsten Jahren zudem absehbar bald wieder reduzieren, da die Kolleginnen und Kollegen, die unter diese Übergangsregelungen fallen, i. d. R. schon etwas älter sind, häufig sogar schon vor 1999 neuropsychologisch tätig waren, ihre Approbation nach Übergangsregelungen erworben haben und irgendwann in Ruhestand gehen werden. Eine angemessene Versorgung gemäß vom G-BA definierten Leistungserbringerkreis wird daher mittelfristig wohl nur erreichbar sein, wenn recht zügig junge approbierte Kolleginnen und Kollegen die Weiterbildung aktiv aufnehmen und durchlaufen. Bislang hat jedoch bundesweit nach unserer Kenntnis noch kein einziger Approbierter die Weiterbildung nach den Weiterbildungsregelungen entsprechend der MWBO, die in vielen Bundesländern

bereits seit 2006/2007, in Rheinland-Pfalz sogar seit 2004, gültig sind, aufgenommen. Es besteht nun die Hoffnung, dass sich dies durch die in Schleswig-Holstein beschlossenen Weiterbildungsregelungen ändern wird, die einerseits einen begründet hohen Qualifikationsstand sichern, aber gleichzeitig deutlich unter den unverhältnismäßig hoch gehängten Weiterbildungsumfängen der MWBO liegen, welche wesentlich noch dadurch geprägt scheinen, dass die GNP ursprünglich mit der Neuropsychologie einen 4. Weg zur Approbation (also „Ausbildung“, und nicht „Weiterbildung“ für eine „Zusatzbezeichnung“) anstrebte. Ob sich diese Hoffnungen bewahrheiten, wird erst in zwei bis drei Jahren absehbar sein. Für diese Übergangszeit scheint für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung eine Ausweitung des Leistungserbringerkreises vermutlich unerlässlich (im Prüfauftrag des

BMG vom 30. Januar 2012 werden hierzu verschiedenen Optionen angesprochen).

Wenn die erhoffte aktive Nachfrage nach Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie in Schleswig-Holstein in den nächsten Jahren tatsächlich eintreten sollte, wäre aber mit dieser auf Schleswig-Holstein begrenzten Insellösung für die Versorgung der betroffenen Patientengruppe bundesweit nur wenig erreicht. Es besteht deshalb die weitergehende Hoffnung, dass nun auch in den anderen Kammern die Weiterbildungsregelung in diesem Punkt noch einmal kritisch überprüft und ggf. geändert wird. Auf dem nächsten Deutschen Psychotherapeutentag im Frühjahr 2014 soll eine Überarbeitung der MWBO ohnehin auf der Tagesordnung stehen.

*Detlef Deutschmann  
Vorstandsmitglied und Sprecher des  
Ausschusses Fort- und Weiterbildung*

## Praxiswertbestimmung – Überlegungen zur Entsachlichung der Diskussion

### **Der freie Markt als Vermeidung der Konsensbildung**

Wenn man als Unternehmensberater den Kauf oder Verkauf eines Unternehmens begleitet, muss man wissen, dass es keinen objektiven Wert eines Unternehmens gibt, gleichgültig, ob es sich um eine psychotherapeutische Praxis oder einen börsennotierten Konzern handelt. Sowohl Verkäufer als auch Käufer bewerten das Unternehmen nach eigenen Modellen, die ihnen geeignet erscheinen. Dabei können nicht nur Käufer und Verkäufer, sondern auch verschiedene potenzielle Käufer zu völlig unterschiedlichen Bewertungen kommen. Der einzige Konkurrent am Ort wird für den anderen Skilift, Supermarkt etc. in der Regel mehr zahlen als ein ortsfremder Dritter. Der jung approbierte Psychotherapeut, der (Einkommensverlust eingerechnet) eine sechsstellige Summe für seine Ausbildung bezahlt hat, wird sich die Möglichkeit der Niederlassung möglicherweise mehr kosten lassen als sein älterer angestellter Kollege, der ein wenig unzufrieden mit seinem Arbeitsplatz ist. Die Wahl des geeigneten Bewertungsmodells ist positionsabhängig. Letztendlich kommt es in einem freien Markt zum Ver-

kauf an den Meistbietenden, sofern dessen Angebot dem Verkäufer hinreichend hoch erscheint. Der Vorzug dieser Konstellation ist, dass ein Konsens über ein „faïres“ oder „objektives“ Bewertungsmodell obsolet ist.

### **Der Wert des nicht zu Bewertenden**

Nun ist eine psychotherapeutische Praxis mit KV-Zulassung kein auf einem freien Markt handelbares Gut; vielmehr soll bei der Verkehrswertbestimmung die KV-Zulassung preislich unberücksichtigt bleiben. Die dem Unbedarften sich aufdrängende Idee, für die Bewertung einer KV-zugelassenen Praxis die Verkaufspreise von reinen Privatpraxen heranzuziehen, schlägt fehl, denn es gibt keinen nennenswerten Markt für diese und somit auch keine Referenzpreise. Das wirtschaftliche Gut, das de facto gehandelt wird, ist gerade die „unverkäufliche“ KV-Zulassung, und ich glaube, es ist wichtig für die Diskussion, dies klar zu benennen. Wenn man den Anzeigenteil einer beliebigen Fachzeitschrift, in der KV-Zulassungen (!) angeboten oder gesucht werden, aufschlägt, findet man dementsprechend redaktionelle Hinweise auf die politisch korrekte Sprachregelung („Verkaufe Praxis, KV-

### **Praxiswertbestimmung: Ein Dauerbrenner**

Worum geht es eigentlich bei der Praxiswertweitergabe und wer hat welche Interessen? Damit befasst sich in diesem Artikel der Sprecher der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in Schleswig-Holstein, Dr. Hilmar Böhm. Er legt seine ganz persönliche Sicht, nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus philosophischer Sicht dar und will den Blick auf die Diskussion damit erweitern.

*Juliane Dürkop  
Präsidentin*

Sitz vorhanden“). Entsprechend werden verschiedene Modelle zur Praxiswertbestimmung, die zu sehr unterschiedlichen Resultaten kommen, vorgeschlagen. Ihnen allen ist gemeinsam, dass die Modellwahl interessengeleitet erfolgt. Der so ermittelte Wert ist eine in der Sprache der BWL formulierte Rationalisierung dahinterliegender Motive und Wünsche. In der Mathematik nennt man dieses Phänomen „overfitting“: Man wünscht sich ein Resultat und wählt ein passendes Modell, das das Resultat be-

stättigt. Daran ist nichts außer dem Anschein objektiv. Ein Beispiel, um zu verdeutlichen, dass es keinen konsensfähigen *common ground* bei der Praxiswertbestimmung gibt: In allen mir bekannten, mehr oder weniger Verkäufer oder Käufer begünstigenden Modellen wird unterstellt, dass der materielle Praxiswert (z. B. Bücher, Mobiliar) objektivierbar sei. In der Regel wird hierfür der Buchwert angesetzt. Versetzt man sich in die Lage eines Käufers, der seine Leistungen mit der KV abrechnen möchte, so erscheint dies fraglich, da der Erwerb von z. B. Büchern, die nicht den Interessen, oder von Einrichtungsgegenständen, die nicht dem Geschmack des Käufers entsprechen, zum Buchwert eine Belastung darstellt, außer diese könnten ohne Aufwand und Verlust zum Buchwert weiterveräußert werden. Ein Verkäufer mag dies ganz anders sehen und dafür gute Gründe haben.

### Preisbildung als Gruppenprozess?

Gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma? Ich meine, ja. Mein persönlicher Eindruck von Kollegen, die einen halben oder ganzen Sitz abgeben, ist, dass diese nicht Profitmaximierung im Sinn haben, sondern bei Beachtung ihrer wirtschaftlichen

Interessen um Fairness gegenüber der jüngeren Generation bemüht sind und das Wohlergehen unseres Berufsstands im Blick haben. Ich selbst – als bald „jung“ Approbierter – bin umgekehrt nicht der Meinung, dass aus der Tatsache, dass die Mehrheit der Sitzabgeber die Zulassung ohne Kosten erworben hat, zu folgern sei, deren Veräußerung sei verwerflich. Ich glaube, diese Argumentation verkennt, dass die Generation vor dem Psychotherapeutengesetz sich um den psychotherapeutischen Berufsstand verdient gemacht hat, auch unter schwierigeren Rahmenbedingungen, was deren Position und Vergütung im Gesundheitssystem angeht, als heute. Gemeinsam ist beiden Generationen, denke ich, eine hohe Identifikation mit dem Berufsstand und der Wunsch nach einer guten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Das Erste spricht gegen zu hohe Preise, die in der Öffentlichkeit sehr wohl hinterfragt werden und Anstoß erregen könnten, das Letzte gegen zu niedrige Preise, die die Weitergabe der Zulassungen – insbesondere die keinem Steuerfreibetrag unterliegende Abgabe eines halben Sitzes – unattraktiv machen und so den Generationen-

wechsel, der die gemeinsame Herausforderung darstellt, erschweren könnten. Im ehrlichen Dialog der Generationen, der sich nicht hinter vermeintlicher buchhalterischer Objektivität verschanzt, könnte ein Kompromiss erzielt werden. Aus diesem ein nachrangiges (und rein technisches) Problem.



*Dr. Hilmar Böhm, Diplom-Psychologe und Diplom-Mathematiker, seit 2011 Sprecher der PiA bei der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.*

### Korrespondenzadresse:

*Dr. Hilmar Böhm  
h.boehm@hboehm.de*

## Verkehrswert bei Praxiserwerb

Die PKSH hat Ende Juni einen längeren Fragenkatalog an den Zulassungsausschuss in Bad Segeberg gesandt. Tenor: Wie ist die Verhandlungsposition eines Kaufinteressenten? Spielt der sogenannte Verkehrswert beim Praxisverkauf in Schleswig-Holstein überhaupt eine Rolle oder bestimmen die Veräußerer von Kassensitzen letztlich allein den Preis?

### Die Antworten des Zulassungsausschusses in Kürze

Der Zulassungsausschuss verlangt von allen InteressentInnen Vorverträge mit den

Veräußerern. Das niedrigste Angebot würde vom Ausschuss als realistische Verkehrswertschätzung angesehen.

Kommt kein Vorvertrag zustande, weil sich InteressentIn und VerkäuferIn nicht auf einen Preis einigen können, würde der/die BewerberIn trotzdem zur Zulassungsverhandlung eingeladen. Sie/er hätte die gleichen Chancen, wenn sie/er verbindlich erklärt, den Verkehrswert zu bezahlen. Dieser Wert müsste dann von einem zugelassenen Gutachter berechnet werden. Das Gutachten zahlt der Zulassungsausschuss. Der

ermittelte Wert wäre dann als Kaufpreis verbindlich von dem/der KäuferIn zu zahlen.

Der Zulassungsausschuss hat der PKSH eine Liste von 17 „Sachverständigen zur Bewertung von Arztpraxen“ übersandt. Sollte ein Mitglied über praktische Erfahrungen mit einer Verkehrswertermittlung im Zusammenhang mit dem Erwerb einer kassenpsychotherapeutischen Praxis haben, wäre der Vorstand der PKSH an Rückmeldung interessiert.

*Klaus Thomsen  
Vorstandsmitglied*

### Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Gerlinde Galedary, Wahlstorf  
geb. 02.03.1950, verst. 09.07.2013

Ralph Kannen, Tangstedt  
geb. 09.08.1962, verst. 02.10.2013

Dr. Almut Böttner, Preetz  
geb. 26.07.1959, verst. Sept. 2013

### Geschäftsstelle

Alter Markt 1-2  
24103 Kiel  
Tel. 0431 / 66 11 990  
Fax 0431 / 66 11 995  
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr  
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr  
info@pksh.de // www.pksh.de



## Impressum Psychotherapeutenjournal

Das *Psychotherapeutenjournal* publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das *Psychotherapeutenjournal* erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

12. Jahrgang, Ausgabe 4/2013

### Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München

### Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling

(OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

### Redaktion

Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach (V.i.S.d.P.)  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigelegte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

### Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69126 Heidelberg

### Druck

westermann druck  
38104 Braunschweig

### Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 1/2014 ist der 16. Dezember 2013, für Ausgabe 2/2014 der 24. März 2014. Manuskripte sind elektronisch

(CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind **urheberrechtlich geschützt**. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

# Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

 <p><b>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</b></p> <p><b>Baden-Württemberg</b> Jägerstraße 40 70174 Stuttgart Tel. 0711/674470-0 Fax 0711/674470-15 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@lpk-bw.de www.lpk-bw.de</p>	 <p><b>Psychotherapeutenkammer HAMBURG</b></p> <p><b>Hamburg</b> Hallerstraße 61 20146 Hamburg Tel. 040/226 226 060 Fax 040/226 226 089 Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr Fr 9.00 – 14.00 Uhr info@ptk-hh.de www.ptk-hh.de</p>	 <p><b>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer</b> Kickerlingsberg 16 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0 Fax 0341/462432-19 Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr Mi 14.00 – 17.00 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@opk-info.de www.opk-info.de</p>
 <p><b>PTK   Bayern</b></p> <p><b>Bayern</b> St.-Paul-Straße 9 80336 München (Post: Postfach 151506 80049 München) Tel. 089/515555-0 Fax 089/515555-25 Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 13.00 Uhr info@ptk-bayern.de www.ptk-bayern.de</p>	 <p><b>LPPKJP HESSEN</b></p> <p><b>Hessen</b> Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden Tel. 0611/53168-0 Fax 0611/53168-29 Mo 10.00 – 13.00 Uhr Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr post@ptk-hessen.de www.ptk-hessen.de</p>	 <p><b>LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz</b></p> <p><b>Rheinland-Pfalz</b> Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 55130 Mainz Tel. 06131/93055-0 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>pkSH Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein</b></p> <p><b>Schleswig-Holstein</b> Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus 24103 Kiel Tel. 0431/661199-0 Tel. 0431/661199-5 Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr Do 13.00 – 16.00 Uhr info@pksh.de www.pksh.de</p>

