

Psychotherapeuten journal

- Abschiebungen von geflüchteten Patientinnen und Patienten
- Trauma-Sprechstunde für Geflüchtete
- Ambulante Psychotherapie mit ehemaligen Straftäterinnen und -tätern
- Interviews:
 - Facharztäquivalente Bezahlung für Psychotherapeutinnen und -therapeuten – hält ver.di das noch für realisierbar?
 - Zum Einfluss von Globalisierung, Internet und Infotainment auf die psychische Strukturbildung
- Kann eine Lockerung der Schweigepflicht Straftaten verhindern?

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion des Psychotherapeutenjournals und der
medhochzwei Verlag wünschen Ihnen schöne
Weihnachtstage und einen angenehmen Jahreswechsel!

Wir freuen uns auf interessante Themen und Artikel
im nächsten Jahr.



Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

schon wieder ist ein Jahr vorbei. Viel zu schnell mögen viele sagen. Haben wir die Zeit gut genutzt oder verschwendet?

Die Techniken des Zeitmessens haben sich geändert. Hielt sich der Mensch früher noch an den wiederkehrenden Verlauf der Sterne, haben wir heute die genaue Atomzeit. Doch nur weil diese Messung präzise erscheint, darf die Zeit nicht mit den Instrumenten verwechselt werden, die sie messen.

Der französische Philosoph Henri Bergson (1859-1941) wählte eine psychologische Betrachtung der Zeit. Er hielt die Zeit nicht für metrisch messbar. Sie sei von Empfindungen abhängig und könne deshalb nur als Dauer erlebt werden. Die Zeit als Dauer entspräche einer inneren Zeit, die sich nicht in getaktete Augenblicke trennen ließe. Die Dauer hängt mit dem Bewusstsein zusammen, dem inneren Erleben, und ist getrennt von der homogen gemessenen Zeit zu betrachten. Die physikalische Zeit kann das innere Erleben nicht abbilden.

In modernen Gesellschaften gibt es eine Aversion gegen Zeitvergeudung, weil unsere Vorhaben größer sind als die verfügbare Zeit, diese umzusetzen. Die gesellschaftliche Betriebsgeschwindigkeit bestimmt den Zeirhyth-

mus des Einzelnen, ohne dass uns noch genügend Zeit bleibt, unserem inneren Taktgeber zu folgen.

Psychische Gesundheit wird jedoch auch als Fähigkeit verstanden, zu spüren, was zu welcher Zeit im Leben am besten zu erledigen ist. Das wäre ein autonomer Umgang mit der Zeit.

Zur Weihnachtszeit widersetzen sich auch die Menschen dem Zeitdiktat, die das Fest unabhängig vom christlichen Glauben feiern. Sie wollen Zeit als Dauer erleben. Dann gibt es geradezu eine Abneigung gegen die getaktete Zeit. Wer will schon unter dem Weihnachtsbaum exakt festlegen, wie viele Minuten das Fest genau dauern soll. Pünktlich zu Weihnachten und dem gesellschaftlichen Diktat der Ruhe und Besinnung, fällt es vielen Menschen leicht, anders zu denken – jedoch nur, weil es alle tun. Es ist eine gesellschaftlich vorgegebene Zeitspanne der Ruhe und des Besinnens, die nichts mit freier Entscheidung zu tun hat, von erschöpften Menschen jedoch gern genutzt wird.

Dann kommen Silvester und die guten Vorsätze. Alles soll besser werden, etwa möglichst mehr Zeit für sich und die Familie haben, wird oft genannt. Häufig wird das nächste Jahr jedoch ähnlich wie das vorherige. Es bedarf Mut, etwas Neues anzufangen, ein Grundvertrauen, um Initiative ergreifen zu können. Vielleicht doch im nächsten Jahr einmal weniger arbeiten oder mehr Zeit für die Dinge, die wir genießen?



Wer handelt und verändert, geht Risiken ein. Sie sind eben die unkontrollierbaren Nebenwirkungen des Handelns. Der Lohn wäre das vermehrte Erleben in der Dauer und damit das Verändern der subjektiven Zeit.

Für diese Ausgabe des PTJ hat der Redaktionsbeirat eine Vielfalt von Artikeln für Sie ausgewählt – wir hoffen, Sie finden etwas Zeit dafür.

Veronika Wolf und Eva van Keuk weisen zum Beispiel angesichts des aktuellen Asylpakets II auf den negativen Einfluss drohender Abschiebung hin. Symptomanstieg bei den Patienten, aber auch Frustration aufseiten der Behandelnden sind die Konsequenzen. Notwendige Verbesserungen werden von den Autorinnen diskutiert.

Ich wünsche Ihnen besinnliche Weihnachten und alles Gute für das neue Jahr

*Dr. Angelika Nierobisch
(Schleswig-Holstein)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia

334

Veronika Wolf & Eva van Keuk

Abschiebungen von geflüchteten Patientinnen und Patienten aus der Regelversorgung

Die Ergebnisse einer Online-Erhebung verdeutlichen, dass drohende Abschiebungen Alltag bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Geflüchteten sind. Der Artikel stellt neben den Daten der Erhebung den aktuellen rechtlichen Kontext dar und formuliert Handlungsbedarfe zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unsicherem Aufenthalt.

343

Ricarda Müller

Trauma-Sprechstunden für Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen von Hamburg. Ein Erfahrungsbericht.

Der Artikel beschreibt die Entwicklung und (persönliche) Ausgestaltung einer Trauma-Sprechstunde in Hamburg und gibt Einblicke in die Besonderheiten dieser Arbeit mit Asylsuchenden.

352

Nina Sarubin, Benedikt Waldherr, Christian Hartl & Heiner Vogel

Ambulante Psychotherapie mit ehemaligen Straftäterinnen und Straftätern. Hürden und Herausforderungen.

Der Artikel stellt die Ergebnisse einer Umfrage der Psychotherapeutenkammer Bayern zu Besonderheiten und Hürden der psychotherapeutischen Behandlung von ehemaligen Straftäterinnen und -tätern vor. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe werden diskutiert.

359

Olaf Wollenberg

Eine tragende Säule der Altersvorsorge – Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Das Versorgungswerk der PTK NRW (PTV) ist eines von vier Psychotherapeutenversorgungswerken in der Bundesrepublik Deutschland und zuständig für die Mitglieder der PTK NRW, der LPK BW und der OPK. Der Artikel stellt das PTV mit seinen wesentlichen Eigenschaften vor.

Interviews

362

Heiner Vogel & Klaus Thomsen im Gespräch mit Sylvia Bühler

TVöD-Entgeltgruppe 14 – hält ver.di die facharztäquivalente Bezahlung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch für realisierbar?

367

Ulrich Wirth im Gespräch mit Carlo Strenger

„Just do it! – oder: Wie hoch notierst Du an der globalen Ich-Börse?“

Ein Gespräch über den Einfluss von Globalisierung, Internet und Infotainment auf die psychische Strukturbildung.

Aktuelles aus der Forschung

373

Désirée S. Aichert

Elterliche Psychopathologie und kindliches Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom – Implikationen für die psychotherapeutische Praxis

Recht: aktuell

380

Martin Klett & Stephanie Tessmer

Lockerung der Schweigepflicht zum Zweck der Verhinderung von Straftaten?

Buchrezension

387

Fachlich hochwertiger und praxisorientierter Einstieg in lösungsorientiertes Arbeiten

Eine Rezension von Matthias Ochs: Hargens, J. (2015). Keine Tricks! Erfahrungen lösungsorientierter Therapie. Ein persönlicher Rückblick.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

388

Bundespsychotherapeutenkammer

425

Niedersachsen

396

Baden-Württemberg

430

Nordrhein-Westfalen

401

Bayern

434

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

406

Berlin

439

Rheinland-Pfalz

411

Bremen

444

Saarland

415

Hamburg

448

Schleswig-Holstein

419

Hessen

331

Editorial

452

Artikelverzeichnis 2016

454

Impressum Psychotherapeutenjournal

A1

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A19

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages
Hinweise:

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

- Der Teilaufgabe Hamburg sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:
Änderungen und Neufassungen von Satzungen und Ordnungen der PTK Hamburg

Abschiebungen von geflüchteten Patientinnen und Patienten aus der Regelversorgung

Veronika Wolf & Eva van Keuk

Zusammenfassung: Bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken Geflüchteten werden Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit dem Asylrecht konfrontiert. Bislang gibt es kaum psychologische Forschung zu Auswirkungen drohender Abschiebungen auf den Behandlungsverlauf. Der Artikel stellt einführend die aktuelle Rechtslage und die restriktiven Änderungen durch das Asylpaket II dar. Sodann werden die Ergebnisse einer Online-Erhebung dargestellt, die zeigt, dass Abschiebungen während der Behandlung von Geflüchteten in circa der Hälfte der Fälle drohen. Die Befragten reagieren darauf zumeist mit dem Verfassen von Stellungnahmen zur Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung. Behandlungsabbrüche aufgrund von Abschiebungen wurden von einem Drittel der Befragten berichtet, allerdings in Einzelfällen. Die Auswirkungen der Abschiebungsdrohung auf den Behandlungsverlauf werden als hoch und sehr negativ eingeschätzt. Die Mehrzahl der Befragten bewertet institutionsübergreifende Leitlinien zum Umgang mit abschiebungsgefährdeten Patientinnen und Patienten als hilfreich. Aus den Ergebnissen werden Handlungsbedarfe zur klinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unsicherem Aufenthalt abgeleitet.

Spätestens seit 2015 stellen Geflüchtete in zunehmendem Maße eine relevante Patientengruppe dar. Sie stellen Kliniken, Ambulanzen, Praxen und Beratungsstellen vor neue Herausforderungen: Wie können Sprachbarrieren überwunden werden? Erschweren die belastenden Lebensumstände therapeutische Erfolge? Welche soziokulturellen Erklärungsmodelle sind in der psychotherapeutischen Behandlung relevant? Aber auch: Wie wird die Behandlung beeinflusst durch rechtliche Rahmenbedingungen, die Aufenthaltssituation und insbesondere eine drohende Abschiebung?

Während zur allgemeinen erhöhten Belastung von Geflüchteten eine Reihe von Zahlen vorliegen, ist uns keine Forschung bekannt, die Ausmaß oder Folgen von erzwungenen Behandlungsabbrüchen einer Psychotherapie durch aufenthaltsbeendende Maßnahmen untersucht. Wie häufig sind drohende oder tatsächliche Abschiebungen bei der Behandlung von Geflüchteten? Wie gehen die therapeutisch Tätigen mit dieser Situation um? Wie beeinflusst eine drohende Abschiebung die Behandlung?

Zur Einführung wird im Folgenden zunächst ein Literaturüberblick über das Themenfeld psychische Erkrankungen von Geflüchteten und Behandlung bei drohender Abschiebung gegeben. Für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die mit der aktuellen Rechtslage nicht vertraut sind, wird hier zudem einführend auf den Zusammenhang von Erkrankungen und Abschiebungshindernissen eingegangen. Der Artikel wird im Anschluss Ergebnisse einer Online-Erhebung darstellen. Die Daten der nicht-repräsentativen Stichprobe ermöglichen eine Abschätzung der Relevanz des Themas für die klinische Versorgung. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Rahmen-

bedingungen sollen die Studienergebnisse und die Implikationen für die therapeutische Behandlung von Geflüchteten diskutiert und in einem Ausblick soll die Frage beantwortet werden, was therapeutisch Tätige benötigen, um weiterhin Geflüchtete – wie alle anderen Patientengruppen auch – angemessen versorgen zu können.

Theoretischer Hintergrund und aktueller rechtlicher Rahmen

Geflüchtete weisen eine hohe Prävalenz psychischer Störungen auf und brauchen den Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung ihrer psychischen Störungen: Das Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu erkranken, liegt für Überlebende von Vergewaltigung, Militäreinsätzen und Gefangenschaft laut DSM-5 (2015) zwischen 33% und 50%. Nicht jeder Geflüchtete leidet an einer Traumafolgestörung, allerdings sind die Prävalenzraten in der Gruppe der Geflüchteten höher als in anderen Patientengruppen. Komorbide Störungen wie depressive Störung und Angststörung sind die Regel (80% erhöhte Wahrscheinlichkeit, DSM-5, 2015). PTBS-Patienten zeigen zudem erhöhte Raten von somatischen stressbedingten Erkrankungen und oft eine unzureichende Affektregulation und Impulskontrolle, was mit dissoziativen Symptomen, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen und Suizidalität einhergeht (vgl. Fischer & Riedesser, 1999).

Unseres Wissens gibt es bislang keine Forschung über Behandlungsabbrüche durch Abschiebungen. Auch zum Einfluss drohender Abschiebungen auf den Behandlungsverlauf fehlen bislang einschlägige Studien. Dies steht im Gegensatz

zu der Annahme, dass drohende Abschiebungen bei einer Vielzahl der Behandlungen von Geflüchteten Alltag sind. Bezüglich der Häufigkeit beschreiben Mösko et al. (2013), dass mehr als die Hälfte der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Hamburg bei einer Befragung angaben, zumindest einen Patienten oder eine Patientin mit unsicherem Aufenthalt zu behandeln, und schlussfolgern, dass komplexe Behandlungssituationen aufgrund der Aufenthaltsunsicherheit ziemlich häufig auftreten müssten. In einer Studie wurde der Gesundheitszustand von freiwillig zurückgekehrten Geflüchteten mit dem von in Deutschland lebenden Geflüchteten verglichen (vgl. von Lersner, 2008). Hierbei wurde deutlich, dass die Prävalenz psychischer Störungen von 53% vor der Ausreise auf 88% nach der Rückkehr innerhalb von neun Monaten zugenommen hatte und dass Rückkehrprogramme sehr wenig Einfluss auf die psychische Gesundheit der Zurückgekehrten gehabt hatten.

Neben systematischen Studien fehlt es auch an Falldarstellungen von Abschiebungen aus ambulanten Behandlungen; selbst bezüglich Abschiebungen aus geschlossenen psychiatrischen Stationen berichtet eher die Tagespresse – z. B. 2012 bei einer Abschiebung aus dem Göttinger Asklepios-Klinikum (taz, 2014) – als Fachjournale. Eine Einzelfalldarstellung einer Abschiebung aus einer geschlossenen Psychiatrie findet sich in der IPPNW-Studierendenzeitschrift (Hanewald, 2004). Hanewald schildert auch anhand eines Fallbeispiels komplexe Behandlungsverläufe bei drohender Abschiebung (Hanewald et al., 2016).

Zum Teil wird die Angst vor Abschiebungen in der Literatur als einer unter mehreren Post-Migrationsstressoren mit Einfluss auf Erkrankung und Behandlung genannt (vgl. z. B. Miller et al., 2010; Seiedin, 2005). Andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Aufenthaltsunsicherheiten als posttraumatische Lebensbedingungen erheblich zur Chronifizierung der Störung beitragen (vgl. Gerlach & Pietrowsky, 2012; Laban et al., 2004; Silove et al., 2007). In anderen Übersichtsartikeln zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchteten fehlen Aspekte wie Aufenthaltsunsicherheit oder drohende Abschiebung (Bär, 2011; Koch, 2008) oder diese werden nur in Bezug auf eine Abschiebung krimineller Ausländer genannt (vgl. z. B. Lindert, 2008).

Die psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unsicherem Aufenthalt findet vor einem speziellen aufenthaltsrechtlichen Kontext statt. Eine Erkrankung hat dabei rechtliche Implikationen für den Aufenthalt. So kann eine Erkrankung ein *zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis* oder ein *inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis* darstellen. Ein *zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis*

liegt dann vor, wenn im Zielstaat für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht – sodann soll von einer Abschiebung in diesen Staat

— Das Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, liegt für Überlebende von Vergewaltigung, Militäreinsätzen und Gefangenschaft laut DSM-5 zwischen 33% und 50%.

abgesehen werden (§ 60.7, AufenthG). Ein inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis ist gegeben, wenn die Androhung oder der Vollzug der Abschiebung einen Grundrechtseingriff darstellen, z. B. weil es im Vorfeld der Abschiebung zu einem Suizidversuch kommen könnte oder ein Behandlungsabbruch eine Gefährdung von Leib und Leben nach sich ziehen würde. Es obliegt nach geltendem Recht den Betroffenen, bestehende Erkrankungen, die zu einem Abschiebungsverbot führen könnten, zur Überzeugung der Ausländerbehörde zu belegen.

Während es in der Vergangenheit nur in Einzelfällen zu Abschiebungen aus stationären und ambulanten Behandlungssettings kam, wird dies infolge der jüngsten Gesetzgebung voraussichtlich zunehmen. Die aktuelle Politik verfolgt das Ziel, für Geflüchtete aus bestimmten Herkunftsländern Abschiebungshindernisse zu verringern und die sogenannte freiwillige Rückkehr zu fördern (vgl. Die Bundesregierung, 2016).

Die konkrete Ausgestaltung dieser politischen Zielvorgabe findet sich in der Asylgesetzgebung seit August 2015, insbesondere im Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 11. März 2016 (Asylpaket II). Erklärtes Ziel ist der „Abbau von Abschiebungshindernissen aus vermeintlich gesundheitlichen Gründen“ (vgl. Deutscher Bundestag, 2016, S. 11). Nach dem Gesetz

- dürfen nur noch „qualifizierte ärztliche Bescheinigungen“ mit bestimmten Standards anerkannt werden, die nicht älter als zwei Wochen sein dürfen; eine Bescheinigung, die nicht den Anforderungen entspricht oder zu spät eingereicht wird „darf nicht mehr berücksichtigt werden“,
- sind nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, relevante Abschiebungshindernisse; in der Begründung zum Gesetzentwurf wird dazu unter anderem ausgeführt, dass „eine solche schwerwiegende Erkrankung (...) hingegen zum Beispiel in Fällen von PTBS regelmäßig nicht angenommen werden (kann): In Fällen einer PTBS ist die Abschiebung regelmäßig möglich (...)“ (vgl. Deutscher Bundestag, 2016, S. 18).

Bezüglich der PTBS sei angemerkt, dass es selbstverständlich, unabhängig von der Gesetzesbegründung, Klinikerinnen und Klinikern weiterhin überlassen bleibt, auch eine Posttrau-

matische Belastungsstörung explizit als lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen im konkreten Einzelfall einzuschätzen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würde.

Trotz der Kritik von Bundespsychotherapeutenkammer (2016), Bundesärztekammer (Kötter, 2016) und großer Fachgesellschaften (u. a. DGPPN; vgl. DGPPN-Pressestelle, 2016) sowie der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer BAfF (Bittenbinder, 2016), ist diese Verschärfung im Asylpaket II in Kraft getreten.

Dass sich Psychiatrien mit der Thematik auseinandersetzen müssen, zeigt folgender Vorfall: Im Januar 2016 versandte der Klinikverband des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) nach zwei Abschiebungen aus geschützten psychiatrischen Stationen, die mit Polizeieinsatz durchgeführt wurden, ein Rundschreiben an die Klinikvorstände. Darin erläutert der LVR-Klinikverband den Vorständen die Rechtslage und erörtert Handlungsoptionen (LVR, 2016). Im Tenor verdeutlicht der Klinikverband, dass Abschiebungshindernisse aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung von den Behörden bereits geprüft worden seien und es daher keinerlei Verhinderungsmöglichkeiten für die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte gäbe. Absprachen mit den Vollstreckungsbeamtinnen und -beamten seien zum Schutz der Mitpatientinnen und -patienten denkbar, um diesen den Anblick von bewaffnetem Personal auf der Station zu ersparen, beispielsweise eine kurzfristige anderweitige Unterbringung der abzuschubenden Patientin oder des Patienten in Kooperation mit der Ausländerbehörde. Zudem führt das Schreiben aus, dass jeder Asylantrag eingehend geprüft sei.

Zwar gilt die Regel der Einzelfallprüfung, jedoch kann unserer Erfahrung zufolge keinesfalls davon ausgegangen werden, dass alle psychisch kranken Asylbewerberinnen und -bewerber ihre Asylgründe vollständig vorgetragen haben oder ihre Erkrankung überprüft wurde. Verfahren, in denen dies regelhaft *nicht* stattfindet, sind sogenannte Dublin-Verfahren. Wenn ein Geflüchteter bereits in einem anderen europäischen Land registriert wurde, findet in Deutschland nur eine Prüfung der Zuständigkeit statt, jedoch keine Anhörung zu den Asylgründen. Tatsächlich waren im Jahr 2015 17,8% der Entscheidungen solche formellen Entscheidungen ohne Anhörung (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016). Im Jahr 2015 betraf eine drohende Dublin-Abschiebung 44.892 Geflüchtete (Dublin-Ersuchen), in 3.597 Fällen wurden Dublin-Überstellungen durchgeführt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016). Die Gesamtzahl der Rückführungen betrug 2015 nach Angaben der Bundesregierung 22.369 (Die Bundesregierung, 2016). Der Anteil der Dublin-Fälle macht also bei der Anzahl der erfolgten Rückführungen einen beträchtlichen Anteil aus.

Eine Asylbewerberin oder ein Asylbewerber muss nach §25 AsylG „selbst die Tatsachen vortragen, die seine Furcht vor Verfolgung oder die Gefahr eines ihm drohenden ernsthaften Schadens begründen, und die erforderlichen Angaben ma-

chen“ (AsylG; Hervorhebung durch die Verfasserin). Darüber hinaus muss die Verfolgung durch Glaubhaftmachung nachgewiesen werden: durch einen stimmigen, detailreichen und widerspruchsfreien Tatsachenvortrag (vgl. Frings et al., 2016). Eine Vielzahl von Gründen führt dazu, dass bis zur Abschiebung die individuellen Fluchtgründe von psychisch kranken Asylbewerberinnen und -bewerbern häufig nicht vorgetragen und gewürdigt werden:

- Eine psychische Erkrankung, insbesondere eine ausgeprägte Traumasymptomatik, beeinträchtigt die Fähigkeit zur verbalen, widerspruchsfreien, detailreichen Darstellung der Asylgründe beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (1. Instanz) und beim Verwaltungsgericht (2. Instanz). Gerade schambesetzte und angstauslösende Erfahrungen werden von den Betroffenen vermieden und nicht bzw. nicht vollständig verbalisiert.
- Eine gezielte, flächendeckende Früherkennung von vulnerablen Geflüchteten, wie sie von der EU-Aufnahmerichtlinie verbindlich gefordert wird, findet ebenso wie die Vermittlung in die erforderliche Behandlung weiterhin regelmäßig nicht statt (vgl.: Richtlinie 2013/33/EU; BAfF, 2015).
- Die Zugangsbarrieren in die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sind für Geflüchtete weiterhin hoch, was u. a. zum einen in den Erfahrungen der Geflüchteten in der heimatlichen Gesundheitsversorgung liegt, zum anderen in der fehlenden Übernahme von Dolmetscherkosten, um nur zwei Aspekte zu nennen.
- Instrumentalisierung von Trauma in Einzelfällen erhöht die Skepsis aufseiten der juristischen Entscheidungsträger gegenüber dem Vortrag von psychischen Störungen.
- Qualifizierte Gutachten bei fortgebildeten sachverständigen Gutachterinnen und Gutachtern werden selten in Auftrag gegeben, trotz vorhandener Standards (Bundesärztekammer, 2012).
- Niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind die rechtlichen Grundlagen nicht bekannt; zudem fehlen oft Zeit, Vergütung, ggf. Kenntnisse oder die Bereitschaft, die erforderlichen Atteste nach den gesetzlichen Kriterien auszustellen.

Fest steht, dass mit den restriktiven Regelungen im Asylpaket II klinische Bescheinigungen, die den Kriterien nicht entsprechend oder später als zwei Wochen vorgelegt werden, unabhängig vom Inhalt nicht mehr berücksichtigt werden. Behandelnde können sich nicht darauf verlassen, dass alles geprüft ist und schwere Krankheiten als Abschiebungshindernisse anerkannt werden.

Ergebnisse der Online-Erhebung

Die Arbeitsgruppe „Ethik“ des Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP) führte mit Unterstüt-

zung des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP) eine Online-Erhebung zum Thema „Behandlung abschiebungsgefährdeter Patientinnen und Patienten“ bereits ein Jahr vor dem Inkrafttreten des Asylpaket II durch. Ziel der Erhebung war es, erste Zahlen zu Abschiebungen aus klinischen Versorgungseinrichtungen im deutschsprachigen Raum zusammenzutragen und die Auswirkungen für die Behandlung zu erfassen. Zudem wurde der Bedarf der Behandelnden nach Leitlinien zum Umgang mit Abschiebungen erhoben.

Durchführung

Die gestellten Fragen wurden mit mehreren Expertinnen, die langjährige Berufserfahrung in unterschiedlichen Einrichtungen der Regelversorgung haben, entwickelt und diskutiert. Der Fragebogen wurde in Form einer Online-Erhebung über das Portal q-set zur Verfügung gestellt. Die Verbreitung des Links erfolgte mit einem E-Mail-Anschreiben über verschiedene E-Mail-Verteiler, unter anderem jenen Verteilern des DTPPP und des BDP. Des Weiteren wurden verschiedene Kontaktpersonen, die schon im Vorfeld Interesse an dem Thema geäußert hatten, direkt angeschrieben und auch ihrerseits um Weiterleitung der Umfrage gebeten. Die Online-Erhebung lief vom 9. Juli 2014 bis zum 20. Januar 2015.

Der Link wurde von 674 Personen aufgerufen, wobei $n = 250$ von ihnen den Fragebogen auszufüllen begannen. Bei der Analyse wurden $n = 42$ Datensätze aufgrund frühzeitigen Abbruchs ausgeschlossen. Bei weiteren $n = 17$ Datensätzen fehlen die demografischen Daten, die zum Abschluss des Fragebogens erhoben wurden. Diese Datensätze konnten in der Auswertung jedoch trotzdem berücksichtigt werden. Ein Datensatz wurde wegen widersprüchlicher Daten ausgeschlossen. Es ergibt sich somit eine Stichprobe von $n = 207$ Personen für die weiteren Analysen.

Zur Demografie bzw. zum Hintergrund der Teilnehmenden (jeweils ca. 8 bis 9% keine Angaben)

Die größte Gruppe ist im psychologisch-psychotherapeutischen Dienst tätig (45,4%), gefolgt vom ärztlichen Dienst (21,7%). Weitere Tätigkeitsfelder sind Sozialdienst (4,3%), Pflege, Seelsorge sowie sonstige Beratung. 15% haben „Sonstiges“ angekreuzt.

Ein Viertel der Antwortenden ordnet sich selbst der oberen Leitungsebene zu (25,1%), weitere 17,9% der mittleren Leitungsebene, 48,8% der unteren Leitungsebene.

Die Arbeitsorte sind hauptsächlich Praxen (26,6%), psychiatrische Kliniken (24,2%) und Beratungsstellen (17,4%); einige

Befragte arbeiten auch in Psychosozialen Zentren, Psychosomatischen Kliniken und forensischen Psychiatrien (Sonstiges: 21,2%).

Der überwiegende Teil der erreichten Stichprobe arbeitet in Deutschland (76,3%); ca. 7,7% der Teilnehmenden kommt aus Österreich, 6,7% aus der Schweiz. Die in Deutschland arbeitenden Teilnehmenden verteilen sich praktisch über alle Bundesländer (außer Saarland), die größten Gruppen kommen aus NRW, Berlin, Bayern und Hessen.

Ergebnisse – Erfahrung mit drohenden Abschiebungen

Von den 207 teilnehmenden Personen gaben $n = 167$ Personen an, auch Patientinnen und Patienten mit unsicherem Aufenthaltsstatus (Geflüchtete) zu behandeln. Im Prinzip geben alle, die Geflüchtete behandeln, auch an, Erfahrung mit dro-

— Eine Vielzahl von Gründen führt dazu, dass bis zur Abschiebung die individuellen Fluchtgründe von psychisch kranken Asylbewerbern häufig nicht vorgetragen und gewürdigt werden. —

henden Abschiebungen gemacht zu haben ($n = 162$; 97%). Im Folgenden werden diese 162 Personen als *Behandelnde mit Erfahrung* bezeichnet, da aufgrund einer Programmierung im Online-Fragebogen Fragen zu tatsächlich erfolgten Abschiebungen, zum Umgang mit der Bedrohung und zum Einfluss der Bedrohung auf die Behandlung nur diesen Personen gestellt wurden. Der Gruppe der *Behandelnden ohne Erfahrung mit drohenden Abschiebungen* ($n = 45$, 21,7%) wurde nach den Eingangsfragen stattdessen die Frage gestellt, unter welchen Bedingungen sie sich eine Behandlung von Geflüchteten vorstellen könnten. Fragen nach existierenden Leitlinien und ob solche als hilfreich eingeschätzt würden sowie die demografischen Angaben wurden von der Gesamtstichprobe erhoben.

Ergebnisse der Teilstichprobe der Behandelnden mit Erfahrung mit drohenden Abschiebungen

Bezüglich der geschätzten Fallzahl innerhalb der letzten zwölf Monate besteht ein Verhältnis von 2:1 von Behandlungsfällen zu Fällen mit drohender Abschiebung. Insgesamt wurden von den *Behandelnden mit Erfahrung* in den vergangenen zwölf Monaten nach Schätzung 5.937 Patienten mit unsicherem Aufenthaltsstatus behandelt, davon waren geschätzte 2.999 Personen von Abschiebung bedroht. Dieser Wert unterschätzt die tatsächliche Anzahl, da 25,1% respektive 17,4% der Befragten zwar angaben, Geflüchtete zu behandeln respektive, dass Patientinnen und Patienten von Abschiebungen bedroht waren, jedoch keine Schätzung über die Anzahl

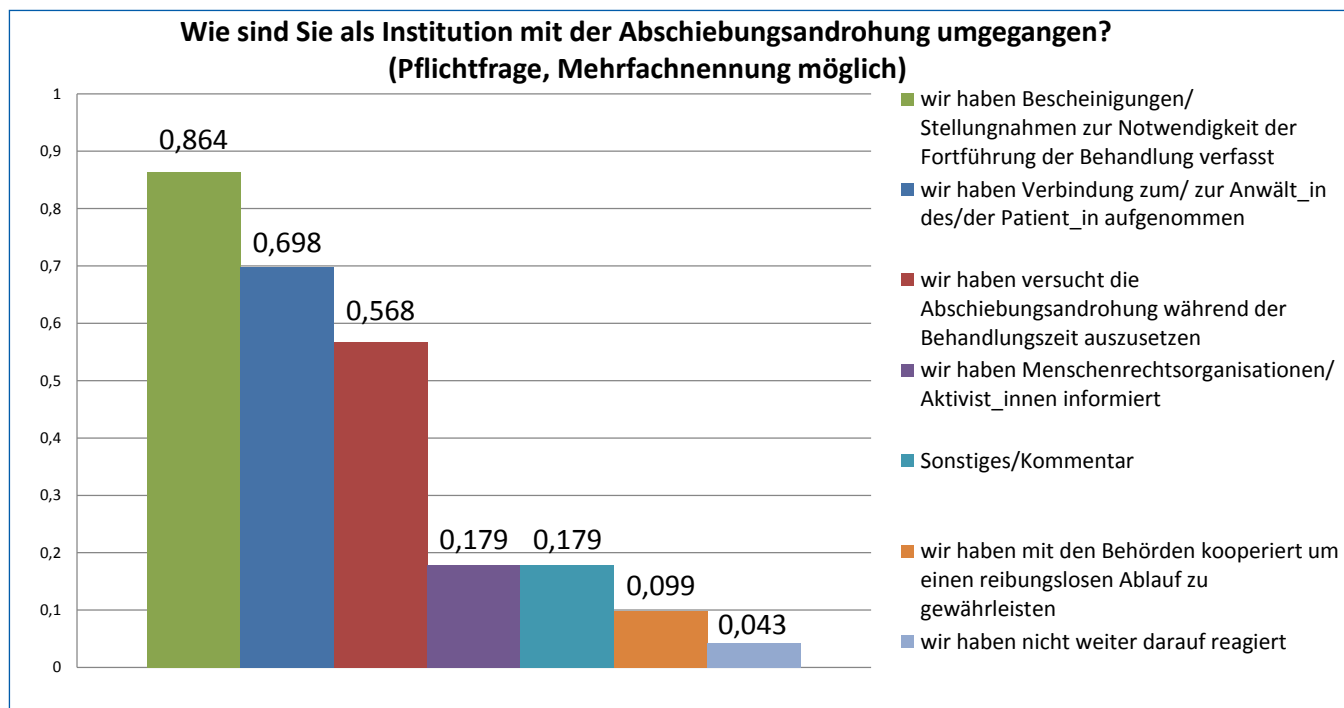


Abbildung 1: Umgang mit Abschiebungsandrohung

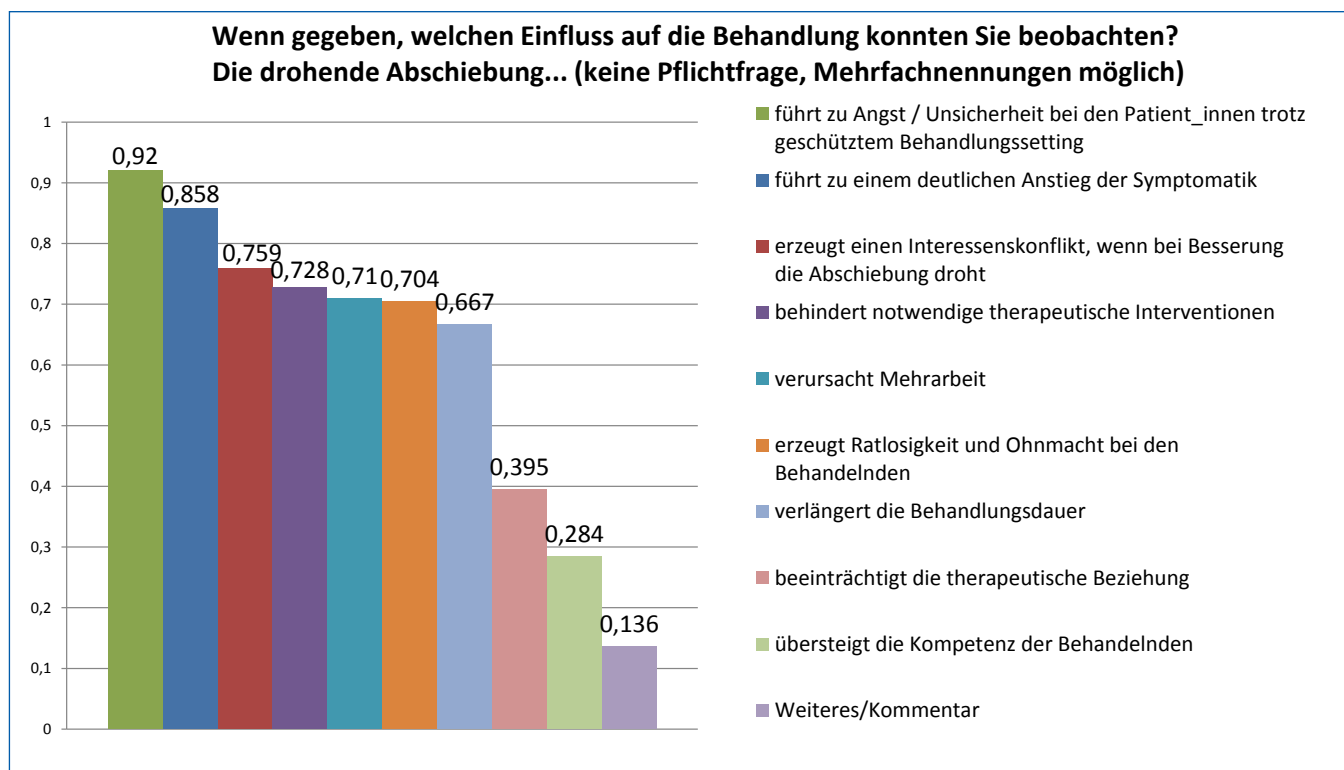


Abbildung 2: Einfluss der drohenden Abschiebung auf die Behandlung

abgaben. Die Angaben der einzelnen *Behandelnden mit Erfahrung* streuen stark, sodass das arithmetische Mittel mit 45 Fällen weit über dem Median mit zehn Fällen über zwölf Monate liegt; die Schätzung für die Fälle mit drohenden Abschiebungen liegen bei 22 (arithmetisches Mittel) respektive fünf (Median).

Nur 4,3% der *Behandelnden mit Erfahrung* gaben an, in der entsprechenden Situation einer drohenden Abschiebung nicht weiter darauf reagiert zu haben, während 86,4% Stellungnahmen zur Notwendigkeit der Fortführung einer Behandlung verfasst haben, den Anwalt bzw. die Anwältin kontaktiert (69,8%) oder anderweitig reagiert haben – im Durchschnitt

wurden 2,6 Aktivitäten (Median 3) berichtet. Die genaue Verteilung ist Abbildung 1 zu entnehmen.

Bezüglich der Erfahrung mit Stellungnahmen verneinten nur 12,3% klar die Frage, ob diese ernstgenommen würden, während 43,8% die Frage bejahten. 38,8% (n= 63) entschieden sich weder für „ja“ noch für „nein“, sondern kommentierten die Frage, dabei ließen sich die häufigsten Nennungen wie folgt clustern: das sei unterschiedlich (n= 15) bzw. unklar/keine Rückmeldung (n= 14).

Ein Drittel der *Behandelnden mit Erfahrung* (n= 52) hat bereits erlebt, dass Patienten während der laufenden Behandlung abgeschoben wurden. 57% dieser Behandelnden gaben darüber hinaus eine Fallzahl an und benannten dabei insg. 109 Fälle. Bei vier dieser Fälle handelt es sich um Abschiebungen aus stationärer geschützter psychiatrischer Behandlung. Die Gesamtzahl unterschätzt die tatsächliche Anzahl, da 22 Personen, die die Frage nach Abschiebungen aus laufenden Behandlungen bejaht hatten, keine Fallzahl angaben. Bezüglich des Anteils ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit demographischen Merkmalen (Institution, Leitungsfunktion, Tätigkeit).

80,9% der *Behandelnden mit Erfahrung* sehen einen hohen bis sehr hohen Einfluss einer drohenden Abschiebung auf die Behandlung. Nur 5,6% der Befragten beschrieben diesen als nicht vorhanden oder geringfügig. Zur Spezifizierung des Einflusses auf die Behandlung wählten die Befragten aus einer Reihe von Auswahlantworten durchschnittlich 6,2 Antwortoptionen. Die gewählten Antworten sind in Abbildung 2 dargestellt.

Die Kommentare (n= 22) sind weitestgehend einer der bereits erfragten Formulierungen zuzuordnen. Auffällig war, dass n= 4 Personen konkret darauf hinwiesen, dass die Suizidgefahr steigt.

Ergebnisse der Teilstichprobe der Behandelnden ohne Erfahrung mit drohenden Abschiebungen

Der Teilstichprobe *ohne Erfahrung* mit Patientinnen und Patienten mit Abschiebungsandrohungen (n= 45) wurde die offene Frage gestellt, unter welchen Bedingungen sie sich vorstellen könnten, Patientinnen und Patienten mit unsicherem Aufenthalt zu behandeln. Unter 27 Kommentaren waren die häufigsten Nennungen: eine Finanzierung/Kostenübernahme muss gesichert sein (n= 9) sowie Sprachkenntnisse bzw. Dolmetschende müssen zur Verfügung stehen (n= 7). Strukturelle Zugangsbarrieren wurden in einem Kommentar explizit ausgeführt: „In der Klinik werden Patienten mit unsicherem Aufenthaltsstatus sofort abgewiesen und an das Jugendamt und die Ausländerbehörde verwiesen. Dies ist chefärztliche Anordnung. Auch wenn das therapeutische Personal dies kritisch sieht, wird es leider nicht hinterfragt“.

Ergebnisse der Gesamtstichprobe zur Frage nach Leitlinien

Die Gesamtstichprobe (n= 207) wurde im Folgenden nun dazu befragt, ob es in ihrer Institution offizielle Richtlinien/Regeln/Leitlinien für Patientinnen und Patienten, die von Abschiebung betroffen sind, gäbe. Bei 78,3% der Einrichtungen gibt es keinerlei Leitlinien zum Umgang mit dieser Patientengruppe. 76,3% der Befragten würden institutionsübergreifende Richtlinien als hilfreich beurteilen. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stichproben mit und ohne Erfahrung in der Behandlung. Die Kommentare (n= 32), die auch bei positiver oder negativer Antwort abgegeben werden konnten, betonten den Bedarf nach Leitlinien, drückten aber auch Befürchtungen aus, dass der Spielraum für individuelle Lösungen eingeschränkt werden könnte.

Diskussion der Ergebnisse

In der Stichprobe, die über verschiedene E-Mail-Verteiler und im Schneeballsystem erreicht wurde, sind mit großer Wahrscheinlichkeit psychiatrisch und psychotherapeutisch Tätige überrepräsentiert, die mit dem Thema bereits konfrontiert waren, da davon auszugehen ist, dass bei diesen Behandelnden die Motivation zur Teilnahme höher war. Trotzdem wurden auch n= 45 Personen ohne Erfahrung mit drohenden Abschiebungen erreicht. Bezüglich der Bedingungen, Geflüchtete zu behandeln, wurden hauptsächlich Barrieren aufgrund von strukturellen Defiziten (Finanzierung, Sprachmittlung) benannt. Bezüglich der Einstellung, dass Leitlinien o. ä. zum Umgang mit drohenden Abschiebungen hilfreich seien, unterschieden sich die beiden Stichproben nicht.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass eine drohende Abschiebung für psychotherapeutisch Tätige, die mit Geflüchteten arbeiten, Alltag in Behandlungsinteraktionen in der Regelversorgung ist und nach Einschätzung der Befragten 50% der Geflüchtetenbehandlungen (zusammengenommen mindestens 2.999 ihrer Patienten) in den vergangenen zwölf Monaten betraf. Die Anzahl an tatsächlichen Behandlungsabbrüchen durch Abschiebungen ist – nicht auf einen 12-Monatszeitraum bezogen – mit mindestens 109 Fällen zwar sehr viel höher, als die bisherige Wahrnehmung von „Einzelfällen“ vermuten ließe, allerdings handelt es sich nur um einen sehr geringen Bruchteil, gemessen an den Fällen, in denen eine Abschiebung drohte. Eine breite Diskussion des Umgangs damit ist notwendig, zumal die Ergebnisse auch zeigen, dass die meisten Behandelnden einen hohen bis sehr hohen negativen Einfluss einer *drohenden* Abschiebung (Angst, Unsicherheit, Symptomanstieg) auf die Behandlung wahrnehmen. Diese Faktoren könnten erklären, warum in Studien ein Zusammenhang zwischen Aufenthaltsunsicherheit und Chronifizierung der Störung gezeigt werden konnte (s. o., vgl. Gerlach & Pietrowsky, 2012; Laban et al., 2004; Silove et al., 2007).

Bemerkenswert ist auch der hohe Prozentsatz von 70% der *Behandelnden mit Erfahrung*, die angaben, die drohende Abschiebung erzeugt Ratlosigkeit und Ohnmacht bei ihnen selbst – was nicht der Fall wäre, wenn die Abschiebung nicht als schädlich oder bedrohlich für die Patientinnen und Patienten wahrgenommen würde. Ein Kommentar von einer Person macht deutlich, dass dies auch Konsequenzen für andere Geflüchtete hat, da es die Barrieren für die Behandlungsaufnahme bei frustrierenden Verläufen und Hilflosigkeitserleben erhöht; so lautet der Kommentar: „Das war so anstrengend, dass ich beschlossen habe, dass ich mir das zukünftig erspare (Romafamilie, Jugendlichenbehandlung)“.

Gemessen an dem staatlichen Auftrag, Abschiebungen durchzusetzen, bleibt fraglich, ob es verhältnismäßig ist, bei einer 50- bis 100-fachen Anzahl an Patientinnen und Patienten durch drohende Abschiebungen Behandlungsverläufe zu verkomplizieren – mit dem Risiko von Chronifizierung und hohen Folgekosten im Gesundheits- und Sozialsystem –, eine hohe Zahl an Professionellen zu frustrieren und damit implizit die Zugangsbarrieren zu Angeboten der Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten mit unsicherem Aufenthalt weiter zu erhöhen.

Die erfreuliche Wahrnehmung, mit Stellungnahmen ernstgenommen zu werden, die in knapp der Hälfte der Fälle berufsgruppenübergreifend formuliert wurden, könnte sich aufgrund der neuen Gesetzgebung in den nächsten Monaten ändern. Seit März 2016 sind durch die Beschlussfassung im Asylpaket II (s. o.) im Vorfeld der Abschiebung nur noch „qualifizierte ärztliche Bescheinigungen“ anzuerkennen, für die im Gesetzestext eine Reihe von Kriterien festgelegt wurden (Umstände der Untersuchung, Methoden inkl. aller ggf. objektivierender Befunde, Diagnose, Schweregrad, Prognose im Falle einer Rückkehr/Abschiebung sind anzugeben). In der Praxis scheitern viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen

— Würden bereits im Vorfeld systematisch psychisch belastete Geflüchtete identifiziert und erforderliche Maßnahmen ergriffen, wie es die EU-Aufnahmerichtlinie vorschreibt, wäre allen Beteiligten geholfen.

daran, im Arbeitsalltag die Kriterien zu berücksichtigen, was für die Asylbewerberinnen und -bewerber verheerende Auswirkungen haben kann, weil die Behörden solche Bescheinigungen nicht berücksichtigen *dürfen* (s. o.). Des Weiteren ist der eigenständige und substantiierte Vortrag, wie in der Rechtsprechung verlangt, aus den oben erläuterten Gründen für traumatisierte Geflüchtete oft schwierig zu erbringen.

Zusätzlich zu dieser Hürde werden fachliche Einschätzungen von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, deren Expertise oberverwaltungsgerichtlich der von Fachärzten gleichgestellt wurde (vgl. OVG NRW, 2008;

Bundespsychotherapeutenkammer, 2014), im Vorfeld von aufenthaltsbeendenden Maßnahmen nun nicht mehr berücksichtigt. Zur Information für die psychotherapeutisch tätigen Kollegen sei an dieser Stelle vermerkt, dass sich diese Einschränkung nur auf Atteste im Bezug auf die Reisefähigkeit kurz vor einer Abschiebung bezieht, nicht aber auf psychotherapeutische Bescheinigungen, die zuvor im laufenden Asylverfahren vorgelegt werden.

Hilfreich könnte eine verfassungsgerichtliche Klärung der Frage sein, ob es zulässig ist, die fachliche Kompetenz von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Einschätzung der Reisefähigkeit auszuschließen. In Bezug auf die Umfrageergebnisse bleibt es spannend, zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu erheben, ob weiterhin die Wahrnehmung besteht, dass Stellungnahmen ernstgenommen werden.

Ausblick: Was benötigen klinisch Tätige, um weiterhin Geflüchtete angemessen versorgen zu könne?

Aus unserer Sicht sind aus den Vorüberlegungen, den Daten sowie der Diskussion folgende Handlungsbedarfe abzuleiten:

Flächendeckende frühe Identifizierung von Geflüchteten mit psychischen Störungen bzw. von Geflüchteten, die Gewalt oder Folter erlebt haben

In dem Konfliktfeld „Abschiebung kranker Geflüchteter“ begegnen sich Geflüchtete, Klinikerinnen und Kliniker aus der Gesundheitsversorgung und juristische Entscheidungsträgerinnen und -träger, beispielsweise in den Ausländerbehörden. Würden bereits im Vorfeld systematisch psychisch belastete Geflüchtete identifiziert und erforderliche Maßnahmen ergriffen, wie es die EU-Aufnahmerichtlinie (vgl. Richtlinie 2013/33/EU) vorschreibt, wäre allen Beteiligten geholfen und

es würde nicht erst kurz vor einer Abschiebung eine psychische Störung erkannt.

Abbau von Zugangsbarrieren in der Regelversorgung für psychisch kranke Geflüchtete

Ohne Sprache ist die Diagnose und Behandlung psychischer Störungen nur extrem eingeschränkt möglich. Psychische Störungen erschweren den Erwerb einer Fremdsprache. Wir benötigen einen systematischen Einsatz von Dolmetschern und insbesondere Klarheit hinsichtlich der Kostenüber-

nahme, damit der Zugang von psychisch kranken Geflüchteten in die Regelversorgung überhaupt möglich ist.

Fortbildung und Vermitteln von Standards

Geflüchtete sind längst in den Institutionen angekommen – jedoch zeigen sich viele klinisch Tätige überfordert von der Komplexität des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit Fluchterfahrungen. Fragen zur Gestaltung des transkulturellen Behandlungssettings, Überwinden der Sprachbarrieren, schwierige und komplexe rechtliche Positionen erschweren die Behandlung. Ermutigung und Unterstützung sind notwendig sowie die gezielte Vermittlung von relevantem Know-How und therapeutischen Interventionen an die zuständigen Behandelnden. Es gibt bereits etablierte Standards zur Begutachtung in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Fragen, die aufgegriffen werden können. Diese sollten nicht nur für die Behandelnden von geflüchteten Patientinnen und Patienten gelten, sondern auch für Ärztinnen und Ärzte, die von Behörden beauftragt werden.

Dokumentation und Analyse von Einzelfällen der abgeschobenen Patienten mit Fluchterfahrungen

Weitere Forschung ist nötig sowie eine systematische Erfassung der Fälle, in denen psychisch kranke Geflüchtete abgeschoben werden. Die Kontaktaufnahme mit abgeschobenen Geflüchteten in der Heimat ist wünschenswert, organisatorisch allerdings sehr aufwendig. Die Kooperation zwischen den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge, den Kammern, Kliniken und Ambulanzen, kirchlichen und Entwicklungshilfeorganisationen vor Ort sowie Universitäten ist nötig, um diese Daten zu erfassen und nötige Handlungsoptionen zu entwickeln.

Ethische Diskussion und ggf. Leitlinien zum Umgang mit abschiebungsgefährdeten Patienten

Zusammenfassend zeigen sich die befragten psychotherapeutisch Tätigen offen bezüglich möglicher Leitlinien, wenn diese das Handeln nicht zu sehr einschränken. Wie das oben dargestellte Beispiel des LVR verdeutlicht, sind Rechtsabteilungen der Klinikverbände zudem sicherlich überfordert, die komplexe rechtliche Lage in allen Facetten zu berücksichtigen. Das Diakonische Werk in Hessen und Nassau hat sich bereits 2005 detailliert mit dem Problemfeld auseinandergesetzt und praktikable Ansätze formuliert (Diakonie in Hessen und Nassau, 2005).

Die Verschärfungen der Asylverfahren durch das Asylpaket II mit dem Ziel, Abschiebungshindernisse aus gesundheitlichen Gründen abzubauen, führt zu Situationen, in denen klinisch

Tätige in Einzelfällen ihren geflüchteten Patienten und ihrer ärztlichen Sorgfaltspflicht nicht mehr gerecht werden können. Damit wird die restriktive Asylpolitik auch auf dem Rücken der Ärzte- und Psychotherapeuten ausgetragen, der die Erfüllung ihres Auftrages für Menschen aus bestimmten Herkunftsländern oder in bestimmten rechtlichen Rahmenbedingungen verunmöglicht wird. Benötigt werden einerseits geschützte Räume, um Bedenken und Überforderungen zu reflektieren, und andererseits eine Rückendeckung durch Klinikleitungen, um der beruflichen ethischen Verpflichtung für alle Patientinnen und Patienten – auch denjenigen mit Fluchterfahrungen – gerecht werden zu können.

Literatur

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). (2016). Stellungnahme der BAfF zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren. Verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/11/Stellungnahme_BAfF_Gesetz-zur-Einf%C3%BChrung-beschleunigter-Asylverfahren.pdf [25.09.2016].

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). (2015). Pressemitteilung vom 20.07.2015: Deutschland versäumt Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie: Kaum gesundheitliche Versorgung für schutzbedürftige Flüchtlinge. Verfügbar unter: <http://www.baff-zentren.org/news/pressemitteilung-zur-umsetzung-der-eu-aufnahmerichtlinie> [25.09.2016].

Bühring, P. & Korzilius, H. (2016). Gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse: Asylpaket II schafft höhere Hürden. Deutsches Ärzteblatt, 113 (11), A-474/B-396/C-396. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/175428> [25.09.2016].

Bundesärztekammer. (2012). Curriculum „Standards zur Begutachtung psy-

Die restriktive Asylpolitik wird auch auf dem Rücken der Ärzte- und Psychotherapeuten ausgetragen.

chisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM)“ einschließlich „Istanbul Protokoll“. Verfügbar unter: http://www.bundesae-rztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrStandardsBegutachtungTrauma2012.pdf [25.09.2016].

Bundespsychotherapeutenkammer. (2016). Psychisch kranke Flüchtlinge sollen grundsätzlich abgeschoben werden. BPTK kritisiert das Asylpaket II der Bundesregierung. Pressemitteilung vom 03. Februar 2016. Verfügbar unter: <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/einzelseite/artikel/psychisch-kr-14.html> [25.09.2016].

Bundespsychotherapeutenkammer. (2014). Substantiierung von psychischen Erkrankungen, insbesondere einer Posttraumatischen Belastungsstörung, durch Bescheinigungen von Psychotherapeuten. Stellungnahme vom 09.01.2014. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Stellungnahmen_nach_Thema/W/weitere_Themen/Substantisierung_PTBS/20140109_stn_substantiierung_ptbs_durch_pp.PDF [25.09.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2016). Das Bundesamt in Zahlen 2015 – Asyl. Verfügbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015-asyl.pdf?__blob=publicationFile [25.09.2016].

Deutscher Bundestag. (2016). Drucksache 18/7538. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/075/1807538.pdf> [25.09.2016].

DGPPN-Pressestelle. (2016). Asylpaket II: psychisch erkrankte Menschen erheblich benachteiligt. Pressemitteilung vom 12.02.2016. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/pres

semiteilungen/2016/2016_02_12_DGPPN-Pressesmitteilung_Aslypaket_II_fin.pdf [25.09.2016].

Diakonie in Hessen und Nassau. (2005). Verantwortung für traumatisierte Flüchtlinge – Bericht der unabhängigen Kommission „Abschiebung kranker Flüchtlinge und ethische Verantwortung“. Verfügbar unter: <http://sbpm.web-com-service.de/downloads/Hessen%20Kommission%20Abschiebung%20und%20PTBS.pdf> [25.09.2016].

Die Bundesregierung. (2016). Bericht im Kabinett – Mehr Abschiebungen als im Vorjahr. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/02/2016-02-17-rueckfuehrungen.html> [25.09.2016].

Erdogan, B. (2016). Im Rheinland angekommen: Geflüchtete in der gesundheitlichen Versorgung. *Rheinisches Ärzteblatt* 8/2016. Verfügbar unter: <https://www.aekno.de/page.asp?pagelD=15713&noredir=True> [25.09.2016].

Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Frings, D. & Domke, M. (2016). Asylarbeit. Der Rechtsratgeber für die soziale Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Gerlach, C. & Pietrowsky, R. (2012). Trauma und Aufenthaltsstatus: Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Traumasymptomatik bei Flüchtlingen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 33, 5-19.

Hanewald, B. (2004). Das Asylrecht und medizinische Verantwortlichkeit – Ein Widerspruch? *Amatom* Nr. 17. Verfügbar unter: <https://studis.ipnw.de/studierendenzschrift-amatom/amatom-nr-17/artikel/3046772827f5ce551600ccb3d7823b1e/das-asylrecht-und-medizinische-veran.html> [25.09.2016].

Hanewald, B., Giesecking, J., Vogelbusch, O., Markus, I., Gallhofer, B. & Knipper, M. (2016). Asylrecht und psychische Gesundheit: Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte. *Psychiatrische Praxis*, 43 (03), 165-171.

Kötter, J. (2016). Asylpaket II: BÄK kritisiert Gesetz zur vereinfachten Abschiebung. *Ärzte Zeitung*, 03.02.2016. Verfügbar unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/artikel/904259/asylpaket-ii-baek-kritisiert-gesetz-vereinfachten-abschiebung.html [25.09.2016].

Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A. & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (12), 843-51.

Lersner, U. von (2008). Flüchtlinge in Deutschland: Eine psychologische Analyse der Freiwilligen Rückkehr. Dissertation. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-65650> [25.09.2016].

Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 123-129. Verfügbar unter: <http://web-space.qmul.ac.uk/spriebe/publications/pub%20by%20year/2008/2008%20-%20Mental%20health%20care%20for%20migrants.pdf> [25.09.2016].

LVR/die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland. (2016). Vorlage-Nr. 14/116. Rechtslage bezüglich der Abschiebung von Flüchtlingen während stationärer Behandlung in den LVR-Kliniken. Verfügbar unter: [https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherche/www.nsf/0/043B6AFA70CA90C2C1257F94002CCDBD/\\$file/Vorlage14_1164.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherche/www.nsf/0/043B6AFA70CA90C2C1257F94002CCDBD/$file/Vorlage14_1164.pdf) [25.09.2016].

Möske, M.-O., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2013). Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20 (5), 434-46.

O'Toole, B. I. & Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (1), 33-40.

OVG NRW. (2008). Beschluss vom 19.12.2008, AZ: 8A 3053/08.A. Verfügbar unter: <http://openjur.de/u/137664.html> [25.09.2016].

Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013. Zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), Amtsblatt der Europäischen Union. Verfügbar unter: http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/rechtsgrundlage/files/2014/Richtlinie_2013_33_EU.pdf [25.09.2016].

Silove, D., Steel, Z., Bauman, A., Chey, T. & McFarlane, A. (2007). Trauma, PTSD and the longer-term mental health burden amongst Vietnamese refugees: a comparison with the Australian-born population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (6), 467-476.

Seidlin, M. (2005). Kultur, Migration und seelische Gesundheit. *Psychiatrische Pflege*, 11 (3), 125-130. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2005-858146> [25.09.2016].

tageszeitung (taz). (2014). Aus dem Krankenhaus ins Flugzeug. Artikel in der Ausgabe vom 20.03.2014, Nord Aktuell, S. 21. Verfügbar unter: <http://www.taz.de/!377251> [25.09.2016].



Dipl.-Psych. Veronika Wolf

Korrespondenzadresse:

wolf@psz-duesseldorf.de

Dipl.-Psych. Veronika Wolf, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet seit 2015 im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf. Zuvor war sie in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Asklepios Fachklinikums Göttingen sowie an der Universität Göttingen, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, tätig.



Dipl.-Psych. Eva van Keuk

Dipl.-Psych. Eva van Keuk, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (Leitung psychotherapeutischer Fachbereich), darüber hinaus hat sie fünf Jahre in der Psychiatrie (Neurologie, Akutpsychiatrie, Tagesklinik) und in der psychotherapeutischen Ambulanz gearbeitet. Sie ist Mitgründerin des DTPPP e. V. (Dachverband für transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum) und Präsidiumsbeauftragte für Menschenrechte des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.

Trauma-Sprechstunden für Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen von Hamburg

Ein Erfahrungsbericht

Ricarda Müller

Zusammenfassung: Wie hat sich die Arbeit von Trauma-Sprechstunden¹ in Hamburg entwickelt? Am Beispiel der persönlichen Erfahrungen mit der Arbeit in zwei Erstaufnahmeeinrichtungen werden zunächst die Fakten der Ausgangslage skizziert und dann Einblicke in die Arbeit mit der Klientel, in die Zusammenarbeit mit dem Sozialmanagement und mit Dolmetschenden, in das Aufgabengebiet generell sowie in mögliche Chancen und Risiken dieser Tätigkeit gegeben. Inhalt der Arbeit sind nicht nur die Traumafolgestörungen der Asylsuchenden, sondern zunehmend auch die Belastungen eines Lebens in einer Erstaufnahmeeinrichtung sowie eine monatelange Ungewissheit im Asylverfahren. Da die Notwendigkeit von Trauma-Sprechstunden für Asylsuchende immer wieder auch vor dem Hintergrund finanzieller Aspekte infrage gestellt wird, sind die folgenden Überlegungen vielleicht auch als Grundlage für eine diesbezügliche Diskussion hilfreich.

Ausgangssituation

In den Jahren 2013 bis 2015 sind etwa 1,6 Mio. Geflüchtete² nach Deutschland gekommen, davon wurden allein im Jahr 2015 laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 890.000³ registriert. In Hamburg meldeten sich 2015 knapp 62.000 Geflüchtete, von denen Hamburg entsprechend seinem Anteil im Länderverbund (Königsteiner Schlüssel⁴) ca. 22.300 Menschen aufgenommen und untergebracht hat (siehe Tabelle 1). Hingegen reduzierte sich der Zugang im

ersten Halbjahr 2016 mit bundesweit 222.264 Asylsuchenden stark, sodass in Hamburg nun noch ca. 800 Plätze monatlich in Folgeeinrichtungen neu bereitgestellt werden. Ende August 2016 gab es in Hamburg insgesamt rund 37.800 Unterkunftsplätze, davon rund 13.800 Plätze in Erstaufnahmeeinrichtungen (EA) und rund 24.000 Plätze in Folgeunterkünften (öffentlich rechtliche Unterbringungen, örU).

Die beiden größten Träger in Hamburg sind „fördern und wohnen“ (f & w) als Betreiber des Ankunftsentrums (ehemals Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung ZEA) und 15 weiterer Standorte der Erstaufnahme sowie das Deutsche Rote Kreuz (DRK) mit sechs Standorten. Hinzugekommen sind später EA der AWO, der Johanniter und der Malteser. Besonders in den größeren Standorten wurden zeitnah ärztliche Sprechstunden mit Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten⁵ und zum Teil sogar mit Hebammen/Gynäkologinnen eingerichtet, da die Nutzung der niedergelassenen Ärzte alleine aufgrund der Sprachbarriere bzw. fehlender Dolmetscher erschwert bis unmög-

Jahr	Direkt in Hamburg schutzsuchende vor der Verteilung	davon Verbleib in Hamburg	darunter mit Unterbringungsbedarf in Hamburg
2016 (bis 08)	12.672	7.682	6.402
2015	61.598	22.299	20.987
2014	12.653	6.638	5.985
2013	7.833	3.619	3.001
2012	5.022	2.091	1.559
2011	3.791	1.546	931
2010	3.574	1.378	878
2009	1.971	770	363

Tabelle 1: Asylsuchende in Hamburg

Quelle: Pressemitteilungen der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) vom 25.2.2015 und 7.1.2016; Ergänzung für 2016 durch Pressemitteilung «Zentrale Koordinierungsstab Flüchtlinge» (ZKF) Stand 01.09.2016

1 In manchen Einrichtungen wird auch der Begriff Stabilisierungs-Sprechstunde verwendet.

2 Der neutrale Begriff „Geflüchtete“ wird anstatt des aufgrund seiner Endung „ling“ teilweise negativ konnotierten Begriffs „Flüchtlinge“ verwendet. Zur Hintergrundinformation des Status „Flüchtling“ verweise ich auf das „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“ bei Wikipedia.

3 Die Zahl von 1.091.894 Asylsuchenden, die bislang im Umlauf war, wurde von Bundesinnenminister de Maizière/Presse- & Informationsamt der Bundesregierung 30.09.16 nach unten korrigiert.

4 Im Königsteiner Schlüssel wird jährlich neu festgelegt, wie die einzelnen Länder der Bundesrepublik Deutschland an gemeinsamen Finanzierungen zu beteiligen sind. Der Anteil, den ein Land danach tragen muss, richtet sich zu zwei Dritteln nach dem Steueraufkommen und zu einem Drittel nach der Bevölkerungszahl.

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

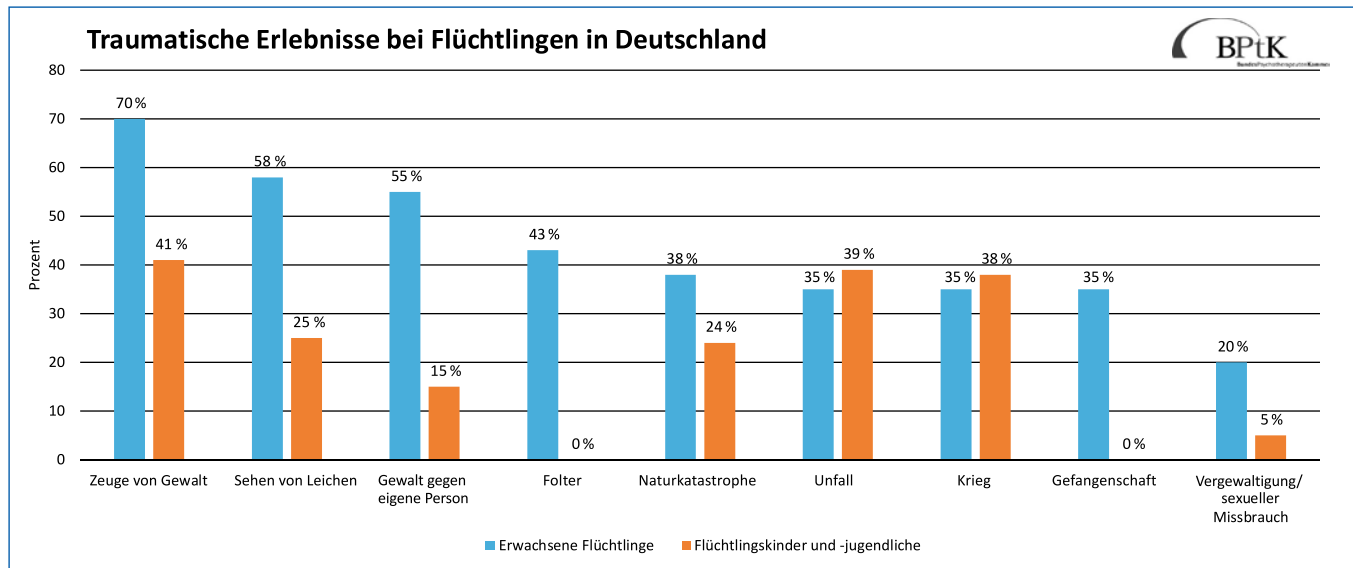


Abbildung 1: Traumatische Erlebnisse bei Flüchtlingen in Deutschland. In der Abbildung ist dargestellt, wie viel Prozent der in Deutschland lebenden Flüchtlinge bzw. ihrer Kinder in ihrem Heimatland oder auf der Flucht das jeweilige traumatische Ereignis erlebt haben. Mehrfachnennungen sind möglich.

Quelle: Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, F. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 12–20; Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), 151–160; eigene Darstellung der BPTk, 2015.

lich war. Sehr schnell kamen dann Rückmeldungen aus den EA, dass Sozialmanagement-Mitarbeiter mit traumatisierten Bewohnern an ihre beruflichen und persönlichen Grenzen gestoßen seien. Durch besondere Initiative von Melanie Anger (f & w) und Jelle Stollenwerk (Selbst & Sicher) konnten dann im Weiteren ab Mitte 2014 Psychiatrische Sprechstunden und sogenannte Trauma-Sprechstunden direkt in den Erstaufnahmeeinrichtungen angeboten werden. Die Kosten hierfür wurden der Hamburger Innenbehörde in Rechnung gestellt. Diese Bedarfe zu erkennen und eine Lösung „vor Ort“ zu finden, war meines Erachtens sehr sinnvoll, denn auch das deutsche Gesundheitssystem war verständlicherweise nicht auf die Versorgung einer derartigen Zahl psychisch erkrankter Geflüchteter vorbereitet, die u. a. Krieg, Verfolgung, Gewalt, Folter, Vergewaltigung gesehen und/oder erlebt hatten (siehe dazu Abbildung 1). Die psychischen Belastungen, monatelang im Asylverfahren zu stecken, auf Sprachkurse zu warten, nicht arbeiten zu dürfen und auf engstem Raum mit (kultur- & religions-)fremden Menschen in Containern, Zelten oder Holzhütten zu leben, verbesserte diese Situation zudem nicht.

In allen ca. 37 EA wird daher aktuell sowohl eine ärztliche als auch eine kinderärztliche Sprechstunde angeboten. Hebammen sind in allen DRK-Einrichtungen und in fünf der EA von f & w fest implementiert; eine Gynäkologin arbeitet in einer EA des DRK. Eine Trauma-Sprechstunde wird aktuell in sechs EA von f & w sowie in sechs EA des DRK angeboten. Psychiatrische Sprechstunde finden aktuell direkt in sieben EA von f & w sowie in zwei EA des DRK statt. In anderen EA gibt es Vereinbarungen mit den umliegenden Psychiatrischen Institutsambulanzen. In den EA Schnackenburgallee

und Holstenhofweg gibt es erfreulicherweise sogar eine Kinderpsychiatrische Sprechstunde. Dadurch erfolgt nicht nur eine Entlastung der umliegenden ambulanten und stationären Versorgungsstellen, sondern es wird – durch den gesicherten Einsatz von qualifizierten Dolmetschern in den jeweiligen Sprechstunden – eine Versorgung der Geflüchteten deutlich erleichtert und verbessert. In den Folgeunterkünften wurde leider bislang keine Versorgung durch Trauma-Sprechstunden oder Psychiatrische Sprechstunden eingerichtet. Für minderjährige und junge volljährige Flüchtlinge steht mit der Flüchtlingsambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein spezialisiertes Hilfeangebot zur Behandlung von Traumafolgen zur Verfügung.

Ein Anfang

Mit je vier Stunden pro Woche konnte ich in zwei verschiedenen EA (f & w/DRK) ab Mai bzw. Juli 2015 mit meiner Arbeit beginnen. Die Bereitschaft, diese Trauma-Sprechstunde einzurichten, war vonseiten der Teamleitungen groß und die Unterstützung des Sozialmanagements bemerkenswert – die Räume, in denen ich arbeiten sollte, schockierten mich jedoch. Ein in die Jahre gekommener halber Container, der an anderen Tagen als Patientenwarteraum diente, mit abgewetzten Stühlen und immer wieder abgestellten Kinderkarren, Kleiderständern o. ä., sollte es zunächst beim DRK sein. Das Arztzimmer mit Untersuchungsliege, kaum Platz für drei Stühle und direkt vor der kommunikationsfreudigen Raucher-ecke des Camps gelegen, wurde mir bei f & w zugewiesen. Der Platzbedarf für die ankommenden Geflüchteten war im-

mens, doch die Notwendigkeit, einen Raum zu schaffen, der eine respektvolle und wertschätzende Begegnung ermöglichte, wurde verstanden und umgesetzt. Auf meiner Wunschliste der „Grundausstattung“ standen drei gleichwertige Sessel, ein Tisch, eine Lampe sowie eine ruhige Raumlage mit der Möglichkeit, das Fenster öffnen zu können, ohne dass Gespräche belauscht werden könnten oder Einsicht möglich wäre. Die Dekoration zur Ausgestaltung konnte ich selbst mitbringen, solange die Nutzung für anderes (Ruheraum, andere Sprechzeiten etc.) erhalten blieb (siehe Foto).



Sprechzimmer in der Erstaufnahmeeinrichtung Dratelnstraße (Foto: R. Müller)

Koordination und Setting

Herzstück dieses Angebots ist eine gute Koordination in der jeweiligen EA, um die passenden Dolmetscher mit den Bewohnern und einer vereinbarten Zeit abzustimmen. Dies gestaltet sich nicht so einfach, da es auch gilt, Schulzeiten, Transfer, Arzt- und Behördentermine sowie evtl. Besuche außerhalb der EA mit zu berücksichtigen, um möglichst keine Ausfälle zu haben. Auch sind die Bewohner nicht immer direkt in den EA erreichbar – und eine Einladung für die Trauma-Sprechstunde an die Tür zu heften, ist schließlich auch nicht angemessen. Passt ein Gesprächstermin nicht, ist es für Bewohner scheinbar keine naheliegende Option, den Termin beim Sozialmanagement abzusagen oder um eine Verlegung zu bitten. Zudem stellt unsere deutsche Art der zeitlichen Taktung für einige eine gewisse Herausforderung dar und psychische Belastungen und Erkrankungen erschweren es oft zusätzlich, sich um die eigenen Termine kümmern zu können. Erscheint eine Person nicht zur Sprechstunde, ist es meine eigene Entscheidung, ob ich das Sozialmanagement bitte, hinzugehen und an den Termin zu erinnern, ob ich selbst nachfrage oder es in der Verantwortung des Bewohners belasse. Gegebenenfalls kann eine Person von der Warteliste die restliche Zeit nutzen. Schon allein an dieser Stelle wird deutlich, dass sich mein berufliches Selbstverständnis in diesem Arbeitsumfeld von dem für die ambulante Psychotherapie üblichen unterscheidet. Ich sehe mich zudem auch in der Mitverantwortung, dieses begrenzte Gesprächsangebot effizient zu nutzen, denn sowohl die Dolmetschenden als auch ich werden unabhängig davon bezahlt, ob ein Bewohner erscheint oder nicht.

Bei der jeweiligen Koordinatorin werden zunächst alle Namen von Bewohnern gesammelt, die für die Trauma-Sprechstunde auf eine Warteliste gesetzt werden sollen oder wollen. Diese Liste wird dann an mich weitergeleitet. Oftmals sind dies Bewohner, die durch Mundpropaganda von dem Angebot erfahren haben und sich selbst auf die Liste setzen lassen. Es gibt jedoch auch Sozialarbeiter, die im Kontakt mit den Bewohnern der Einrichtung einen Bedarf erkennen und dieses Gesprächsangebot erläutern. In Einzelfällen wird auch ohne Absprache ein Erstgespräch vereinbart, etwa im Anschluss einer Entlassung aus der Psychiatrie nach Suizidversuch oder wenn es mehrfach zu Einsätzen mit Rettungswagen gekommen ist, ohne dass ein somatischer Befund ausgestellt werden konnte. Manchmal gibt es besondere Auffälligkeiten, dann stimme ich mich in der Regel mit den Ärzten und dem Psychiater ab, wer sinnvollerweise den „Hausbesuch“ macht.

Aufgrund der hohen Nachfrage in der EA wurde mein Angebot bei f & w auf zwei Termine pro Woche mit sechs bis acht Stunden und beim DRK auf einen Termin mit acht Stunden ausgeweitet. Beim DRK wird in derselben Einrichtung eine weitere Sprechstunde von einer Kollegin angeboten.

Aktuell führe ich 71 Bewohner bei f & w in meiner „aktiven Liste“. 30 Personen sehe ich regelmäßig, sechs Personen stehen auf der Warteliste, bei zehn Personen standen eher der Wunsch nach Medikation oder einer Hilfe beim Transfer im Vordergrund. Bei 25 Bewohnern hat ein Abschluss stattgefunden oder es ist ein Termin „bei Bedarf“ vereinbart worden. Insgesamt habe ich in ca. 15 Monaten im Rahmen der Trauma-Sprechstunde Gespräche mit 89 männlichen und 46 weiblichen Personen sowie mit fünf Paaren geführt – zumeist eine bis fünf Stunden, in Ausnahmefällen bis zu zwölf Stunden.

Beim DRK habe ich aktuell mit 16 Bewohnern regelmäßige Sitzungen, bei neun weiteren Personen ist entweder ein Termin „bei Bedarf“ vereinbart worden oder ich habe von weiteren Gesprächsangeboten erst einmal abgesehen, da Termine mehrfach nicht genutzt wurden. Die Warteliste ist hier inzwischen mit einer bis drei Personen überschaubar. Insgesamt habe ich in der EA des DRK in ca. 13 Monaten Sitzungen mit 20 männlichen und 16 weiblichen Personen sowie mit zwei Paaren geführt – zumeist eine bis acht Stunden, in Einzelfällen bis zu 15 Stunden.

Die Bewohnerzahlen sind inzwischen deutlich gesunken. Waren bei f & w in der EA Dratelnstraße in den Spitzenzeiten 2015 bis zu 1.780 Personen in Zelten und Containern untergebracht, so ist die Belegung auf ca. 700 (Stand September 2016) gesunken. Inzwischen sind die Zelte durch Holzhäuser ersetzt worden und das Unterakunftsmanagement bemüht sich, deren ehemals maximale Belegung von zwölf auf maximal acht Personen zu reduzieren. Die Belegung der Container liegt bei drei bis vier Personen. Das DRK hatte 2015 eine Spitzenbelegung mit ca. 520 Personen in der EA „Neuland I“ und ist inzwischen auf ca. 320 Personen heruntergefahren.

Die Arbeit zu dritt – therapeutische Gespräche mit Dolmetschenden⁶

Zunächst war die Anwesenheit einer dritten Person ungewohnt bis unangenehm für mich. Die Arbeit mit Geflüchteten war ebenfalls neu und durch die jeweiligen Übersetzungen ergab sich ein gänzlich anderer Rhythmus bzw. weniger Gesprächszeit. Die zum Teil stündlich wechselnden Dolmetscher übersetzten natürlich auch bei meinen Kollegen – ich brauchte einige Wochen, um mich wirklich unbefangen fühlen zu können. Mittlerweile schätze ich diesen verlangsamten Prozess sehr, denn die Zeit, die die Übersetzung benötigt, ermöglicht mir mehr Reflexions- und Beobachtungsmöglichkeiten einschließlich der Betrachtung, wie der Patient mit einer anderen Person interagiert. Auch ohne die jeweilige Sprache zu verstehen, habe ich ein Gespür dafür erlangt, wie gut die Übersetzung gelingt, die so viel mehr als die reine Sprache beinhaltet. Die Haltung und Professionalität des Dolmetschers ist mir wichtig, denn ich habe schon erlebt, dass vonseiten einiger (mir nicht wirklich professionell erscheinender) Dolmetscher Termine nicht einmal abgesagt wurden, dass während der Sitzung immer wieder auf das Handy geschaut wurde, ein absolutes Desinteresse spürbar war, die Patien-

— Auch ohne die jeweilige Sprache zu verstehen, habe ich ein Gespür dafür erlangt, wie gut die Übersetzung gelingt, die so viel mehr als die reine Sprache beinhaltet. —

ten einfach geduzt wurden bzw. die Höflichkeitsform einfach nicht übersetzt wurde, es ein „Radebrechen“ in die eine oder andere sprachliche Richtung gab oder gar persönliche Erfahrungen zwischen Dolmetscher und Bewohner negativ in die Sitzung einfließen, da sich beide auch in anderen Kontexten der Unterbringung begegnet waren. Auch ist nicht jeder sprachlich versierte Dolmetscher für die Thematiken der Trauma-Sprechstunde geeignet – sei es, weil Lebenserfahrungen fehlen, die eigene Biographie als Geflüchteter nicht ausreichend verarbeitet ist oder die erforderliche Empathie sowie Fähigkeit zur Abgrenzung fehlen.

Bei f & w wurde von Anbeginn auf einen zumeist sehr professionellen Dolmetscherpool zurückgegriffen und es kommen nun in aller Regel jene Dolmetscher, mit denen sich eine gute Zusammenarbeit etabliert hat. Wenn irgend möglich, lege ich die Termine so, dass mindestens zwei aufeinanderfolgende Stunden in derselben Sprache stattfinden können, um damit mehr Konstanz im Setting und im kulturellen Kontext zu erlangen. Beim DRK führten unflexible Verträge zu Beginn dazu, dass mir keine Dolmetscher zur Verfügung standen und somit zunächst nur ein Arbeiten in englischer Sprache möglich war. Auch mussten wir dort erst Erfahrungen mit sehr unterschiedlichen Dolmetscherangeboten sammeln. Letztlich

verzichteten wir auf Sprachmittler oder Sozialarbeiter, die „eben mal“ übersetzen sollten, und arbeiten zunehmend mit entsprechend gut qualifizierten Dolmetschern zusammen, die zudem nicht auch anderweitig in der Unterbringung tätig sind. Die Frage der Finanzierung ist hierbei sicher nicht unerheblich und ich schaue manchmal etwas neidisch auf die bereitgestellten Mittel, die im gleichen Zeitraum den Einsatz eines modernen Arzt-Containers⁷ mit Video-Dolmetscher ermöglichen.

Ich möchte hier nicht auf alle Details einer „psychotherapeutischen Arbeit zu dritt“ eingehen; hier verweise ich auf einen Artikel von Brune und Akbayir (2004)⁸ zu diesem Thema. Deutlich ist aber, dass die Qualität meiner Arbeit sehr von der Passung mit dem Dolmetscher und von dessen sprachlicher Feinabstimmung abhängt. Wie gut kann er meine – in diesem Kontext oftmals sehr bildhafte – Sprache aufgreifen, wie gut fühlt er sich in meine Tonmodulation und Gestik ein und wie hoch ist die Konzentration, wenn es gilt, gleich mehrere Sätze zu übermitteln?

Wenn ich einen neuen Dolmetscher vermittelt bekomme, nehme ich mir, wenn irgend möglich, die Zeit für eine Einführung in meine Arbeitsweise und das, worauf ich Wert lege, etwa darüber zu sprechen, dass ich die Verantwortung für den Prozess trage – was besonders bei suizidalen Themen wichtig wird. Wirklich alles Gesprochene soll übersetzt werden, sodass jeder Anwesende alles verstehen kann. Auch sollen vom Dolmetscher keine eigenen Interventionen hinzukommen; wenn eine Erläuterung notwendig ist, möchte ich hierzu informiert werden. Ich freue mich über kulturelle/religiöse Hintergrundinformationen, wobei die persönlichen politischen, religiösen oder ethischen Ansichten des Dolmetschers nicht sichtbar werden sollten. Auch gebe ich den bereits genannten Artikel von Brune und Akbayir zur Information weiter und biete an, bei Bedarf für eine Reflexion oder ein Gespräch zur Verfügung zu stehen, wenn eine Therapiestunde sehr intensiv gewesen oder deutlich geworden ist, dass ein persönliches Thema des Dolmetschers berührt worden war, denn meines Wissens gibt es leider keine etablierte Supervision in diesem Berufsfeld. Die Sitzordnung, die ich präferiere, soll eine größtmögliche Gleichwertigkeit zum Ausdruck bringen. Erstaunlicherweise ist es sehr

6 Der übergeordnete Begriff des professionellen Sprachmittlers für Dolmetscher und Übersetzer unterscheidet sich vom aktuell umgangssprachlich verwendeten Begriff des Sprachmittlers, der keine Expertentätigkeiten anbietet. Dolmetscher übertragen gesprochene oder schriftlich fixierte Texte mündlich von einer Sprache in die andere. Übersetzer übertragen Texte schriftlich von einer Sprache in die andere.

7 Die Dorit & Alexander Otto-Stiftung spendete zehn Container mit integriertem Video-Dolmetschersystem zur medizinischen Flüchtlingsversorgung.

8 In: Sonderheft „Psychotherapie zu Dritt – über die Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Gesprächen“, neu herausgegeben vom Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN). Erhältlich unter: www.ntfn.de/infomaterial/therapie-mit-dolmetschern.

selten notwendig, dezidiert eine weibliche Dolmetscherin zu bestellen. Ich habe sogar manchmal den Eindruck, dass es bei Themen zu häuslicher Gewalt für die Frauen eine neue Erfahrung sein kann, einen Mann im Setting eines Hilfsangebots zu erleben.

Was ich bedaure ist, dass in diesem Setting – anders als in einer regulären ambulanten Psychotherapie mit Dolmetscher – die Bewohner durchaus mit wechselnden Dolmetschern zu tun haben. Das erschwert die Arbeit für alle Beteiligten. Der Nachteil für die Bewohner und mich ist unschwer nachzuvollziehen – aber auch für die Dolmetschenden selbst scheint mir ein häufiger Wechsel ungünstiger, da sie den Entwicklungsprozess in den Gesprächen nicht miterleben können und dadurch die Einordnung und Verarbeitung der oft schweren Themen um Traumatisierungen und andere Belastungen erschwert ist. Zu erleben, wie sich eine Symptomatik im Laufe der Gespräche verändert und welche anderen Themen beziehungsweise welche Psychodynamiken einen moderierenden Einfluss haben, wäre meines Erachtens viel entlastender für die Dolmetschenden.

Klientel und das Leben im „Camp“

Die jeweilige Klientel verändert sich je nach Länder-Zusammensetzung in den EA, welche sich wiederum laufend durch die politische Situation in der Welt sowie in Deutschland verändert. Nutzten 2015 zunächst viele Syrer die Trauma-Sprechstunde, so verlagerte sich für mich der Schwerpunkt auf die afghanische, die iranische und seit Neuestem auch auf die tschetschenische Bevölkerungsgruppe (siehe Tabelle 2). Zum Teil ist dies den Unterschieden im Asylverfahren geschuldet, bei dem die Menschen aus Syrien, Eritrea, dem Iran und Irak größere Chancen einer Bewilligung haben als andere. Damit einher gehen zum Beispiel bessere Chancen auf die Bewilligung eines Sprach- und Integrationskurses, auf einen schnelleren Transfer in eine Folgeunterkunft und auf eine Beschulung der Kinder im Regelsystem.

Waren es zu Beginn eher die Themen der Fluchtursache oder der Gräueltat auf dem oft monatelangen Fluchtweg, so sind es aktuell zunehmend die Grenzen der Belastbarkeit eines Lebens in einer EA bei weiterhin ungewisser Zukunft, die Angst vor Abschiebung (in das Herkunftsland oder oft auch in ein anderes EU-Land, in dem die Fingerabdrücke abgenommen wurden) oder auch der Erhalt eines Ablehnungsbescheides. All dies ohnehin vor dem Hintergrund belastender bis traumatischer Lebenserfahrungen. Themen in der Sprechstunde sind auch die endlos erscheinende Ungewissheit der eigenen Lebensperspektive, der Wunsch nach einer „echten“ Beschulung der eigenen Kinder, das Bedürfnis nach Privatsphäre, Ruhe und vertrauten Speisen sowie die fehlende Möglichkeit, endlich arbeiten zu können.

Ein immer wieder erwähntes Thema, für dessen aktuelle Handhabung auch ich kein Verständnis aufbringen kann, sind

Herkunftsland	Erstaufnahme-einrichtung „fördern & wohnen“	Erstaufnahme-einrichtung DRK
Gesamt 177	47 ♀/91 ♂ 6 Paargespräche gesamt 144 Personen 16 Monate 2x wöchentlich	16 ♀/20 ♂ 2 Paargespräche gesamt 33 Personen 11 Monate 1x wöchentlich
Davon:		
Afghanistan	56	4
Syrien	22	10
Iran	15	4
Tschetschenien/ Russland	14	–
Eritrea	4	8
Albanien	7	–
Irak	6	1
Mazedonien	5	1
Somalia	4	–
Serbien	2	1
Ghana	–	2
Sonstige	9	2

Tabelle 2: Nutzung meiner Trauma-Sprechstunden nach Herkunftsland

die Zeiten der Kinderbetreuung in den EA. Auf der einen Seite gibt es die sicher sinnvolle Verpflichtung, Deutsch zu lernen, auf der anderen Seite wird lediglich eine Kinderbetreuung für Kinder ab drei Jahren zwischen 8.30 und 12.00 Uhr gestellt. Für den erstrebten Integrationskurs zusammen mit einem „Moin-Kurs“⁹ lassen sich etwa acht Stunden zuzüglich Fahrzeit kalkulieren. In der Regel sind es dann wie so oft die Frauen, die zurücktreten und auf ihre Fortbildungschancen verzichten und diesbezüglich auch noch in Konflikt mit der Agentur für Arbeit geraten.

Ich habe hohen Respekt für das, was in Deutschland von den entsprechenden Trägern bereitgestellt und in den EA täglich menschlich, finanziell und organisatorisch geleistet wird. Ebenso sehe ich die Herausforderungen eines monatelangen Lebens in eben diesen EA. Manchmal erlaube ich mir die Phantasie, wie sich 500 bis 1.500 beliebig zusammengewürfelte, in Deutschland lebende Menschen fühlen und äußern würden, nachdem sie sechs, neun oder dreizehn Monate mit vier bis sechzehn zumeist fremden Personen ein Zelt, einen Container oder eine Holzhütte sowie Sanitärcontainer geteilt haben, bei einem sehr unterschiedlichen Verständnis von

⁹ Diese Kurse sind Teil der Hamburger Integrationsprojekte: „MOIN – Vorbereitung für den Integrationskurs“ und „MOIN – Begleitkurs zum Integrationskurs (BegleitMOIN®)“; siehe www.hamburg.kursportal.info/k4450551 und www.hamburg.kursportal.info/k4435541.

Sauberkeit und Ruhezeiten und den Erfahrungen, dass sich immer mal wieder Männer in die Frauenbereiche „verirren“. In diese Phantasie lasse ich folgende persönliche Beobachtungen und Einschätzungen mit einfließen: Das Kantinenessen ist für die Bewohner zumeist fremdartig und eintönig, und ich habe selbst die Erfahrung gemacht, dass mich ein Essen von Plastiktellern mit kleinen Plastikgabeln und -messern und als Getränk ausschließlich Tee, Kakao, Milch oder Wasser (ebenfalls in Pappe oder Plastik) nicht sehr befriedigt, auch wenn ich anschließend zumindest gesättigt bin. Hier bietet die Kantine des DRK inzwischen an den meisten Tagen auch Porzellanteller an, was ich auch unter Umweltaspekten sehr erfreulich finde. Es gilt Schlange zu stehen, in lauter Kantinenatmosphäre zu speisen und die Bereitstellung von Spezialessen (für Diabetiker, Gluten- & Laktoseintoleranz etc.) hat eine gewisse Zeit gedauert, da die Aussage des Caterers zunächst lautete, dass das Essen für alle Personengruppen geeignet sei. In vielen EA wurde die Möglichkeit, die Speisen aus der Kantine mitzunehmen, um in etwas privaterer Atmosphäre zu essen, drastisch reduziert, da Bewohner ihre Essenreste entweder gehortet, nicht gut entsorgt oder in die Sanitäranlagen gestopft hatten. Dies hat unter anderem zu Problemen mit Ungeziefer und Ratten geführt.

Über den Schritt, alle TV-Geräte wieder einzusammeln und elektronische Geräte wie Wasserkocher o. ä. aus Brandschutzgründen zu verbieten, lässt sich sicherlich diskutieren. Auch leben die Bewohner mit regelmäßigen Zimmerkontrollen und zunächst waren nicht alle Räume abschließbar. Durch eine neue Regelung¹⁰ wird jenen Personen, die im Jobcenter angebunden sind und die in der EA wohnen, nun Verpflegungs- und Energiekostengeld abgezogen. Wie erwähnt, es gibt hierzu sicherlich die verschiedensten berechtigten Perspektiven – die Regelungen erleichtern den Menschen jedoch nicht unbedingt, ihr Stressniveau zu reduzieren.

Was leistet die Trauma-Sprechstunde?

Um ein gesichertes Qualitätsniveau zu ermöglichen, arbeiten f & w und das DRK seit 2014 mit Jelle Stollenwerk (www.selbstundsicher.de) zusammen, die das Projekt der Trauma-Sprechstunden „Protect“ in den EA ins Leben gerufen hat. Die Ausschreibung der Träger galt nicht allein Psychologischen Psychotherapeuten, die ohnehin über ihre Approbation zur Ausübung der Heilkunde befugt sind, sondern sprach eine sehr heterogene Berufsgruppe an – die gemeinsamen Qualifizierungsmerkmale für die Trauma-Sprechstunde waren jedoch fundierte Kenntnisse in der Psychotraumatologie, umfangreiche Gesprächs- & Beratungskompetenz sowie ein abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik, Diplom-Pädagogik oder Psychologie mit Erlaubnis der Heilkunde (beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie). Darüber hinaus gilt eine Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Supervision und Intervision. Die Arbeit erfolgt auf Honorarbasis.

Im Rahmen dieses Projekts haben wir uns auf folgende gemeinsame Inhalte einer Trauma-Sprechstunde verständigt, wobei die Kolleginnen und Kollegen sicher je nach persönlichem Hintergrund eigene Schwerpunkte setzten:

1. Information/Psychoedukation über psychische Erkrankungen, v. a. PTBS und Depression

- a. „Warum geht es mir jetzt so schlecht, wo ich doch in Sicherheit bin?“
- b. Trigger erkennen und neutralisieren
- c. Information insbesondere über psychosomatische Symptome (Ohnmacht, Herzrasen, Lähmungserscheinungen, Depersonalisationserscheinungen u. a.) vor dem Hintergrund der PTBS zur Entlastung des Gesundheitssystems und anderer medizinischer Versorgungssysteme
- d. Information über nicht medikamentöse und medikamentengestützte Behandlungswege
- e. Information zum Unterschied zwischen „normaler“ Trauerreaktion und Depression
- f. Abgrenzung Intrusionen versus Stimmenhören bzw. psychotischen Phänomenen
- g. Information zu PTBS-Symptomen bei Kindern – Elternarbeit

2. Unterstützung des Sozialmanagements bei Verdacht auf Suizidalität

3. Professionelles Zuhören: Anerkennen des Leids – die Geschichte möchte erzählt werden/Trauerarbeit

4. Krisenintervention: kompetente Ersteinschätzung der Symptomatik und ggf. Weiterleitung zur diagnostischen Abklärung

5. Stabilisierung

- a. Erlernen von Impuls-/Emotionskontrolle: viele Klienten klagten über vorher nie dagewesene aggressive Impulse
- b. Deeskalation und Gewaltreduktion als notwendige Voraussetzung, die schwierigen Lebenssituationen im Camp zu bewältigen
- c. Selbstwirksamkeit fördern, um traumatischen Erfahrungen von Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegenzuwirken
- d. Vermittlung von Möglichkeiten, Erregung abzubauen und Schlafstörungen zu begegnen
- e. Vermittlung von traumasensiblen Entspannungstechniken
- f. Den Betroffenen die Angst nehmen, verrückt zu sein
- g. Vermittlung von Interventionen/Skills bei Selbstverletzung

¹⁰ Das Essens- und Verpflegungsgeld wurde aufgrund einer Gesetzeslücke zunächst ausgezahlt und zusätzlich in den EA geleistet. Dieses wurde jetzt korrigiert. Im Erleben der Bewohner erscheint dies als unverständliche Reduktion.

- h. Vermittlung von Techniken zur Reorientierung
- i. Wenn möglich: Stabilisierung der Kinder durch entsprechende traumaspezifische Interventionen

6. Kulturspezifisches

- a. Beratung bei häuslicher Gewalt/Rückvermittlung ins Sozialmanagement der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen/Verweis zum allgemeinen Sozialdienst (ASD) sowie Erläuterung des medizinischen Versorgungssystems: vor allem – was ist Psychotherapie?

7. Beratung und Entlastung des Sozialmanagements bei

- a. Verweis in psychosoziale Angebote in Hamburg
- b. Vermittlung in Psychiatrie/längerfristige Psychotherapie (wenn möglich)
- c. Vermittlung in sozialpädagogische Strukturen (ASD für Zuwanderung)
- d. Auf Traumatherapeuten kann als professionelle Ansprechpartner für belastende Themen verwiesen werden, um eigene Sekundärtraumatisierung zu verhindern.

Ich selbst habe meine Tätigkeit aufgenommen, als ich noch in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin war. Meine jahrelange Arbeit im Kontext von Kriseninterventionen für Berufsgenossenschaften, andere psychologische Beratungsangebote sowie Weiterbildungen in der Psychotraumatologie habe ich bei der Aufnahme der Tätigkeit einer Trauma-Sprechstunde als sehr hilfreich erlebt. Seit meiner Approbation unterstütze ich in eingeschränktem Rahmen Bewohner auch mit Bescheinigungen über „therapeutische Maßnahmen“ sowie „Informationen zu schutzwürdigen Belangen“, wenn dies für die Beantragung eines Kirchenasyls oder für das Asylverfahren notwendig ist.

In der Regel beginne ich ein Gespräch damit, dass ich über das Setting informiere, also zum Beispiel erkläre, dass für mich und ebenso die Dolmetschenden die Schweigepflicht gilt. Ich stelle mich und meine Funktion vor und erläutere, dass ich zunächst einige Fragen stellen möchte, die mir ermöglichen, etwas zur Person meines Gegenübers zu erfahren.

Dieser sehr strukturierte Gesprächsbeginn hat sich bewährt, da nur wenige Stunden zur Verfügung stehen. Sodann erfrage ich zunächst Nationalität, Aufenthaltsdauer in Deutschland in dieser EA, wie lange die Zeit bis zur Ankunft in Deutschland war, ob die Person alleine bzw. mit Familie oder Freunden hier in der EA ist, familiäre Konstellation, ggf. Schule/Beruf/Tätigkeit sowie Ressourcen. Die Art und Weise, mit der mein gegenüber mit diesen Fragen umgeht, die erhaltenen Informationen sowie die dabei entstehende erste Beziehung verdeutlicht mir zumeist schon recht viel von den jeweils relevanten Themenfeldern und ermöglicht mir eine erste Ein-

Fallbeispiel

Beispielhaft möchte ich die Arbeit über neun Sitzungen mit einem jungen muslimischen Mann (Hr. Z.) skizzieren, der auf der Flucht erleben musste, wie mehrere (christliche) Freunde vor seinen Augen hingerichtet wurden. Er litt unter Flashbacks, Alpträumen, Schlafstörungen und Kopfschmerzen und hatte sich sozial völlig zurückgezogen. Ich habe seine Symptome im Kontext des Erlebten eingeordnet und ihn begleitend für eine medikamentöse Behandlung beim Psychiater angemeldet. Zunächst arbeitete ich stabilisierend und Ressourcen fördernd. Recht schnell wurde deutlich, dass das Gefühl einer „Überlebensschuld“ im Vordergrund stand. Hr. Z. hatte noch nicht in seinem Heimatdorf anrufen können, um vom Tod der Freunde und seiner Ankunft in Deutschland zu berichten. Die „Tresor-Übung“¹¹ war z. B. erst möglich, als die Bedeutung seiner Zeugenschaft für die in der Heimat verbliebenen Familienangehörigen der hingerichteten Freunde deutlich wurde, die sonst nie vom Schicksal ihrer Kinder erfahren hätten. Es galt – aufgrund der besonderen Situation modifizierte –, Trauerrituale für den Abschied von den Freunden zu finden und durchzuführen. Diese stabilisierten Hr. Z. so weit, dass er in der Lage war, zur Sprachenschule zu gehen und gute soziale Kontakte zu knüpfen. Ich konnte ansatzweise kritisch thematisieren, dass er sich nun ausgesprochen viel für andere engagierte (unbewusstes Ableisten von Schuldgefühlen). Durch seinen Transfer konnte Hr. Z. nicht weiter in der Trauma-Sprechstunde angebunden bleiben, wurde aber über die Möglichkeiten einer weiterführenden Psychotherapie informiert.

ordnung der Beschwerden sowie eine Schwerpunktsetzung. Ich dokumentiere meine Gespräche, wobei diese Unterlagen bei mir verbleiben.

Unter Berücksichtigung der Schweigepflicht bzw. ggf. vorliegenden Schweigepflichtentbindungen findet eine Zusammenarbeit mit Psychiatern, Ärzten, Krankenhäusern, Jugendamt und Sozialmanagement statt. Konkret heißt das, dass ich am Ende des Tages in einer EA eine E-Mail an die Koordinatorin schreibe und darum bitte, bestimmte Bewohner auf die Liste für den Psychiater zu setzen, ggf. tausche ich mich

— Ich fördere die Eigenständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, wo immer es mir möglich erscheint. _____

mit diesem Kollegen vorab aus. Es gilt zumeist, eine medikamentöse Therapie anzubieten, aber auch Untersuchungen zur Überprüfung einer Diagnose (z. B. Psychose, Demenz, Minderbegabung o. ä.) zu veranlassen. Bei Suizidalität ist es oftmals notwendig, die Ängste vor dem Krankenhausbesuch zu

¹¹ Eine Imaginationsübung, die in der Traumatherapie Anwendung findet. Damit wird die Möglichkeit gegeben, andrängende Bilder, Gedanken, Gefühle o. ä. in einem imaginativen Tresor zu verschließen. Bei Bedarf, z. B. für die Bearbeitung belastender Ereignisse in der Psychotherapie, kann dieser Tresor wieder geöffnet werden. Eine Anleitung ist z. B. bei Ulrich Sachsse zu finden: Sachsse, U. (2004). Traumazentrierte Psychotherapie – Theorie, Klinik und Praxis (S. 240). Stuttgart: Schattauer.

nehmen und dann den Weg für eine Einweisung zu initiieren. Ich bitte das Sozialmanagement, Termine bei Fachärzten oder weiterführenden Beratungsstellen (z. B. bei Brandverletzungen, Weißfleckenkrankheit, Diabetesberatung etc.) zu vereinbaren und Dolmetschende zu den jeweiligen Terminen mit zu bestellen. Es gab auch schon Schreiben an das Jugendamt, in denen ich eine Kindeswohlgefährdung melden musste und darum bat, mit der Familie Kontakt aufzunehmen, um über Schutzmöglichkeiten zu informieren und ggf. die Familie zu begleiten, falls eine Trennung vom Vater notwendig werden sollte. Aktuell scheint es mir gelungen zu sein, dass für Familien mit mehreren Kleinkindern, die in der oberen Etage eines Containers wohnen, nun doch einige Kindersicherungstüren bestellt werden. Auch melde ich den Bedarf von Spezialessen, wenn beispielsweise aufgrund fehlender Zähne aktuelle keine normalen Gerichte gegessen werden können, oder bitte weiterführend zu Kursen für Analphabeten zu informieren.

Mir ist die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserfahrung bzw. Handlungsmächtigkeit gerade in einer Situation mit stark eingeschränktem Handlungs- und Entscheidungsspielraum so-

— Ein bedeutsamer Teil meiner Arbeit gilt der Frage, wie die Bewohner diese herausfordernde Zeit möglichst gut bewältigen und welche Ressourcen hierfür aktiviert werden können. —

wie einem oftmals traumatischen Hintergrund sehr bewusst und ich fördere die Eigenständigkeit der Bewohner, wo immer es mir möglich erscheint. Ein bedeutsamer Teil meiner Arbeit gilt der Frage, wie die Bewohner diese herausfordernde Zeit möglichst gut bewältigen und welche Ressourcen hierfür aktiviert werden können. Trotzdem gilt es manchmal auch, ganz pragmatisch und schnell Hilfe zu ermöglichen, denn die Chancen, dass der Träger z. B. eine Kindersicherungstür kauft oder einen Dolmetscher organisiert, sind einfach größer, wenn ich den Bedarf bei der Leitung formuliere oder die Notwendigkeit eines Dolmetschers bei einem Termin von meiner Seite begründe.

Chancen und Risiken

Für die allermeisten Bewohner sind diese Gespräche im Rahmen der Trauma-Sprechstunde der erste Kontakt zu einem „sprechenden Heilberuf“. Wenn diese Gespräche als hilfreich erlebt werden, verbessert sich die Chance, dass in späteren Lebensphasen Angebote wie Beratung, Psychotherapie oder Traumatherapie in Anspruch genommen werden.

Es ist mir wichtig, die Begrenztheit dieses Angebotes deutlich zu machen und die Möglichkeit für ein Abschlussgespräch vorzubereiten, auch wenn es zu einem kurzfristigen Transfer kommt. Wie oftmals in unserem Gesundheitssystem

zu beobachten, gibt es auch hier für die Betroffenen einen absehbaren Bruch im Behandlungskontext: Das Gesprächsangebot kann nicht fortgeführt werden, wenn ein Transfer in eine Folgeunterkunft erfolgt. Leider kann hier noch nicht einmal an Kollegen verwiesen werden, da in den Folgeunterkünften keine derartigen Angebote bestehen.

Die Trauma-Sprechstunde in den EA kann in keinem Fall eine Psychotherapie ersetzen, die für viele Bewohner notwendig wäre. Sie bietet – neben der Notfallversorgung in den Krankenhäusern – jedoch eine unmittelbare Möglichkeit zur Krisenintervention, Psychoedukation und Erstversorgung, bei der zudem die notwendige sprachliche Verständigung gewährleistet ist.

Die Chance auf einen Psychotherapieplatz ist minimal, denn faktisch erfolgt nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in den ersten 15 Monaten eine Behandlung in der Regel nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Zwar gibt es nach § 6 AsylbLG die Möglichkeit auf Psychotherapie in Einzelfällen, dieses wird nach Aussage von Carolin Böhmgig, Referentin der BPtK auf dem 6. Hamburger Psychotherapeutentag, aber häufig mit dem Verweis auf medikamentöse Behandlungsmöglichkeit abgelehnt.¹² Probleme bestehen auch durch den Wechsel der Leistungssysteme. Zuerst erhalten Geflüchtete „Leistungen nach

Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4, § 6)“, nach 15 Monaten werden Geflüchtete wie Sozialhilfeempfänger behandelt und erhalten nach § 2 AsylbLG entsprechende Leistungen wie GKV-Versicherte. Mit Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft werden sie im Regelfall GKV-Mitglieder und erhalten Leistungen nach dem SGB V, wenn Erwerbstätigkeit besteht oder die Person Arbeitslosengeld II erhält. Niedergelassene Psychotherapeuten haben lange Wartezeiten – deshalb wurde die Möglichkeit geschaffen, dass sich Psychotherapeuten und Psychosoziale Zentren für die Versorgung von Geflüchteten ermächtigen lassen können. Diese Ermächtigungsregelungen gelten aber leider nur für die Behandlung Betroffener, die bereits seit 15 Monaten in Deutschland leben und noch keine Anerkennung ihrer Asylanträge haben und somit Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten. In dem Moment, in dem der Flüchtling anerkannt und GKV-Mitglied wird, kann eine Psychotherapie, die über eine Ermächtigung geleistet wird, nicht weitergeführt werden. Durch den Übergang in ein anderes Leistungssystem muss die begonnene Psychotherapie abgebrochen werden, wenn keine andere Lösung – wie etwa die Weiterbehandlung über Kostenerstattung – gefunden

12 Böhmgig, C. (2016). Versorgung psychisch kranker Geflüchteter – Quo vadis. Vortrag beim 6. Hamburger Psychotherapeutentag vom 10. September 2016. Verfügbar unter: www2.ptk-hamburg.de/uploads/boehmig_versorgung_psychisch_kranker_fleuchtlinge.pdf?PHPESSID=3dbd34fd9560d8581c56728aa-666ca92 [24.10.2016].

werden kann. Auch werden die zumeist unverzichtbaren Dolmetscherkosten nicht getragen.

Ich halte die Implementierung von Ärzten, Psychiatern, Hebammen und Psychotherapeuten im KJP- und PP-Bereich bzw. von Angeboten wie dem der Trauma-Sprechstunde, durchgeführt von Personal mit fundierten Kenntnissen in der Psychotraumatologie und direkt vor Ort in den EA, für sehr gelungen und notwendig. Als im Oktober 2015 die Zuständigkeit von f & w vom Gesundheitsamt Hamburg-Altona übernommen wurde, fand leider nur noch eine „Standorthaltung“ statt. Der Ausbau von Trauma-Sprechstunden in weiteren EA wurde gestoppt. In einem konstruktiven Gespräch im Mai 2016 informierten sich zwei Vertreter des Gesundheitsamtes über die Inhalte der Trauma-Sprechstunde sowie über die Kompetenzen der Projekt-Mitarbeiter; von weiterführenden Ergebnissen dieses Gespräches habe ich bislang jedoch keine Kenntnis. Meines Erachtens ist ein vergleichbares – vielleicht zentrales – Angebot für die Folgeunterkünfte notwendig. Es gibt hierzu im Bezirk Wandsbek ein erstes kleines Projekt „Protect+“¹³ für Familien mit jedoch nur vier Stunden pro Woche.

Ich denke, es wurde deutlich, dass ich bei dieser Arbeit mein psychotherapeutisches Wissen feld- und institutionsbezogen neu ausgerichtet habe. Dazu nutze ich meine psychodynamische, systemische und traumaspezifische Ausbildung ebenso wie das Wissen um die Möglichkeiten unseres Gesundheits-

— Für die Arbeit in den Erstaufnahmeeinrichtungen habe ich mein psychotherapeutisches Wissen feld- und institutionsbezogen neu ausgerichtet. —

und Sozialsystems. In dieser spezifischen Arbeit mit Geflüchteten hat mir sicher mein persönlicher Hintergrund geholfen, denn ich habe selbst einige Jahre außerhalb Deutschlands gelebt und musste dort die jeweiligen Sprachen erwerben und mich in andere Kulturen einfinden. Meine Mutter war mit einem Muslim verheiratet, sodass ich durchaus tiefere Einblicke in die muslimische Kultur gewinnen konnte, und ich habe durch frühere berufliche Tätigkeiten Kontakt zu den unterschiedlichsten sozialen Milieus gehabt. All dies ist sicherlich hilfreich, aber nicht zwingend notwendig, und ich möchte Kolleginnen und Kollegen Mut machen, sich auch auf dieses Arbeitsfeld einzulassen.



Dipl.-Psych. Ricarda Müller

Am Felde 30
21217 Seevetal
Ricarda.Mueller@t-online.de

Dipl.-Psych. Ricarda Müller, Psychologische Psychotherapeutin (TP), bietet als freie Mitarbeiterin die Trauma-Sprechstunde in den Erstaufnahmeeinrichtungen DRK/Neuland I sowie „fördern & wohnen“/Dratelnstraße an. Sie arbeitet zudem für den TÜV-Nord und diverse Berufsgenossenschaften im Kontext schwerer Arbeitsunfälle sowie für die AOK Rheinland/Hamburg in einem psychologischen Beratungsangebot für Kunden mit F-Diagnose.

¹³ www.selbstundsicher.de

Ambulante Psychotherapie mit ehemaligen Straftäterinnen und Straftätern

Hürden und Herausforderungen

Nina Sarubin, Benedikt Waldherr, Christian Hartl & Heiner Vogel

Zusammenfassung: (Ehemalige) Straftäterinnen und Straftäter¹ stellen im Vergleich zur Normalbevölkerung eine Hochrisikogruppe hinsichtlich psychischer Erkrankungen dar, die oftmals leider nicht korrekt diagnostiziert oder psychotherapeutisch behandelt wird. Behandlungsbedarf ergibt sich in vielen Fällen darüber hinaus auch aus forensischen Gründen: Verbesserung der Rehabilitation/Resozialisierung und Rückfallprophylaxe – dies sind häufig die Gründe für entsprechende gerichtliche Auflagen. In der vorliegenden Studie der Psychotherapeutenkammer Bayern wurden vor diesem Hintergrund die Hürden einer ambulanten Psychotherapie mit (ehemaligen) Insassen des Strafvollzugs aus Sicht der ambulant tätigen Psychotherapeuten sowie mögliche Verbesserungsansätze untersucht. Die quantitativ-deskriptiven Auswertungen wiesen darauf hin, dass v. a. in vier Bereichen Maßnahmen notwendig wären: organisierte Vermittlung während/nach der Haft zu einer Psychotherapie, verbesserter Informationsfluss zwischen Psychotherapeuten und Justizbehörden/Bewährungshilfe, Klärung von finanziellen Fragen im Kontext einer Psychotherapie (u. a. Klärung der Kostenübernahme bei nicht KV-zugelassenen Psychotherapeuten bzw. bei Fällen, bei denen nicht die Behandlung der psychischen Erkrankung im Vordergrund steht; Klärung des Ausfallhonorars), Fortbildungen zu forensisch-psychotherapeutischen Themenfeldern (z. B. Deliktarbeit).

Die angemessene psychotherapeutische Versorgung bei (ehemaligen) Straftätern ist von erheblicher gesellschaftlicher Bedeutung. Straftäter und ehemalige Straftäter haben im Falle einer Erkrankung natürlich einen individuellen Anspruch auf angemessene Behandlung, aber darüber hinaus hat die Gesellschaft auch ein erhebliches Interesse, dass speziell bei dieser Gruppe, die leider oft nur schwer den Zugang zu Psychotherapie findet, eine adäquate Behandlung erfolgt. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass (deliktorientierte) Psychotherapien das Rückfallrisiko und damit verbundene Kosten deutlich senken können (Cohen & Piquero, 2009; Urbaniok, 2003).

Gemäß bisherigen Studien im deutschsprachigen Raum beläuft sich die Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen (Achse-1-Störungen) bei Inhaftierten auf 83,3% (Dudeck et al., 2009) bzw. 86,3% (von Schönfeld et al., 2006), die Schätzungen zur Lebenszeitprävalenz einer Persönlichkeitsstörung (Achse-2-Störung) variieren zwischen 53,2% (von Schönfeld et al., 2006) und 79,8% (Dudeck et al., 2009). Die am häufigsten diagnostizierten Achse-2-Störungen stellen hierbei die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (72%) sowie die Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (16%) dar (Dudeck et al., 2009). Gemäß Dudeck et al. (2009) sind in Deutschland substanzbezogene Störungen (63,7%), gefolgt von Angsterkrankungen (22,5%) und affektiven Störungen (11,8%) hinsichtlich der Achse-1-Diagnosen führend. Diese Angaben sind weitgehend konform mit Studien bzgl. Prävalenzen von

psychischen Störungen bei Gefängnisinsassen in Österreich (Stompe et al., 2010) sowie mit internationalen Studien (Bulter, Nijman und van der Staak, 2009; Gunn, Maden und Swinton, 1991; Brinded et al., 1999) und einer Metaanalyse (Fazel & Seewald, 2012). Übereinstimmend mit den beschriebenen Prävalenzen legt eine weitere Metaanalyse nahe, dass in der Population von Strafgefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenzraten für schwere psychische Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen vorliegen (Fazel & Danesh, 2002). Da die genannten Untersuchungen hinsichtlich der Prävalenzen psychischer Störungen von Strafgefangenen in Deutschland u. a. aufgrund kleiner Stichproben und uneinheitlichen diagnostischen Vorgehens nicht als repräsentativ gelten können, kann zusammenfassend vorsichtig davon ausgegangen werden, dass erheblicher psychotherapeutischer Behandlungsbedarf bei Straftätern besteht.

Hinsichtlich der vulnerablen Phase nach Haftentlassung belegt eine Längsschnittstudie, dass v. a. Personen mit Abhängigkeitserkrankungen nach Haftentlassung eine deutlich erhöhte Mortalität aufweisen (Chang et al., 2015). Darüber hinaus weisen Häftlinge mit psychischen Störungen ein stark erhöhtes Risiko für mehrere Inhaftierungen, also für Rückfälle auf (Baillargeon et al., 2009). Daten aus dem Münchner Prognoseprojekt deuten zudem darauf hin, dass Suchterkrankun-

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

gen in der Familie und eigener Drogenkonsum bei Straftätern eine substantielle Rolle als Prädiktor für zukünftige Kriminaltaten darstellen (Stadtland & Nedopil, 2003). Darüber hinaus scheint das komorbide Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung und einer Persönlichkeitsstörung das Rückfallrisiko für eine Straftat auf 50% zu erhöhen, wobei das Risiko direkt nach Entlassung am höchsten zu sein scheint (Stadtland & Nedopil, 2005). Eine europäische Metaanalyse belegt, dass bei jugendlichen Straftätern v. a. kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze wirksam sind (Köhler et al., 2013).

Trotz der hinreichend belegten Wirksamkeit von Psychotherapie bei Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen (Euler et al., 2015) sowie dem damit verbundenen erheblichen gesellschaftlichen Nutzen (Margraf, 2009) werden in der Patientengruppe der (ehemaligen) Straftäter immer wieder Versorgungsdefizite, insbesondere auch in der besonders kritischen Nachsorgephase beklagt (Dudeck et al., 2009; von Schönfeld et al., 2006; Frädriich & Pfäfflin, 2000). Diese Defizite sind angesichts der Mängel der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland zwar nicht wirklich überraschend (Jacobi et al., 2016), aber angesichts der besonderen gesellschaftlichen und ökonomischen Bedeutung der Rückfallverhütung (Entorf, 2010), welche auch die Politik regelmäßig einfordert, kaum hinnehmbar.

Vorliegende Arbeit

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Straftätern bzw. ehemaligen Straftätern hat sich die Psychotherapeutenkammer Bayern in den letzten Jahren mehrfach mit dem Justizministerium beraten. Weitere Gespräche mit dem Ministerium über Ansatzpunkte und Möglichkeiten einer Verbesserung der Versorgung in diesem speziellen Bereich sollten auf einer empirischen Grundlage erfolgen und so wurde eine Studie geplant, in der die Hürden und Herausforderungen von Psychotherapeuten, die sich bei der Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftätern stellen, näher untersucht werden. Die Ergebnisse sollten die Grundlage für eine Problemanalyse darstellen und damit Ansatzpunkte bieten, um sachgerechte Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung abzuleiten.

Fragebögen

Es wurde eine zweistufige Befragung entworfen. Der erste kurze Fragebogen wurde allen Mitgliedern (Gesamtmitgliederanzahl der PTK Bayern: 6.843, Stand: Oktober 2016) mit dem Mitgliederrundschreiben im Dezember 2015 zugeschickt, er sollte das generelle Interesse an der Behandlung von (ehemaligen) Straftätern abfragen und erheben, wie viele Mitglieder über entsprechende Erfahrungen verfügen. Er umfasste im Kern drei dichotom zu beantwortende Fragen bzw. Items:

- 1.) Ich führe gelegentlich ambulante Psychotherapien mit ehemaligen Straftätern durch.

- 2.) Ich könnte mir vorstellen, zukünftig weiterhin oder auch neu ehemalige Straftäter ambulant psychotherapeutisch zu behandeln.

- 3.) Ich möchte an einer anonymen, vertiefenden Befragung zur ambulanten Psychotherapie von ehemaligen Straftätern teilnehmen (Paper-Pencil oder online).

Die Mitglieder konnten bei jeder Frage zwischen „ja“ und „nein“ wählen. Falls die dritte Frage mit „ja“ beantwortet und eine E-Mail-Adresse oder eine postalische Adresse angegeben wurde, erhielt der potenzielle Teilnehmer den vertiefenden Fragebogen per E-Mail (mit einem Link zur Online-Teilnahme) oder postalisch.

Der vertiefende Fragebogen, der in der zweiten Stufe an die interessierten Mitglieder versandt wurde, sollte die Erfahrungen mit Psychotherapien in diesem Bereich, insbesondere Schwierigkeiten und Hindernisse beim Zugang und bei der Finanzierung, näher klären. Er beinhaltete 35 Fragen mit unterschiedlichen Antwortformaten (z. T. Mehrfachantworten und auch offene Fragen) und erfasste u. a. Hindernisse beim Zugang zur ambulanten Psychotherapie, Hürden bzgl. der Beantragung und Durchführung von ambulanter Psychotherapie für ehemalige Straftäter und erfragte darüber hinaus auch mögliche Lösungsansätze für die genannten Problematiken. Die Fragen des vertiefenden Fragebogens wurden im Rahmen einer kleinen vorhergehenden Pilot-Studie erstellt: Der PTK Bayern liegt eine Liste von 32 Psychotherapeuten vor, welche bereits (ambulante) Psychotherapie mit Straftätern durchführen. Dieser Personenkreis wurde v. a. mit offenen Fragen nach Hürden und Hindernissen befragt. Die Ergebnisse dieser Pilot-Studie bildeten die Basis für die Fragebogenkonstruktion des in der vorliegenden Studie verwendeten Fragebogens.

Stichproben

Stichprobenbeschreibung: Kurzer Fragebogen der ersten Stufe

Den Fragebogen mit den drei Fragen, der dem Mitgliederrundschreiben direkt beigelegt war, haben insgesamt 540 Psychotherapeuten beantwortet. Von diesen führen 191 (35,4%) gelegentlich Psychotherapien mit Straftätern durch. 53,3% der teilnehmenden Psychotherapeuten können sich vorstellen, zukünftig weiterhin oder erstmalig (ehemalige) Straftäter ambulant psychotherapeutisch zu behandeln. Es zeigte sich jedoch auch, dass 18,3% der Psychotherapeuten, welche bereits (ehemalige) Straftäter behandeln, dies zukünftig nicht weiter verfolgen möchten.

Stichprobenbeschreibung: Langer Fragebogen zur Vertiefung in der zweiten Stufe

Den längeren, vertiefenden Fragebogen mit 35 Fragen unterschiedlichen Antwortformats haben insgesamt 196 Kollegen

beantwortet, welche in den verschiedenen Kontexten beruflich tätig sind (Forensik, Psychiatrie, Psychosomatik, MVZ, Praxis etc.).

Da die *ambulante* psychotherapeutische Behandlung im Fokus der Befragung stand, beziehen sich alle weiteren statistischen Angaben (Prozentangaben, Mittelwerte etc.), berechnet mittels SPSS 2012, auf die zwei Subgruppen der ambulant niedergelassenen Psychotherapeuten, welche in einer Praxis *mit* KV-Zulassung (N= 133; Gruppe 1) oder *ohne* KV-Zulassung (N= 29; Gruppe 2) tätig sind. Die beiden Subgruppen der ambulant Niedergelassenen (mit und ohne KV-Sitz) wurden zunächst als besonders versorgungsrelevant erachtet, da bei diesen Gruppen theoretisch Möglichkeiten zur Ausweitung der ambulanten Psychotherapieangebote für (ehemalige) Straftäter bestehen. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie erfolgt hier nur eine quantitativ-deskriptive Analyse der Daten.

Psychotherapeuten ohne KV-Zulassung

Den vertiefenden Fragebogen füllten insgesamt 29 niedergelassene Psychotherapeuten *ohne* KV-Zulassung aus.

Stichprobenbeschreibung: Mittelwert Lebensalter= 47,7 Jahre ($SD= 12,3$); Psychotherapeutinnen waren mit 53,3% etwas häufiger vertreten als Psychotherapeuten. Psychologische Psychotherapeuten (PP) stellten den größten Anteil der Stichprobe dar (90,0%). Die zwei am häufigsten genannten Vertiefungsrichtungen (Mehrfachnennungen möglich) waren Verhaltenstherapie (56,7%) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (43,3%). Die Praxen waren zumeist in Großstädten verortet (50,0%), wobei die Mehrzahl der Praxen in den Regionen Oberbayern (46,7%) bzw. Schwaben lagen (23,3%).

Psychotherapeuten mit KV-Zulassung

Stichprobenbeschreibung der 130 Teilnehmer *mit* KV-Zulassung: Mittelwert Lebensalter= 53,7 Jahre ($SD= 10,2$). Die meisten Teilnehmer waren Psychotherapeutinnen (60,2%). Am häufigsten vertreten waren mit 91,0% PP. Die häufigsten Vertiefungsrichtungen waren Verhaltenstherapie (54,9%) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (54,1%). Die Praxen lagen am häufigsten in Großstädten (41,4%) in der Region Oberbayern (47,4%).

Ergebnisse

Die im Folgenden beschriebene zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse stellt eine inhaltliche Selektion der ursprünglichen 35 Items des Gesamtfragebogens dar und gibt jene Erkenntnisse wieder, welche am relevantesten hinsichtlich praktischer Empfehlungen für die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von (ehemaligen) Straftätern sind.

Anzahl Psychotherapiesitzungen mit (ehemaligen) Straftätern im Kalenderjahr 2015

Im Jahr 2015 haben Psychotherapeuten *mit* KV-Zulassung durchschnittlich mit (ehemaligen) Straftätern

- 3,1 Vorgespräche geführt,
- 1,6 Psychotherapien begonnen,
- 0,9 Psychotherapien beendet,
- 1,4 Psychotherapien vor 2015 begonnen und über 2015 hinaus fortgeführt.

Psychotherapeuten *ohne* KV-Zulassung haben im Jahr 2015 mit (ehemaligen) Straftätern

- 2,6 Vorgespräche geführt,
- 2,3 Psychotherapien begonnen,
- 1,3 Psychotherapien beendet,
- 0,6 Psychotherapien vor 2015 begonnen und über 2015 hinaus fortgeführt.

Bei den Psychotherapeuten *mit* KV-Zulassung wurden die meisten der im Jahr 2015 begonnenen Psychotherapien durch die Gesetzliche Krankenversicherung (62,0%) finanziert. In psychotherapeutischen Praxen *ohne* KV-Zulassung wurden die meisten der im Jahr 2015 begonnenen Psychotherapien durch Kostenerstattung über die gesetzliche Krankenkasse (18,2%) sowie über das Justizsystem (27,3%) finanziert.

Vermittlung der (ehemaligen) Straftäter zu einem Psychotherapeuten

In Praxen *mit* KV-Zulassung wurde als vermittelnde Stelle der ehemaligen Straftäter zur ambulanten Psychotherapie (Angabe von Mittelwerten, Mehrfachantworten waren möglich) am häufigsten (38,6%) „der ehemalige Straftäter hat auf eigene Initiative eine Psychotherapie begonnen“ genannt, am zweithäufigsten wurde eine „Vermittlung durch die Bewährungshilfe“ (18,2%) angegeben.

In Praxen *ohne* KV-Zulassung wurde häufig „eigene Initiative des ehemaligen Straftäters“ (61,2%) sowie „Vermittlung durch eine Justizvollzugsanstalt“ (50,0%) genannt.

Motivation der (ehemaligen) Straftäter, eine Psychotherapie zu beginnen

Das häufigste Motiv zur Aufnahme (Mehrfachnennungen waren möglich; Angabe von Mittelwerten) der Psychotherapie sahen die niedergelassenen Psychotherapeuten *mit* KV-Zulassung in einer „Bewährungsaufgabe“ (46,3%), gefolgt von der „Eigenmotivation der ehemaligen Straftäter/innen“ (30,6%).

Psychotherapeut/innen *ohne* KV-Zulassung nannten als oftmals auftretende Motive „Eigenmotivation der ehemali-

gen Straftäter/innen“ (39,0%) sowie „Bewährungsaufgabe“ (32,1%).

Zusammenarbeit mit Justizbehörden und Bewährungshilfe

Die Zusammenarbeit mit beteiligten Institutionen wurde heterogen beurteilt (Mehrfachnennungen mit Prozentangaben bzgl. der Zustimmung waren möglich; Angabe von Mittelwerten): Während 25,8% der Teilnehmenden *mit* KV-Zulassung die Zusammenarbeit mit den Justizbehörden als „eher gut“ einschätzten, gab ein großer Anteil (55,6%) der Befragten an, eine Kooperation mit der Justiz sei „nicht vorhanden“. Die Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe wurde von 33,9% als „eher gut“ eingeschätzt, während 41,7% angaben, dass eine Kooperation mit der Bewährungshilfe „nicht vorhanden“ sei. Die Teilnehmenden fühlten sich bzgl. des Straftatverhaltens am häufigsten „mittelmäßig“ informiert (38,7%), während sich 29,0% „sehr gut“ informiert fühlten. Von allen Teilnehmenden *mit* KV-Zulassung würden 63,2% gerne besser über das Straftatverhalten informiert werden.

Teilnehmende *ohne* KV-Zulassung bewerteten die Zusammenarbeit mit den Justizbehörden als „eher gut“ (40%), wobei ein großer Anteil (75,1%) angab, dass eine Kooperation mit der Justiz „nicht vorhanden“ sei. Kooperationen mit der Bewährungshilfe wurde von 41,8% als „sehr gut“ eingeschätzt, während 50,0% angaben, dass eine Kooperation mit der Bewährungshilfe „nicht vorhanden“ sei. Hinsichtlich des Straftatverhaltens fühlten sich Psychotherapeuten *ohne* KV Zulassung zumeist „sehr gut“ (38,7%) sowie „eher gut“ (35,1%) informiert. Von den Teilnehmenden *ohne* KV-Zulassung wären 10,0% gerne besser über das Straftatverhalten informiert.

Strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten der ambulanten Psychotherapie mit ehemaligen Straftätern

Von den teilnehmenden Psychotherapeuten *mit* KV-Zulassung wurden am häufigsten (Mehrfachnennungen möglich, Angabe von Mittelwerten) die beiden Verbesserungsoptionen „Klärung des Ausfallhonorars bei Nichterscheinen“ (57,9%) und „Kommunikationspauschale für den Mehraufwand, wie Absprache etc. mit anderen Stellen“ (48,1%) genannt.

Von den Teilnehmenden *ohne* KV-Zulassung wurden am häufigsten eine Klärung der Kostenübernahme der Psychotherapie (47,7%) sowie eine Kommunikationspauschale (46,7%) gewünscht.

Fortbildungswünsche

70,0% der Teilnehmenden *ohne* KV-Sitz und 49,6% der Teilnehmenden *mit* KV-Sitz wünschten sich von der PTK Bayern organisierte Fortbildungen zum Thema Psychotherapie mit ehemaligen Straftätern. Gewünscht wurden am häufigsten

die Themen (*mit/ohne* KV-Zulassung): Sinn bzw. Nutzen von Psychotherapie innerhalb der Strafe (28,6%/36,7%), Deliktarbeit (24,8%/43,3%), Gewaltdelikte (24,1%/53,3%).

Spezifische Hindernisse

Der Fragebogen gab schließlich noch bei einigen offenen Fragen die Gelegenheit, in einigen offenen Fragen Hinweise auf weitere Hindernisse und Schwierigkeiten in der ambulanten Psychotherapie bei (ehemaligen) Straftätern zu geben. So haben sechs Psychotherapeuten Bedenken hinsichtlich der eigenen Sicherheit in den Praxisräumen genannt. U. a. wurde vorgeschlagen, dass „ein roter Knopf mit Verbindung zur Polizei, analog zur Klinikfähigkeit“ hilfreich wäre. Ebenso sind Gedanken zum Opferschutz genannt worden (Schutz der anderen Patienten, die mitunter Opfer sind). Diese Antworten sind ernst zu nehmen und weisen auf verständliche Schwierigkeiten oder auch Grenzen für einen möglichen Ausbau der ambulanten Psychotherapie bei dieser Klientel hin.

Diskussion und weitere Implikationen

Die Mitgliederbefragung zeigte, dass bayernweit eine erhebliche Zahl von Kollegen Erfahrungen mit der Psychotherapie von (ehemaligen) Straftätern hat und dass hier auch eine Bereitschaft zur Psychotherapie bei dieser oftmals schwierigen Klientel bzw. den gegebenen schwierigen Rahmenbedingungen besteht. Die Antworten der Befragten weisen auf eine Vielzahl von Herausforderungen und Hindernissen für die Psychotherapie in diesem Feld hin, sie zeigen aber auch das Interesse der Kollegen an einer Weiterentwicklung der Versorgung in diesem Feld.

Die Hürden und Herausforderungen von Psychotherapeuten, welche ambulante Psychotherapie mit ehemaligen Straftätern in Deutschland durchführen, stellen insgesamt ein sehr vernachlässigtes Themenfeld dar. Die vorliegende Studie liefert vor diesem Hintergrund einen wichtigen Beitrag hinsichtlich einer zukünftig möglichen optimierten Versorgung. Da sich die vorliegende Untersuchung mit der ambulanten Psychotherapie für (ehemalige) Straftäter durch niedergelassene Psychotherapeuten beschäftigt, beziehen sich auch die weitergehenden Überlegungen auf diesen Bereich. Entwicklungen in diesem Bereich müssen natürlich in ein Gesamtversorgungssystem für die psychotherapeutische Behandlung von (ehemaligen) Straftätern eingebettet sein. Zu diesem System gehören in Bayern u. a. auch die drei psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexual- und Gewaltstraftäter in München, Nürnberg und Würzburg und vorhandene weitergehende Angebote der Strafvollzugsbehörden bzw. der Justiz sowie Verfahrensabläufe und unterstützende Regelungen seitens der zuständigen Behörden.

Erfreulicherweise haben insgesamt 196 Kollegen den vertiefenden Fragebogen beantwortet, sodass anhand der Teilnehmeranzahl davon ausgegangen werden kann, dass ein Inte-

resse an einer Verbesserung dieser Situation besteht: Aus ihren Rückmeldungen lassen sich zahlreiche Anregungen zur Versorgungsverbesserung entnehmen. Die zusammengestellten Punkte können in vier Gruppen zusammengefasst werden:

Vermittlung zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung

Offenbar stellt bereits die Vermittlung zu einer ambulanten Psychotherapie die erste strukturelle Herausforderung dar: Als vermittelnde Stelle wurde in unserer Studie am häufigsten die eigene Initiative des Patienten (38,6% in Praxen *mit* KV-Zulassung, 61,2% in Praxen *ohne* KV-Zulassung) sowie nachgelagert eine Vermittlung durch die Bewährungshilfe oder die Justizvollzugsanstalt genannt. Passend dazu war in unserer Studie das von den Psychotherapeuten am häufigsten vermutete Motiv für die Aufnahme einer Psychotherapie die Eigenmotivation des (ehemaligen) Straftäters sowie eine Bewährungsauflage. Kohärent zur hohen Eigenmotivation der (ehemaligen) Straftäter äußerten 32% der untersuchten Häftlinge in einer Studie von Schönfeld und Kollegen (2006), dass sie sich psychotherapeutische Einzelgespräche wünschen würden.

Informationsfluss zwischen Psychotherapeut/innen und Justizbehörden/Bewährungshilfe

Bislang existiert im deutschsprachigen Raum anscheinend kein einheitliches Konzept, wie Straftätern während der Haft bzw. nach Haftentlassung den Weg in eine psychotherapeutische Behandlung finden können. Dementsprechend wird die Kooperation mit Justizbehörden und der Bewährungshilfe von den Psychotherapeuten als sehr inhomogen wahrgenommen: Ca. 32% der Gesamtstichprobe schätzten die Zusammenarbeit mit den Justizbehörden als „eher gut“ ein, während ca. 65% der Befragten angab, dass eine Kooperation mit der Justiz „nicht vorhanden“ sei. Ähnlich heterogen wurde die Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe beurteilt (ca. 37% „sehr gut“ und „eher gut“; ca. 45% „nicht vorhanden“). Die große Varianz der Bewertungen weist darauf hin, dass bzgl. der Kooperation Optimierungsbedarf vorhanden ist. Häufig wurde von den Kollegen auch eine „Kommunikationspauschale“ für Mehraufwand wie Absprachen mit der JVA etc. vorgeschlagen, weil aufseiten der Psychotherapeuten bislang kein Anreiz und keine Vergütung für derartige erhöhte Kommunikationsanstrengungen vorhanden sind. Es könnte zudem sinnvoll sein, wenn in der Haftanstalt eine Art „Entlassungsmanager“ vorhanden wäre, der einerseits psychotherapeutische Behandlungen vermitteln und vielleicht darüber hinaus auch als Ansprechpartner für die späteren Psychotherapeuten zur Verfügung stehen könnte.

Viele Kollegen äußerten zudem den Wunsch, besser über das Straftatverhalten der Patienten informiert zu sein. Auch an dieser Stelle wäre ggf. ein „Entlassungsmanager“ als Ansprechpartner denkbar: Eine Kommunikationspauschale

kombiniert mit einem zuständigen Ansprechpartner in der Haftanstalt könnte u. a. auch den Informationsfluss bzgl. des Straftatverhaltens (unter Beachtung des datenschutzrechtlich Zulässigen) erleichtern.

Fortbildungen zu forensisch-psychotherapeutischen Themenfeldern

Das Straftatverhalten erscheint auch im Kontext der inhaltlichen Gestaltung einer Psychotherapie eine wichtige Rolle einzunehmen, sodass u. a. bzgl. Deliktarbeit ein deutlicher Fortbildungsbedarf bei den Kollegen zu bestehen scheint. Die am häufigsten gewünschten Fortbildungsthemen waren in unserer Befragung „Sinn bzw. Nutzen von Psychotherapie“, „Deliktarbeit“ und „Gewaltdelikte“.

Finanzierung einer ambulanten Psychotherapie

Ein zentrales Thema war für viele Teilnehmenden der Befragung die Finanzierung. Psychotherapien der niedergelassenen Kollegen *mit* KV-Zulassung werden derzeit in Bayern weit überwiegend von gesetzlichen Krankenkassen finanziert. In diesen Fällen sind die Patienten zunächst auf die Psychotherapeuten mit Kassensitz angewiesen, die angesichts der mangelhaften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung schon für „normale“ Kassenpatienten erst nach längerer Wartezeit Behandlungsplätze zur Verfügung stellen können. Erfreulicherweise zeigte unsere Umfrage, dass bei den Psychotherapeuten *ohne* KV-Zulassung bereits ein Großteil der im Jahr 2015 begonnenen Psychotherapien durch das Justizsystem finanziert wurde. Sofern weitere Finanzierungsmöglichkeiten seitens der Justiz zur Verfügung stehen würden, könnten auch die nicht KV-zugelassenen Psychotherapeuten als Behandler verstärkt infrage kommen und es wäre für die ehemaligen Straftäter vermutlich wesentlich leichter, einen Psychotherapieplatz zu finden. Zudem wäre auch eine Finanzierung in Fällen gesichert, in denen aus unterschiedlichen Gründen seitens der Krankenkasse keine Finanzierung erreicht werden kann, z. B. weil vielleicht die Arbeit an einer behandlungsbedürftigen typischen psychischen Störung nicht im unmittelbaren Vordergrund steht, sondern eher die rückfallpräventive Aufarbeitung biografischer Belastungen und ihrer Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung.

Im Jahr 2015 wurden gemäß unserer Studie im Bundesland Bayern von den Teilnehmenden der Befragung geschätzt ca. 313 ambulante Psychotherapien mit (ehemaligen) Straftätern begonnen (N= 196 niedergelassene Teilnehmende multipliziert mit dem Mittelwert der Anzahl an begonnenen Psychotherapien: 1,6). Die vorliegende Studie weist darauf hin, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung von (ehemaligen) Straftätern mit psychischen Erkrankungen aus Sicht der Psychotherapeuten so deutliche Hürden aufweist, dass von den Psychotherapeuten in Bayern, die bislang (ehemalige) Straftäter ambulant psychotherapeutisch behandeln, 18% zukünftig keine (ehemaligen) Straftäter mehr behandeln

möchten. Das sollte ein Warnhinweis sein, denn der Bedarf an Behandlungsplätzen ist ohne Frage schon heute größer als das Angebot, und sofern die Rahmenbedingungen unverändert bleiben, dürfte es auch kaum möglich sein, mehr Behandlungsmöglichkeiten zu gewinnen. Es wäre jedoch von gesamtgesellschaftlichem Interesse, gerade in der kritischen Phase unmittelbar nach Haftentlassung eine ausreichende Anzahl an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen zur Verfügung zu stellen. Die Versorgungslage ist alarmierend, insbesondere, da es offensichtlich ist und wissenschaftlich auch vielfach bestätigt, dass durch Psychotherapie bei dieser Klientel, insbesondere wenn sie rasch nach der Entlassung beginnt, das Rückfallrisiko deutlich reduziert (Cohen & Piquero, 2009; Euler et al., 2015; Stadtland & Nedopil, 2005) und auf diese Weise die Erfüllung des Vollzugsziels, nämlich „in sozialer Verantwortung ein Leben *ohne* Straftaten zu führen“ (gemäß § 2 StVollzG), nachhaltig unterstützt werden kann.

Hinsichtlich der Umsetzung einer ambulanten Psychotherapie ist jedoch auch zu bedenken, dass Patienten mitunter keine (ausreichende) Krankheitseinsicht haben oder Behandlungen gerichtliche Auflagen/Weisungen darstellen, sodass die Patienten oftmals nicht (ganz) freiwillig bzw. fremdmotiviert eine ambulante Psychotherapie beginnen. Motivationsarbeit ist dann häufig die erste und zentrale Aufgabe der Psychotherapie.

Limitationen

Methodisch einschränkend ist zu erwähnen, dass es sich bei der Untersuchung um eine Fragebogenstudie handelt, an der nur ein kleinerer Teil der Kammermitglieder teilgenommen hat. Kritisch kann man auch sehen, dass die Psychotherapeuten um Selbstauskünfte zur Anzahl der Patienten und zu Anfragen zur Psychotherapie gebeten wurden und dass sie retrospektiv über ihre Erfahrungen mit der Fallarbeit bei (ehemaligen) Straftätern gefragt und nicht prospektiv die tatsächlichen Fallbehandlungen erfasst wurden. Auch wurden die meisten Fragen selbst konstruiert und es lagen somit einerseits keine Vergleichsdaten vor, andererseits sind sie nicht vorab geprüft worden, sodass nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie das Antwortverhalten beeinflusst haben könnten (Hilbert et al., 2016). Gleichwohl scheint es uns so, dass wir in einem spezifischen Feld zumindest bei den Antwortenden von realistischen Einschätzungen und Selbstbeschreibungen ausgehen dürfen, die einen ersten Zugang zur näheren Klärung der Problematik bieten können.

Zusammenfassend wird deutlich, dass zwar ambulante Kapazitäten für die Behandlung von (ehemaligen) Straftätern vorhanden wären, dass es aber aufgrund von schwierigen Rahmenbedingungen und unzureichender Förderung teilweise Zurückhaltung bei den Kollegen hinsichtlich der Umsetzung der psychotherapeutischen Versorgung dieser speziellen Klientel gibt. Alle identifizierten Hürden (u. a. Vermittlung, Informationsfluss zwischen Personen und Institutionen, Finanzierung, Fortbildungen, Fragen bzgl. der eigenen Sicherheit

in der Praxis) sind im Prinzip modifizierbar, können also als Entwicklungsfelder, welche es zu bearbeiten gilt, betrachtet werden.

Literatur

- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A. & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166 (1), 103-109.
- Brinded, P. M. J., Stevens, I., Mulder, R. T., Fairley, N., Malcolm, F. & Wells, J. E. (1999). The Christchurch Prisons Psychiatric Epidemiology Study: Methodology and prevalence rates for psychiatric disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9 (2), 131-143. doi:10.1002/cbm.301.
- Bulten, E., Nijman, H. & van der Staak, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32 (2), 115-119. doi:10.1016/j.ijlp.2009.01.007.
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H. & Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2 (5), 422-430.
- Cohen, M. A. & Piquero, A. R. (2009). New evidence on the monetary value of saving a high risk youth. *Journal of Quantitative Criminology*, 25 (1), 25-49.
- Dudeck, M., Kopp, D., Kuwert, P., Drenkhahn, K., Orlob, S., Lüth, H. J., Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2009). Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. *Psychiatrische Praxis*, 36 (5), 219-224.
- Entorf, H. (2010). Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse. In J. M. Fegert & D. Schläfke (Hrsg.), *Maßregelvollzug zwischen Kostendruck und Qualitätsanforderungen* (S. 87-135). Lengerich: Pabst.
- Euler, S., Sollberger, D., Bader, K., Lang, U. E. & Walter, M. (2015). Persönlichkeitsstörungen und Sucht: Systematische Literaturübersicht zu Epidemiologie, Verlauf und Behandlung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 83 (10), 544-554. doi:10.1055/s-0041-107984.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359 (9306), 545-550.
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (5), 364-373.
- Frädrich, S. & Pfäfflin, F. (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18 (95), S. 104.
- Gunn, J., Maden, A. & Swinton, M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal*, 303 (6798), 338-341.
- Hilbert, S., Küchenhoff, H., Sarubin, N., Nakagawa, T. T. & Bühner, M. (2016). The influence of the response format in a personality questionnaire: An analysis of a dichotomous, a Likert-type, and a visual analogue scale. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23 (1), 3-24.
- Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U. & Maier, W. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 1-9.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Schönfeld, C.-E. von, Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U. & Driessen, M. (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt*, 77 (7), 830-841.
- SPSS, I. (2012). *IBM SPSS statistics version 21*. Boston, Mass: International Business Machines Corp.
- Stadtland, C. & Nedopil, N. (2003). Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für kriminelle Rückfälle. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 71 (12), 654-660. doi:10.1055/s-2003-45343.
- Stadtland, C. & Nedopil, N. (2005). Psychiatrische Erkrankungen und die Prognose krimineller Rückfälligkeit. *Der Nervenarzt*, 76 (11), 1402-1411.
- Stompe, T., Brandstätter, N., Ebner, N. & Fischer-Danzinger, D. (2010). Psychiatrische Störungen bei Haftinsassen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11 (2), 20-23.
- Urbanik, F. (2003). Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 11 (4), 202-213.
- Voß, T., Sauter, J. & Kröber, H.-L. (2011). Entlassene Problemfälle in der ambulanten Nachsorge von langzeitinhaftierten und langzeituntergebrachten Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5 (4), 253-260.



Dr. Dipl.-Psych. Nina Sarubin

Korrespondenzadresse:

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
sarubin@ptk-bayern.de

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



Benedikt Waldherr

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr, Psychologischer Psychotherapeut, ist seit 30 Jahren in Landshut in eigener Praxis tätig. Er ist Mitglied im Vorstand der PTK Bayern. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit ist die ambulante Verhaltenstherapie mit ehemaligen Straftätern.



Dr. Dipl.-Psych. Christian Hartl

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



Dr. Heiner Vogel

Priv.-Doz. Dr. phil. Heiner Vogel, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg. Er ist Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern sowie im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals und Sprecher der Kommission Psychotherapie in Institutionen der Bundespsychotherapeutenkammer.

Eine tragende Säule der Altersvorsorge

Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Olaf Wollenberg

Zusammenfassung: Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTV) ist für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zuständig. Seit seiner Gründung erfährt es einen stetigen Zuwachs an Mitgliedern. Dieser Artikel stellt das PTV und seine grundlegenden Eigenschaften vor. Er informiert über die Möglichkeiten der Beitragsentrichtung, die Entwicklung der Mitgliederzahlen und das umfassende Serviceangebot des Versorgungswerks. Als Teil des Serviceangebots wird insbesondere das Mitgliederportal dargestellt, das eine vollumfängliche elektronische Kommunikation zwischen Mitglied und Versorgungswerk ermöglicht. Darüber hinaus beschreibt der Artikel das im PTV angewandte Finanzierungsverfahren sowie die Grundsätze der Kapitalanlage. Dabei wird aufgezeigt, dass für das PTV auch in der andauernden Niedrigzinsphase bei der Anlagestrategie Nachhaltigkeitsaspekte Beachtung finden.

Das Versorgungswerk

Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTV) ist eine teilrechtsfähige Einrichtung der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen und wurde am 01.01.2004 als Körperschaft des öffentlichen Rechts auf der Grundlage von § 6a Heilberufsgesetz NRW errichtet.

Seit der Gründung des PTV haben sich zwei weitere Psychotherapeutenkammern dem Versorgungswerk angeschlossen. Dem PTV sind zum 1. Januar 2009 die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und zum 1. Juli 2010 die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer beigetreten. Insgesamt ist das Versorgungswerk somit für die Mitglieder von drei Psychotherapeutenkammern zuständig.

Das PTV hat einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit dem Versorgungswerk der Steuerberater im Land Nordrhein-

— **Durch die Zusammenarbeit mit dem Versorgungswerk der Steuerberater im Land Nordrhein-Westfalen werden Synergieeffekte in der Verwaltung erzielt.** —

Westfalen geschlossen. Durch diese Zusammenarbeit werden Synergieeffekte in der Verwaltung erzielt. Dies wirkt sich positiv auf den Verwaltungskostensatz aus, der das Verhältnis zwischen den Kosten des Versicherungsbetriebs und den Beitragseinnahmen angibt und seit Gründung des

Versorgungswerks kontinuierlich sinkt. Hierzu trägt auch die weiterhin steigende Mitgliederzahl und somit das steigende Beitragsvolumen bei. Im letzten Geschäftsjahr wurde dieser Wert erneut verbessert und die Verwaltungskosten haben lediglich 3,34% des Beitragsvolumens ausgemacht. Dies ist der geringste Wert seit Gründung des Versorgungswerks.

Finanzierungsverfahren

Die berufsständischen Versorgungswerke arbeiten grundsätzlich nach dem Versicherungsprinzip und finanzieren ihre Leistungen ohne Zuschüsse des Staates. Hierbei werden kapitalbildende Verfahren angewendet. Als Finanzierungsverfahren wendet das PTV das sogenannte modifizierte Anwartschaftsdeckungsverfahren an. Dieses Verfahren unterscheidet sich vom reinen Anwartschaftsdeckungsverfahren der privaten Lebensversicherung dadurch, dass die für die Versorgung notwendige Rückstellung nicht von jedem einzelnen Mitglied selbst gebildet wird, sondern Beiträge und Leistungen

der Gesamtheit aller Mitglieder in einem Gleichgewicht zueinander stehen. Das bedeutet: Die benötigten Rückstellungen für solidarische Leistungen wie Berufsunfähigkeitsrente oder Hinterbliebenenrente werden versicherungsmathematisch nicht auf das persönliche Risiko des

Eintritts eines einzelnen Versicherungsfalles berechnet, sondern in Hinblick auf den gesamten Mitgliederbestand. Hierin manifestiert sich der Solidargedanke einer berufsständischen Versorgungseinrichtung. Dies hat zur Folge, dass Risikoprüfungen bei Eintritt der Mitgliedschaft entfallen können.

Durch jede Beitragszahlung erhöht ein Mitglied seine Anwartschaft auf Altersrente, wobei der Grundsatz gilt, dass ein doppelter Beitrag zu einer doppelten Rentenleistung führt. Die sich aus Beitragszahlungen ergebenden Rentenanswartschaften werden im PTV unter Anwendung von altersgerechten Faktoren ermittelt. Hierbei wird die durchschnittliche Verweildauer der Beiträge im Versorgungswerk berücksichtigt, wobei ein Zinsfaktor in die Rentenberechnung einfließt, der sich jedes Jahr dem Lebensalter anpasst. Das jeweilige Lebensalter eines Mitglieds zum Zeitpunkt einer Beitragszahlung findet somit bei der Rentenberechnung Berücksichtigung.

Der versicherungsmathematische Rechnungszins auf die Deckungsrückstellung beträgt 3,5%. Werden darüber hinausgehend Kapitalerträge erwirtschaftet, die nicht zur nachhaltigen Ausfinanzierung benötigt werden, kann eine Dynamisierung der Anwartschaften über eine Erhöhung des Rentensteigerungsbetrages erfolgen. Hierüber entscheidet jährlich die Vertreterversammlung des Versorgungswerks.

Mitgliedszahlen

Die Pflichtmitgliedschaft im PTV setzt die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut¹ in einer der drei beteiligten Kammern voraus.

Die Mitgliedszahlen steigen seit Gründung des Versorgungswerks stetig an. Insgesamt hat sich die Anzahl der anwartschaftsberechtigten Mitglieder seit 2004 fast versiebenfacht, was unter anderem auf den Beitritt der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zurückzuführen ist. Zum 31. Dezember 2015 hatte das Versorgungswerk insgesamt 7.272 anwartschaftsberechtigte Mitglieder. Während davon rund 54% der Psychotherapeutenkammer NRW angehörten, verteilten sich die Mitglieder auf die beiden anderen Kammern mit jeweils rund 23%.

Die Anzahl der Leistungsempfänger ist dagegen vergleichsweise gering. Dies liegt darin begründet, dass es sich beim PTV um ein noch „junges“ Versorgungswerk handelt. Zum 31. Dezember 2015 empfingen insgesamt 96 Personen eine Leistung vom Versorgungswerk. Hierunter befanden sich neben 58 Altersrenten fünf Berufsunfähigkeitsrenten sowie 15 Witwen- und 18 Halbwaisenrenten mit einem Leistungsvolumen von insgesamt rund 179.000,- Euro.

Beiträge

Der Beitragspflicht zum PTV unterliegen die erzielten Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit als Psychotherapeut. Der Regelpflichtbeitrag entspricht der Hälfte des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung und beträgt im Jahr 2016 pro Monat 579,70 Euro. Sofern nachweislich geringe

re Einkünfte erzielt werden, ist eine geringere Beitragspflicht möglich, wobei wenigstens der Mindestbeitrag von 1/10 des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung (2016= 115,94 Euro/mtl.) zu leisten ist.

Für Existenzgründer besteht die Möglichkeit, auf Antrag für die ersten drei Jahre der ausschließlich selbständigen Tätigkeit einen reduzierten Beitrag von 0,5/10 (2016= 57,97 Euro/mtl.) zu entrichten. Zudem kann nach Ablauf dieses Zeitraums auf Antrag für weitere zwei Jahre der Mindestbeitrag als Pflichtbeitrag festgesetzt werden. Die Beitragshöhe ist in diesem Fall unabhängig von der Höhe der erzielten Einkünfte.

Zur Verbesserung der Leistungsansprüche können Mitglieder zudem jederzeit freiwillige Zusatzbeiträge leisten. Diese Möglichkeit wird von vielen Mitgliedern in Anspruch genommen. Freiwillige Zusatzbeiträge können unter Berücksichtigung der geleisteten Pflichtbeiträge bis zu einem Höchstbeitrag von 15/10 gezahlt werden. Für 2016 können somit maximal Beiträge in Höhe von 20.869,20 Euro entrichtet werden.

Auf Antrag können sich bestimmte Personengruppen von der Beitragspflicht befreien lassen, sofern die hierzu notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind. Hierunter fallen z. B. Mitglieder, die aufgrund eines Angestelltenverhältnisses versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung sind und aus einer gegebenenfalls gleichzeitig ausgeübten selbständigen Tätigkeit nur geringfügige Einkünfte erzielen. Mitglieder, die die Voraussetzungen für eine vollständige Beitragsbefreiung erfüllen, können sich unter bestimmten Voraussetzungen auch nachträglich freiwillig für eine Beitragszahlung für die Zukunft entscheiden. Dann müssen sie jedoch grundsätzlich dauerhaft mindestens den monatlichen Mindestbeitrag von 1/10 entrichten.

Die Beitragseinnahmen lagen im Kalenderjahr 2015 bei 34,52 Mio. Euro und haben damit erneut einen Höchstwert erreicht. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass die freiwilligen Zusatzbeiträge zum wiederholten Male mehr als 50% der gesamten Beitragseinnahmen ausmachten. Dies verdeutlicht, dass die Mitglieder großes Vertrauen in ihr Versorgungswerk haben.

Kapitalanlage

Das Gesamtvermögen hat zum 31. Dezember 2015 bei rund 180 Mio. Euro gelegen. Nach der Versicherungsaufsichtsverordnung NRW ist das Vermögen so anzulegen, dass möglichst große Sicherheit und Rentabilität bei jederzeitiger Liquidität des Versorgungswerks unter Wahrung angemessener Mischung und Streuung erreicht wird. Mischung und Streuung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Kapitalanlageninvest-

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

ments des Versorgungswerks nicht auf eine oder wenige Anlageformen und -klassen beschränkt sein sollen. Dies erfordert, dass das Vermögen breit aufgefächert in mehrere Anlagearten (Mischung) und viele Schuldner (Streuung) investiert wird. Diese Maßgabe setzt das Versorgungswerk durch einen kontinuierlichen Kurs der Diversifizierung in der Kapitalanlage um. Neben dem Prinzip der Diversifikation spielt auch die Nachhaltigkeit bei der Anlagestrategie eine Rolle. Grundsätzlich investiert das Versorgungswerk nicht in Anlagen, deren Gewinne beispielsweise auf Kinderarbeit, Rüstungsgeschäften oder ökologisch schädlichen Projekten basieren. Für die Steuerung der Fonds im Rahmen der vom Verwaltungsrat vorgegebenen Anlagerichtlinien zeichnen die Fondsmanager verantwortlich. Sie haben gegenüber dem Versorgungswerk nachgewiesen, dass sie den Standard der Vereinten Nationen für verantwortliches Investieren (UN PRI: UN Principles for Responsible Investment) erfüllen. Darüber hinaus verfolgen einige speziell ausgewählte Manager im Rahmen ihres Investmentansatzes zusätzlich eine besondere Nachhaltigkeitsstrategie.

Sicherheit, Rentabilität und Nachhaltigkeit bei möglichst weitgehender Diversifikation sind die Grundpfeiler der Anlagestrategie des PTV. So investiert das Versorgungswerk neben festverzinslichen Anlagen zunehmend in renditestarke Aktien, Immobilien und alternative Anlagen. Die Beteiligung an einem Wasserkraftprojekt in Norwegen rundet das Bild ab. Diese Strategie hat sich auch in der aktuell anhaltenden Niedrigzinsphase bewährt und ausreichende Renditen zur Bedeckung der rechnungsmäßigen Zinsen erbracht. Das PTV ist hierdurch in der Lage, die Anwartschaften und Renten zum 1. Januar 2017 um jeweils 2% zu dynamisieren.

Umfassender Service

Mitgliedernähe ist einer der Leitgedanken des PTV. Zur Realisierung der Mitgliedernähe bietet das Versorgungswerk mehrere Wege, um die kompetenten Ansprechpartner in der Geschäftsstelle zu erreichen. Zunehmend werden auch die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation genutzt. Hierzu bietet PTV neben der Onlinepräsenz seit 2015 ein Mitgliederportal.

Mitgliederportal

Durch das Mitgliederportal erweitert das PTV sein Serviceangebot um einen vollständigen Kommunikationskanal. Seit der Einführung des Mitgliederportals hat sich bereits eine Vielzahl von Mitgliedern im Mitgliederportal registriert und nutzt dieses aktiv.

Die Mitglieder haben durch das Portal die Möglichkeit, alle Schreiben des Versorgungswerks digital zu empfangen. Im Gegenzug können Anfragen oder Unterlagen bequem in das Portal hochgeladen und unmittelbar an den zuständigen Sachbearbeiter übermittelt werden. Sämtliche Korrespondenz



Mitgliederportal des PTV – Startseite

kann somit elektronisch archiviert werden und steht dem Mitglied jederzeit zur Verfügung. Dabei wird auf die Sicherheit der Daten höchsten Wert gelegt. Der komplette Datenaustausch erfolgt verschlüsselt nach dem aktuellen Stand der Technik. Die gesamte Kommunikation mit dem PTV erfolgt in einer geschützten Umgebung und kann online abgewickelt werden. Durch die elektronische Kommunikation entfallen die Kosten für Briefpapier, Kopien, Porto und Handling-Aufwände (z. B. Postgänge). Durch diese Kostenersparnisse können mittelfristig die Verwaltungskosten weiter sinken und die Solidargemeinschaft gestärkt werden.

Darüber hinaus bietet das Mitgliederportal die Möglichkeit, eine individuelle Simulation über die Höhe der zu erwartenden Altersrente online und in Echtzeit durchzuführen. Sofern ein zusätzlicher Versorgungsbedarf besteht, kann dieser schnell und unkompliziert identifiziert werden und z. B. durch die Zahlung von freiwilligen Zusatzbeiträgen gedeckt werden. Das Mitgliederportal wird laufend weiterentwickelt. So wird es zukünftig möglich sein, auch die individuelle Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente zu simulieren. Damit bietet das Mitgliederportal für die Mitglieder des PTV neben verbesserten Kommunikationswegen auch die Möglichkeit, ohne großen Aufwand einen zukünftigen Versorgungsbedarf frühzeitig feststellen zu können.



Dipl.-Psych. Olaf Wollenberg

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

Dipl.-Psych. Olaf Wollenberg ist Vorsitzender des Verwaltungsrates des Versorgungswerks der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTV) und als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Leverkusen tätig.

Interview

TVöD-Entgeltgruppe 14 – hält ver.di die facharzt- äquivalente Bezahlung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch für realisierbar?

Heiner Vogel und Klaus Thomsen im Gespräch mit Sylvia Bühler, ver.di-Bundesvorstand

Heiner Vogel und Klaus Thomsen für das PTJ: Liebe Sylvia Bühler, wir freuen uns, dass Sie sich als Mitglied des Bundesvorstands von ver.di die Zeit für ein Interview mit dem Psychotherapeutenjournal genommen haben. ver.di ist ja zuständig für die Verhandlungen und Abschlüsse von Tarifverträgen in Institutionen, in denen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ angestellt sind. Wie werden denn derzeit die Interessen der Psychotherapeuten in den Meinungsbildungsprozess bei ver.di eingebracht?

Sylvia Bühler: Jede Psychotherapeutin, jeder Psychotherapeut kann sich in ver.di einbringen. Am besten in der konkreten Gewerkschaftsarbeit vor Ort und im Betrieb. ver.di vertritt alle Berufe im Gesundheitswesen und das macht auch Sinn. Schließlich wollen wir, dass die verschiedenen Berufsgruppen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Im Gesundheitswesen sollten die unterschiedlichen Professionen für eine gute Versorgung, Behandlung und Pflege Hand in Hand arbeiten. Neben dem gemeinsamen Engagement für bessere Arbeitsbedingungen gibt es sehr spezielle Themen der Psychotherapeuten. Beim Bundesfachbereich Gesundheit und Soziale Dienste gibt es deshalb die Bundesfachkommission PP/KJP – Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Kolleginnen und Kollegen, die dort aktiv sind, haben sich vorgenommen, die spezifischen beruflichen und fachlichen Interessen in den Blick zu nehmen. Entsendt wurden sie von unseren zehn ver.di-Landesfachbereichen. Konkret werden dort Positionierungen erarbeitet und Forderungen formuliert. Die Bundesfachkommission kann auf wichtige Themen einwirken, mitgestalten und Ideen aufgreifen. Derzeit geht es vor allem um die angekündigte Reform des Psychotherapeutengesetzes und das Ziel einer facharztäquivalenten Vergütung. Zur Vorbereitung und Begleitung der Tarifverhandlungen zur neuen Entgeltordnung mit den kommunalen Arbeitgebern waren die Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) eingebunden. Bereits vor vielen Jahren haben wir beschlossen, dass die Eingruppierung von PP und KJP auf Facharztniveau erfolgen soll.

Im Jahr 1998 wurden die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP/KJP) als Bundesgesetz eingeführt. Die Abschlüsse PP und KJP werden von Psychologen oder (Sozial)Pädagogen mit Universitäts-/ Hochschulabschluss (Master) nach einer definierten mehrjährigen Qualifizierung mit staatlicher Anerkennung erreicht. Ganz ähnlich verhält es sich bei der Qualifizierung von Ärzten zu Fachärzten. Viele Kolleginnen und Kollegen haben erwartet, dass die Gewerkschaft ver.di gemeinsam mit den Arbeitgebern dafür sorgt, dass der neue Beruf sich angemessen in das Gehaltsgefüge der Tarifverträge einfügt. Wie konnte es passieren, dass sich in dieser Hinsicht über 15 Jahre lang nichts getan hat?

Ja, man sollte unterstellen, dass auch die Arbeitgeber ein großes Interesse daran haben müssten, neue Berufe oder Berufe, deren Anforderungen sich geändert haben, zügig zu verhandeln. Leider erleben wir, dass sie sich dabei viel Zeit lassen. Besonders, wenn sie meinen, „billiger“ wegzukommen, wenn es keine aktualisierte Eingruppierung gibt. ver.di hat deshalb sehr darauf gedrängt, dass mit der Vereinigung

— **Es ist mir wichtig festzustellen, dass es nicht immer Jahrzehnte dauern muss, bis die Eingruppierung wieder angepackt wird – nach dem Tarifabschluss ist vor den Tarifverhandlungen.** —

der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) im Rahmen der Tarifrunde 2016 endlich eine neue Entgeltordnung abge-

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

geschlossen wird. Die Eingruppierung der Gesundheitsberufe musste gründlich überarbeitet werden. Seit Mai 2014 hat ver.di mit den kommunalen Arbeitgebern hart verhandelt, fachlich unterstützt durch Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Berufe. Leider mussten wir feststellen, dass fachliche Argumente wenig interessiert haben. Auch wenn wir die grundsätzliche Aufwertung der Gesundheitsberufe noch nicht erreichen konnten – das hat die VKA vehement abgelehnt –, haben wir bei einer sehr schwierigen Ausgangslage insgesamt ein Ergebnis erzielt, das sich sehen lassen kann. Ich weiß, dass nicht alle Vorstellungen der Beschäftigten an eine zeitgemäße Entgeltordnung erfüllt sind. Deshalb ist mir wichtig festzustellen, dass es nicht immer Jahrzehnte dauern muss, bis die Eingruppierung wieder angepackt wird. Nach dem Tarifabschluss ist vor den Tarifverhandlungen. Und der alte Spruch bleibt wahr: Tariffragen sind am Ende immer Machtfragen.

Wie arbeiten denn die Bundestarifkommissionen von ver.di, die die Tarifverhandlungen zum Beispiel für den Öffentlichen Dienst führen?

Mitglieder von Tarifkommissionen haben eine große Verantwortung. Sie beschließen, wann ein Tarifvertrag gekündigt wird und ebenso die Forderungen. Wenn es ein Ergebnis gibt, wird es durch die Tarifkommission bewertet. Entweder es wird angenommen oder abgelehnt. Eine Ablehnung will gut begründet sein, denn dann folgen in der Regel Urabstimmung und Arbeitskampf. Für die Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst ist die Bundestarifkommission (BTK) zuständig. In ver.di gibt es die gute Tradition, mögliche Forderungen mit den Mitgliedern in den Betrieben zu beraten. Die Diskussionen werden zusammengefasst und von der BTK bewertet, bevor die Forderungen beschlossen werden. Für die PP und KJP stand die Forderung lange fest und ich habe diese in den Tarifverhandlungen offensiv vertreten. Am Ende hatte die BTK über ein umfassendes und komplexes Tarifergebnis abzustimmen. Es daran scheitern zu lassen, weil einige Berufe sich mehr erhofft hatten – völlig zu Recht –, war zu keinem Zeitpunkt eine reale Option.

Und wer „sitzt“ eigentlich in der Bundestarifkommission?

Die Bundestarifkommission des öffentlichen Dienstes besteht aus 101 ehrenamtlichen Mitgliedern aus allen Bereichen des öffentlichen Dienstes. Von der Verwaltung, über die Häfen bis zum Krankenhaus. Das macht uns bei Tarifausinandersetzungen stark. Unser Fachbereich wird durch 22 ehrenamtliche Mitglieder vertreten. Wir sind der größte Fachbereich in ver.di, aber es gibt in unserer Branche noch andere große Trägergruppen, private und frei-gemeinnützige bzw. konfessionelle, die in der BTK nicht vertreten sind. Es können nur Mitglieder in die Tarifkommission gewählt werden, für die der Tarifvertrag dann auch unmittelbar gilt. Frauen und junge Kolleginnen und Kollegen unter 28 Jahre werden entsprechend ihrem Mitgliederanteil berücksichtigt. Die Verteilung

der Mandate auf die Fachbereiche und Landesbezirke richtet sich nach den jeweiligen Mitgliederanteilen. Um ein Mandat für die BTK zu erhalten, ist es wichtig, gut vor Ort bei ver.di eingebunden zu sein.

Auch hier müssen wir nachhaken. Haben Berufsgruppen ohne direkte Vertretung in einer Tarifkommission eine Chance? Was können Psychotherapeuten tun, um dort ernstgenommen zu werden?

ver.di steht für eine solidarische Tarifpolitik. Die ehrenamtlichen Kolleginnen und Kollegen in der BTK vertreten bei ihren Entscheidungen die Interessen aller Berufsgruppen, nicht nur der, der sie selbst angehören. Wichtig ist, sich in den Meinungsbildungsprozess im Vorfeld von Tarifverhandlungen einzubringen. Jede Psychotherapeutin, jeder Psychotherapeut kann diese Möglichkeit im Betrieb nutzen. Für ver.di ist wichtig, dass nicht jede Berufsgruppe für sich alleine kämpfen muss, sondern alle zusammen sich für gute Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung einsetzen. Gemeinsam können wir viel erreichen.

ver.di ist als Einheitsgewerkschaft für den Dienstleistungsbereich ja für die Interessen verschiedener Berufe zuständig. Bei Tarifverhandlungen müssen notwendigerweise Prioritäten gesetzt werden. Wie funktioniert ein fairer Ausgleich der Interessen bei ver.di?

Unsere Mitglieder machen ver.di stark und durchsetzungsfähig. Ohne sie gäbe es keine Gewerkschaft und keine Tarifverhandlungen. Deshalb vertreten wir auch in erster Linie die Interessen unserer Mitglieder. Wir sind eine Selbsthilfeorganisation, in der sich abhängig Beschäftigte zusammenschließen, um sich gemeinsam für gute Arbeitsbedingungen und eine gute Bezahlung stark zu machen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob man einer kleinen oder großen Berufsgruppe angehört.

Und welche Rolle spielt in diesem Gefüge die Bundesfachkommission PP/KJP bei ver.di?

Die Bundesfachkommission PP/KJP vertritt die Interessen der organisierten Kolleginnen und Kollegen und ist das „Gesicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ in ver.di. Bei den Verhandlungen zur neuen Entgeltordnung für die Gesundheitsberufe haben Mitglieder des Gremiums fachlich unterstützt und die Verhandlungen für die Berufsgruppe in einer entsprechenden Arbeitsgruppe vorbereitet. Zugleich sind die Mitglieder der Fachkommission wichtige Multiplikatoren, um die Interessen der Berufsgruppe in den Betrieben bekannt zu machen.

Nun gab es im Frühjahr endlich die von unseren Kollegen lange ersehnte neue Entgeltordnung für den Tarifvertrag im öffentlichen Dienst (kommunal), mit einer Einordnung der PP und KJP in Entgeltgruppe 14. Leider ist die langjährige Forderung, die auch von ver.

di-Bundeskongressen bestätigt wurde, nämlich eine Einordnung analog zu den Fachärzten, nicht erreicht worden. Selbst die Entgeltgruppe 15 wurde nicht durchgesetzt. Die Entgeltgruppe 14 ist also weit von der Beschlusslage entfernt und bringt für viele Kollegen in den Kliniken nicht einmal eine Verbesserung. Vielfach wird ohnehin schon Entgeltgruppe 14 bezahlt, damit überhaupt Psychotherapeuten gewonnen werden können. Auch gibt es – im Unterschied zu anderen Berufen – keine Regelung für die Höhergruppierung von Kollegen in Leitungsfunktionen oder bei besonderen Aufgaben. Woran sind die angemessene Eingruppierung und die weitere Differenzierung der Einordnung gescheitert?

Wir haben für die PP und KJP die facharztäquivalente Vergütung gefordert. Für den Abschluss eines Tarifvertrages braucht es allerdings immer auch die Unterschrift der Arbeitgeberseite. Und die VKA hat erklärt, auf keinen Fall einer tariflichen Eingruppierung in die Entgeltgruppe 15 zuzustimmen. Man habe kein Problem, die Stellen zu besetzen, wurde mehrfach betont. Ich kann die Enttäuschung gut verstehen, dass wir diese Forderung nicht vollständig durchsetzen konnten. Vordergründig geht es um die Bezahlung. Aber es geht auch um die Anerkennung der langen, oft teuren Ausbildung und um die Akzeptanz, dass PP und KJP mit Fachärztinnen und Fachärzten gleichgestellt sind.

Einige vertreten die Auffassung, dass es besser gewesen wäre, gar nichts zu regeln, anstatt eine von den Fachärztinnen und Fachärzten abweichende Regelung zu akzeptieren. Emotional kann ich das nachvollziehen, als Tarifpolitikerin nicht. Denn mit der neu vereinbarten Entgeltgruppe 14 haben wir die bisherige Rechtslage verbessert. Nach bisherigem Tarifrecht konnten PP in die Entgeltgruppe 13 eingruppiert werden, was viele Kliniken getan haben. Das ist jetzt nicht mehr möglich. Deshalb gibt es auch viel Zustimmung. Mitglieder freuen sich, dass sie 300 bis 400 Euro mehr haben, KJP sogar teilweise bis zu 800 Euro, wenn im Januar 2017 die neue Entgeltordnung in Kraft tritt.

Von Kollegen wird die Sorge geäußert, dass mit der ausgehandelten Eingruppierung im TVöD die Facharztäquivalenz für lange Zeit und alle weiteren Tarifverträge verloren ist. Wie sehen Sie das?

Es gibt Bewegung im Gesundheitswesen. Die zunehmende Beteiligung an den laufenden Aktionen und Streiks ist erfreulich. Immer mehr erkennen, dass es wichtig ist, sich für die eigenen Belange stark zu machen. Es ist kein Naturgesetz, dass die neue Entgeltordnung Jahrzehnte nicht mehr angepackt wird.

Das ist klar: Bei den Tarifverhandlungen sind nur Lösungen erreichbar, wenn die Arbeitgeber mitspielen. Beim TVöD ist das also die Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA). Auch die Kommunalen Arbeitgeber müssten doch ein Interesse haben, dass die bei ihnen beschäftigten Psychotherapeuten mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden sind, und es ist sonnenklar, dass zur Zufriedenheit auch ein Gehalt gehört, das die Kollegen für fair halten – im Verhältnis zu den anderen Berufen. Wer kann es schaffen, den Arbeitgebern diese einfachen Wahrheiten nahezubringen? Und wie könnte es doch noch gelingen, eine angemessene Einordnung im TVöD zu erreichen?

Tarifverträge fallen nicht vom Himmel. Viele Mitglieder machen eine Gewerkschaft stark. Je mehr Beschäftigte aus den Gesundheitsberufen sich in ver.di organisieren, desto mehr

— Für ver.di ist wichtig, dass nicht jede Berufsgruppe für sich alleine kämpfen muss, sondern alle zusammen sich für gute Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung einsetzen. —

können wir gemeinsam erreichen. Es ist wichtig, selbstbewusst die eigenen Interessen in die Hand zu nehmen und Mitglied bei ver.di zu werden. Es ist gut, dass wir immer mehr werden. Der Fachbereich wächst kontinuierlich. Aber noch immer stehen viel zu viele Beschäftigte abseits und warten, dass es andere für sie richten mögen. Die Erwartungen, was ver.di durchsetzen soll, sind regelmäßig hoch, besonders bei Beschäftigten, die selbst nicht organisiert sind. Auch Arbeitgeber wissen in der Regel ziemlich gut, wie der Organisationsgrad in ihren Einrichtungen ist. Es ist Zeit, dass wir uns Respekt verschaffen. Entschlossen und gemeinsam.

Die Vereinbarung über die neue Entgeltordnung im TVöD hat bei vielen Kollegen zu erheblicher Frustration geführt. Es gab Resolutionen von den Kammern und auch eine Unterschriftenaktion, in der knapp 5.000 Kollegen von den Arbeitgebern und von ver.di gefordert haben, endlich eine facharztäquivalente Eingruppierung zu realisieren. Wie wird sich das auf die ver.di-interne Diskussion und auf weitere Tarifverhandlungen auswirken?

ver.di hält daran fest, für die PP und KJP eine Eingruppierung auf Facharztniveau zu fordern. Deshalb bleiben wir dran am Thema. Gut, wenn wir dabei die Unterstützung der betroffenen Kolleginnen und Kollegen haben. Dass die Berufsgruppe aktiv sein kann, hat sie gezeigt. Viele E-Mails und Briefe wurden geschrieben und zahlreiche Unterschriften gesammelt. ver.di muss man von der richtigen Forderung nicht überzeugen, wir haben sie uns längst zu eigen gemacht. Gemeinsam können wir dafür sorgen, dass die

Proteste diejenigen erreichen, die bisher noch nicht einsichtig sind: die Arbeitgeber.

Es stehen noch zahlreiche Tarifverhandlungen an, auch mit Gesundheitskonzernen. Hier können wir gemeinsam aktiv werden. Die beste Botschaft an die Arbeitgeber ist ein hoher Organisationsgrad. Damit zeigen die Beschäftigten: Es ist kein Gegensatz, sich für die Gesundheit anderer zu engagieren und dabei die eigenen Interessen zu vertreten.

— ver.di hält daran fest, für PP und KJP eine Eingruppierung auf Facharzniveau zu fordern. —

Gut wäre es, wenn die angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schon jetzt ihre Arbeitgeber davon überzeugen, dass die Entgeltgruppe 15 die sachgerechte Eingruppierung ist. Tarifverträge legen Mindestbedingungen fest. Mehr geht immer.

Da haben Sie recht: Vielleicht ist vielen Kollegen endlich bewusst geworden, welche entscheidende Rolle ver.di für unsere Interessenvertretung spielt und dass die Kammern nicht, wie viele fälschlich meinen, für bessere Gehälter in den Kliniken verhandeln können. Letztlich sind für die angestellten Kollegen die Kammern wichtig, aber ganz besonders ver.di. Wie sehen Sie die bisherige Zusammenarbeit der Kammern mit ver.di und wie könnte das in der Zukunft aussehen?

Nicht nur die Entgeltordnung beschäftigt uns. Psychotherapeuten stehen vor vielen Herausforderungen und es ist höchste Zeit, sich wirkungsvoll Respekt zu verschaffen. Gut, wenn junge Kolleginnen und Kollegen damit schon in der Ausbildung anfangen. Es ist nicht akzeptabel, dass Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer praktischen Tätigkeit keine oder nur eine geringe Vergütung bekommen. Auch hier bringen wir uns ein und unterstützen Aktionen und Proteste.

Ein weiteres großes Thema im Gesundheitswesen ist die Personalausstattung. Aktuell verteidigen wir im neuen Psych-VVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen)

die Psychiatrie-Personalverordnung. Sie muss weiterentwickelt werden, aber erst einmal müssen wir sie absichern. Wir wollen durchsetzen, dass die Kliniken das Geld, das sie für Personal bekommen, auch für Personal ausgegeben und nicht in Neubauten oder Profite der privaten Krankenhausbetreiber umleiten.

Gut ist es, wenn wir zu diesen und weiteren zentralen Fragen gemeinsam an einem Strang ziehen können. Umso besser sind die Möglichkeiten, im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren Einfluss im Sinne der Psychotherapeuten zu nehmen. Schon 2013 haben ver.di und die Bundespsychotherapeutenkammer in einer gemeinsamen Fachtagung beraten, wie wir die Interessen der Berufsgruppen nach vorne bringen können. Den Austausch sollten wir verstärken.

Welche Anregungen haben Sie an die angestellten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, um die angestrebte Verbesserung ihrer Position in den Strukturen von Kliniken und anderen Einrichtungen zu erreichen?

Jetzt werden auf Jahre hinaus die Weichen für gute Patientenversorgung und Arbeitsbedingungen gestellt. Vor allem die CDU setzt immer noch auf Markt und Wettbewerb. Dass das im Gesundheitswesen nicht funktioniert, wissen mittlerweile alle. Höchste Zeit zum Handeln. Gemeinsam.



Foto: Die Hoffotografen

Sylvia Bühler

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesvorstand
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin
Sylvia.Buehler@verdi.de

Sylvia Bühler ist Mitglied des Bundesvorstandes der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und Leiterin des ver.di-Fachbereichs Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen.

Die facharztäquivalente Eingruppierung von angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Seit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1998 warten die angestellten Kolleginnen und Kollegen darauf, dass sich ihre berufliche Qualifikation auch in einer entsprechenden tariflichen Eingruppierung niederschlägt. Auf dem langen Weg zu diesem Ziel gab es in den letzten Jahren in einzelnen Tarifverträgen zwar die gewünschten Verbesserungen. Es fehlte aber immer noch der „Durchbruch“, d. h. eine Veränderung in den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes, die weiterhin als eine Art Leit-Tarifverträge das Muster für viele andere Tarifverträge darstellen. Beinahe überraschend ging es hier dann endlich Ende 2015 los. Im April/Mai 2016 fanden die abschließenden Verhandlungen zwischen ver.di und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA) statt. Es wurde eine Entgelterhöhung für den TVöD in zwei Stufen beschlossen und insbesondere auch eine neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe. Bislang galt ein überholtes Eingruppierungsverzeichnis aus der Anlage des Bundesangestelltentarifes (BAT), der 2005 vom TVöD abgelöst wurde. Seinerzeit wurde es versäumt, eine modernisierte Entgeltordnung auszuhandeln, die den Bedingungen der heutigen Arbeitswelt mit vielen neuen Berufsgruppen Rechnung trägt. Von diesem Versäumnis profitierten die öffentlichen Arbeitgeber, denn es gab fortan keine Bewährungsaufstiege mehr. Das bedeutete Einsparungen der öffentlichen Haushalte von Hunderten Millionen Euro. Diplom-Psychologinnen und -Psychologen, die unter die allgemeinen Eingruppierungskriterien für Hochschulabsolventen fielen, blieben jetzt auf Dauer in der Entgeltgruppe 13 (früher BAT IIa) und der früher übliche Bewährungsaufstieg in die BAT Ib (jetzt EG 14) fiel fort. So kam es im öffentlichen Dienst oft zu der paradoxen Situation, dass langgediente Psychologinnen und Psychologen EG 14 beziehen, aber Kolleginnen und Kollegen mit Approbation ohne Aufstiegschance auf die EG 13 festgelegt waren. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PP) existierten für die Entgeltordnung des BAT noch nicht und wurden daher auch nicht im TVöD berücksichtigt. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (KJP) traf es noch härter. Auch sie existierten im BAT nicht und wurden 2011 kurzerhand in einem Teilbereich des TVöD (Sozial- und Erziehungsdienst) der formal existierenden aber faktisch ausgestorbenen Berufsgruppe der Psychagogen gleichgesetzt. Die Folge: KJP erhalten im Sozial- und Erziehungsdienst die Entgeltstufe 17, die der TVöD-EG 11 entspricht. Wenig mehr als der Diplom-Sozialpädagoge (FH) und deutlich weniger als der Diplom-Psychologe. Insofern könnte die Approbation als KJP für Psychologinnen und Psychologen sogar zur Abgruppierung führen.

Seit Mai 2016 gibt es in weiten Bereichen des öffentlichen Dienstes für PP und KJP eine neue Tarifsituation. Beide Berufe wurden nach den Verhandlungen in die neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe im TVöD eingepflegt. 17 Jahre nach Schaffung dieser neuen akademischen Heilberufe wird deren Existenz endlich in diesem wichtigsten Flächentarif anerkannt. Die ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP, die seit 2002 innerhalb von ver.di für diese Anerkennung kämpft, hat damit ein wichtiges Ziel erreicht. Beide Berufsbezeichnungen erscheinen endlich explizit neben Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Tierärzten im Berufeverzeichnis der Entgeltordnung.

Bei Bekanntgabe des Verhandlungsergebnisses im Mai haben die Kammern ebenso wie die Bundespsychotherapeutenkammer und die ver.di-Fachkommission PP/KJP trotzdem protestiert, denn die in mehreren ver.di-Bundeskongressbeschlüssen geforderte tarifliche Gleichstellung mit den Fachärztinnen und -ärzten ist mit der Zuordnung der EG 14 weit verfehlt. Abgesehen von den gesonderten Ärztetabellen für Krankenhäuser, die noch höher ausfallen, erhalten Fachärzte, Fachzahnärzte und Fachtierärzte in kommunalen Institutionen die EG 15. Aus Sicht der Kammern und der Fachkommission ist die Einordnung der PP/KJP also keineswegs akzeptabel. Das Gespräch mit Sylvia Bühler vom ver.di-Bundesvorstand sollte vor diesem Hintergrund dazu dienen, die Problematik näher zu erläutern und insbesondere auch die Sichtweise von ver.di und die Tarifperspektiven näher darzulegen.

Beachtliche Mobilisierungsbereitschaft

Die Unterschriftenprotestaktion der angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Juni und Juli 2016 war in mehrfacher Hinsicht erfolgreich. Sie belegt ein hohes Maß an Mobilisierungsfähigkeit der Berufsgruppe. Fast 5.000 Unterschriften in der Ferienzeit! Weiterhin konnte die Annahme widerlegt werden, dass die Kolleginnen und Kollegen selten Gewerkschaftsmitglieder sind. Berücksichtigt man die unterschiedlichen Rückläufe aus den einzelnen Bundesländern und den hohen Anteil der PiA-Beteiligung, kommt man auf einen bundesweiten Organisationsgrad von deutlich über zehn Prozent, in einigen Bundesländern sogar doppelt so hoch. Das ist vergleichbar mit anderen Gesundheitsberufen, wie z. B. der Pflege, und einmalig unter den akademischen Heilberufen.

Diese Ergebnisse zählen als Argumente für kommende Tarifverhandlungen, wenn es um die Entgeltordnungen geht. Im Tarifvertrag der Länder TVL sind KJP aktuell systemwidrig eingeordnet und PP tauchen gar nicht auf. Hier bedarf es endlich der Gleichstellung mit den anderen akademischen Heilberufen. Weitere wichtige Tarifwerke der Rentenversicherung, der Wohlfahrtsverbände und der Gesundheitskonzerne sind ebenfalls noch frei von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

TVöD: Antragstellung zur Höhergruppierung

Die Höhergruppierung in die EG 14 im TVöD muss beantragt werden, aber nicht sofort. Der Antrag kann im ganzen Jahr 2017 rückwirkend zum 1. Januar 2017 geschehen. Da es allerdings noch manche Unklarheiten gibt und auch die Arbeitgeber mit der neuen Systematik zum Jahresanfang noch nicht vertraut sein werden, sollte der Antrag vielleicht nicht gleich Anfang des Jahres gestellt werden. Auf der Homepage des PTI-Ausschusses der Bundespsychotherapeutenkammer (www.bptk.de/bptk/gremien/psychotherapeuten-in-institutionen.html) wird hierzu im ersten Halbjahr 2017 informiert.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.psychotherapeutenjournal.de im Bereich dieser Ausgabe PTJ 4/2016.

Klaus Thomson und Heiner Vogel

Interview

„Just do it! – oder: Wie hoch notierst Du an der globalen Ich-Börse?“

Ein Gespräch mit Carlo Strenger über den Einfluss von Globalisierung, Internet und Infotainment auf die psychische Strukturbildung

Ulrich Wirth

Der in der Schweiz aufgewachsene Philosoph, Psychologe und existentialanalytische Psychotherapeut Professor Dr. Carlo Strenger (58) lebt hauptsächlich in Tel Aviv. Dort arbeitet er auch als politischer Publizist und ist Professor für Psychologie und Philosophie an der Universität. In einem weitgezogenen, kenntnisreichen Einbezug von Ergebnissen und Konzepten aus verschiedenen Wissenschaften hat er zahlreiche interdisziplinäre Überlegungen zu aktuellen politischen Entwicklungen, wie z. B. zum Nahost-Konflikt oder zum Aufkommen rechtsradikaler Bewegungen in Zeitungen und Büchern veröffentlicht. Vielfach hat er dabei auch die Entwicklungen der modernen Kultur im Hinblick auf die damit einhergehenden psychischen Veränderungen des Menschen untersucht.

In den vergangenen 15 Jahren hat Carlo Strenger sich insbesondere mit dem Einfluss der Globalisierung, des Internets und des sog. Infotainment auf die psychische Strukturbildung

— Ich denke, dass wir als Kliniker oft den Fehler machen, die individuelle Psychopathologie zu suchen, anstatt zu sehen, dass es auf der Makroebene Strukturveränderungen gibt, die den Druck auf die individuelle Psyche enorm steigern.

auseinandergesetzt. Er ist dabei zu dem Ergebnis gelangt, dass die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls durch globale kapitalistische geprägte Tendenzen, etwa den Mythos, alles sei machbar, erschwert wird. In seiner zentralen These geht er davon aus, dass diese Entwicklung zu einer massiven Zunahme der Angst vor Bedeutungslosigkeit im Individuum führt. Ulrich Wirth sprach für das Psychotherapeutenjournal mit ihm.

Ulrich Wirth für das PTJ: Herr Strenger, Sie haben den Prozess der Globalisierung mit einem Problem zunehmenden Verlustes an Bedeutungshaftigkeit und Sinn in Verbindung gebracht. Waren Ihre unterschiedlichen Tätigkeiten ausschlaggebend für Ihre Thesenbildung?

Carlo Strenger: Es begann in den 1990er-Jahren, als ich in meiner Praxis immer mehr mit dem Phänomen konfrontiert wurde. Vor allem Patienten¹, die objektiv ziemlich viel geleistet hatten, lebten mit einer großen Angst, dass sie ihr Leben verpasst haben könnten, dass sie nichts getan haben könnten, was von Bedeutung ist. Das habe ich die Angst vor Bedeutungslosigkeit genannt. Ich habe dann Anfang 2000 in einer Serie von Artikeln davon geschrieben, dass die Menschen in einer globalisierten Welt das Gefühl hätten, ein spektakuläres Leben führen zu müssen, damit sie nicht das Gefühl haben, sie hätten nichts getan.

Es hat dann noch eine Weile gebraucht, bis ich das Phänomen psychodynamisch tiefer habe verstehen können. Ich begann mich zu fragen, wie die Erkenntnisse der modernen Existentialpsychologie mit der Psychoanalyse zu integrieren sind. Und in meiner Funktion als Kolumnist und Kommentator habe ich mich immer mehr mit dem kulturellen Umfeld befasst und festgestellt, dass ich in meiner Praxis keinesfalls Spezialfälle sehe. Es spiegelt sich nicht eine besondere Pathologie, sondern es handelt sich da um ein globales Zeitphänomen. Ich konnte dies auch klinisch feststellen, da ich im

letzten Jahrzehnt mehr und mehr mit Patienten über Skype zu arbeiten begonnen habe, so konnte ich eine gewisse Breitenanalyse über verschiedene Kulturen sehen.

Zurzeit wird eine Zunahme an psychischen Beschwerden und an Behandlungsbedarf festgestellt. Gehen Sie davon aus, dass diese Entwicklung auch mit dem Verlust von Bedeutung bzw. der Angst davor zusammenhängt?

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

Absolut, ich denke nur, dass wir als Kliniker oft den Fehler machen, die individuelle Psychopathologie zu suchen, anstatt zu sehen, dass es auf der Makroebene Strukturveränderungen gibt, gesamtgesellschaftlich, die den Druck auf die individuelle Psyche enorm steigern. In gewisser Hinsicht vermindern sie auch Druck, denken Sie daran, dass heute Menschen viel gesünder sind als sie es bisher gewesen sind – wir haben ja alle Angst davor, zu sterben. Sie und ich können uns noch sehr gut daran erinnern, dass jemand gesagt hat, eine Person habe Krebs und ein 90-prozentiges Risiko, innerhalb kürzester Zeit zu sterben. Heute ist es gerade das Umgekehrte, 90 Prozent Chance, dass man überlebt.

Ich denke, es handelt sich nicht um eine individuelle Psychopathologie, weil es sich um den Einfluss einer globalen Konstellation auf ganz grundlegende menschliche Bedürfnisse in psychodynamischen Strukturen handelt, die seit eh und je bestanden haben. Wir haben uns ja als Menschen, als Spezies, nicht für eine globale Wirklichkeit entwickelt. Die Evolution hat im Dschungel oder in der Savanne stattgefunden, in welchen Menschen in kleineren Gruppen gelebt haben, und diese Strukturen sind nicht der Globalisierung angepasst.

Jeder von uns hat das Bedürfnis, anerkannt zu werden von allen relevanten anderen. Wenn wir in einer Gruppe leben, die 15 bis 30 Menschen umfasst, oder in einem Dorf von einigen 100 Menschen, dann kennen uns schon mal alle. Und es ist dann auch leichter, das Gefühl zu entwickeln, dass wir durch das, was wir tun – obwohl es nicht das Wichtigste auf Erden ist –, unseren Platz auf Erden haben, der anerkannt wird und eine gewisse Bedeutung hat.

Denken Sie an meine Kindheitserfahrungen, über die ich geschrieben habe. Ich bin in Basel aufgewachsen, eine kleinere Stadt mit 200.000 Einwohnern. Mein Vater war Rechtsanwalt, und als Kind mit ihm durch die Stadt zu gehen, hieß, dass alle zehn Meter jemand sagte: „Guten Tag, Herr Dr. Strenger.“ Das hat mir also das Gefühl gegeben, es sei ein kleines Zuhause und mein Vater sei anerkannt von den Menschen. Dies verschaffte auch ihm das tröstende Gefühl, „ich gehöre zu einem überschaubaren Rahmen, in dem ich Anerkennung erhalte, in dem ein Klient oder andere Menschen mich schätzen, der Bäcker kennt mich und der Metzger.“ Man ist zusammen in seinem eigenen Umfeld zu Hause. Dies hat sich auf schwerwiegendste Art in den letzten 30 bis 40 Jahren geändert: Diese Gemeinschaftsstrukturen und der Erlebnisraum sind vollkommen explodiert, haben sich enorm erweitert und sind unüberschaubar geworden.

Wodurch hat es sich noch geändert? Was glauben Sie, ist da wesentlich?

Alle großen gesellschaftlichen und kulturellen Umwälzungen sind immer von technologischen Entwicklungen ausgelöst. Denken Sie an die industrielle Revolution. Um 1780 lebten in Europa noch 80 Prozent der Menschen auf dem Land und 20 Prozent in Städten. 100 Jahre später hat sich das genau

umgekehrt. 1780 waren die meisten Menschen nie in ihrem Leben weiter als 15 oder 20 km von ihrem Geburtshaus weg gewesen. Durch die Einführung der Eisenbahn hat sich das dann vollkommen geändert. Wir sind seit 30 bis 40 Jahren in einer Revolution, die genauso radikal ist wie die industrielle Revolution. Es gibt eine Statistik, die sagt, dass über 50 Prozent der heute bestehenden Berufe vor 30 Jahren gar nicht existiert haben.

Wir sind alle aufgewachsen, als es noch Sekretärinnen gab, deren Hauptaufgabe es war zu tippen. Die gibt es heute viel weniger, weil wir alles selbst am Computer machen. Übrigens, viele von uns sprechen das Gewünschte direkt auf den Computer und kriegen es dann als geschriebenen Text heraus. Nehmen wir jetzt einen zweiten Aspekt. Wir, die Babyboom-Jahrgänge, können uns noch an Ärzte erinnern, die mit ihren Taschen Hausbesuche gemacht haben und eigentlich die meisten Krankheiten behandeln konnten. Heute ist das medizinische Wissen derart enorm gewachsen, dass jeder Arzt auf Spezialistenhilfe angewiesen ist. Das heutige Wissen kriegt man nicht mehr auf der eigenen Uni in der Heimstadt oder 100 km weiter, wo man studiert hat. Forschungen, mit riesigen Datenmengen, die auf der ganzen Welt erhoben werden, müssen ständig neu integriert werden. Und ein verantwortlicher Arzt muss ständig up to date sein. Wir sind, nolens volens, in dieser Vernetzung eingewickelt und können uns davon gar nicht befreien, ob wir es nun wollen oder nicht.

Ich würde gerne noch genauer schauen wollen, wie sich diese von der Technik ausgehende Bewegung psychisch repräsentiert.

Ich habe jetzt vor allem von relativ hoch gestellten sozialen Schichten gesprochen. Sie dürfen aber nicht vergessen, dass diese Vernetzung alle Bevölkerungsschichten umfasst. Viele Kinder haben heute ein Smartphone und sind dann über youtube, Facebook und Instagram mit der ganzen Welt vernetzt. Als Kinder haben wir uns verletzt gefühlt, wenn man uns zum Beispiel nicht zu einer Party eingeladen hat. Das Bedürfnis nach Anerkennung, Liebe und Freundschaft ist ja nicht neu. Und was jetzt geschehen ist, ist dass wiederum der Rahmen explodiert ist, der für unser Selbstwertgefühl relevant ist: Er hat sich durch den globalen Cyberraum enorm erweitert. Sie können jetzt Mädchen und Jungen darüber sprechen hören: „Wie viele Facebook-Freunde hast Du? Wie viele Facebook-Freunde habe ich? Wie viele Likes haben wir für das letzte Foto bekommen?“ Das heißt, diese Vernetzung hat schon in frühem Alter ganz konkrete Auswirkungen darauf, wie wir uns in der Welt platzieren. „Mein Freund, der hat schon 900 Facebook-Freunde und ich habe nur 400.“ – „Ich habe nur 50.“ Und das ist dann eine Katastrophe. Die Vernetzung ist etwas, das uns ganz tief unter die Haut geht, und zwar nicht nur aufgrund unserer professionellen Netzwerke und unseres Bedürfnisses nach professionellem Fachwissen, sondern durch in unserem Leben ganz grundlegend wichtige Fragen: Bin ich ein liebenswerter Mensch? Bin ich populär? Alle diese Fra-

gen, die wir uns alle immer schon als Adoleszenten gefragt haben – nur der Kontext ist plötzlich viel riesiger geworden.

Sie beschreiben auch, was das Infotainment-System mit verschiedenen Phänomenen – wie Grenzenlosigkeit, Ruhm oder mit dem Streben nach vielen Followern – zu tun hat. Als Psychotherapeuten würden wir vielleicht an pathologischen Narzissmus denken. Wie passt Ihr Konzept dazu?

Das ist eine sehr wichtige Frage. Die Grundstruktur der menschlichen Psyche, die unserer Grundbedürfnisse, die „Hardware“ hat sich in den letzten 200.000 Jahren nicht ge-

— Menschen, die enge Beziehungen haben und sich geliebt fühlen, die eine grundlegende existentielle Sicherheit haben, werden mit dem Druck dieser globalen Ich-Börse besser zurechtkommen als Menschen, die das nicht haben. _____

ändert. Wir brauchen auf der zwischenmenschlichen Ebene enge Beziehungen, die uns Sicherheit, Liebe, Zugehörigkeit geben. Dann kommt die zweite Frage: Haben wir das Gefühl, dass wir auch geschätzt sind? Dass wir etwas geleistet haben? Das heißt, wir wollen alle nicht einfach nur zugehörig sein, sondern wir wollen auch eine gewisse Anerkennung. Und dann kommt die dritte Ebene, in der wir uns alle bewusst oder unbewusst einem ganzen kulturellen Rahmen zugehörig fühlen, welcher für uns definiert, was überhaupt wertvoll ist. Das war früher einfacher. Wenn ich der Bäcker des Dorfes gewesen bin, dann war klar: Sind meine Kunden mit meinen Produkten zufrieden oder nicht, mögen sie mich gerne oder mögen sie mich nicht. Und ob man nun Bäcker, Rechtsanwalt, Psychotherapeut oder Ingenieur ist, diese Bedürfnisse sind genau gleich. Geändert haben sich die Strukturen: Jeder von uns ist heute automatisch mit einem ganzen globalen Netzwerk verbunden. Und da ist nicht eine Frage, ob man narzisstisch gestört ist oder nicht, sondern man ist sozusagen immer an einer globalen Ich-Börse notiert.

Wir würden vielleicht erwarten, dass gerade die akademische Welt von dieser Quantifizierungs-Obsession nicht berührt sein sollte, doch das Gegenteil ist der Fall. In akademischen Komitees wird beschlossen, stellen wir X an oder bekommt Y eine Beförderung? Die Kriterien sind heutzutage: Wie viele Papers hat sie geschrieben? Und wie oft sind diese zitiert worden und wie hoch ist der Impactfaktor der Journale, in denen die Artikel publiziert worden sind?

Die Vernetzung dringt auch in die Intimsphäre. Früher sind wir noch ausgegangen auf Partys, in Bars, um eine Freundin, Lebensgefährtin oder was auch immer zu suchen, heute spielt sich ein enormer Teil der gesamten Dating-Szene auf Facebook, auf Tinder ab; täglich gehen Milliarden von Anrufen, Ausrufen, Selbstverkäufen über das Netz, das wirkt wirk-

lich wie eine Börse. Diese Sites sind ein permanenter Popularitätstest, beeinflussen natürlich das Selbstwertgefühl, und das ist nun gar nicht einmal davon abhängig, ob man narzisstisch besonders gestört ist oder nicht.

Der Einfluss der Vernetzung ist nicht neutralisierbar. Aber natürlich ist ganz klar: Je mehr enge, bedeutsame Beziehungen ein Mensch hat, desto stabiler ist die Grundlage, auf der er aufbauen kann, wenn er in diese globale Popularitätsbörse einsteigt. Menschen, die enge Beziehungen haben, die wirklich verlässlich sind, Menschen, die sich geliebt fühlen und die eine grundlegende existentielle Sicherheit haben, werden selbstverständlich mit dem Druck dieser globalen Ich-Börse besser zurechtkommen als Menschen, die das nicht haben. Das heißt, in dieser Hinsicht kann es sicherlich sein, dass die Störungen zum Tragen kommen, die wir auch schon vor 50 Jahren besprochen haben, wenn etwa ein Mensch grundsätzlich schizophran oder narzisstisch gestört ist – wenn dann nur noch diese Ich-Börse bleibt, ist das sehr, sehr viel schwieriger auszuhalten.

Enge Beziehungen, sagen Sie, werden gesucht – wird Enge nicht oft mit „viele Beziehungen“ gleichgesetzt und wird die Qualität einer Beziehung im Sinne von Anteilnahme und authentischem emotionalem Kontakt dadurch nicht erschwert?

Ich denke nicht, dass sich die Natur enger emotionaler Beziehungen dramatisch geändert hat. Das Problem ist eher, dass viele Menschen nicht verstehen, dass das, was sie wirklich brauchen, solche intimen Beziehungen sind, und dass sie stattdessen mehr Popularität oder Erfolg suchen – um dann festzustellen, dass sie sich weiterhin unruhig, einsam und eben unbedeutsam fühlen.

Und insofern haben sich die Grundbedürfnisse der Menschheit nicht geändert. Aber mit all dem müssen wir in Betracht ziehen, dass eben auch die Suche nach Liebe, die Suche nach einem Lebenspartner viel mehr als Börse wahrgenommen wird als je zuvor. Und das Gefühl: „Habe ich einen genügenden Wert, um auf dieser Börse sozusagen verkäuflich zu sein?“, das ist etwas, was die Menschen enorm beschäftigt. Das können Sie schon bei präadoleszenten Kindern sehen, wenn sie verzweifelt sind, weil das letzte Foto, das sie eben gepostet haben, keine Likes bekommen hat.

Bei der Frage, wie sich psychische Veränderungen begründen lassen, sind wir auf die Technologie gekommen. Sehen Sie noch andere Punkte, die auf diese Entwicklung hingewirkt haben?

Die Überschwemmung durch globale Celebrities hat einen starken Einfluss auf die Kultur und dadurch auf die individu-

elle Psyche. Das globale Entertainment-System braucht globale Prominenz aus rein finanziellen Gründen. Wenn ich will, dass meine Websites so viel wie möglich besucht werden, muss ich über Menschen schreiben, die so weit wie möglich erkennbar sind. Und das führt dazu, dass ein enormer Anteil dessen, was wir in den Medien antreffen, globale Prominenz auf verschiedenen Gebieten betrifft. Das wahrscheinlich populärste Gebiet ist der Sport: 1993 war der weltweit bekannteste Mensch nicht Bill Clinton, der Präsident der Vereinigten Staaten, sondern der wahrscheinlich beste Basketballspieler aller Zeiten, Michael Jordan. Ich erinnere mich noch, wie ich um fünf Uhr in der Früh aufgestanden bin, um die Chicago Bulls spielen zu sehen, weil das so ein enormes Spektakel gewesen ist. Das nächste Gebiet ist vor allem das Show-Business. Wahrscheinlich erkennen weltweit zehnmals mehr Menschen Angelina Jolie als Angela Merkel – weil ein zwölfjähriges Kind auf den Philippinen wahrscheinlich von Angela Merkel noch nichts gehört oder sehr wenig Interesse für sie hat, hingegen für Angelina Jolie sehr wohl.

Dieser Celebrity-Effekt wird auch durch den unwahrscheinlichen Aufstieg der Reality-Shows als führendem Format im Fernsehen illustriert. Die meisten Menschen sehen nicht, wie sie zu Spitzensportlern oder zu Nobelpreisträgern werden könnten. Stattdessen entwickelt sich die Fantasie: „Wenn mich alle auf dem Bildschirm sehen und finden, ich sei ganz toll, dann bin ich ganz toll, auch wenn ich keine besondere Begabung habe.“ Dass diese Formate funktionieren, das haben die Fernsehnetzwerke sehr schnell gemerkt. Der Grund für diesen Erfolg ist: Jeder von uns hat diese Angst vor der Bedeutungslosigkeit und die meisten von uns haben keine Ahnung, wie sie Spitzenfußballer, Supermodels oder Steve Jobs werden – und jetzt sehen wir plötzlich im Reality-TV-Format, wie ein ganz normaler, vollkommen unbekannter Mensch durch eine Audition und dann vielleicht eine erste Runde, eine zweite Runde und so weiter innerhalb von zwei Monaten plötzlich bei Millionen Menschen bekannt wird! Es ist ganz faszinierend, es gibt heute viele klinische Forschungen, die zeigen, dass präadoleszente und frühadoleszente Kinder auf die Frage, was sie werden wollen, wenn sie groß sind, die Antwort geben: „Ich will berühmt sein“. Auch wenn es statistisch sehr, sehr unwahrscheinlich ist, in einer Reality-Show berühmt zu werden, wissen schon Präadoleszenten, wie man eine Audition für Big Brother macht und dann vielleicht ein Celebrity wird, ein bedeutungsvoller Mensch. Gleichgültig ist auch, dass das eine vollkommen unrealistische Fantasie ist. Zehn Wochen nach der Show erinnert sich kein Mensch mehr daran, wer da der Dritte gewesen ist oder die Zweite; bestenfalls hat vielleicht die Erste noch einen Schallplattenvertrag bekommen. Aber das ist sozusagen der direkte Einfluss.

Ich sehe in den letzten zwanzig Jahren meiner klinischen Praxis, dass es sicherlich hilft, wenn ein Mensch das Gefühl hat, dass er wirklich etwas Ernsthaftes geleistet hat, ob in der Kultur, Wissenschaft oder im Geschäftsleben. Aber auch das ist instabil: In Israel gibt es in der sehr wichtigen Startup-Szene kleine Firmen, die technologische Entwicklungen machen. In

relativ kurzer Zeit werden sie für oft exorbitante Preise von multinationalen Gesellschaften bekannt gemacht und junge Menschen werden so sehr früh sehr reich. Aber das Gefühl, dass es bedeutungsvoll ist, hält nicht lange an, und die jungen Unternehmer fragen sich: „Ja und was ist jetzt das Nächste? Wie kann ich wieder auf die Bühne zurück?“, da sie ihr Selbstwertgefühl immer wieder neu bestätigen müssen.

Wie gehen Sie als Psychotherapeut mit dieser Angst vor Bedeutungslosigkeit um?

Ich versuche ein Grundkonzept zu entwickeln, das ich die „aktive Selbstakzeptanz“ nenne. Oft ist es enorm wichtig, den Patienten relevante Information zu geben, zum Beispiel wirklich zu sagen: Du, hör zu, viele von Deinen Ängsten, wenn Du zum Beispiel denkst, „ich bin eben ein Versager, weil ich nicht genug erreicht habe“, sind unlogisch. Ein großer Prozentsatz der Menschen hat dieses Gefühl der Bedeutungslosigkeit. Und wenn Du nun wirklich glaubst, dass eine weitere Beförderung oder eine Verdoppelung Deiner Firma Deine Angst und Dein Gefühl der Sinnlosigkeit oder Bedeutungslosigkeit mildern wird, dann kann ich Dir aus sowohl klinischen als auch theoretischen und empirischen Erfahrungen sagen: wahrscheinlich nicht.

Interessant ist, dass die klinische Praxis und die empirische Forschung zu ganz ähnlichen Resultaten kommen. Der Harvard-Psychologe Daniel Gilbert zeigt, wie schlecht wir darin sind, vorauszusagen, was uns wirklich guttun wird. Menschen denken, wenn ich viermal so reich bin, zehnmals so berühmt bin wie vorher, dann wird es mir besser gehen. Gilbert hat empirisch gezeigt, dass das Wohlergehen eines Menschen, der einen großen Lotto-Gewinn erhält, nach einem halben Jahr genau dasselbe ist wie zuvor.

Ich versuche im therapeutischen Dialog die Patienten ein bisschen aus diesem kulturellen Hochleistungsdruck zu befreien und ihnen zu helfen, ganz andere Fragen zu stellen: Was macht Dir wirklich Freude? Was ist für Dich persönlich wirklich sinnvoll und bedeutungsvoll? Wenn ein Mensch wirklich lernt, sich selbst zuzuhören, kann die Antwort sein: Ja, Moment, eigentlich bin ich so viel glücklicher, wenn ich mit meinen engsten Freunden zusammen in einer Bar ein Bier trinke und ein Fußballspiel meiner Lieblingsmannschaft anschau. Und da leiste ich nichts Besonderes und da verdiene ich kein Geld daran und da lobt mich niemand dafür, aber ich bin einfach zufrieden, ich fühle mich verbunden, es ist lustig. Endlich bin ich mal diese Beschäftigung mit mir selber und der Frage, was ich wert bin, los. Oder wenn ich mit meiner Familie zusammen abends Witze reiße und wir das Gefühl haben, dass wir geborgen sind, geht es mir eigentlich viel besser.

Nun möchte ich hier keinesfalls irgend so eine Art Nostalgie-Ideologie verkaufen, dass die gute alte Welt besser gewesen ist oder dass wir die Menschen nur aus der Globalisierung erlösen müssen, damit alles wieder in Ordnung sein wird.

Ich verdamme keinesfalls die Ambition, Großes zu leisten. Die Grundbedürfnisse haben sich nicht verändert. Aber die Fragen, „Warum streite ich mich so viel mit meiner Frau? Könnten wir uns nicht auch näher kommen?“ oder „Wenn ich mit meinen Kindern mehr Zeit verbringen würde, würde ich vielleicht weniger obsessiv damit beschäftigt sein, ob mein nächster Bonus höher sein wird oder nicht?“ werden selbstverständlich immer auftauchen und insofern muss es Teil der therapeutischen Arbeit sein, unseren Patienten zu helfen, sich selbst verstehen und besser leben zu können.

„Just do it“ ist ein Werbemotto des Konzerns Nike, das Sie kritisch aufgegriffen haben. Was repräsentiert das für Sie?

„Just do it“ ist bei Weitem der erfolgreichste Werbeslogan aller Zeiten. Seit 1988 funktioniert er noch immer. In der gesamten Kultur wird ein enormer Wert darauf gelegt, quantifizierbare Leistung vorlegen zu können, um zu fühlen, man habe etwas Bedeutungsvolles gemacht. Aber dieser Mythos ist eine große Täuschung – zu sagen: „In Dir sitzt ein wahres Selbst, wenn Du da das volle Potenzial mit hartem Training ausschöpfst, dann kannst auch Du im Pantheon der großen Celebrities drin sein“. „Just do it“ symbolisiert den kulturellen Mythos, dass alles erreichbar ist, wenn ich nur genug Mut habe, Risikobereitschaft und Willenskraft. Aber wenn ich Usain Bolt oder Angelina Jolie oder Brad Pitt sehe und sage: „Das könnte ich ja auch, wenn ich mich nur genug anstrenge“, dann kann dies schon aus rein logischen Gründen nicht der Fall sein – Spitzenleistungen werden schon per definitionem nur von ganz wenigen erreicht. Aber der Mythos ist so stark, dass die einzige relevante Konkurrenz von Nike, Adidas, am Ende einen ganz ähnlichen Slogan erfunden hat: „Impossible is nothing“ – Nichts ist unmöglich. Was natürlich eben-

— Sie werden keinen Jesuiten oder buddhistischen Mönch finden, der Ihnen sagt: „Du, in zwei Wochen, in sieben Stufen kriege ich hin, dass Du glücklich, erfolgreich, reich und populär bist.“ —

so eine Farce ist. Aber diese Slogans sind zu einem Teil der Kultur geworden.

Das enthält einen Hinweis darauf, dass so etwas wie Unbegrenztheit vermittelt wird, während Sie Begrenzung als ein wichtiges Element menschlicher Reifung und auch einer Zuarbeit für mehr Selbstakzeptanz hervorheben.

Absolut. In dieser Hinsicht übrigens bin ich gar nicht so weit von klassischen Modellen, die sowohl in der Psychoanalyse als auch in der Sozialpsychologie und in der kognitiven Verhaltenstherapie immer wieder angewendet werden, entfernt. Wenn Menschen mit vollkommen unrealistischen Fantasien kommen, versuchen wir auf empathische Weise, ihnen zu

helfen, sich von diesen Fantasien zu lösen. Jeder von uns ist begrenzt, soweit wir auch kommen mögen. Begrenzung ist sozusagen eine metaphysische Grundgegebenheit menschlicher Existenz.

Es ist wichtig zu realisieren, dass die Fantasie der Unbegrenztheit nicht durch die Globalisierung entstanden ist. Die Figur des Achilles ist nicht von Walt Disney erfunden worden, sondern von Homer vor 2800 Jahren. Der unbegrenzt starke, unbesiegbare Übermensch, der eben keine Begrenzungen hat. Aber *eine* Begrenzung gibt es, die Achilles-Sehne. Der Wille, mehr zu versuchen, mehr zu wagen, nach mehr zu streben, als menschlich möglich, ist uralte. Aber wenn man sich darauf versteift, auf das, was die alten Griechen *Hybris* nannten, kommt es zum Zusammenbruch. Dann kommt die Strafe durch das Schicksal.

Heute würden wir nicht mehr sagen, die Strafe kommt durch das Schicksal, sondern wir würden sagen, Deine unbegrenzte Fantasie, die Du so ungern aufgeben möchtest, führt dazu, dass Du Dich notwendigerweise immer als Versager fühlst. Und deswegen die Frage: Was ist Dir wirklich wichtig? Was ist Deine persönliche Grundstruktur? Was ist es, das Du wirklich liebst? Was ist etwas, bei dem Du auch wirklich das Gefühl hast, etwas beizusteuern? – Das sind die Fragen, die gestellt werden müssen.

Gegen die globalisierte Welt, vielleicht auch als Teil von ihr, gibt es Tendenzen, im Spirituellen verheißungsvolle Angebote zu machen. Wie sehen Sie das?

Die großen Traditionen, ganz gleich, ob es sich nun um die klassische griechische Philosophie, den klassischen Buddhismus, die konfuzianische Tradition oder parallele Entwicklungen in Indien des fünften/sechsten Jahrhunderts vor Christus handelt, sind spirituelle Traditionen, die davon ausgegangen sind, dass zum Erlangen menschlicher Reife konsequentes, hartes, lebenslanges Training notwendig ist, in dem man gewisse Einsichten immer wieder

durchgeht, durch gewisse meditative Techniken in die eigene Psyche eindringt. Und das sind Traditionen, die einen existentialtherapeutischen Wert haben, der sich über Jahrtausende bewährt hat. Sie werden keinen Jesuiten oder buddhistischen Mönch oder Yoga-Master finden, der Ihnen sagt: „Du, in zwei Wochen, in sieben Stufen kriege ich hin, dass Du glücklich, erfolgreich, reich und populär bist.“ Die großen Traditionen haben eine ganz andere Position, die sagen: „Das menschliche Leben ist furchtbar kompliziert. Realistischer Erfolg, Reifung und Ausgeglichenheit verlangen viel Disziplin, viel Arbeit, die auch nie zu Ende ist.“ Es ist genau wie körperliche Fitness; es ist ja nicht so, dass man ein Jahr trainieren kann und danach für den Rest des Lebens fit ist. Das Streben nach relativer Freiheit ist ein lebenslanger Prozess, in dem wir uns mit Angst, Schuld, Neid und Unzufriedenheit abgeben und mentale spirituelle Techni-

ken erlangen, um mit diesen Gefühlen umgehen zu können, um weniger unglücklich zu sein.

Dem möchte ich aber das entgegenstellen, was ich den post-modernen Pop-Spiritualität-Markt nenne. Gewisse Begriffe aus den klassischen Traditionen sind zu Slogans gemacht worden und da wird viel unrealistisches Versprechen produziert: Man könne innerhalb einiger Wochen in sieben oder zehn Schritten Erfolg, Glück und Selbstbewusstsein erreichen. Ich bin so zornig auf diese Pop-Spiritualitäten, weil sie viel Unglück produzieren. Menschen suchen dann Hilfe, wenn sie etwas schmerzt, wenn sie nicht wissen, wie sie aus der Ecke herauskommen, in der sie steckengeblieben sind, wenn sie also wirklich Hilfe brauchen. Dann Pseudoversprechungen zu machen, die nicht die geringste empirische Validierung haben, macht die Hilfsbedürftigen nur noch unglücklicher, denn sie sagen sich, „Dieser Guru behauptet, all seine Klienten hätten innerhalb von zwei Wochen alles erreicht, was sie wollten, und ich kann nicht einmal das!“.

Um es noch mal abzurunden: Ich möchte ganz klar unterscheiden zwischen den klassischen spirituellen Traditionen, die eine gewisse Weltanschauung geben und auch eine sehr hohe Forderung an psychische, spirituelle, mentale Arbeit stellen, und der Versprechung, dass es irgendwelche Zauberrezepte gebe, die übermorgen zum Glück und zum Erfolg verhelfen.

Im Bereich der Psychotherapieforschung gibt es auch sehr quantifizierende Ansätze, wo z. B. Forderungen aufkommen, wir sollten den Prinzipien der „evidence-based medicine“ folgen. Stehen wir in diesem Bereich auch unter dem Einfluss der Globalisierungstendenzen?

Primär ja, aber nicht immer. Empirische Psychotherapieforschung ist vollkommen unumgänglich, und sie muss auch mit den angrenzenden Disziplinen wie den kognitiven Neurowissenschaften und der medizinischen Forschung in engem Kontakt sein. Wir haben in den letzten Jahrzehnten aus solchen Forschungen viel gelernt. Das Problem, das wir aus der Psychotherapieforschung kennen, ist aber, dass die Methode, die angewandt wird, kein guter Prädiktor dafür ist, ob die Therapie erfolgreich sein wird, außer in ganz bestimmten Fällen. In den allermeisten Fällen ist es nicht so, dass es ein eindeutiges therapeutisches Protokoll gibt, wie das in der Medizin dann eben doch der Fall ist, dass man zum Beispiel weiß, bei diesem oder jenem Krebs muss man zuerst Chemotherapie, dann Bestrahlung, dann eine Operation und dann noch mal Chemotherapie machen, damit die Chancen steigen, zu überleben.

Man darf nicht davon ausgehen, dass sich die Psychotherapie in eine rein naturwissenschaftliche Disziplin umwandeln wird. Die Forschung hat gezeigt, dass die menschliche Qualität der therapeutischen Beziehung der wichtigste Prädiktor des therapeutischen Erfolgs ist. In anderen Worten: Psychotherapie wird immer auch eine humanistische Disziplin bleiben, wie schon seit den alten Griechen: Eine menschliche Beziehung und eine Arbeit am Selbst, die nicht nur einfach Technik ist.

Insofern ist der Druck zur Verkürzung von Psychotherapien zum Teil rein wirtschaftlich und nicht wissenschaftlich bedingt. Mancher hätte es gern, dass wir alle Probleme in fünfzehn Sitzungen lösen können, was aber dem Wissensstand einfach nicht entspricht ...

... also nach dem Motto „Just do it“.

Genau. Also die „Just do it“-Mentalität funktioniert in der Psychotherapie genauso wenig wie in allen anderen Lebensgebieten. Nun verstehe ich sehr gut, dass viele Menschen sagen: „Aber ich habe weder das Geld noch die Zeit, insbesondere heute, jetzt vier Jahre an mir selbst zu arbeiten“. Das einzige, was ich da sagen kann, ist: „Du, ich kann Dir keinen *quick fix* anbieten“. Was natürlich auch dazu führt, dass heute eine derart enorme Anzahl von Menschen Psychopharmaka nimmt. Ich möchte klarstellen, dass ich überhaupt nichts Prinzipielles gegen Psychopharmaka habe. Ich habe wahrscheinlich Hunderte von Menschen auch zu Psychiatern geschickt, damit die Psychotherapie psychopharmakologisch unterstützt ist. Aber was dann eben leider geschieht ist, dass die Menschen sagen: „Warum soll ich jetzt solange an mir arbeiten, wenn das alles mit einer Pille in einem Monat weg ist?“. Doch sowohl in der empirischen Forschung als auch in der klinischen Praxis zeigt sich, dass dies meist einfach nicht eintritt, außer bei ganz bestimmten Pathologien. Aber meist suchen Menschen Hilfe bei Unglück und Schmerz, die der menschlichen Existenz wesentlich sind; da ist es leider nicht so, dass man mit einer blauen oder rosaroten Pille einfach alles wegbekommt.

Deswegen möchte ich nochmals auf die unausweichliche Einsicht hinweisen, dass man psychische Fitness zum Umgang mit den Komplexitäten des Lebens nicht innerhalb von zwei Wochen und für den Rest des Lebens erledigen kann. Unsere mentale Gesundheit hängt genau so sehr von tiefer und ständiger Arbeit an uns selbst ab wie unsere physische Fitness.

Herr Strenger, ich danke Ihnen herzlich für das Gespräch.



Foto: Olier Chen

Prof. Carlo Strenger, Ph.D.

School of Psychological Sciences
Cohn Institute for the History and
Philosophy of Science and Ideas
Tel Aviv University
strenger@post.tau.ac.il

Carlo Strenger ist Professor für Psychologie und Psychologie an der Universität Tel Aviv, praktizierender Existenzialpsychoanalytiker und Kolumnist für die Neue Zürcher Zeitung und Israels führender linksliberaler Zeitung Haaretz. In den letzten Jahren konzentriert sich seine Forschung auf die Auswirkungen der Globalisierung auf das Individuum sowie auf kulturelle und politische Strukturen.

Aktuelles aus der Forschung

Elterliche Psychopathologie und kindliches Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom

Implikationen für die psychotherapeutische Praxis

Désirée S. Aichert

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit wechselseitigen Zusammenhängen zwischen psychopathologischen Merkmalen von Eltern, deren Kinder an einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) erkrankt sind, und dem Krankheitsverlauf sowie der therapeutischen Behandlung des ADHS der Kinder.

ADHS ist eine Entwicklungsstörung, die sich durch die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität auszeichnet. Das Krankheitsbild ist hinsichtlich der Ausprägung der Symptome und des Funktionsniveaus der Betroffenen sehr heterogen (Wählstedt, Thorell & Bohlin, 2009). Hinsichtlich der Ätiopathogenese wird von einem komplexen, multifaktoriellen Entstehungsmodell ausgegangen, das sowohl verschiedene genetische als auch umweltbedingte Faktoren sowie deren Wechselwirkungen einschließt (Thapar, Cooper, Eyre & Langley, 2013).

Es gibt empirische Evidenz dafür, dass elterliche Psychopathologie stark mit psychischen Störungen der Kinder assoziiert ist (McLaughlin et al., 2012). Dieses Risiko wird sowohl über genetische als auch über umweltbezogene Mechanismen vermittelt (z. B. Kendler, Prescott, Myers & Neale, 2003). In einer groß angelegten Studie konnten McLaughlin und Kolleginnen/Kollegen¹ (2012) zeigen, dass jede der untersuchten elterlichen psychischen Erkrankungen (u. a. verschiedene affektive Störungen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, Störungen durch psychotro-

pe Substanzen etc.) mit einem erhöhten Risiko für *verschiedene* psychische Erkrankungen bei ihren Kindern assoziiert war. Diese Assoziationen zwischen den elterlichen und den kindlichen psychischen Erkrankungen wiesen wenig Spezifität auf, d. h., bestimmte elterliche Störungen waren meist nicht mit spezifischen psychischen Störungen oder der identischen psychischen Erkrankung bei ihren Kindern assoziiert. Die Ergebnisse der Studie sprechen also dafür, dass eine elterliche psychische Erkrankung allgemein eine Vulnerabilität für psychische Erkrankungen bei Kindern schafft.

Auch speziell hinsichtlich des Krankheitsbildes ADHS ist die Verbindung zwischen elterlichen Merkmalen und kindlicher ADHS-Symptomatik in den letzten Jahren beforscht worden (Deault, 2010). Ausgehend davon, dass die Familie einen wichtigen Aspekt der kindlichen Umwelt darstellt, haben sich verschiedene Studien mit den Zusammenhängen zwischen familiären Merkmalen und der Ausprägung des kindlichen ADHS, Komorbiditäten, akademischen Leistungen, sozialen Schwierigkeiten etc. beschäftigt. Beispielsweise berichteten Johnston und Mash (2001) in einer Übersichtsarbeit, dass das Vorhandensein eines ADHS bei Kindern in unterschiedlichem Ausmaß mit Störungen innerhalb der Familie und der elterlichen Ehe, gestörten Eltern-Kind-Beziehungen, reduzierter wahrgenommener Selbsteffizienz der Eltern, erhöhtem elterlichem Stressniveau und mit vermehrten psychopathologischen Symp-

tomen bei den Eltern einhergeht, insbesondere, wenn andere Verhaltensprobleme hinzukommen. Verschiedene Fall-Kontroll-Studien lieferten empirische Hinweise darauf, dass Eltern von Kindern mit ADHS im Vergleich zu Eltern mit Kindern ohne ADHS häufiger psychisch erkrankt sind (z. B. Chronis et al., 2003). Margari und Kollegen (2013) zeigten in ihrer Studie, dass Eltern von Kindern mit ADHS häufiger selbst ADHS-Symptome, depressive Erkrankungen und eine depressive Persönlichkeitsstörung aufweisen als „Kontroll-Eltern“ mit gesunden Kindern. Bei den Müttern traten hierbei häufiger Depressionen auf, während bei den Vätern häufiger Probleme hinsichtlich des Alkoholkonsums vorlagen.

Psychische Erkrankungen der Eltern wurden in Studien auch mit dem Behandlungserfolg sowie der Prognose des kindlichen ADHS in Verbindung gebracht. Depressive Symptome bei den Eltern sind beispielsweise über verschiedene Behandlungsmodalitäten hinweg mit schlechteren Behandlungsergebnissen bei ihren Kindern mit ADHS assoziiert (Owens et al., 2003). Mütterliche Depression sagt bei Kindern mit ADHS ungünstigere Entwicklungsverläufe inklusive auftauchender Verhaltensstörungen, depressiven Symptomen und Suizidversuchen vor-

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

aus (Chronis et al., 2007; Chronis-Tuscano et al., 2010).

Ein mögliches Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen kindlichem ADHS und mütterlicher Depression kann durch Annahme eines transaktionalen Entwicklungsmodells abgeleitet werden, wobei sich die mütterlichen Depressionssymptome und die störenden Verhaltensweisen des Kindes wechselseitig beeinflussen (Nicholson, Deboeck, Farris, Boker & Borkowski, 2011). Zum einen erfahren Mütter, deren Kinder an ADHS erkrankt sind, u. U. wegen des unangepassten Verhaltens

ihrer Kinder weniger positive Verstärkung durch ihre Umwelt, was die Entwicklung von depressiven Symptomen begünstigen kann (z. B. Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985). Zum anderen können depressive Symptome bei den Müttern ihr Erziehungsverhalten ungünstig beeinflussen (vgl. Johnston & Mash, 2001).

Im Folgenden werden zwei empirische Arbeiten vorgestellt, die sich mit verschiedenen Aspekten der Verbindung zwischen elterlicher Psychopathologie und kindlichem ADHS auseinandersetzen. In der ersten Studie (Agha, Zammit,

Thapar & Langley, 2016) wird mittels eines Längsschnittdesigns untersucht, ob bzw. wie sich mütterliche Psychopathologie (u. a. eine aktuelle depressive Erkrankung) auf den kindlichen Krankheitsverlauf eines ADHS sowie auf die (potenzielle) Entwicklung von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens auswirkt. In der zweiten Arbeit (Chronis-Tuscano et al., 2013) wird eine psychotherapeutische Gruppenbehandlung, die speziell für depressive Mütter von Kindern mit einem ADHS konzipiert ist, im Vergleich zu einem herkömmlichen behavioralen Elterstraining für Kinder mit ADHS evaluiert.

Mütterliche Psychopathologie und die Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf ihrer Kinder

Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A. & Langley, K. (2016). Maternal psychopathology and offspring clinical outcome: a four-year follow-up of boys with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2016 July 4. [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s00787-016-0873-y.

Ziel der Studie

Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob mütterliche ADHS- und Depressionssymptome die Aufrechterhaltung eines kindlichen ADHS sowie den etwaigen Schweregrad einer Störung des Sozialverhaltens im Jugendalter beeinflussen.

Methodik

Die Autoren führten eine Längsschnittuntersuchung durch, bei der 143 Jungen und ihre Mütter teilnahmen. Es fanden zwei Erhebungen (Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 [erneute Erhebung durchschnittlich 2,59 Jahre später; Zeitintervall 1 bis 5 Jahre]) statt, und es wurden nur Jungen eingeschlossen, bei denen bei der ersten Erhebung ADHS diagnostiziert wurde. Die Erhebung zu Zeitpunkt 1 fand im Rahmen einer anderen groß angelegten Studie statt – für die vorliegende Studie wurde hieraus eine Teilstichprobe (Kriterium u. a. IQ > 70; keine weiteren Erkrankungen wie z. B. Schizophrenie, Autismus, bipolare Stö-

rung, Epilepsie) für den Zeitpunkt 2 gezogen. 72% der Personen,² die zu Zeitpunkt 2 eingeladen wurden, nahmen an der Untersuchung teil.

Zu Zeitpunkt 1 und 2 wurden jeweils die kindliche ADHS-Symptomatik sowie die Symptome einer Störung des Sozialverhaltens mittels strukturierter Interviews erfasst (CAPA [Child and Adolescent Psychiatric Assessment; Angold & Costello, 2000] = Zeitpunkt 1, DAWBA [Development and Well-being Assessment; Goodman, Ford, Richards, Gatward & Meltzer, 2000] = Zeitpunkt 2). Wenn die Diagnose ADHS zu beiden Zeitpunkten vorlag, wurde von einem persistierenden ADHS ausgegangen, wenn die Diagnose zu Zeitpunkt 2 nicht mehr vorlag, wurde von einem remittierten ADHS ausgegangen. Des Weiteren wurde hinsichtlich der ADHS-Symptome und der Symptome der Störung des Sozialverhaltens bezogen auf Zeitpunkt 1 und 2 ein Veränderungsindex berechnet. Auch der Schweregrad der ADHS-Symptome zu Zeitpunkt 2 wurde für die Auswertung berücksichtigt.

Die Mehrheit der Kinder erhielt eine medikamentöse Behandlung bzgl. des ADHS (Zeitpunkt 1: 83%, Zeitpunkt 2: 80%). Weitere Behandlungsarten wie Psychotherapie wurden in der Studie nicht erfasst.

Psychopathologische Diagnosen bzw. Symptome der Mütter (ADHS-Symptome in der Kindheit und in den letzten sechs Monaten, aktuelle depressive Symptome, Symptome einer Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit) wurden zu Zeitpunkt 1 mittels verschiedener Fragebögen erfasst.

Ergebnisse

Zu Zeitpunkt 1 waren die Jungen durchschnittlich 10,71 Jahre alt. 19% der Mütter erfüllten bei Beginn der Studie die Studienkriterien für ein ADHS, 21% für eine Depression; 6,6% der Mütter erfüllten die Kriterien für beide Erkrankungen.

Zu Zeitpunkt 2 waren die Jungen durchschnittlich 13,73 Jahre alt. 82% von ihnen erfüllten weiterhin die Diagnosekriterien eines ADHS (= persistierendes ADHS), 16% erfüllten die Kriterien nicht mehr (= remittiertes ADHS), hatten aber immer noch einige Symptome und wurden z. T. weiterhin medikamentös behandelt. Zum Zeitpunkt 1 hatten 20% der Kinder eine Störung des Sozialverhaltens, zu Zeitpunkt 2 waren es 53%.

² Die Autoren überprüften, ob sich die Familien, die bei beiden Zeitpunkten teilnahmen, von den Familien hinsichtlich klinischer und demografischer Daten unterschieden, die nur bei Zeitpunkt 1, nicht aber bei Zeitpunkt 2 an der Studie teilnahmen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden.

Ob mittels der mütterlichen psychopathologischen Merkmale der kindliche Krankheitsverlauf vorhergesagt werden kann, wurde mit verschiedenen Regressionsmodellen untersucht:

Mit den ADHS-Symptomen bzw. der ADHS-Diagnose (kategorial) der Mütter konnte weder die persistierende ADHS-Diagnose der Söhne noch die Symptomveränderung über die Zeit oder der Schweregrad der Symptome zu Zeitpunkt 2 signifikant vorausgesagt werden. Des Weiteren gab es zwischen dem mütterlichen ADHS-Status und den kindlichen Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens bzw. der diesbezüglichen Symptomveränderung keine signifikanten Assoziationen.

Auch mit den Depressionssymptomen der Mütter konnte die persistierende ADHS-Diagnose der Söhne, die Symptomveränderung über die Zeit oder der Schweregrad der Symptome zu Zeitpunkt 2 nicht signifikant vorausgesagt werden.

Der Depressions-Status der Mütter war jedoch signifikant mit dem Schweregrad der Symptome der Störung des Sozialverhaltens bei den Söhnen zum Zeitpunkt 2 assoziiert.³

Die Symptomverschlechterung (erfasst durch einen Veränderungsindex) zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 hinsichtlich der Störung des Sozialverhaltens bei den Söhnen von Müttern mit Depression war signifikant größer als bei Söhnen von Müttern ohne Depression.

Kommentar

Zusammenfassend legen die Ergebnisse der Studie nahe, dass eine Assoziation zwischen depressiven Symptomen bei den Müttern und dem Schweregrad der Symptome einer Störung des Sozialverhaltens bei ihren Söhnen mit ADHS besteht. Bedeutsame Zusammenhänge zwischen depressiven oder ADHS-Symptomen bei den Müttern und dem Krankheitsverlauf der Söhne bezogen auf die Kernsymptome des ADHS konnten nicht gefunden werden. Das gewählte prospektive Längsschnittde-

sign ermöglicht, den Krankheitsverlauf der Kinder über mehrere Jahre zu beobachten und stellt somit eine interessante Ergänzung zu bereits vorliegenden Studien im Querschnittsdesign zu Psychopathologie bei Eltern von an ADHS erkrankten Kindern dar.

Die Studie weist einige methodische Einschränkungen auf, die größtenteils auch von den Autoren im Diskussionsteil benannt werden. Teilweise sind diese sicherlich darauf zurückzuführen, dass die Daten zum Zeitpunkt 1 in erster Linie für eine andere Studie (genetische Untersuchung, siehe Stergiakouli et al., 2012) erhoben wurden und unterschiedliche Messinstrumente zu Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 verwendet wurden. Etwas irreführend ist in diesem Zusammenhang auch der Titel der Studie zu bewerten, der suggeriert, dass zwischen den beiden Zeitpunkten genau vier Jahre liegen („... a four-year follow-up of boys with ADHD“). Im Methodenteil des Artikels wird allerdings beschrieben, dass die Erhebung zu Zeitpunkt 2 im Durchschnitt 2,59 Jahre später stattfand und sich der Zeitabstand in einer Range von eins bis fünf Jahren bewegte. Dies bedeutet, dass manche Kinder bereits nach einem Jahr erneut getestet wurden, andere jedoch erst nach fünf Jahren an der zweiten Messung teilnahmen.

Interessant wäre es beispielsweise gewesen, wenn neben den beschriebenen psychopathologischen Symptomen der Mütter noch weitere psychische Störungen, wie z. B. Angsterkrankungen oder Suchterkrankungen, erfasst und deren Zusammenhang mit dem kindlichen Krankheitsverlauf untersucht worden wäre. So bleibt unklar, ob die beobachteten bzw. nicht beobachteten Zusammenhänge durch weitere mütterliche Symptome konfundiert sein könnten. Auch wurden die psychopathologischen Merkmale der Mütter nur zu Zeitpunkt 1 erhoben, sodass deren Verlauf (z. B. etwaige Verbesserungen oder Verschlechterungen und deren Bezug zur kindlichen Symptomatik) nicht in die Studie miteinbezogen werden konnte.

Auch wäre es spannend gewesen zu erfahren, ob im Studienverlauf bei den

Kindern/Jugendlichen weitere komorbide Störungen aufgetreten sind (z. B. depressive Erkrankungen, Suchterkrankungen etc.), da hier dann von Interaktionen ausgegangen werden könnte und sich Komorbiditäten per se ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken können (z. B. Overbeek, Schruers, Vermetten & Griez, 2002). Hinsichtlich der Väter konnten psychopathologische Merkmale laut den Autoren nicht mit in die Analysen einfließen, da es hierzu nicht ausreichend Datenmaterial gab. Derlei Daten sowie die psychopathologischen Merkmale von eventuell vorhandenen Geschwisterkindern stellen ebenfalls interessante mögliche Prädiktoren für den Krankheitsverlauf der Jungen mit ADHS dar.

Geschlechtereffekte bzgl. der beobachteten Assoziationen können nicht ausgeschlossen werden, da nur Mütter und ihre Söhne (keine Väter bzw. Töchter) in die Studie einbezogen wurden.

Ebenfalls schade ist es, dass hinsichtlich der Behandlung des kindlichen ADHS nur die Medikation, aber keine weiteren Behandlungsformen wie Psychotherapie erfasst wurden, zumal bei diesem Störungsbild eine multimodale Behandlung in verschiedenen Leitlinien empfohlen wird und diese daher vermutlich bei den Betroffenen auch Anwendung fand.

Die Studie enthält trotz der beschriebenen Einschränkungen einige wichtige Implikationen für die psychotherapeutische Praxis. Werden Kinder mit einem ADHS in der psychotherapeutischen Praxis vorgestellt, sollten sich Psychotherapeuten die hohe Prävalenz psychopathologischer Symptome bei den Müttern vergegenwärtigen und gegebenenfalls im Gespräch oder durch Screeningverfahren insbesondere depressive Symptome und deren Auswirkung auf die familiären Interaktionen etc. im Behandlungsverlauf thematisieren und zu berücksichtigen versuchen.

³ Diese Assoziation blieb auch noch bestehen, als der Einfluss des Schweregrads der Symptome der Störung des Sozialverhaltens zu Zeitpunkt 1, die individuelle Zeitspanne zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2, die Symptome einer Störung des Sozialverhaltens der Mutter in der Kindheit sowie die ADHS-Medikation zu Zeitpunkt 2 in diesem Regressionsmodell kontrolliert wurden.

Evaluation einer Elternintervention für depressive Mütter von Kindern mit ADHS

Chronis-Tuscano, A., Clarke, T. L., O'Brien, K. A., Raggi, V. L., Diaz, Y., Mintz, A. D., Rooney, M. E., Knight, L. A., Seymour, K. E., Thomas, S. R., Seeley, J., Kosty, D. & Lewinsohn, P. (2013). Development and preliminary evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (5), 918-925. doi: 10.1037/a0032112.

Ziel der Studie

Mit der vorliegenden Studie wurde das Ziel verfolgt, eine neu entwickelte psychotherapeutische Intervention – die Integrierte Elternintervention bei ADHS (Integrated Parenting Intervention for ADHS [IPI-A]) – im Gruppensetting speziell für depressive Mütter von Kindern mit einem ADHS zu evaluieren. Die Autoren gingen davon aus, dass einerseits viele Mütter von Kindern mit ADHS von depressiven Erkrankungen betroffen sind und mütterliche Depression sowohl mit negativen Entwicklungsverläufen bei ihren Kindern als auch mit schlechteren Behandlungserfolgen assoziiert ist und sich andererseits der frühe Erziehungsstil auf den Krankheitsverlauf des kindlichen ADHS auswirken kann. Daher sollten bei dieser neuen Intervention kognitiv-behaviorale Elemente zur Depressionsbehandlung der Mütter (Coping with Depression Course [CWDC]; Cuijpers, Muñoz, Clarke & Lewinsohn, 2009) mit einem behavioralen Elternteraining (behavioral parent training [BPT] nach Barkley, 1997) hinsichtlich des kindlichen ADHS kombiniert werden.

Methodik

In der Studie wurden Mütter von Kindern mit ADHS zufällig der neuen Behandlung IPI-A oder der Standardbehandlung BPT zugewiesen. BPT wurde als „aktive Kontrollbedingung“ ausgewählt, da dieser evidenzbasierte Ansatz in der Praxis weit verbreitet ist.

Insgesamt nahmen 98 Mutter-Kind-Paare an der Studie teil. Mütter mus-

ten, um in die Studie eingeschlossen werden zu können, bei der Baseline-Untersuchung u. a. einen Wert von 10 oder größer im BDI-II (Becks-Depressions-Inventar II; Beck, Steer & Brown, 1996) aufweisen. Die teilnehmenden Kinder mussten u. a. die Kriterien eines ADHS gemäß DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) erfüllen und zwischen sechs und zwölf Jahren alt sein.

Die Behandlungsergebnisse wurden hinsichtlich dreier unterschiedlicher Bereiche evaluiert: mütterliche depressive Symptome, Erziehungsverhalten und störendes Verhalten des Kindes. Die depressiven Symptome der Mütter wurden direkt nach Abschluss der Behandlung (Untersuchung Behandlungsende) sowie beim Nachuntersuchungstermin (durchschnittlich ca. 18 bis 19 Wochen nach Behandlungsende) mit dem LIFE-Interview (longitudinal interval follow-up evaluation, DSM-IV-Version, semi-strukturiertes Interview; Keller et al., 1987) erfasst. Erziehungsverhalten und störendes Verhalten des Kindes wurden durch Beobachtungsaufgaben (Aufräumen, freies Spiel, Hausaufgaben), die mithilfe des Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS-III; Eyberg, Nelson, Duke & Boggs, 2005) kodiert wurden, erfasst (positives Erziehungsverhalten wie z. B. Loben, Verhaltensbeschreibungen, Reflexionen; negatives Erziehungsverhalten wie z. B. negative Gespräche, negative körperliche Kontakte; kindliche Devianz wie z. B. negative Gespräche, Nichtbefolgung von Regeln). Auch die Disruptive Behavior Disorder Checklist (DBD; Pelham, Gnagy, Greenslade & Milich, 1992) – ein Eltern- und Lehrerfragebogen zur Erfassung von Symptomen einer disruptiven, oppositionellen Verhaltensstörung – sowie die Children's Impairment Rating Scale (IRS, Eltern- und Lehrerfragebogen; Fabiano et al., 2006) – ein multidimensionales Maß für das kindliche Funktionsniveau in verschiedenen Bereichen – wurden bei der Baseline-Untersuchung herangezogen. Bei den beiden folgenden Terminen wurden nur die Varianten für die Eltern verwendet.

Bei der Baseline-Untersuchung wurden darüber hinaus noch demografische Daten (z. B. Geschlecht und Schulklasse des Kindes, Familienstand der Mutter, jährliches Familieneinkommen, Bildung der Mutter etc.) sowie klinische Daten bzgl. der Kinder (z. B. Subtyp ADHS, Medikamenteneinnahme⁴ etc.) erfasst.

Die jeweiligen Behandlungen erfolgten in 14 zweistündigen, wöchentlichen Sitzungen (ca. zehn Mütter pro Gruppe, insgesamt fünf Kohorten), die durch zwei Psychotherapeuten durchgeführt wurden. Dasselbe Psychotherapeuten-Tandem führte beide Behandlungsbedingungen (IPI-A und BPT) innerhalb einer Kohorte durch. In den Sitzungen kamen vorrangig didaktische Bausteine, aber auch Gruppendiskussionen, Lernen am Modell, Rollenspiele und Übungen für zu Hause zum Einsatz. Die Themen in den einzelnen Sitzungen sind in der Tabelle dargestellt.

Da der Studie mit jeweils nur fünf Behandlungsgruppen pro Bedingung laut den Autoren die notwendige statistische Power fehlte, um Behandlungseffekte über die statistische Signifikanz gut detektieren zu können, wurde neben der statistischen Signifikanz noch Maße der sog. klinischen Signifikanz (Hedges' g als Effektgröße-Maß; Hedges, 1981 [0,2 = kleiner Effekt, 0,5 = mittlerer Effekt, 0,8 = großer Effekt⁵], die Veränderungsrate (reliabel change rate) sowie Prozentangaben bezüglich des Anteils der Mütter, die nach der Behandlung hinsichtlich des BDI-Werts unterhalb des Grenzwertes für Depression lagen, herangezogen.

Ergebnis

Zunächst überprüften die Autoren, ob die Vergleichbarkeit der Gruppen durch

4 Hinsichtlich der Randomisierung der Teilnehmenden zu den beiden Bedingungen fand bzgl. der Medikamenteneinnahme der Kinder eine Stratifizierung statt, um sicherzustellen, dass in jeder Bedingung gleich viele Kinder mit ADHS-Medikation vertreten waren.

5 Hinsichtlich der klinischen Signifikanz wurden von den Autoren nur Effekte interpretiert, die ein Hedge's g größer als 0,2 aufwiesen.

Sitzung	Behaviorales Elternteraining (Standardbehandlung; BPT)	Integrierte Elternintervention bei ADHS (IPI-A; CWDC-Skills kursiv gedruckt)
1	Psychoedukation über kindliches Fehlverhalten: Kind, Eltern, Umweltmerkmale	Psychoedukation über kindliches Fehlverhalten <i>Stimmungsbeobachtung: Wie beeinflusst Ihre Stimmung Ihr Erziehungsverhalten?</i>
2	Besondere Zeit mit Kind: Beziehungsverbesserung, Differenzieren zwischen Aufmerksamkeit schenken und Ignorieren	<i>Soziales Lernmodell der Depression: Beziehung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten</i>
3	Anweisungen geben/Folgsamkeit verbessern	Besondere Zeit mit Kind: Beziehungsverbesserung, <i>angenehme Aktivitäten alleine/mit Kind vermehren</i>
4	Regeln zu Hause Struktur/Routinen Elterliches Monitoring verbessern	Vorbereitung für positive Erziehungsstrategien: <i>Konstruktives Denken, Erkennen und Ändern elterlicher, kognitiver Verzerrungen; Vermehren von positiven Gedanken und Verminderung von negativen Gedanken über das Kind</i>
5	Verstärkersystem (Token/Punkte) I: Belohnung	Differenzieren zwischen Aufmerksamkeit schenken und Ignorieren I: Loben <i>Konstruktives Denken; verbessertes Fokussieren auf positive Aspekte des Kindes</i>
6	Verstärkersystem (Token/Punkte) II: response cost Auszeit I: Grundtechniken der Auszeit	Differenzieren zwischen Aufmerksamkeit schenken und Ignorieren II: Loben <i>Entspannungstechniken</i>
7	Auszeit II: Ausweiten der Auszeit auf anderes Fehlverhalten	Vorbereitung von Bestrafungstechniken: <i>soziale Fertigkeiten und Selbstbehauptungstraining</i>
8	Umgehen mit Fehlverhalten in der Öffentlichkeit	Anweisungen geben/Folgsamkeit verbessern/ <i>Selbstbehauptungstraining</i>
9	Fehlverhalten in der Schule Dokumentationskarte für tägliches Schulverhalten	Regeln zuhause/Struktur/Routinen Elterliches Monitoring verbessern <i>Zeitmanagement/Prioritäten setzen</i>
10	Voraussehen von zukünftigen Verhaltensproblemen	Verstärkersystem (Token/Punkte): Belohnung und response cost
11	Kontakte mit Gleichaltrigen zu Hause und in der Schule (z. B. Vereinbaren von Spielzeiten)	Auszeit <i>Selbstbehauptungstraining (besprechen und anwenden)</i> <i>Entspannungstechniken (besprechen und anwenden)</i>
12	Elterliche Unterstützung bei den Hausaufgaben	Umgehen mit Fehlverhalten in der Öffentlichkeit <i>Entspannungstechniken (besprechen und anwenden)/Vorausplanen</i>
13	Problemlösungen hinsichtlich der Dokumentationskarte für tägliches Schulverhalten	Fehlverhalten in der Schule/Dokumentationskarte für tägliches Schulverhalten <i>Soziale Fertigkeiten/Selbstbehauptungstraining (besprechen und anwenden)/konstruktives Denken (besprechen und anwenden)</i>
14	Besprechen und Nachbereitung	Besprechen und Nachbereitung

Tabelle: Themen in den Therapiesitzungen (nach Chronis-Tuscano et al., 2013)

Anmerkung: BPT = behavioral parent training; IPI-A = Integrated Parenting Intervention for ADHS; CWDC = Coping with Depression Course (beinhaltet kognitiv-behaviorale Elemente zur Depressionsbehandlung der Mütter)

die Randomisierung gegeben war: Es gab bei den beiden Behandlungsgruppen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich demografischer Angaben oder weiterer Variablen, die bei der Baseline-Untersuchung erhoben wurden (z. B. hinsichtlich der depressiven Symptome der Mütter, des Erziehungs-

verhaltens etc.). Auch hinsichtlich des Drop-Outs sowie der Anwesenheit bei den einzelnen Sitzungen gab es bei beiden Bedingungen keine signifikanten Unterschiede.

Anschließend prüften die Autoren mittels mehrerer univariater Kovarianzana-

lysen,⁶ ob es hinsichtlich der beiden Behandlungsbedingungen signifikante

⁶ Die Baseline-Werte in den einzelnen Maßen wurden jeweils als Kovariaten in die einzelnen Analysen genommen. Die beobachtete kindliche Devianz wurde bei Analysen, die sich auf das Erziehungsverhalten bezogen, als zusätzliche Kovariate herangezogen.

Unterschiede bzw. klinisch bedeutsame Effekte gab.⁷ Bei der Untersuchung nach Behandlungsende war die IPI-A-Gruppe der BPT-Gruppe überlegen bzgl. der depressiven Symptomatik der Mütter (kleiner Effekt, nicht statistisch signifikant), hinsichtlich des **negativen Erziehungsstils** (mittlerer Effekt, statistisch signifikant), hinsichtlich **kindlicher Devianz** (mittlerer Effekt, statistisch signifikant) und bzgl. der globalen Beeinträchtigung des Kindes (erfasst über IRS-Fragebogen, kleiner Effekt, nicht statistisch signifikant). Beim Nachuntersuchungstermin war die IPI-A-Gruppe der BPT-Gruppe überlegen bzgl. der depressiven Symptomatik der Mütter (kleiner Effekt, nicht statistisch signifikant), hinsichtlich der globalen Beeinträchtigung des Kindes (erfasst über IRS-Fragebogen, kleiner Effekt, nicht statistisch signifikant), bzgl. disruptiver Verhaltensweisen (DBD-Symptome) des Kindes (kleiner Effekt, nicht statistisch signifikant) und bzgl. der Beeinträchtigung innerhalb der Familie (erfasst über IRS-Fragebogen, kleiner Effekt, nicht statistisch signifikant). Die BPT-Gruppe war der IPI-A-Gruppe beim Nachuntersuchungstermin hinsichtlich des **positiven Erziehungsverhaltens** überlegen (mittlerer Effekt, statistisch signifikant).

Zwischen dem Baseline-Termin und dem Nachuntersuchungstermin war es bei der IPI-A-Gruppe signifikant wahrscheinlicher als bei der BPT-Gruppe, dass sich die kindlichen **Symptome einer disruptiven Verhaltensstörung** (reliable Veränderungsrate, erfasst über den DBD-Elternfragebogen) verbesserten. Bzgl. weiterer Veränderungsrate gab es zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Als weiterer Schätzer der klinischen Signifikanz wurde der prozentuale Anteil der Teilnehmerinnen (Mütter) berechnet, die nach Behandlungsende bzw. beim Nachuntersuchungstermin unterhalb des klinischen Grenzwerts von 10 Punkten beim BDI-II lagen. Ein größerer Anteil der IPI-A-Teilnehmerinnen lag bei Behandlungsende unterhalb des Grenzwerts im Vergleich zu den BPT-Teilnehmerinnen (80,0% vs.

59,5%, nicht statistisch signifikant). Beim Vergleich zwischen Baseline- und Nachfolgeuntersuchung lagen 76,9% der IPI-A-Teilnehmerinnen und 55,9% der BPT-Teilnehmerinnen unterhalb des Grenzwerts (Unterschied nicht statistisch signifikant).

Kommentar

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass die neue, integrative Behandlungsform IPI-A, die neben einem behavioralen Elterntraining auch kognitiv-behaviorale Elemente zur Behandlung der Depression der Mütter beinhaltet, hinsichtlich einiger wichtiger Bereiche Verbesserungen im Vergleich zur Standardbehandlung bringt.

Leider weist die Studie einige methodische Mängel auf, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Bei der Interpretation der Ergebnisse der Studie gilt es zu berücksichtigen, dass diese ersten Befunde hinsichtlich der neuen Behandlungsform mit einem zu geringen Stichprobenumfang untersucht wurden. Die Autoren versäumten es bei der Planung der Studie eine Power-Analyse durchzuführen; statistisch signifikante Effekte konnten so aufgrund der fehlenden Power kaum festgestellt werden und auch die Möglichkeiten, klinisch bedeutsame Veränderungen aufzuzeigen, sind limitiert. Wie die Autoren selbst anführen, beschränken der zu geringe Stichprobenumfang sowie die kleine Anzahl an Behandlungsgruppen die Aussagekraft bzw. die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Des Weiteren wird die Generalisierbarkeit der Ergebnisse dadurch eingeschränkt, dass trotz sog. multiplen Testens, d. h. dem Überprüfen mehrerer Hypothesen an demselben Kollektiv/Datenmaterial, keine Adjustierung des Alpha-Niveaus vorgenommen wurde (vgl. Bortz, 2005; Victor, Elsässer, Hommel & Blettner, 2010).

Die aktive Kontrollgruppe, die als Behandlung das als Standard geltende behaviorale Elterntraining erhielt, stellte eine empirisch abgesicherte, strenge Vergleichsbedingung dar, was methodisch als Stärke der Studie gewertet

werden kann und wodurch mit kleineren Effekten im Vergleich zu einer Warte-Kontrollgruppe gerechnet werden muss. Darüber hinaus entsprachen sich die beiden Behandlungsbedingungen bis auf die zu evaluierenden, spezifischen Elemente der IPI-A-Behandlung (z. B. Kontaktzeit mit dem Psychotherapeuten, Sitzungsdauer etc.) sehr genau, was ein weiteres wichtiges Qualitätsmerkmal der vorliegenden Evaluationsstudie darstellt.

Als weitere Schwäche führen die Autoren an, dass – anders als bei der Baseline-Erhebung – bei der Untersuchung nach Behandlungsende und beim Nachuntersuchungstermin keine Lehrerfragebögen mehr herangezogen wurden. Die mögliche Veränderung der kindlichen ADHS-Symptomatik im wichtigen Bereich Schule (und außerhalb des familiären Kontextes) konnte somit nicht berücksichtigt werden. Als methodisch günstig sind hingegen die herangezogenen Beobachtungsmaße zu werten, da somit möglichen Verzerrungen bei den Auskünften durch die Mütter begegnet werden kann.

Eine weitere Nachfolgeuntersuchung z. B. nach zwölf Monaten wäre interessant gewesen, um längerfristige Effekte der Behandlung hinsichtlich der depressiven Symptomatik der Mütter und der kindlichen Symptomatik zu evaluieren.

Ein für die Autoren überraschender Befund war, dass die BPT-Gruppe der IPI-A-Gruppe hinsichtlich des positiven Erziehungsverhaltens überlegen war. Dies könne laut den Autoren evtl. darauf zurückzuführen sein, dass beim Standardprogramm die behavioralen Elemente hinsichtlich des Erziehungsverhaltens in angemessenerem Tempo vermittelt werden konnten (z. B. mehr Zeit für Diskussion und Beispiele, weniger Skills, die eingeübt werden mussten etc.), was bei Müttern mit Depressionen eine Rolle spielen könnte.

⁷ Um eine bessere Übersichtlichkeit zu erzielen, sind im Folgenden die Variablen, in denen sich die beiden Gruppen statistisch signifikant voneinander unterscheiden, fett gedruckt.

Als bedeutsame Implikationen für die psychotherapeutische Praxis lässt sich aus der Studie ableiten, dass sich ergänzende zeitgleiche Behandlung von depressiven Symptomen von Müttern von Kindern mit ADHS positiv auf das psychische Befinden der Mütter, auf das Erziehungsverhalten (nur auf den Rückgang des negativen Erziehungsstils) sowie auf die Interaktionen zwi-

schen Mutter und Kind (kindliche Devianz) auswirken dürfte. Es empfiehlt sich daher, depressive Symptome in Bezugspersonengesprächen zu eruieren und gegebenenfalls entsprechende Hilfestellungen oder Therapieangebote für Betroffene – möglichst zeitgleich und in wechselseitiger Abstimmung mit der Therapie des Kindes – in die Wege zu leiten. Über welchen Mechanismus

genau die Behandlung der depressiven Symptome der Mütter auch kindliche Symptome beeinflusst (denkbar wäre z. B. eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung der Mütter durch erfolgreiche Behandlung der Depression und daher positiveres Interaktionsverhalten), kann anhand der vorliegenden Studie nicht eindeutig abgeleitet werden.

Fazit

Die Ergebnisse der in diesem Artikel vorgestellten, empirischen Studien verdeutlichen die Wichtigkeit, bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern mit ADHS auch das aktuelle psychische Befinden der Mütter zu berücksichtigen, da sich dieses auf das Interaktionsverhalten und auf den weiteren Krankheitsverlauf der Kinder (insbesondere hinsichtlich deren Sozial- und Interaktionsverhalten) auswirken kann. Die Wirksamkeit von Elterntrainings hinsichtlich ADHS bei Kindern konnte bereits vielfach bestätigt werden (vgl. z. B. die aktuelle Metaanalyse von Coates, Taylor & Sayal, 2015). Eine Erweiterung solcher psychotherapeutischen Elterntrainings um Elemente, die spezifisch auf depressive Sympto-

me der Eltern und ihre möglichen Effekte auf das Interaktionsverhalten bei unangemessenem Verhaltensweisen der Kinder abzielen, können ausgehend von der hohen Prävalenz depressiver Symptome bei Müttern von Kindern mit ADHS sowie deren Auswirkung auf den

kindlichen Erkrankungsverlauf als wichtige und sinnvolle Ergänzung betrachtet werden.

Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de

Dr. Dipl.-Psych. Désirée S. Aichert

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
aichert@ptk-bayern.de

Dr. Désirée S. Aichert, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, ist seit 2014 wissenschaftliche Referentin der PTK Bayern.

Lockerung der Schweigepflicht zum Zweck der Verhinderung von Straftaten?

Martin Klett & Stephanie Tessmer

Zusammenfassung: Die jüngste politische Diskussion um eine Lockerung der Schweigepflicht stößt bei Psychologischen Psychotherapeuten¹, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärzten auf massiven Widerstand, löst aber auch Verunsicherung bei Patienten und bei den Angehörigen des Berufsstandes über die Rechtslage aus. Dieser Artikel wird nach einer Einleitung die bestehenden standesrechtlichen und gesetzlichen Regelungen zur Schweigepflicht darstellen sowie im Folgenden die wichtigsten Möglichkeiten der Durchbrechung der Schweigepflicht aufzeigen. Es werden die aktuellen politischen Forderungen nach einer Lockerung der Schweigepflicht aufgegriffen und dargestellt, welche Folgen ihre Realisierung haben könnte. Die Autoren vertreten die Auffassung, dass eine Änderung der bestehenden Rechtslage nicht erforderlich ist und der politischen Zielsetzung einer Verhinderung von Straftaten sogar zuwiderlaufen würde.

Bereits nach dem Absturz der Germanwings Maschine im März 2015, der nach dem Abschlussbericht als erweiterter Suizid vorsätzlich vom Piloten herbeigeführt worden ist, sind erste Forderungen nach einer Lockerung der Schweigepflicht für Psychotherapeuten und Ärzte erhoben worden. Diese Forderungen sind nach dem Amoklauf von München und den mutmaßlich terroristisch motivierten Gewalttaten in Würzburg und Ansbach nun medienwirksam bekräftigt worden. Neue Erkenntnisse über den Gesundheitszustand einzelner Täter haben eine politische Debatte darüber entfacht, ob die bestehenden Regelungen über die Schweigepflicht gelockert werden sollten. Die Politik befindet sich hierbei in einem Spannungsfeld. Auf der einen Seite gilt es, das Leid der Angehörigen der Opfer, Fragen nach einer möglichen Verhinderung der Taten, die Verunsicherung der Bevölkerung und deren Wunsch nach mehr Sicherheit in den Blick zu nehmen. Auf der anderen Seite müssen aber die Persönlichkeitsrechte der Patienten sowie die Interessen der Angehörigen des Berufsstandes berücksichtigt und deren professionelle und effiziente Arbeit gewährleistet werden. Vorschnelle Äußerungen zur Lockerung der Schweigepflicht in den Medien gefährden das Vertrauen der Patienten in die Verschwiegenheit der Berufsgeheimnisträger und das Ansehen

des Berufsstandes. Vor diesem Hintergrund müssen die Forderungen kritisch hinterfragt werden, denn nicht jeder Vorschlag ist ein geeignetes und angemessenes Mittel zur Verhinderung von Straftaten.

Viele Psychotherapeuten suchen fachlichen und rechtlichen Rat, wann sie Anhaltspunkte über eine vom Patienten ausgehende Selbst- oder Fremdgefährdung anzeigen müssen oder dürfen. Die rechtlichen Regelungen sind nicht immer einfach nachzuvollziehen, weil sie Kenntnisse der juristischen Definitionen einzelner Tatbestandsmerkmale erfordern oder im Einzelfall eine Abwägung vorzunehmen ist. Aus diesem Grund bilden in abstrakter Form vorgetragene Fragen zur möglichen Offenbarung von Patienten- oder Drittgeheimnissen die bei den Kammern am häufigsten gestellten Anfragen. Nach deren Inhalt ist festzustellen, dass Psychotherapeuten potenzielle Eigen- oder Fremdgefährdungen, so wie es eine professionelle Berufsausübung erfordert, sehr ernst nehmen. Es ist gerade nicht so, dass Psychotherapeuten tatenlos zusehen würden, wenn ihnen bevorstehende oder andauernde Gewalttaten im Rahmen der Psychotherapie bekannt werden. Vielmehr ist genau das Gegenteil der Fall, denn die Anfragen zeigen auch, dass sich Psychotherapeuten ihrer großen

Verantwortung durchaus bewusst sind und sehr sensibel damit umgehen.

Regelungen zur Wahrung der psychotherapeutischen Schweigepflicht

Die Schweigepflicht ist als Verpflichtung von Psychotherapeuten, ihnen im Zusammenhang mit einer Behandlung anvertraute oder sonst bekannt gewordene Geheimnisse nicht unbefugte Dritten zu offenbaren, von fundamentaler Bedeutung für den Berufsstand. Sie ist als das zentrale ethische Prinzip der Gesundheitsberufe anzusehen. Bereits der Eid des Hippokrates (um 400 v. Chr.) enthielt die ärztliche Selbstverpflichtung, über alle Patientengeheimnisse Verschwiegenheit zu wahren, und stellte die Wahrung der Verschwiegenheit als Bedingung für eine fachgerechte Behandlung und für die Anerkennung der Professionalität des Berufsstandes heraus: „*Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden*

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

soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf. Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht breche, so möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg beschieden sein, dazu Ruhm unter allen Menschen für alle Zeit; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, dessen Gegenteil." (Laufs & Kern, § 4 Rn 13). Das aus dem Eid des Hippokrates abgeleitete ethische Prinzip der Schweigepflicht gibt eine fundamentale Grundhaltung im Umgang mit Patienten wieder, die über Jahrtausende als richtig befunden und unabhängig von gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Veränderungen angewendet worden ist. Sie hat sich über die Jahrtausende bewährt und bis heute Gültigkeit. Ihren Niederschlag fand sie in moderner Fassung vor allem im Genfer Ärztegelöbnis von 1948, in dem der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer vorangestellten Gelöbnis sowie als eigenständige Berufspflicht in § 9 Musterberufsordnung der Ärzte und in den Berufsordnungen der Landesärztekammern.

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gehörte es schon vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zum beruflichen Selbstverständnis, dass die Wahrung der Verschwiegenheit oberstes ethisches Prinzip bei der Ausübung des Berufs ist. Im Zuge der gesetzlichen Anerkennung und Regelung der Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch das Psychotherapeutengesetz und der darauf folgenden Gründung der Psychotherapeutenkammern fand das ethische Prinzip der Verschwiegenheit deshalb auch seinen Niederschlag in der Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie in den einzelnen Berufsordnungen der Landeskammern. Seither statuieren diese die Verpflichtung zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse und über das, was Psychotherapeuten im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen oder Patienten oder Dritte anvertraut und bekannt geworden ist.

Ein Verstoß gegen dieses standes- und berufsrechtliche Gebot kann in einem berufsgerichtlichen Verfahren sanktioniert werden. Schwerwiegende, wiederholte Verstöße können im Einzelfall auch den Widerruf der Approbation zur Folge haben.

Darüber hinaus wird die Schweigepflicht auch unmittelbar durch die Gesetze geschützt. Sie hat sich somit von einer ethischen Grundhaltung zu einer Rechtspflicht gewandelt. Erstmals wurde die Verletzung der Schweigepflicht durch „Medizinalpersonen“ im Preussischen Allgemeinen Landrecht 1794 unter Strafe gestellt (Laufs & Kern, § 65 Rn 3), 1871 in § 300 des Strafgesetzbuchs für das Deutsche Reich kodifiziert, 1975 in das Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch übernommen und findet sich heute in § 203 Strafgesetzbuch (StGB). Danach ist das unbefugte Offenbaren fremder Geheimnisse, die einem Psychotherapeuten in Ausübung seines Berufs anvertraut oder sonst bekannt geworden sind, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bedroht. Zentrales Tatbestandsmerkmal des § 203 StGB ist das fremde Geheimnis. Kennzeichen der als Geheimnis anzusehenden Tatsachen ist, dass diese nur einem bestimmten, beschränkten Personenkreis bekannt sind und dass der Betroffene ihrer Geheimhaltung durch den Behandelnden ein schutzwürdiges Interesse hat (Fischer, § 203 Rn 4). Geheimnisse sind nicht nur die krankheitsbezogenen Informationen (Anamnese, Diagnose, Therapiemaßnahmen, Prognosen, Untersuchungsergebnisse etc.), sondern können auch Angaben über finanzielle, berufliche und persönliche Belange sein (Laufs & Kern, § 66 Rn 1). Regelmäßig stellt schon die Tatsache, dass ein Patient sich in psychotherapeutischer Behandlung befindet, ein aus Sicht des Patienten schutzwürdiges Geheimnis dar, sodass sich die Schweigepflicht bereits auf diesen Umstand erstreckt. Geheimnisse sind auch solche, die einem Psychotherapeuten in Ausübung seines Berufs über oder von einem Dritten (Drittgeheimnisse) anvertraut werden und an deren Geheimhaltung der Dritte, beispielsweise die Bezugsperson, ein schutzwürdiges

Interesse hat. § 203 StGB ist ein absolutes Antragsdelikt, sodass der Verdacht eines Geheimnisbruchs von den Staatsanwaltschaften nur verfolgt wird, wenn derjenige, dessen Persönlichkeitsrechte durch den Geheimnisbruch verletzt werden, binnen einer Frist von drei Monaten ab Kenntniserlangung Strafantrag stellt.

Der Tod eines Patienten beendet die Schweigepflicht nicht, diese gilt nach § 203 Abs. 4 StGB vielmehr postmortal fort. Da die Schweigepflicht das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Patienten bewahren soll und die Entscheidung über die Entbindung für Umstände aus dem privaten Lebensbereich höchstpersönlicher Natur ist, kann die Befugnis, über die Patientengeheimnisse zu verfügen, insoweit nach dem Tod des Patienten nicht auf dessen Erben übergehen (Laufs & Kern, § 66 Rn 10, § 114 Rn 33). Aus diesem Grund können Erben oder Angehörige eines Patienten nach dem Tod eines Patienten dann auch den behandelnden Psychotherapeuten nicht von der Schweigepflicht entbinden (Laufs & Kern, § 66 Rn 10).

Aus zivilrechtlicher Sicht stellt der Bruch der Schweigepflicht eine Verletzung von Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag dar. Diese kann vertragliche und deliktische Schadensersatzansprüche des Patienten gegen den Psychotherapeuten begründen.

Die berufliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit wird in den Prozessordnungen besonders geschützt. So haben Zeugen nach den Prozessordnungen zwar generell die Pflicht, einer gerichtlichen Vorladung Folge zu leisten und wahrheitsgemäß und vollständig zur Sache auszusagen. Die Prozessordnungen gestehen Psychotherapeuten, wie auch anderen Berufsheimnisträgern, ein Zeugnisverweigerungsrecht zu (vgl. § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO, 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO, § 98 VwGO, § 118 SGG). Sie dürfen die Aussage über alles, was ihnen in ihrer beruflichen Eigenschaft anvertraut worden oder bekanntgeworden ist, verweigern, solange und soweit sie nicht von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ent-

bunden worden sind. Dabei müssen die Strafvorschrift der Verletzung von Privatgeheimnissen nach § 203 StGB und das Zeugnisverweigerungsrecht in ihrer Reichweite keineswegs immer identisch sein. Während § 203 StGB das unbefugte Offenbaren von Privatgeheimnissen unter Strafe stellt, dürfen Psychotherapeuten das Zeugnis über alle ihnen anvertraute oder sonst bekannt gewordene Tatsachen verweigern, ohne dass diese Tatsachen ein Geheimnis darstellen müssen (Laufs & Kern, § 65 Rn 12). Zum prozessualen Schutz der Schweigepflicht gehört des Weiteren, dass Behandlungsdokumentationen, die der Psychotherapeut aufbewahrt und auf die sich die Schweigepflicht erstreckt, nicht beschlagnahmt werden können, wenn gegen Patienten oder ehemaligen Patienten als Tatverdächtige ermittelt wird (§ 97 Abs. 1 StPO). Die bestehenden strafprozessualen Regelungen des Zeugnisverweigerungsrechts und des Beschlagnahmeverbots zeigen, dass das Strafverfolgungsinteresse des Staates grundsätzlich hinter der Schweigepflicht und dem verfassungsrechtlich geschützten Persönlichkeitsrecht der Patienten zurückstehen muss.

Aufgrund der jahrtausendlangen Tradition der Handhabung der Verschwiegenheit und der gesetzlichen Regelungen dieser Rechtspflicht besteht in der Bevölkerung ein Bewusstsein und ein diesbezügliches Vertrauen in die Diskretion der Berufsgeheimnisträger, die man als eng verbunden mit dem Ansehen des Berufsstandes sehen muss. Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts dient die Wahrung der Verschwiegenheit zwar zuvorderst dem Schutz der Privat- und Intimsphäre der Patienten und somit der Bewahrung seiner Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz. Weiterhin schützt die Wahrung der Verschwiegenheit aber auch das öffentliche Interesse an einer leistungsfähigen medizinischen Versorgung. Der Patient erwarte von dem Behandelnden Verschwiegenheit und müsse darauf vertrauen können, dass alles, was der Behandelnde im Rahmen der Berufsausübung erfährt,

geheim bleibt und nicht Unbefugten offenbart wird. Nur so könne zwischen dem Patienten und dem Behandelnden jenes Vertrauen entstehen, welches zu den elementaren Voraussetzungen ärztlichen Wirkens zähle, weil es die Chance der Heilung vergrößere und damit im Ganzen gesehen der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge diene (Beschluss v. 08.03.1972, 2 BvR 28/71, BVerfGE 32, 373, 379, 390).

Grundlage jeder psychotherapeutischen Behandlung ist, dass der Patient dem behandelnden Psychotherapeuten Einblicke in seine Privat- und Intimsphäre gibt und der Psychotherapeut die verbalen und nonverbalen Signale des Patienten aufnimmt und fachlich einordnet. Der Umfang der anvertrauten Informationen aus dem Privat- und Intimbereich kann dabei größer sein als bei somatischen Behandlungen, denn er umfasst neben den medizinischen Befunden insbesondere auch die Schilderung der Familienverhältnisse, von Beziehungen zu anderen Personen, sexuellen Neigungen, schulischen und beruflichen Schwierigkeiten, finanziellen Sorgen, aber auch von Träumen und Fantasien des Patienten. Ein Patient wird sich dem behandelnden Psychotherapeuten nur dann öffnen und seine intimsten Angelegenheiten und Gedanken mitteilen, wenn er zu dem Behandelnden ein ausreichendes Vertrauen entwickelt hat. Dieses Vertrauen basiert auf der Erwartung des Patienten, dass der Behandelnde die von ihm mitgeteilten Informationen für sich behalten wird. Umgekehrt ist die Kenntnis aller behandlungsrelevanten verbalen und nonverbalen Informationen für eine fachgerechte Behandlung unabdingbar. Das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Psychotherapeuten wird deshalb als der wichtigste Wirkfaktor für eine fachgerechte Psychotherapie angesehen (Stellpflug & Berns, § 5 Rn 141). Kann der Patient kein Vertrauen entwickeln und hält er dem behandelnden Psychotherapeuten deshalb wichtige behandlungsrelevante Informationen vor, so kann dies eine effiziente psychotherapeutische Behandlung von vornherein vereiteln.

Regelungen zur Durchbrechung der Schweigepflicht

Bereits nach der aktuell geltenden Rechtslage gilt die Schweigepflicht jedoch nicht grenzenlos. Es gibt verschiedene Rechtsgrundlagen, nach denen Psychotherapeuten die Schweigepflicht entweder durchbrechen müssen oder durchbrechen dürfen, weil ein Rechtfertigungsgrund besteht. Eine solche Offenbarung kann aufgrund gesetzlicher Offenbarungspflichten, gesetzlicher Offenbarungsrechte und allgemeiner Rechtfertigungsgründe erfolgen (Laufs & Kern, § 67 Rn 2). Hiernach können Psychotherapeuten im Ergebnis zur Offenbarung berechtigt sein.

Gesetzliche Offenbarungspflichten sind in formellen Gesetzen ausdrücklich angeordnete Anzeige- und Meldepflichten, die unabhängig vom Willen des Patienten sind. Ein wesentlicher Beispielfall für eine gesetzliche Offenbarungspflicht ist die Strafvorschrift zur Nichtanzeige geplanter Straftaten gemäß § 138 StGB. Wenn ein Psychotherapeut im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung davon Kenntnis erlangt, dass sein Patient Straftaten begeht oder begehen will, erwächst eine Verpflichtung zur Anzeige bei besonders schweren Delikten, die in § 138 StGB im Einzelnen aufgelistet sind. Der Straftatenkatalog des § 138 StGB ist abschließend. Dieser Katalog nennt insbesondere Mord, Totschlag, Geiselnahme, Brandstiftung, gefährliche Eingriffe in den Bahn-, Luft- oder Seeverkehr mit dem Vorsatz der Schädigung anderer Menschen und auch die Bildung einer terroristischen Vereinigung. Die unterlassene Anzeige geplanter oder in der Ausführung befindlicher Straftaten, die in § 138 StGB nicht genannt werden, ist dagegen grundsätzlich nicht strafbar. Erlangen Psychotherapeuten glaubhaft Kenntnis vom Vorhaben oder der Durchführung einer der in § 138 StGB aufgelisteten Straftaten, so kann das Unterlassen einer erforderlichen Anzeige gemäß § 138 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft werden. Einzige Ausnahme bildet

der Rechtfertigungsgrund für Berufsgeheimnisträger nach § 139 Abs. 3 S. 2 StGB, der aber nur unter engen Voraussetzungen zu einer Straflosigkeit führen kann und hier nicht weiter vertieft werden soll. Da § 138 StGB der Verhinderung der Schädigung Dritter und nicht Zwecken der Strafverfolgung dient, fallen in der Vergangenheit durchgeführte und abgeschlossene Taten nicht in den Anwendungsbereich der Strafvorschrift.

Der Tatbestand des § 138 Strafgesetzbuch erfordert, dass der Behandelnde *glaubhaft* von dem Vorhaben oder der Ausführung des Delikts erfahren haben muss. Die Möglichkeit des Erkennens reicht nicht aus (Fischer, § 138 Rn 9). Aus diesem Grund macht sich ein Psychotherapeut nicht nach § 138 StGB strafbar, wenn er die bevorstehende Tausführung bei Anwendung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zwar hätte erkennen können, aber tatsächlich nicht erkannt hat (Fischer, § 138 Rn 9). Gleiches gilt, wenn der Behandelnde Ankündigungen oder vom Patienten geäußelter Fantasien keinen Glauben schenkt, weil er nicht erwartet, dass das Geäußerte verwirklicht werden wird (Fischer, § 138 Rn 9). Hier sollte jeder Psychotherapeut an eine sorgfältige Dokumentation entsprechender Äußerungen und deren Bewertung denken. Außerdem erfordert § 138 StGB eine Konkretisierung des *Vorhabens*. Dazu müssen zumindest Ort, Zeitpunkt und das potenzielle Opfer nach der Vorstellung des Täters bereits hinreichend bestimmt sein. Es ist Aufgabe des Psychotherapeuten, vom Patienten geäußerte Fantasien der Schädigung Dritter und eine potenzielle Fremdgefährdung sorgfältig zu bewerten, zu beobachten und therapeutisch zu bearbeiten bzw. nach therapeutischen Lösungen zu suchen, wie der innere Druck auf den Patienten gemindert bzw. wie dieser lernen kann, diesen abzubauen.

Selbst wenn eine gesetzliche Offenbarungspflicht nach § 138 StGB nicht besteht, weil die o. g. Voraussetzungen nicht vorliegen, können Psychotherapeuten aus anderen Vorschriften berechtigt sein, Patientengeheimnisse

zu offenbaren. Der wichtigste Rechtfertigungsgrund für eine Offenbarung von Privatgeheimnissen ist die wirksame Einwilligung des Patienten, mit der der Behandelnde von der Schweigepflicht entbunden wird. Bei Drittgeheimnissen muss unter Umständen auch der betroffene Dritte seine Einwilligung erteilen.

Rechtfertigender Notstand

Ohne eine solche Einwilligung ist die wichtigste Vorschrift, die die Durchbrechung der Schweigepflicht gestattet, der rechtfertigende Notstand gemäß § 34 Strafgesetzbuch. Sind die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes erfüllt, so ist eine erfolgte Offenbarung von Privatgeheimnissen durch einen Psychotherapeuten, auch ohne Kenntnis des Patienten oder gegen seinen Willen, im Ergebnis ausnahmsweise nicht strafbar. Diese Vorschrift hat große praktische Relevanz. Sie bewirkt, dass auch in anderen Konstellationen als die, die § 138 StGB erfordert, eine Berechtigung zur Offenbarung besteht, wenn hierdurch Gefahren abgewendet werden sollen. Die Anwendung des § 34 StGB birgt in der Praxis jedoch Schwierigkeiten, da der Tatbestand mehrere zu definierende Rechtsbegriffe enthält und eine Abwägungsentscheidung erfordert. Aus diesem Grund soll der Paragraph näher betrachtet und Psychotherapeuten einige Empfehlungen zum Vorgehen gegeben werden:

Zunächst muss gemäß § 34 StGB eine *gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr* für Leib, Leben, Freiheit, Eigentum oder andere Rechtsgüter bestehen, welche der Behandelnde durch die Durchbrechung der Schweigepflicht abwenden will. Eine *Gefahr* ist ein Zustand, in dem aufgrund tatsächlicher Umstände die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines schädigenden Ereignisses besteht (Fischer, § 34 Rn 4). Ähnlich wie bei § 138 StGB ist demnach eine gewisse Konkretisierung in Abgrenzung von der bloßen, unkonkreten Möglichkeit erforderlich. Wahrscheinlich ist der Eintritt des schädigenden Ereignisses

nur dann, wenn dessen Möglichkeit naheliegt oder begründete Besorgnis dafür besteht, was vom Standpunkt eines objektiven Berufskollegen *ex post* zu beurteilen ist (Fischer, § 34 Rn 4). Die *Gegenwärtigkeit* der Gefahr ist nur anzunehmen, wenn bei natürlicher Weiterentwicklung der Dinge der Eintritt eines Schadens sicher oder doch höchstwahrscheinlich ist, falls nicht alsbald Maßnahmen zur Gefahrenabwehr ergriffen werden (Fischer, § 34 Rn 7). Eine Wiederholungsgefahr kann ebenfalls dazu zählen.

§ 34 StGB statuiert darüber hinaus mit den Rechtsbegriffen der „*nicht anders abwendbaren Gefahr*“ den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Dieser erfordert, dass die Offenbarung zur Gefahrenabwehr geeignet und erforderlich sein muss, insbesondere kein gleich geeignetes, aber weniger einschneidendes Mittel zur Gefahrenabwehr zur Verfügung steht. Das bedeutet im Regelfall, dass andere Möglichkeiten, insbesondere auch therapeutische Lösungen, erfolglos ausgeschöpft sein müssen.

Zuletzt muss aber eine Kollision von Rechtsgütern vorgelegen haben und zwar hinsichtlich der Schweigepflicht des Berufsgeheimnisträgers auf der einen Seite und hinsichtlich der Gefahr für Leib, Leben, Freiheit, Eigentum oder andere Rechtsgüter auf der anderen Seite. Diese Interessenkollision erfordert eine sorgfältig vorzunehmende Güterabwägung. Die Durchbrechung der Schweigepflicht ist nach § 34 StGB nämlich nur dann gerechtfertigt, wenn im Rahmen dieser Abwägung das beschützte Rechtsgut gegenüber dem Verstoß gegen die Geheimhaltungsinteressen des Patienten wesentlich überwiegt, sodass dem Persönlichkeitsrecht des Patienten ein geringeres Gewicht in diesem Abwägungsprozess zukommt. Nicht jede unmittelbar bevorstehende oder andauernde Gefahr für Leib, Freiheit, Eigentum oder andere Rechtsgüter kann die Durchbrechung der Schweigepflicht und somit die Verletzung des Persönlichkeitsrechts des Patienten rechtfertigen. Allein die unmittelbare Gefahr für das Leben, als dem höchstwertigsten Rechtsgut, ent-

zieht sich einer saldierenden Abwägung (Fischer, § 34 Rn 14). In allen anderen Fällen, namentlich bei der Bedrohung von Leib, Freiheit, Eigentum usw., sind stets die Gesamtumstände des Einzelfalls in den Abwägungsprozess einzustellen.

Unzutreffend ist aber, dass das bloße Interesse des Staates nach Prävention und Verfolgung von Straftaten eine Offenbarung von Privatgeheimnissen rechtfertigen könne. Mit Ausnahme der bereits erwähnten Anzeigepflicht zur Verhinderung schwerer Delikte gemäß § 138 StGB, ist das Strafverfolgungsinteresse des Staates kein Rechtfertigungsgrund. Gegenüber Polizei und Staatsanwaltschaft besteht grundsätzlich keine Mitteilungspflicht, sodass Fragen nach der ambulanten Behandlung oder der Prognose eines Tatverdächtigen keine Offenbarung zulassen, wenn der Patient nicht den Psychotherapeuten von der Schweigepflicht entbunden hat.

Psychotherapeuten sollten bei der Abwägung nach § 34 StGB sorgfältig die Chancen und Risiken betrachten. Die Offenbarung gegen den Willen des Patienten wird regelmäßig einen Vertrauensverlust und Therapieabbruch nach sich ziehen und schlimmstenfalls zu einer Fortsetzung oder Wiederholung des Verhaltens bei Therapieverweigerung führen. In denjenigen Fällen, in denen eine Anzeige nicht nach § 138 StGB (siehe oben) zur Abwendung der Schädigung eines Dritten erfolgen muss, sollte daher sehr sorgfältig geprüft werden, ob eine Offenbarung erfolgen sollte. Zunächst sollten die therapeutischen Möglichkeiten erfolglos ausgeschöpft worden sein. Vor einer Entscheidung über eine Offenbarung empfiehlt sich, den Fall mit der Problemstellung anonymisiert bzw. pseudonymisiert in der Supervision oder Interventionsgruppe zu schildern und kollegialen Rat einzuholen. Außerdem sollte sich der Psychotherapeut mit der anonymisierten Schilderung des Einzelfalls auch über die Rechtslage, beispielsweise bei den Kammern, den Berufsverbänden oder Rechtsanwältinnen, informieren.

Psychotherapeuten können sich bei der nach § 34 StGB vorzunehmenden Abwägung an den Regelungen des § 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) orientieren. Dieser Paragraph statuiert für den Bereich der Kindeswohlgefährdung einen eigens geregelten Unterfall des rechtfertigenden Notstandes. Hiernach setzt eine Offenbarung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung grundsätzlich voraus, dass die Situation zunächst mit den Sorgeberechtigten erfolglos erörtert und eine anonymisierte Beratung beim Jugendamt über die Problemstellung wahrgenommen worden ist. Dieses stufenweise Vorgehen, zunächst der fachlichen Intervention mit ggf. kollegialem Rat und einer darauf folgenden rechtlichen Beratung empfiehlt sich vor einer Offenbarung von Patientengeheimnissen auch für andere Konstellationen, in denen Psychotherapeuten unsicher sind, ob sie zur Offenbarung berechtigt sind.

Mit einer sorgfältigen Dokumentation dieser Bemühungen um das korrekte Verhalten, kann dann später erforderlichenfalls nachgewiesen werden, wie es zu der Entscheidungsfindung kam. So kann ein vorsätzlicher Verstoß, wie nach § 203 StGB erforderlich, dem Psychotherapeuten häufig angesichts dieser Bemühungen nicht vorgeworfen werden. Befolgt ein Psychotherapeut den Rat eines Juristen zur Offenbarung von Privatgeheimnissen aufgrund des § 34 StGB und stellt sich später heraus, dass die rechtliche Bewertung fehlerhaft war, so kann der Irrtum des Psychotherapeuten als unvermeidbar angesehen werden. Dieser Irrtum bewirkt, dass die Offenbarung von Privatgeheimnissen gemäß § 203 StGB nicht bestraft wird.

Die Frage nach einer Durchbrechung der Schweigepflicht stellt sich im Übrigen auch bei akuter Suizidalität eines Patienten. Hier kann sich eine Rechtfertigung zum einen aufgrund des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB (siehe oben) ergeben, wenn zur Bewahrung des Lebens des Patienten erforderliche Schutz- und Sicherungsmaßnahmen getroffen werden, die

notwendigerweise mit einer Offenbarung von Privatgeheimnissen des Patienten verbunden sind. Die Pflicht zum Handeln und zur Abwendung der unmittelbar drohenden Gefahr für das Leben des Patienten kann sich im Übrigen aber auch aus weiteren Vorschriften des Strafgesetzbuches ergeben. Der Behandelnde hat aufgrund der Behandlung eine Garantenpflicht zur Abwendung von Gesundheitsgefahren und Gesundheitsschädigungen vom Patienten, sodass bei Suizidversuchen ein Unterlassen von zumutbaren und möglichen Schutz- und Rettungsmaßnahmen zu einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Behandelnden führen kann.

Auch die Berufsordnungen enthalten die Befugnis, bei Gefahren für Leib und Leben des Patienten oder eines Dritten, die Schweigepflicht ausnahmsweise zu durchbrechen, entsprechend der Regelungen und Voraussetzungen des § 34 StGB.

Keine weitere Lockerung der Schweigepflicht erforderlich

Nachdem die rechtlichen Möglichkeiten zur Durchbrechung der Schweigepflicht vorstehend aufgezeigt worden sind, ist Folgendes festzustellen:

Das geltende Recht sieht für Psychotherapeuten Offenbarungspflichten oder Offenbarungsrechte vor, nach denen die Offenbarung von Patientengeheimnissen entweder ausdrücklich angeordnet ist oder eine solche zum Schutz von Leib und Leben gestattet wird. Bereits nach geltendem Recht sind Psychotherapeuten gemäß § 138 StGB verpflichtet, Anzeige zu erstatten, wenn sie von einem Patienten glaubhaft erfahren, dass dieser konkretisierte Pläne hat, andere Menschen durch einen Amoklauf, einen Bombenanschlag oder durch den Absturz einer Passagiermaschine in den Tod zu reißen, denn diese Delikte unterliegen dem Straftatenkatalog des § 138 StGB. Im Übrigen können Psychotherapeuten unter den Voraussetzungen des recht-

fertigenden Notstandes des § 34 StGB Gefährdungssituationen offenbaren, um die Gefahr abzuwenden. Die bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen der Nichtanzeige geplanter Straftaten (§ 138 StGB) und der Offenbarungsbefugnis aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) sind ausreichend, da schon jetzt die von der Politik aufgegriffenen Gefährdungssituationen entweder in den Anwendungsbereich des § 138 StGB oder des § 34 StGB fallen.

Psychotherapeuten können nicht das Frühwarnsystem des Staates sein

Trotz dieser schon bestehenden Regelungen zur Durchbrechung der Schweigepflicht werden aktuell Forderungen nach einer Lockerung der Schweigepflicht erhoben. Diese politischen Forderungen sind offensichtlich als Reaktion auf die jüngsten Ereignisse, etwa auf den Amoklauf von München und auf die terroristischen Anschläge in Würzburg und Ansbach zu verstehen, mit denen möglicherweise auch das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung befriedigt werden soll. Ohne die veränderte Bedrohungslage zu bagatellisieren, müssen die Angemessenheit und der Nutzen der immer wieder vorgeschlagenen Lockerung der Schweigepflicht im Kontext der Diskussion der Verbesserung der inneren Sicherheit kritisch hinterfragt werden. Fast könnte man meinen, Psychotherapeuten sollten als Frühwarnsystem des Staates fungieren und zukünftig Aufgaben übernehmen, für die die Sicherheitsbehörden zuständig sind. Den jüngsten Ereignissen liegen indes völlig unterschiedliche Sachverhaltskonstellationen zugrunde, die die Vermengung in einer Debatte unter dem einheitlichen Schlagwort der Lockerung der Schweigepflicht problematisch erscheinen lassen. Ungeachtet dessen wird übersehen, dass nach den Berichten in den Medien weder der Amokläufer von Winnenden noch der Pilot der Germanwings Maschine oder der Amokläufer von München oder die Attentäter von

Würzburg und Ansbach zum Zeitpunkt der Taten wegen einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in psychotherapeutischer Behandlung gewesen sind. Auch vor diesem Hintergrund ist die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Lockerungen der Schweigepflicht infrage zu stellen.

Dabei muss man sich daran erinnern, dass der Berufsstand sich bereits im Zuge der nach dem Absturz der Germanwings-Maschine geführten Diskussion mit guten Argumenten entschieden gegen eine Lockerung der Schweigepflicht ausgesprochen hat. Bereits damals wurde die Zweckmäßigkeit einer solchen Lockerung problematisiert und andererseits auf die daraus resultierenden Gefahren verwiesen. Es ist Aufgabe von Psychotherapeuten, Menschen mit psychischen Erkrankungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, zu behandeln. Dabei behandeln Psychotherapeuten im Laufe ihres Berufslebens auch Patienten mit schweren Störungen, bei denen Gewaltvorstellungen, Vorstellungen eines erweiterten Suizids oder Aggressionen zur Symptomatik gehören. Diese Fantasien können zum Krankheitsbild gehören, ohne dass es tatsächlich jemals zur Ausführung von Taten kommt. Eine weitere Lockerung der Schweigepflicht birgt das Risiko, Patienten mit Gewaltfantasien unter Generalverdacht zu stellen und zu kriminalisieren. Wenn es im Ausnahmefall zu einer akuten Fremdgefährdung kommt, die weder offen kommuniziert noch im Rahmen der fachgerechten Behandlung für den Psychotherapeuten im Konkreten vorhersehbar war, kann auch geänderte Gesetzeslage die fehlende Vorhersehbarkeit nicht ersetzen. Um die Schweigepflicht und den therapeutischen Prozess zu schützen, hat sich der Gesetzgeber im Rahmen des § 138 StGB ganz bewusst dafür entschieden, nur im Ausnahmefall eine Anzeigepflicht und zwar für die dort genannten schweren Delikte, von deren konkreten Vorhaben der Behandelnde glaubhaft erfahren hat, zu schaffen. Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass nicht jede Gewaltfantasie in eine Straftat mündet und Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht unter

einen diesbezüglichen Generalverdacht gestellt werden können und dürfen. Die Schweigepflicht, das Persönlichkeitsrecht und die Behandlungsmöglichkeiten wiegen grundsätzlich höher als die Generalprävention eventueller Straftaten, deren Realisierungswahrscheinlichkeit gering oder nicht genau feststellbar ist.

Schon jetzt dürfte es vielen Patienten regelmäßig schwerfallen, mit ihrem Behandler über ihre Fantasien zu sprechen, da sie sich häufig dafür schämen und eine Offenbarung fürchten, die mit einem Verlust des Ansehens in ihrem sozialen Umfeld und weiteren schweren persönlichen Folgen verbunden sein kann. Hat der Patient Vertrauen in die Arbeit des Psychotherapeuten und in dessen Diskretion über alle mitgeteilten Geheimnisse und findet er deshalb den Mut, diese Gefühle und Fantasien anzusprechen, kann im therapeutischen Prozess eine Bearbeitung des Leidensdrucks und eine Erarbeitung von Handlungsoptionen zur Bewältigung dieser oft quälenden Gefühle und Fantasien erfolgen. Psychotherapeuten kommt hierbei bereits durch Ausübung ihres Berufs eine präventiv-katalysierende Rolle bei der Verhinderung von Straftaten zu. Das Vertrauen auf den geschützten Raum der Psychotherapie bietet demzufolge eine große Chance, im Einzelfall Gewaltpotenziale rechtzeitig zu erkennen und abzubauen, sodass es im Ergebnis nicht zur Realisierung von Gewalttaten kommt.

Eine Lockerung der Schweigepflicht birgt die Gefahr, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen kein Vertrauen mehr in die Diskretion des Berufsstandes haben und sich erst gar nicht in Behandlung begeben oder in der Behandlung nicht über solche Fantasien sprechen. Hierdurch kann der Leidensdruck verstärkt, eine Chronifizierung der Symptomatik eintreten und sich aufgrund der eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes das Risiko von selbst- oder fremdgefährdenden Verhalten deutlich erhöhen. Auch die im Zuge des Absturzes der Passagiermaschine entstandene Diskussion um die Einführung einer An-

zeigepflicht psychotherapeutischer Behandlungen von Piloten nimmt diese Risiken nicht ausreichend in den Blick. Die Entstehung dieses Vorschlags ist angesichts der hohen Verantwortung dieser Berufsgruppen für eine große Anzahl von Menschen, der durch die mediale Berichterstattung entstandenen Ängste in der Bevölkerung und der Trauer der Hinterbliebenen der Opfer, denen das Mitgefühl gelten muss, zwar verständlich. Umgekehrt muss aber hinterfragt werden, welche Konsequenz sich aus einer solchen Anzeigepflicht ergeben würde. Jeder Pilot müsste bei einer solchen Anzeige das Ende seiner beruflichen Laufbahn und weitere persönliche Einschränkungen befürchten, wenn er wüsste, dass psychotherapeutischen Behandlungen uneingeschränkt sofort dem Luftfahrtbundesamt angezeigt werden. Die Sorge um den damit verbundenen beruflichen Abstieg und den Verlust der Anerkennung des persönlichen Umfelds würde dazu führen, dass sich Piloten nicht mehr in Behandlung begeben oder eine dringend notwendige Behandlung verschleppt wird, was im Ergebnis ebenfalls das Risiko erhöht.

Lockerung der Schweigepflicht würde Gefahren sogar erhöhen

Die von einzelnen Politikern geäußerten Vorschläge einer über die bereits jetzt geltenden Offenbarungspflichten und -befugnisse hinausgehenden Lockerung der Schweigepflicht sind daher kontraproduktiv und unzweckmäßig. Ein solcher Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Patienten und in die Berufsausübungsfreiheit der Psychotherapeuten wäre nicht verhältnismäßig, um die damit verfolgten Ziele zu erreichen, sondern würde im Gegenteil eine mögliche Gefährdung sogar erhöhen. Es ist Aufgabe des Staates, für eine Prävention von Straftaten zu sorgen, sodass im Rahmen der Verhinderung terroristischer Anschläge Polizei

und Verfassungsschutz gefordert sind. Weiterhin ist es Aufgabe des Staates, den Bürgern im Rahmen der Gesundheitsfürsorge die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Im Übrigen muss der Fokus auf Prävention von Gewalttaten durch Verbesserung der Versorgungsstrukturen liegen. So können beispielsweise Lehrkräfte durch Schulungen sensibilisiert, die schulpsychologische Versorgung verbessert sowie die psychologisch-psychotherapeutischen Angebote und Integrationsangebote für Flüchtlinge ausgeweitet werden. Zuletzt muss gesehen werden, dass eine wie auch immer beabsichtigte Lockerung der Schweigepflicht geeignet wäre, Patienten zu verunsichern. Bereits die medienwirksam geführte bloße Debatte führt dazu, dass das allgemeine Vertrauen der Bevölkerung in die Discretion des Berufsstandes Schaden nehmen kann. Wenn Patienten nicht

mehr darauf vertrauen können, dass die Schweigepflicht als oberste Maxime in der Behandlung gilt, wird dies zwangsläufig zu einer Veränderung der Wahrnehmung des Berufsstandes sowie auch zu erschwerten Bedingungen in der Behandlung führen. Dies kann und darf der Berufsstand nicht hinnehmen, sodass die weitere politische Entwicklung beobachtet und Initiativen zur Änderung der Gesetzeslage in Bezug auf Lockerungen der Schweigepflicht ganz entschieden entgegengetreten werden muss.

Literatur

- Fischer, T. (2014). Strafgesetzbuch und Nebengesetze (61. Aufl.). München: C.H. Beck
- Laufs, A. & Kern, B.-R. (Hrsg.) (2010). Handbuch des Arztrechts (4. Aufl.). München: C.H. Beck
- Stellpflug, M. & Berns, I. (2015). Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (3. Aufl.). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag



Martin Klett

martinklett@t-online.de

Martin Klett ist als analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Freiburg niedergelassen und als Dozent und Supervisor in der psychoanalytischen Aus- und Weiterbildung tätig. Er ist Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und Delegierter des Deutschen Psychotherapeutentages.



Ass. jur. Stephanie Tessmer

tessmer@lpk-bw.de

Ass. jur. Stephanie Tessmer leitet seit 2011 die Rechtsabteilung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Sie ist als Dozentin für das Berufsrecht im Rahmen der Aus- und Weiterbildung tätig.

Buchrezension

Fachlich hochwertiger und praxisorientierter Einstieg in lösungsorientiertes Arbeiten

Hargens, J. (2015). *Keine Tricks! Erfahrungen lösungsorientierter Therapie. Ein persönlicher Rückblick.* Lenzburg: wilob AG, 120 Seiten, 22,90 €

Lösungsorientiertes Arbeiten stellt eine der wesentlichen Grundorientierungen Systemischer Therapie dar. Es hat sich aus der klassischen systemischen Familientherapie strategischer und struktureller Couleur heraus entwickelt. Zudem stellt das lösungsorientierte Vorgehen eines derjenigen systemtherapeutischen Ansätze dar, die am besten in RCT-Studien erfolgreich evaluiert wurden.¹

Jürgen Hargens, der Autor dieses unterhaltsamen und recht leicht zu lesenden Bandes, der eine Mischung aus persönlichen und fachlichen Reflexionen darstellt, ist Pionier der ersten Stunde der lösungsorientierten Psychotherapie in Deutschland. Er stellt hier dar, was lösungsorientiertes Arbeiten im Kern für ihn ausmacht. Er vermittelt hierbei ganz wunderbar, mit welchem großem Respekt vor der Selbstverantwortung, den Zielen und Kompetenzen seiner Patientinnen und Patienten er diesen begegnet. Ein großes Verdienst von Hargens ist in diesem Zusammenhang etwa, dass er den Begriff des „Kunden“ der Auftrags- und Kundenorientierung, eine der basalen praxaeologischen Grundorientierungen Systemischer Therapie (Ochs, 2013),² weiterentwickelt und präzisiert in Richtung der Konzepte von „Kundigkeit“ und „kundigen Menschen“ (anstelle von „Kunden“, „Klienten“ oder „Patienten“); damit wirkt er ungünstigen und nicht intendierten ökonomistischen oder neoliberalen „Wirklichkeitsassoziationen“ mit dieser Grundorientierung entgegen. Er formuliert: „Überlege ich, ob ich ein Auto, ein Handy o. Ä. kaufen/erwerben will, so macht es keinen ‚lebensbedrohlichen‘ Unterschied, wenn

ich mich dagegen entscheide. Im Falle der Gesundheit bzw. Krankheit dürfte das schon einen Unterschied machen. Ich bin überzeugt (meine Konstruktion), dass der Mensch ‚frei entscheiden‘ kann, gesund oder krank sein zu wollen, und noch viel weniger, ob er in der Folge (Konsequenz) eine Heilbehandlung/Therapie in Anspruch nehmen möchte/will oder nicht.“ (S. 28)

Ein besonderes Augenmerk richtet er hierbei auf die Sprache: darauf, wie in der Psychotherapie durch Sprache Wirklichkeit konstruiert wird und darauf, wie Patientinnen und Patienten ihre narrativen Wirklichkeiten rund um jene Phänomene aufspannen, die sie als problematisch und leidvoll erleben. Denn, und das ist eine Grundprämisse von Hargens, jede (sprachlich vermittelte) Wirklichkeitskonstruktion hat bedeutsame Auswirkungen; so macht es etwa einen Unterschied, ob „alleinerziehend“ mit den Attributen „besondere Belastung“ und „abwesender Vater als Risiko für die Entwicklung“ oder mit „überlebensstark“, „durchsetzungsfähig“ und „entscheidungsstark“ konnotativ eingebettet wird.

Hargens schließt dieses Buch didaktisch gelungen ab, in dem er zwei Versionen eines fiktiven Dialogs darstellt und mit entsprechenden eigenen fachlichen Reflexionen versieht: zuerst ein Dialog in der zweiten Sitzung mit einem Patienten, bei dem seit der ersten Sitzung Veränderungen stattgefunden haben, und dann eine Sitzung, in der solche Veränderungen nicht berichtet werden. Hierbei zeigt Hargens nachvollziehbar auf, wie die zuvor dargestellten Überlegungen zum lösungsorientierten Vorgehen konkret umgesetzt werden können.

Hargens begründet seine lösungsorientierten Überlegungen in diesem Buch

mit konstruktivistischer Erkenntnistheorie, vor allem mittels des radikalen Konstruktivismus; diesem aber ist bekanntlich ein Selbstanwendungsproblem³ zu eigen: Er postuliert, dass es für die *Conditio humana* aufgrund ihrer neurobiologischen Ausstattung unmöglich sei, einen direkten Zugang zur Wirklichkeit von ihr selbst oder von der Welt zu erlangen; Nervenzellen feuern oder sie feuern nicht; sie können dies zwar in unterschiedlichen Vernetzungskonstellationen oder Intensitäten tun – mehr jedoch nicht. Um aber das Funktionieren der Nervenzellen als erkenntnistheoretischen Ausgangspunkt gelten lassen zu können, muss es eine Position geben, von der aus dieses Funktionieren als quasi objektiv erkannt wird, also empirisch beobachtet werden kann. (Diese Position dürfte es in der Logik des radikalen Konstruktivismus allerdings nicht geben ...). Beachtlich ist, dass trotz dieser nicht unproblematischen Fundierung Hargens' praxaeologische lösungsorientierte Implikationen überzeugend, konsistent und wirkmächtig erscheinen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dieses Buch für alle diejenigen wunderbar geeignet erscheint, die sich einen unterhaltsamen, verhältnismäßig leicht zu lesenden, fachlich hochwertigen und gleichzeitig sehr praxisorientierten Einstieg in lösungsorientiertes Arbeiten von einem der versiertesten lösungsorientierten Psychotherapeuten in Deutschland verschaffen möchten.

Prof. Dr. Matthias Ochs,
Fulda

1 www.iqwig.de/download/N14-02_Vorbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen.pdf
2 Ochs, M. (2013). Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. *Projekt Psychotherapie* 3/2013, 20-23.
3 Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 6. Auflage. München: Oldenbourg.

Klares Votum für die umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes – 29. DPT am 19. November in Hamburg

Der 29. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) votierte mit sehr großer Mehrheit für die Weiterarbeit an der umfassenden Reform des Psychotherapeutengesetzes. Weitere Themen waren die anstehende Einführung der Sprechstunde, die Notwendigkeit einer morbiditätsorientierten Bedarfsplanung sowie die Förderung von Frauen in der Berufspolitik. Der Antrag, die Zahl der Delegiertensitze des DPT zu reduzieren, fand nicht die erforderliche Zweidrittelmehrheit.

Cornelia Prüfer-Storcks begrüßte den 29. DPT in Hamburg. Die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz betonte, dass mit der Gleichstellung der Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeuten mit anderen Heilberufen eine Lösung der Probleme der jetzigen Psychotherapeutenausbildung gefunden sei. Sie hoffe, dass die Reform nach Vorlage der Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nun „zügig zu Ende geführt“ werde. Heike Peper, Präsidentin der Hamburger Psychotherapeutenkammer, lud die Delegierten ein, aus den Erfahrungen Hamburgs mit komplexen und langwierigen Projekten zu lernen, denn letztlich sei die Elbphilharmonie für Hamburg eine große Bereicherung geworden.

Sie denke, dass mit dem Projekt Transition und dem planvollen und abgestimmten Vorgehen sichergestellt sei, dass die für die Profession so wichtige Reform der Ausbildung auch gelingen werde. Sie hob hervor, dass die zeitliche Verzögerung, die durch den Beginn des parlamentarischen Verfahrens in der nächsten Legislaturperiode entstehe, überschaubar bleibe, wenn man die Baustelle nicht stilllege, sondern konsequent weiterarbeite.



v. l. n. r.: Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Heike Peper

Zügige Reform der Aus- und Weiterbildung gefordert

Die Debatte des DPT zur Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung stand im Zeichen der Eckpunkte, die die Parlamentarische Staatssekretärin im BMG, Annette Widmann-Mauz, auf dem BPtK-Symposium Anfang November vorgestellt hatte. Sie hatte dabei deutlich gemacht, dass in dieser Legislaturperiode die nötigen Details geklärt würden, damit in der nächsten Legislaturperiode rasch ein Gesetzgebungsverfahren aufgenommen werden könne. Ein ausführlicher Bericht zum Symposium findet sich auf der Homepage der BPtK (www.bptk.de – Aktuell). BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz begrüßte, dass mit den Eckpunkten des BMG nun endlich ein erster Aufschlag des Ministeriums für die Reform gemacht werde. Das BMG greife wesentliche Vorschläge der BPtK aus dem Projekt Transition auf. Die Eckpunkte bauten auf dem breiten Berufs-

bild der Profession auf und enthielten die Grundstruktur eines psychotherapeutischen Approbationsstudiums mit anschließender Weiterbildung.

Wissenschaftlich und praktisch qualifizierendes Approbationsstudium

Die BPtK-Vorstandsmitglieder stellten die zentralen Ergebnisse des Projektes Transition vor und bewerteten vor diesem Hintergrund die BMG-Eckpunkte. Klärungsbedarf sah der Vorstand bei der Realisierung des Ziels, in einem Studium sowohl praktisch als auch wissenschaftlich so zu qualifizieren, dass am Ende das Masterniveau (Stufe 7 des Europäischen Qualifikationsrahmens – EQR 7) erreicht und zugleich eine Approbation erteilt werden könne. Es müsse sichergestellt werden, dass praktische Ausbildungsanteile und eine angemessene wissenschaftliche Qualifizierung im Studium realisiert würden.

Konzept einer morbiditätsorientierten Planung psychotherapeutischer Praxissitze

BPTK-Spezial „Kurswechsel in der Bedarfsplanung“

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, bis zum 1. Januar 2017 insbesondere die psychotherapeutische Versorgung bedarfsgerechter und wohnortnäher zu planen und dabei die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen. Um Impulse für die Umsetzung der Bedarfsplanungsreform zu geben, haben BPTK und Bertelsmann Stiftung gemeinsam das IGES-Institut in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi beauftragt, ein Konzept zu entwickeln, wie die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden können. Das vorgelegte Konzept zeigt, wie die Morbiditätsstruktur in die Bedarfsplanung einbezogen und eine bedarfsgerechtere Planung der Psychotherapeuten-sitze möglich werden kann. Die BPTK hat in einem BPTK-Spezial die wesentlichen Ergebnisse des Gutachtens zusammengefasst und sie in den gesundheitspolitischen Kontext eingeordnet. Ausführliche Informationen unter www.bptk.de – Publikationen – BPTK-Spezial sowie in der Pressemitteilung vom 17.11.2016 unter www.bptk.de – Presse.

Im Projekt Transition seien dazu unter aktiver Mitwirkung der Hochschulvertreter aus den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik detaillierte Kompetenzkataloge und Strukturvorstellungen für das Approbationsstudium entwickelt worden, die dem DPT zusammen mit dem Entwurf für eine Approbationsordnung vorlägen.

Gestaltung der psychotherapeutischen Weiterbildung

Für die Reform muss das BMG neben dem Approbationsstudium auch die notwendigen Rahmenbedingungen der Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde und damit zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung bzw. der Übernahme von Leitungsfunktionen regeln. Der Vorstand bedauerte, dass sich hierzu noch keine Aussagen im Eckpunktepapier finden. Weil sich Aus- und Weiterbildung aber wechselseitig bedingen, werden im Projekt Transition beide Qualifikationsphasen parallel bearbeitet.

Prof. Dr. Jürgen Wasem und Dr. Anke Walendzik vom Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) präsentierten die im Auftrag der BPTK identifizierten Modelle der Organisation der ambulanten Weiterbildung und zeigten Optionen, wie die verschiedenen Kostenanteile der Weiterbildung (Gehalt der Weiterbildungsteilnehmer, Lehre, Supervision, Selbsterfahrung und Overhead) finanziert werden können. Aus den Ergebnissen werden, so erläuterte der Vorstand, im Projekt Transition Empfehlungen für die künftige Organisation und Finanzierung der Weiterbildung abgeleitet,

die dem 30. DPT präsentiert werden. Dr. Karl Blum vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) stellte Ergebnisse aus der Befragung von Good-Practice-Krankenhäusern vor. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Psychotherapeuten in Weiterbildung mit angemessener Anleitung und Betreuung mit vertretbarem finanziellen Mehraufwand in den heutigen Personalbestand der Kliniken integrieren lassen. Neben dem ambulanten und stationären Bereich soll auch in Einrichtungen der komplementären Versorgung (z. B. Jugendhilfe, Suchthilfe oder Sozialpsychiatrie) eine psychotherapeutische Weiterbildung möglich sein. Der Vorstand schilderte, wie dazu in Expertengesprächen und einer Befragung von Verbänden und Einrichtungen derzeit der Bedarf an Psychotherapeuten in diesen Einrichtungen eruiert werde. Außerdem müsse geklärt werden, ob die Bereitschaft bestehe, in diesen Einrichtungen eine Weiterbildung zu organisieren.

Angemessene gesetzliche Rahmenbedingungen für eine reformierte psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung

Der 29. DPT verabschiedete mit sehr großer Mehrheit eine Resolution, mit der er die BMG-Eckpunkte begrüßte. Zugleich fordert der DPT, bei der Weiterentwicklung der Eckpunkte die im Projekt Transition der BPTK bisher erarbeiteten Vorschläge für das Approbationsstudium und die Weiterbildung zu berücksichtigen. Dazu gehört insbesondere, dass

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Angehörige eines

akademischen Heilberufes wissenschaftlich so zu qualifizieren sind, dass das Masterniveau (EQR 7) erreicht wird, um die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychotherapie zu gewährleisten und zukünftige Psychotherapeuten in die Lage zu versetzen, wissenschaftliche Erkenntnisse auch eigenständig in der Patientenversorgung umzusetzen,

- das Studium die Breite der wissenschaftlichen Grundlagen, Grundorientierungen und Wurzeln der Psychotherapie einschließt,
- im Studium ausreichende altersgruppenspezifische Kompetenzen für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erworben werden,
- das Studium Kenntnisse zu allen Tätigkeitsbereichen der Kuration, Prävention und Rehabilitation vermittelt, auch als Grundlage für die Weiterbildung in Einrichtungen der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung,
- mit der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes gleichzeitig auch die rechtlichen Grundlagen für die Organisation und Finanzierung der Weiterbildung gelegt werden.

Der DPT bedauerte, dass ein Abschluss der dringlichen Reform in dieser Legislaturperiode nicht mehr möglich erscheint. Man werde sich dafür einsetzen, dass die politischen Parteien die Reform des Psychotherapeutengesetzes mit höchster Priorität nach der Bundestagswahl aufgreifen. Im Sinne einer Interimslösung wurden darüber hinaus



Dr. Dietrich Munz

die Bundesländer aufgefordert, Regelungen zu treffen, die die Festlegung der Zugangsvoraussetzungen zur heutigen postgradualen Ausbildung auf der Basis des Masterniveaus sicherstellen.

Einstieg in die morbiditätsorientierte Bedarfsplanung möglich

Im Bericht des Vorstandes stellte Dr. Dietrich Munz den Delegierten zentrale Inhalte eines von der Bertelsmann Stiftung und der Bundespsychotherapeutenkammer beauftragten Gutachtens von IGES und Prof. Jacobi vor. Anlass für dieses Gutachten sind Vorgaben des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte damit den Auftrag erhalten, die bisherige Bedarfsplanung so zu reformieren, dass es zu einer bedarfsgerechten und wohnortnäheren Versorgung insbesondere für psychisch kranke Menschen kommt und dass dabei die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen ist. Mit dem IGES-Jacobi-Gutachten sei – so Munz – ein Bedarfsindex entwickelt worden, der es ermögliche, den regionalen Mehr- und Minderbedarf an psychotherapeutischen Praxen in Abhängigkeit von der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zu ermitteln. Damit sei gezeigt, dass der Einstieg in eine morbiditätsorien-



Dr. Nikolaus Melcop

tierte Planung möglich sei. Ergänzt werden müsse das Konzept des Bedarfsindex noch um einen Mitversorgungsindex, der abbilde, wo Patienten zum Psychotherapeuten gehen wollen, z. B. in der Nähe des Wohnortes oder der Arbeitsstelle. Die BPtK fordere außerdem, endlich die handwerklichen Fehler der Bedarfsplanung zu korrigieren und die Gesamtzahl der heute zugelassenen Psychotherapeuten als bedarfsgerecht zu akzeptieren, schnellstmöglich die Sonderregion Ruhrgebiet aufzuheben, den misslungenen Demografiefaktor durch den Bedarfsindex abzulösen, der regionalen Ebene mehr Möglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung zu geben und zu klären, wie man die anstehenden Anpassungen in der Versorgungsstruktur finanziert. Man brauche für eine solch umfassende Reform weitere Klärungen durch den Gesetzgeber. Er hoffe, so Munz, dass dies in der nächsten Legislaturperiode erfolge.

Spätestens 2018 werde deutlich erkennbar, dass Patienten, die schnell einen Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde bekommen haben und eine Psychotherapie brauchen, weiterhin in vielen Regionen zu lange auf einen Behandlungsplatz warten müssen. Man dürfe nicht vergessen, dass die letzte Bedarfsplanungsreform zwar die Situation in ländlichen Regionen ver-



Dr. Andrea Benecke

bessert habe und dass in einigen Regionen durch die Teilung von Praxissitzen und die neue Jobsharingregelung der Versorgungsdruck etwas abgenommen habe, aber sich insgesamt die Situation im Vergleich zur Wartezeitenstudie 2011 nicht maßgeblich verändert habe. Man müsse auch heute in vielen Regionen von zu langen Wartezeiten ausgehen. Dies, so Munz, werde Thema bleiben; auch angesichts der Tatsache, dass die jetzige Bedarfsplanung weiterhin 4.500 Psychotherapeutensitze als abbaubar ausweise. Die Delegierten zollten dem Vorstand Respekt für seine Initiative und bezeichneten den Ansatz als zukunftsweisend und innovativ. Das BPtK-Spezial sei eine gute Handreichung für die weitere politische Diskussion (www.bptk.de – Publikationen).

Einführung psychotherapeutischer Sprechstunde begrüßt

Im Bericht des Vorstandes kündigte Dr. Munz eine neue Publikationsreihe der BPtK und der Landespsychotherapeutenkammern an, die die psychotherapeutischen Praxen dabei unterstützen sollen, den neuen und zusätzlichen Anforderungen gerecht zu werden. Zumindest die Informationsbeschaffung solle den Kolleginnen und Kollegen leichter gemacht werden. Es sei, betonte Munz, wichtig zu sehen, dass trotz der



Wolfgang Schreck

Mühen, die die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde für viele Niedergelassene bedeute, diese Veränderung der Versorgungsstruktur einen großen Erfolg für die Psychotherapeutenchaft und vor allem eine erhebliche Verbesserung für die Patienten darstelle. Man dürfe nicht vergessen, dass die Alternative zur psychotherapeutischen Sprechstunde die Rückkehr zum Delegationsverfahren gewesen wäre. Man habe abgewendet, dass Psychotherapeuten ihre Patienten durch Koordinierungsstellen der Kassen oder Haus- und Fachärzte zugewiesen werden.

Frauen in die Berufspolitik!

Dr. Andrea Benecke ergänzte den Bericht des Vorstandes. Sie erinnerte an den Auftrag des 27. DPT, eine bessere Repräsentanz von Frauen in den Gremien der BPTK sicherzustellen. Hintergrund sei, dass derzeit fast drei Viertel der Kammerangehörigen weiblich seien, sich jedoch in den Gremien der Landes- und Bundesebene deutlich mehr Männer mit den Fragen der Ausbildung und Ausübung des Berufs der Psycho-



Peter Lehndorfer

therapeutin und des Psychotherapeuten beschäftigten als Frauen. Man habe durch das Symposium „Frauen in die Berufspolitik!“ viele Anregungen erhalten und sei nun zuversichtlich, dass die neu gegründete Bund-Länder-AG Frauenförderung schon dem nächsten DPT erste Ergebnisse berichten könne. Dieses Vorgehen traf auf großen Zuspruch der Delegierten. Der ausführliche Bericht findet sich unter www.bptk.de – Aktuell – News vom 17.10.2016.

Neuberechnung der Delegiertensitze des DPT

Der DPT diskutierte intensiv die Möglichkeiten, die Anzahl der Delegierten anders zu berechnen und damit gleichzeitig zu reduzieren. Karl Heinz Schrömgens, der für die vom Länderrat eingesetzte Kommission „Neuberechnung der Delegiertensitze“ das Arbeitsergebnis vorstellte, erinnerte daran, dass sich seit 2003, dem ersten DPT, die Anzahl der Delegierten um 68 Prozent erhöht habe. Der DPT habe eine Größe erreicht, die seine Arbeitsfähigkeit zu gefährden drohe.

Die Kommission schlage vor, den DPT auf 120 Delegierte zu beschränken bzw. gemessen am Status quo 2017 um 26 Delegierte zu reduzieren. Die Größe mache es auch zunehmend schwierig, angemessene Sitzungsräume zu finden. Er appellierte an die Delegierten, sich der Verantwortung zu stellen und für die Reduktion der Delegiertensitze zu votieren. „Sie sichern die Arbeitsfähigkeit des DPT für die Zukunft.“ Dem wurde entgegengehalten, dass man um die Repräsentativität des DPT hinsichtlich kleinerer Listen fürchte. Der DPT sei zwar keine Verbandsvertretung, aber man müsse akzeptieren, dass es die Verbände seien, die die Politik, auch der Landeskammern und damit des DPT, durch ihre interne Meinungsbildung mitgestalten und prägen. Man könne sich vorstellen, das Wachstum für die Zukunft zu begrenzen, aber einen so dramatischen Einschnitt, wie vorgeschlagen, lehne man ab. Im Ergebnis verfehlte der Antrag zur Reduktion der Delegiertensitze nur knapp die erforderliche Zweidrittelmehrheit der Delegierten.

Beitragsordnung angepasst

Positiv beschieden wurde die Änderung der Beitragsordnung. Die Berechnungsgrundlage für die Zahl und Verteilung der Delegiertensitze auf die Landeskammern und die Beitragszahlung an die Bundespsychotherapeutenkammer wird ab 2018 vereinheitlicht und auf die Gesamtmitgliederzahl einer Landeskammer abgestellt. Außerdem werden Mehrfachmitglieder einer Landeskammer für die Beitragszahlung an die BPTK ab 2017 nur noch hälftig angerechnet.

Haushalt 2017

Der DPT entlastete den Vorstand einstimmig für das Haushaltsjahr 2015 und stimmte gleichfalls einstimmig der Haushaltsplanung für das Jahr 2017 zu.

Bessere Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik

Am 10. November 2016 hat der Bundestag das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen (PsychVVG) beschlossen:

- Der Gemeinsame Bundesausschuss wird damit beauftragt, bis zum 30. September 2019 verbindliche Personalvorgaben für eine leitlinienorientierte Versorgung in den Einrichtungen zu beschließen.
- Die Krankenhäuser müssen zukünftig nachweisen, ob sie die für Personal verhandelten Mittel auch vollständig für die Personalausstattung verwendet haben.
- Zur Weiterentwicklung der Versorgung schwer psychisch Kranker wird eine „stationsäquivalente Behandlung“ durch die Krankenhäuser eingeführt. Liegt eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vor, können Krankenhäuser nun auch eine aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld durch multiprofessionelle Behandlungsteams erbringen.

www.bptk.de – Aktuell – News vom 11.11.2016

Bundespsychotherapeutenstatistik

In Deutschland gab es am 31.12.2015 43.213 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ihre Zahl ist nach den Meldedaten der Landespsychotherapeutenkammern (Bundespsychotherapeutenstatistik) innerhalb eines Jahres um 4,1 Prozent und in den vergangenen fünf Jahren um fast ein Viertel gestiegen. 76,3 Prozent haben eine Approbation als Psychologische Psychotherapeuten, 18,5 Prozent sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 5,2 Prozent haben beide Approbationen.

Haupttätigkeitsfeld von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen. Von den 40.490 berufstätigen Psychotherapeuten arbeiteten 2015 70,2 Prozent in einer psychotherapeutischen Praxis. Dazu zählen GKV-Praxen, Privatpraxen und Medizinische Versorgungszentren. 9,6 Prozent waren in einer „sonstigen ambulanten Einrichtung“ beschäftigt. Darunter fallen nach der Einteilung des Statistischen Bundesamtes z. B. Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste sowie Tagesstätten für psychisch kranke Menschen und Behinderte. Weitere 14,0 Prozent der Psychotherapeuten arbeiteten in einem Krankenhaus und 3,2 Prozent in einer Rehabilitationseinrichtung. Die meisten waren im Umfang einer Vollzeitbeschäftigung tätig (65,0 Prozent), 30,6 Prozent

arbeiteten in Teilzeit und 4,4 Prozent waren geringfügig beschäftigt. Hauptgründe für die Nichtbeschäftigung waren Ruhestand und Elternzeit.

Die Psychotherapeutenchaft ist in einem Generationenwechsel. Die berufstätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Durchschnitt 52,3 Jahre alt, 28,9 Prozent sind 60 Jahre alt oder älter. Aber der Generationenwechsel kann bewältigt werden, denn der Beruf hat bislang keine Nachwuchsprobleme. Psychotherapie stellt eine attraktive Berufsperspektive dar. 2016 legten fast 2.700 Psychotherapeuten in Ausbildung erfolgreich ihre schriftliche Staatsprüfung ab (darunter knapp 1.900 für die Approbation zum PP und 800 für die Approbation zum KJP). Innerhalb eines Jahres ist diese Zahl um 16,6 Pro-

zent gestiegen. Für die letzten fünf Jahre beträgt der Zuwachs 61,1 Prozent.

Die meisten Gesundheitsberufe sind traditionell „Frauenberufe“. Dies gilt auch für die akademischen Heilberufe. Unter den Psychotherapeuten sind mit 72 Prozent mehr als zwei Drittel der Kammerangehörigen weiblich. Der Anteil der Psychotherapeutinnen wird sich weiter erhöhen, weil sich vor allem Frauen für eine psychotherapeutische Ausbildung entscheiden. Dadurch ist die Zahl der Psychotherapeutinnen zwischen 2010 und 2015 um 7.400 gewachsen – das ist ein Plus von 31,2 Prozent. Dagegen stieg die Zahl der Psychotherapeuten mit knapp 900 nur um 7,9 Prozent. Unter den rund 2.000 unter 35-jährigen Psychotherapeuten sind 90,8 Prozent weiblich.

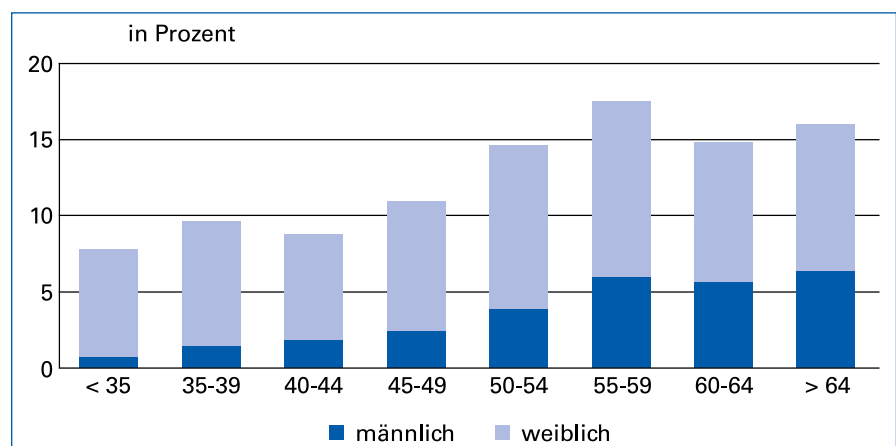


Abbildung: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Alter und Geschlecht (Stand: 31.12.2015; Quelle: Bundespsychotherapeutenstatistik)

Flexirentengesetz beschlossen

Der Bundestag hat am 21. Oktober 2016 das Flexirentengesetz beschlossen. Die BPTK hatte eine Stellungnahme zum Referentenentwurf abgegeben. Sie begrüßt, dass mit dem Referentenentwurf Leistungen der Prävention, der Kinderrehabilitation und der Nachsorge gestärkt werden, indem sie als eigenständige Regelungen aufgenommen werden. Als Voraussetzung für einzelne Leistungen war im Referentenentwurf an mehreren Stellen eine „ärztliche Feststellung“ z. B. von gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorgesehen. Die BPTK forderte, diese Einschränkung aufzuheben und daneben auch psychotherapeutischen Sachverstand aufzunehmen. Im verabschiedeten Gesetzentwurf wurde die Beschränkung auf „ärztliche Feststellungen“ aufgehoben. Die Deutsche Rentenversicherung soll bis Juli 2018 Weiteres in Richtlinien klären.

Sprechstunde ist fester Bestandteil des psychotherapeutischen Versorgungsauftrags

Nachdem der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. Juni 2016 zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom Bundesministerium für Gesundheit in Teilen beanstandet und mit Auflagen versehen worden war, hat der G-BA nun am 24. November 2016 einige wesentliche Korrekturen beschlossen. Das BMG war bei seiner Prüfung des Beschlusses u. a. auch der Argumentation der BPTK gefolgt und hatte die Regelung zur Einführung einer Standarddokumentation beanstandet. Darüber hinaus hatte das BMG die Genehmigung des sonstigen Beschlusses mit weiteren Auflagen verbunden. Diesen Auflagen musste der G-BA mit einem entsprechenden Änderungsbeschluss bis zum 30. November 2016 nachkommen. Ein zentraler Kritikpunkt des BMG war die Definition der psychotherapeutischen Sprechstunde als freiwilliges Angebot von Psychotherapeuten. Nach Auffassung des BMG gehört das Angebot von Sprechstunden als ein wesentlicher Teil ihres Versorgungsauftrags zu den Pflichten der Vertragspsychotherapeuten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen daher auch in der Lage sein, ihrem Sicherstellungsauftrag hinsichtlich dieses Leistungsangebots nachkommen zu können. Dies wäre jedoch nicht gewährleistet, wenn die Sprechstunde in der Psychotherapie-Richtlinie als freiwilliges Angebot definiert wird. Den entsprechenden Passus der Richtlinie hat der G-BA nun mit seinem Änderungsbeschluss gestrichen, zugleich den Anspruch der Versicher-

ten auf das Angebot psychotherapeutischer Sprechstunden formuliert und klargestellt, dass Psychotherapeuten bei einem vollen Versorgungsauftrag Sprechstunden in der Regel mindestens im Umfang von 100 Minuten pro Woche zur Verfügung zu stellen haben (50 Minuten bei einem halben Versorgungsauftrag).

Um bei Wirksamwerden der neuen Regelungen zum 1. April 2017 Engpässe in der Versorgung durch ein unzureichendes Sprechstundenangebot zu vermeiden, hat der G-BA ferner eine Übergangsregelung beschlossen. Erst ab dem 1. April 2018 wird die Sprechstunde für Patienten vor der Inanspruchnahme einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung (Probatorik, Akutbehandlung, Richtlinien-therapie) verpflichtend. Grundsätzlich ausgenommen von dieser Pflicht sind weiterhin Patienten, die nach einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer rehabilitativen Behandlung mit einer Diagnose aus dem Indikationsspektrum der Psychotherapie-Richtlinie entlassen werden. Eine weitere Änderung betrifft die telefonische Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen. Künftig haben alle Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische Erreichbarkeit im Umfang von 200 Minuten pro Woche zu gewährleisten und haben diese Zeiten den Kassenärztlichen Vereinigungen mitzuteilen und zu veröffentlichen (100 Minuten bei einem halben Versorgungsauftrag).

Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 16. Juni 2016 ist bereits nach Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger, jedoch ohne die beanstandete Regelung zur Standarddokumentation, am 8. Oktober 2016 in Kraft getreten. Dies war erforderlich, damit die Beratungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zur Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung und zur Bewertung der neuen Leistungen rechtzeitig beginnen konnten und die sechsmonatige Bearbeitungsfrist für den Bewertungsausschuss das Wirksamwerden der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zum 1. April 2017 nicht gefährdet. Innerhalb dieser Frist hat der Bewertungsausschuss die Leistungslegenden, Abrechnungsbestimmungen und die Höhe der Vergütung für die neuen Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung zu beschließen. Darüber hinaus soll in diesem Zusammenhang auch die Konstruktion der Strukturzuschläge (GOP 35251 bis 35253) erneut beraten werden. Die BPTK wird im Januar 2017 eine Praxis-Info für Psychotherapeuten zur neuen Psychotherapie-Richtlinie zunächst als PDF zum Download veröffentlichen. Nach den Entscheidungen zur Psychotherapie-Vereinbarung und zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab folgt dann im Frühjahr 2017 eine aktualisierte Fassung dieser Praxis-Info, die auch als Papierversion erhältlich sein wird. Weitere Informationen unter www.bptk-de – Pressemitteilung vom 14.09.2016.

BPTK kritisiert Bundesteilhabegesetz

Die BPTK hat zum Entwurf des Bundesteilhabegesetzes (BT-Drs. 18/9522) Stellung genommen. Nach dem Gesetzentwurf soll Eingliederungshilfe dann gewährt werden, wenn Menschen in mindestens 5 von 9 Lebensbereichen erheblich beeinträchtigt sind. Aus Sicht der BPTK ist für die Entscheidung, ob eine Person Eingliederungshilfe erhält, nicht eine bestimmte Anzahl von Lebensbereichen, sondern vielmehr das Ausmaß und die Qualität der Beeinträchtigung in den Lebensbereichen entscheidend. Kritisch wird zudem der Vorrang von Pflegeleistungen vor Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich bewertet, da hier viele Rechtstreitigkeiten zu erwarten sind. Der Gleichrang der Leistungen ist nach Ansicht der BPTK beizubehalten. Zudem ist der psychotherapeutische Sachverstand im Gesetzentwurf angemessen zu berücksichtigen, um den Belangen von Menschen mit seelischen Behinderungen gerecht zu werden. Nähere Informationen unter www.bptk.de – Aktuell – News vom 28.09.2016.

Mitbehandlung körperlicher Krankheiten – Weiterbildung „Psychotherapie bei Diabetes“

Viele körperliche Erkrankungen benötigen eine psychotherapeutische Mitbehandlung. Psychotherapie kann die Krankheitsbewältigung, das Krankheitsmanagement und die Gesundung bei körperlichen Leiden erheblich verbessern. Ebenso werden psychische Komorbiditäten, die häufig bei somatischen Erkrankungen vorkommen, psychotherapeutisch behandelt. Dem 30. Deutschen Psychotherapeutentag wird ein Antrag der Kommission Zusatzqualifizierung zur Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung vorgelegt. Die Weiterbildung soll zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie bei Diabetes“ berechtigen. Bisher gibt es diese Möglichkeit der Weiterbildung in diesem Bereich nur in Rheinland-Pfalz.

Fünf Bereiche identifiziert

Die Kommission Zusatzqualifizierung hatte ihre Arbeiten zur Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung am 13. Oktober 2016 auf einer Tagung der BPTK vorgestellt. Ihr Sprecher, Dr. Bruno Waldvogel, erläuterte, dass fünf Bereiche identifiziert worden seien, die sich für eine Weiterbildung eignen: Palliativpsychotherapie, Psychotherapie bei Diabetes, Psychotherapie bei kar-

diologischen Erkrankungen, Psychotherapie bei onkologischen Erkrankungen und Schmerzpsychotherapie. Drei davon nahm die Fachtagung beispielhaft in den Blick.

Schmerzpsychotherapie, Psychoonkologie und Psychodiabetologie

Dr. Paul Nilges, lange Jahre leitender Psychologe im DRK Schmerzzentrum in Mainz, führte in die psychotherapeutische Versorgung von Schmerzpatienten ein. Prof. Dr. Peter Herschbach, Direktor des Roman-Herzog Krebszentrums an der Technischen Universität München, stellte die Spezifika der psychotherapeutischen Behandlung von Krebspatienten vor. Schließlich erläuterten Prof. Dr. Bernhard Kulzer, Leiter der Psychologischen Abteilung des Diabetes-Zentrums Bad Mergentheim, und Prof. Dr. Karin Lange von der Medizinischen Hochschule Hannover den enormen Versorgungsbedarf bei Diabetespatienten.

Psychodiabetologische Weiterbildung für Psychotherapeuten

Dr. Andrea Benecke, BPTK-Vorstand, stellte den Kommissionsentwurf für ei-

ne Weiterbildung „Psychotherapie bei Diabetes“ vor, der die fachlichen und strukturellen Grundlagen für eine erfolgreiche Therapie des Diabetes zusammenfasst. Eine solche Weiterbildung werde gebraucht, damit die notwendige Kooperation von Psychotherapeuten und Ärzten gelingen könnte, stellte Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft, in der Podiumsdiskussion fest.

Weiterbildung für die Mitbehandlung körperlicher Krankheiten

Psychotherapeuten auch bei organmedizinischen Erkrankungen einzubeziehen sei klinisch notwendig, stellte BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz als Fazit und Ausblick fest. Das sei fachlich eine Herausforderung, aber auch eine befriedigende Tätigkeit für den Einzelnen. Über Weiterbildungen zeigten Psychotherapeuten, dass sie die Herausforderung annehmen, sich in der Versorgung dieser Patienten zu engagieren. Der ausführliche Bericht findet sich unter www.bptk.de – Aktuell – News vom 11.11.2016

Arbeitsentwurf zu einer Reform des SGB VIII

Die BPTK hatte im September die Gelegenheit, ihre Expertise zu einer umfassenden Reform des Kinder- und Jugendhilferechts in vier Fachgesprächen einzubringen. Zu den dem eigentlichen Gesetzgebungsverfahren vorgeschalteten Fachgesprächen hatte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingeladen. Gegenstand waren jeweils nach Themen geordnete Teile eines im August öffentlich gewordenen Arbeitsentwurfs. Ziel der angestrebten Reform des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) ist dabei insbesondere, für Kinder und Jugendliche einen einheitlichen Leistungsanspruch zu schaffen und so die derzeit über mehrere Sozialgesetzbücher verteilten Zuständigkeiten zusammenzuführen. Ob noch in dieser Legislaturperiode mit einem Referentenentwurf zu rechnen ist, ist offen.

Repräsentanz von Frauen in den Gremien verbessern – BPtK-Symposium zum Thema „Frauen in die Berufspolitik!“

Die BPtK veranstaltete am 29. September 2016 ein Symposium zum Thema „Frauen in die Berufspolitik!“. Ziel war es, Anregungen zu sammeln, wie die Repräsentanz von Frauen in den Kammergremien auf Bundes- und auf Landesebene verbessert werden kann. Die meisten Gesundheitsberufe werden von Frauen ausgeübt. In der Psychotherapeutenchaft sind mit 72 Prozent fast drei Viertel der Kammerangehörigen Frauen. Zwischen der Mitgliederstruktur und der Vertretung in den Gremien herrscht jedoch eine große Diskrepanz. Frauen sind in den Gremien der Psychotherapeutenchaft auf Landes- und auf Bundesebene unterrepräsentiert.



*Parlamentarische Staatssekretärin
Annette Widmann-Mauz (BMG)*

In ihrem Grußwort dankte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und Bundesvorsitzende der Frauen Union der CDU, Annette Widmann-Mauz, der BPtK, dieses wichtige Thema in die Öffentlichkeit getragen zu haben. Es habe sich seit ihren ersten Schritten in der Politik viel verändert. Heute stünden Frauen selbstverständlich an der Spitze von Parteien und Frauen seien heute so gut wie niemals zuvor ausgebildet. Die Referentinnen beschäftigten sich

mit der Frage, welche Lösungsansätze es gibt, die Repräsentanz von Frauen in der Politik zu erhöhen. Dr. Elke Wiechmann, Soziologin von der Fernuniversität Hagen, stellte dar, welche Quotenregelungen in den politischen Parteien bestehen und wie die Repräsentanz von Frauen im Bundestag und den Landesparlamenten ausgestaltet ist. Ihre Schlussfolgerung war eindeutig: Verbindliche Regelungen sind notwendig, um den Frauenanteil angemessen zu erhöhen.

Gesine Agena, Mitglied im Bundesvorstand und frauenpolitische Sprecherin von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, beschrieb die verbindliche Frauenquote von 50 Prozent plus als sehr erfolgreichen Ansatz. Neben einer verbindlichen Mindestquotierung für Listen und Gremien habe sich, so Agena, auch die Redelistenquotierung sehr bewährt. Quotenregelungen müssten, so die Referentinnen, um weitere Maßnahmen ergänzt werden. Wichtig sei auch die Förderung von Frauen, die sich politisch engagieren wollen. Christine Klein, Sprecherin des Helene Weber Netzwerkes für Frauen in der Kommunalpolitik, erläuterte, wie die Arbeit des Netzwerkes aussieht. Ziel des Netzwerkes sei es, sich untereinander zu stärken sowie die Weiterqualifizierung und gemeinsame Themen parteienübergreifend durchzusetzen.

Auch in den anderen Heilberufekammern stellt sich die Frage, wie Frauen in den Gremien besser repräsentiert werden können. Dr. Christine Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, erläuterte, dass ihrer Meinung nach die Wahlordnungen geändert und darin eine verbindliche Quotenregelung geschaffen werden müsse. In der Ärztekammer Nordrhein wurde ein Ausschuss gegründet, der Strategien entwickeln sollte, den Frauenanteil in den Gremien zu

erhöhen. Dr. Patricia Aden, Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Essen, stellte die Arbeit des Ausschusses „Frauen in der Berufspolitik“ vor. Es wurden fünf Strategien entwickelt, den Frauenanteil in den Gremien zu erhöhen. Neben einer Frauenquote werde auch eine Politik der Wertschätzung von ehrenamtlicher Tätigkeit als notwendig erachtet. Die Entscheidung der Kammerversammlung über die Vorschläge des Ausschusses stehe noch aus.

Sabine Steding, Vorsitzende des Ausschusses für Familie, Beruf und Praxismanagement der Bundeszahnärztekammer, erklärte, dass es wichtig sei, junge Frauen zu motivieren, sich berufspolitisch zu engagieren.

Alle Referentinnen waren sich einig, wie wichtig es sei, junge Frauen anzusprechen und sie so für ein Engagement in der Politik zu gewinnen. Parallel sah das Podium eine verbindliche Quote als essenziell für die Erhöhung des Frauenanteils in den Gremien an. Dr. Andrea Benecke, Mitglied im BPtK-Vorstand, zeigte sich zuversichtlich, dass sich der Frauenanteil in den Gremien der Psychotherapeutenkammern erhöhen werde. Es komme jedoch einiges an „Arbeit auf uns zu“. Sie sah die Notwendigkeit, dass sich Bundes- und Landeskammern verschränken und kündigte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Frauenförderung an. Dort sollten auch die Diskussionen, die im Symposium angeschnitten wurden, weitergeführt werden.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf diesen Länderseiten der Kammer sehen Sie unser breites Engagement: Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Professionen in verschiedenen Bereichen, die teilweise nicht unmittelbar dem Gesundheitssystem zuzuordnen sind, Fortbildungen für Mitglieder, Beteiligung an Studien zur psychotherapeutischen Versorgung und, wenn auch in dieser Ausgabe nicht weiter ausgeführt, die Mitarbeit der Kammer in Gremien der Landesregierung und die Beteiligung an Gesetzgebungsverfahren im Land. Nicht unerwähnt bleiben darf auch die viel genutzte Beratung der Kammer für Patientinnen und Patienten sowie für Mitglieder zu Rechtsfragen, aber auch zu Behandlungsproblemen über unsere Patientenhotline. Dieser Service ist uns sehr wichtig, obwohl er mit viel Aufwand und Engagement verbunden ist.

Großen Beratungsbedarf sehen wir bei der Umsetzung der überarbeiteten Psychotherapierichtlinie mit den neuen Regelungen zur Sprechstunde, zur Akutbehandlung, zur Rezidivprophylaxe sowie den damit geänderten Regularien zur Kurz- und Langzeittherapie. Weniger Beachtung, jedoch politisch ebenso bedeutsam sind die neuen Regelungen, mit de-

nen bisherige Einschränkungen unserer Befugnisse aufgehoben wurden: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können künftig Krankentransport und Krankenhauseinweisung veranlassen sowie Soziotherapie und Rehabilitationsleistungen verordnen. Die hierbei zu beachtenden Regularien sollen zum Jahresende vorliegen.

Um Sie über diese Neuerungen zu informieren und diese mit Ihnen zu besprechen, planen wir für das nächste Jahr mehrere Informationsveranstaltungen, für die wir auch die Kassenärztliche Vereinigung zu gewinnen versuchen. Wir freuen uns auf eine rege Beteiligung.

Mit den besten Wünschen für schöne und erholsame Feiertage, einen guten Jahreswechsel und für das kommende Jahr verbleiben wir mit vielen Grüßen

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung am 21./22. Oktober 2016

Die diesjährige Herbstvertreterversammlung fand wieder zweitägig am 21. und 22. Oktober in Stuttgart statt. Präsident Dr. Dietrich Munz erläuterte im Kammerparlament die Schwerpunkte der Vorstands- und Geschäftsstellenarbeit anhand des Vorstandsberichts.

So sei das Regierungspräsidium (RP) seitens des Sozialministeriums aufgefordert worden, wegen der Datenübermittlung Neuapprobierter auf die Kammern zuzukommen, was noch nicht erfolgt sei. Inzwischen habe es ein erstes bilaterales Gespräch gegeben, bei dem ein gemeinsames Treffen mit dem Vorstand verabredet wurde. Des Weiteren habe das RP eine Kommission zur Überprüfung unklarer Studienabschlüsse bezüglich des Zugangs zur Psychotherapeutenausbildung gebildet. Die konstituierende Sitzung dieses Gremi-

ums fand am 25.11.2016 statt. Neben Hochschullehrern sind seitens der Kammer Martin Klett und Günther Ruggaber darin vertreten.

Wie Dr. Munz weiter ausführte, werden zunehmend Anfragen zum Verhalten von Krankenkassen beim Kosten-

erstattungsverfahren gestellt. So sei eine Kasse dazu übergegangen, nur den 1.0-fachen GOP-Satz zu erstatten. Dies entspreche ca. der Hälfte des normalen GKV-Betrages. Die Begründung dieser Kasse halte nach Auffassung der Kammer einer rechtlichen Prüfung nicht stand, so dass das Vorgehen der Kasse



v. l. n. r.: Kristiane Göpel, Dr. Roland Straub, Ullrich Böttinger, Dr. Peter Baumgartner, Dr. Dietrich Munz, Martin Klett, Birgitt Lackus-Reitter



VV-Plenum

als rechtswidrig eingeschätzt werde. Betroffenen Kammermitgliedern werde empfohlen, sich mit dem Patienten an das Bundesversicherungsamt zu wenden. Die LPK habe nach abgestimmtem Vorgehen im Länderrat das Bundesversicherungsamt angeschrieben und dort um Klärung gebeten. Eine Antwort stehe noch aus.

In einer berufsgerichtlichen Verhandlung gegen ein Kammermitglied, so Dr. Munz

weiter, sei ein Mitglied wegen Verletzung des Abstinenzgebotes in zwei Fällen zu einer Gesamtgeldbuße in Höhe von 10.000,- Euro verurteilt worden. Das Gericht habe aufgrund der Schwere der Taten und des Nachtatverhaltens trotz der bereits zuvor erfolgten strafgerichtlichen Verurteilung zu einer Geldstrafe von 14.000,- Euro einen berufsrechtlichen Überhang angenommen. Das Urteil sei auch an die Approbationsbehörde übersendet worden, welche bereits diesbe-

züglich angefragt habe und den Approbationswiderruf prüfen wolle. Die KV wurde ebenfalls in Kenntnis gesetzt.

Ulrike Böker berichtete über die Neufassung der Psychotherapierichtlinie. Ziel der neuen Richtlinie sei es, die Psychotherapie zu flexibilisieren, das Antragsverfahren zu vereinfachen sowie die Sprechstunde für Psychotherapeuten und die Akutversorgung einzuführen. Die neue Richtlinie soll ab April 2017 gelten. Nachdem das Bundesgesundheitsministerium Teile der Richtlinie als überarbeitungsbedürftig beanstandet hat, muss der G-BA die strittigen Punkte wie freiwillige Sprechstunde und Dokumentationsbögen nochmal verhandeln und überarbeiten.

Beschlossen wurde in der VV eine Änderung der Berufsordnung. In Paragraph 5 soll ein neuer Abschnitt 6 eingefügt werden, der die Anwendung von elektronischen Kommunikationsmedien in der Psychotherapie regelt. Diese Änderung bedarf jedoch noch der Genehmigung der Aufsichtsbehörde, sodass wir den genauen Wortlaut erst im nächsten PTJ veröffentlichen können.

Studie zur Versorgung psychisch Kranker mit Intelligenzminderung

Die gemeinsam mit der Katholischen Hochschule Freiburg (Prof. T. Simon) durchgeführte Befragung wurde Ende Juni abgeschlossen, die Daten wurden inzwischen im Rahmen zweier Masterarbeiten eingegeben und ausgewertet. Die Studie wurde kammerseitig federführend von Dr. Roland Straub und Dr.

Rüdiger Nübling begleitet, auch die Expertise des Arbeitskreises Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung wurde einbezogen. Leider haben sich nur etwa 150 Kammermitglieder an der Studie beteiligt, was eine Quote von unter 10% der elektronisch angeschriebenen Mitglieder bedeutet. Wenngleich

die Studie damit wenig repräsentativ für die aktuelle Versorgungssituation zu sein scheint, lassen sich voraussichtlich dennoch interessante Ergebnisse daraus ableiten. Die Masterarbeiten werden bis Ende des Jahres fertiggestellt und die Ergebnisse dann auf der LPK-Homepage und/oder im PTJ veröffentlicht.

Kammerfortbildung für Angestellte in Kliniken am 20. Juli im ZfP Südwürttemberg Weissenau

Die traditionell jährlich stattfindende Fortbildung fand dieses Mal im ZfP Südwürttemberg in der „Weissenau“ statt mit Unterstützung der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen. Wieder waren zahlreiche angestellte KollegInnen aus ca. 20 unterschiedlichen Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus ganz Baden-Württemberg der Einladung gefolgt. Möglicher-

weise auch aufgrund des aktuellen Themas ebenfalls ärztliche KollegInnen der Klinik und niedergelassene KollegInnen der Region. Als Fortbildungsthema wurde ein aktuell verstärkt diskutiertes Thema ausgewählt: „Internet und Mobilmedien bei der Behandlung psychischer Störungen“. Dazu führte Prof. Backenstrass in das Thema und die dazu diskutierte Problematik ein und gab einen

Überblick zu wesentlichen Inhalten und aktuellen Forschungsarbeiten.

In der dann folgenden Diskussionsrunde „Kammer im Gespräch“ informierte zunächst Dr. Munz zu den aktuellen versorgungspolitischen Themen mit denen sich die Kammer beschäftigt und ging dann, unterstützt durch Mitglieder im Ausschuss PTI auf die Fragen der Teilnehmer ein.

Abschluss der regionalen Tagungen PT für traumatisierte Flüchtlinge

Am 20.10.2016 fand die vierte und letzte, wiederum gut besuchte Tagung zum Thema „Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge“ statt. Wie bei den Veranstaltungen in Stuttgart, Karlsruhe und Freiburg gaben die Referenten Jama Maqsudi, Dieter David und Katrin Bonn eine Übersicht zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, zu Spezifika der psychotherapeutischen (Früh-)Behandlung sowie dem Umgang und der Einbeziehung von Dolmetschern in die Behandlung. LPK-Vorstandsmitglied und Flüchtlingsbeauftragte Birgitt Lackus-Reitter sowie Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger

(LÄK), moderierten die Veranstaltung. Das Grußwort für die KV Bezirksdirektion Reutlingen sprach Jürgen Doebert.

Die Vorträge sowie weitere hilfreiche Infos finden Sie auf www.lpk-bw.de unter Fachportal/Traumatisierte Flüchtlinge. Diese Seite wird ständig ergänzt bzw. aktualisiert, gerne nehmen wir auch Ihre Informationen mit auf.

Wie aus der Menschenrechtskommission (LPK-Vertreterin: Vorstandsmitglied Birgitt Lackus-Reitter) berichtet wird, hat die Stadt Stuttgart ein neues Projekt

ins Leben gerufen, im Rahmen dessen Gruppentherapien mit unbegleiteten Flüchtlingen durchgeführt würden. Des Weiteren werden an der Dolmetscherschule in Germersheim Dolmetscher speziell für das Simultandolmetschen von Patienten in der Psychotherapie ausgebildet. Die Einrichtungen in Stuttgart und Ulm beklagen den Mangel an Personal, offene Stellen können nicht besetzt werden. Positiv kann festgestellt werden, dass die Kommunen immer häufiger die Kosten für die Dolmetscher für psychotherapeutische Behandlungen übernehmen.

Studie zur internetgestützten Psychotherapie („blended therapy“)

Gemeinsam mit der Universität Ulm, Lehrstuhl für Klinische Psychologie wird die LPK eine Studie über Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMI) unterstützen. Ziel ist dabei u. a., die Auffassung von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu zu erheben. In einem Treffen mit

Prof. Harald Baumeister (Lehrstuhlinhaber) und zwei seiner Mitarbeiterinnen wurde mit Kammerpräsident Dr. Munz Möglichkeiten einer Forschungskoope- ration diskutiert, die im Nachgang vom Vorstand beschlossen wurde. Ein Kooperationsvertrag regelt das gemeinsa-

me Vorgehen. Kammerseitig wurde Dr. Rüdiger Nübling mit der Federführung der Kooperation betraut. Es wurde gemeinsam mit der Ulmer Arbeitsgruppe ein Fragebogen entwickelt, der Ende November an die Mitglieder der LPK als Online-Version verschickt wurde.

Gespräch mit der Stuttgarter Telefonseelsorge

Am 7.11.2016 fand in der Kammergeschäftsstelle ein Gespräch mit den beiden Leitern der Stuttgarter Telefonseelsorgen (TS) der evangelischen Kirche, Krischan Johannsen und Martina Rudolph-Zeller statt. Seitens der LPK waren neben Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub sowie Dr. Rüdiger Nübling vertreten. Es wurde ausführlich über die Arbeit der TS sowie die Schnittstellen zur ambulanten und stationären Psychotherapie gesprochen. Die Telefonseelsorge werde, wie Krischan Johannsen ausführte, bundesweit von 105 hauptamtlichen Mitarbeitern und über 8000 Ehrenamtlichen geleistet. 2015 z. B. seien über 1,8 Millionen Gespräche (Ø ca. 25 Minuten pro Gespräch) geführt worden, darüber hinaus würden Beratungen auch im Online-Chat oder per E-Mail angeboten. Die Erreichbarkeit sei 24 Stunden täglich, 7 Tage die Woche. Alle Berater



v. l. n. r.: Dr. Roland Straub, Dr. Dietrich Munz, Krischan Johannsen, Martina Rudolph-Zeller

durchliefen eine 500-stündige Ausbildung in personenzentrierter Beratung nach Rogers. Dr. Munz hob hervor, dass die TS ein wichtiges niederschwelliges Angebot für Menschen in akuten Krisen und damit auch eine Ergänzung zur psychotherapeutischen Versorgung darstelle. Rein zeitlich entsprechen die von der TS geleisteten Gespräche etwa dem zeitlichen Umfang an Psychotherapie

von bundesweit ca. 550 kassenzugelassenen Psychotherapeuten. Interessant ist auch die Information von Krischan Johannsen, dass niedergelassene Psychotherapeuten sowohl ihre eigenen als auch anfragende Patienten, z. B. an Wochenenden an die TS verwiesen und dass es häufiger vorkomme, dass Patienten, die in Therapie seien, sich parallel an die TS wendeten, ohne dass ihr(e)

Therapeut(in) davon in Kenntnis gesetzt würde(n). Es wurde eine Fortsetzung

des Gesprächs vereinbart sowie auch seitens der LPK vorgeschlagen, die Ein-

bindung der TS in entsprechenden Landesgremien zu unterstützen.

Angestellte PP und KJP – Höhergruppierung bzw. Eingruppierung ab 2017

Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) mit entsprechender Tätigkeit, die bisher in Entgeltgruppe (EG) 13 nach TVöD/VKA kommunal eingruppiert sind, können ab dem 01.

01.2017 eine Höhergruppierung in EG 14 beantragen. Das geschieht aber nicht automatisch! Der LPK-Ausschuss Psychotherapie in Institutionen hat deshalb Informationen dazu auf der LPK-Homepage zusammengestellt, die be-

troffenen Mitgliedern eine Hilfestellung sein können, u. a. einen Mustertext für die Antragstellung zur Höhergruppierung. Diese finden Sie auf: www.lpk-bw.de unter „Aktuelles“ vom 15.11.2016.

Veranstaltungen

Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg: Nach dem erfolgreichen Debüt im Januar 2016 thematisiert der zweite Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg im kommenden Jahr die „Aktive Versorgungssteuerung“. Die Behandlungsprozesse der Zukunft werden mit den Teilnehmern diskutiert. Die LPK ist als Unterstützer des Kon-

gresses an der Planung und Durchführung beteiligt.

Der Kongress findet am Freitag, den 27. Januar 2017 auf der Landesmesse Stuttgart statt.

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

Geschäftsstelle

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

Amtliche Bekanntmachungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Beitragstabelle 2017

vom 12.12.2016

Aufgrund des § 24 Abs. 1 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg vom 16.03.1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und der Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29.12.2015 S. 1234), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 22. Oktober 2017 die folgende Beitragstabelle 2017 beschlossen:

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

- Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2017 wird für alle Mitglieder eine Umlage (Regelbeitrag) von 440,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 264,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 176,00 Euro und der Mindestbeitrag 110,00 Euro.
- Freiwillige Mitglieder, die sich in der 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.

- Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.
 - Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.
- B. Die Beitragstabelle 2017 tritt am 1. Januar 2017 in Kraft, zugleich tritt die Beitragsta-

belle 2016 vom 14.12.2015 (Psychotherapeutenjournal 4/2015, Seite 384) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2017 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 05.12.2016, Az.: 3-5415.5-001/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 12.12.2016

gez. Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Dietrich Munz
(Präsident)

Vierte Satzung zur Änderung der Umlageordnung

vom 12.12.2016

Aufgrund der §§ 9, 23 Abs. 1, § 24 Abs. 1 und 2 des Heilberufe-Kammergesetzes (HBKG) Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und der Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29.12.2015 S. 1234), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer in ihrer Sitzung am 22. Oktober 2016 die folgende Satzung beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer

Die Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 18. Oktober 2008 (Psychotherapeutenjournal 4/2008, S. 375, Einhefter S. 2), zuletzt geändert durch die dritte Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 02. Mai 2016 (Psychotherapeutenjournal 2/2016, Einhefter S. 3) wird wie folgt geändert:

§ 2 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a. In Satz 3 wird nach dem Wort „eingestuft“ folgender Halbsatz hinzugefügt:

„; bei unterjähriger Beendigung der Berufsausübung ist der Mindestbeitrag für das Beitragsjahr anteilig festzusetzen.“

b. Satz 4 erhält folgende neue Fassung:

„Mitglieder, die den Beruf als geringfügige Beschäftigung oder als geringfügige selbständige Tätigkeit gemäß § 8 SGB IV ausüben, werden abweichend von Absatz 5 in den Mindestbeitrag eingestuft.“

Artikel 2

Ermächtigung zur Bekanntmachung der Neufassung

Präsident und Schriftführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Umlageordnung in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphen- und Nummerierungsfolge bekannt zu machen sowie Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

Artikel 3

Ermächtigung zur Bekanntmachung der Neufassung

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Umlageordnung tritt am Tag nach der Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Vierte Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 05.12.2016, Az.: 3-5415.5-001/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 12.12.2016

gez. Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Dietrich Munz
(Präsident)

Zweite Verwaltungsvorschrift

zur Änderung der Verwaltungsvorschrift für Anforderungskriterien für die Eintragung in die Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe, und Sozialrecht der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

vom 12.12.2016

Nach § 4 Abs. 1 S. 1 Nr. 8, Abs. 4 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. BW v. 17.05.1995 S. 314), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und der Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29.12.2015 S. 1234) hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 22.10.2016 die folgende Verwaltungsvorschrift erlassen:

I.

Die Verwaltungsvorschrift für Anforderungskriterien für die Eintragung in die Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe, und Sozialrecht der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 16. Juni 2012 (Psychotherapeutenjournal 2/2012, S. 141, Einhefter S. 4 ff.), zuletzt geändert durch die Erste Verwaltungsvorschrift vom 21.03.2015 (Psychotherapeutenjournal 2/2015, Einhefter S. 3), wird wie folgt geändert:

§ 9 (Übergangsregelungen) erhält folgende Änderungen:

a.) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die erforderliche Sachkenntnis besitzt auch, wer die Eingangsvoraussetzungen in § 3 Absatz 1 erfüllt und bereits vor dem 16. Juni 2012 als Sachverständige/r öffent-

lich bestellt und vereidigt oder in nennenswertem Umfang als Sachverständige/r tätig war. Ein nennenswerter Umfang liegt bei einer Vortätigkeit im Umfang von mindestens zehn selbstständig bearbeiteten Sachverständigengutachten vor. Ein Antrag auf Eintragung nach Absatz 1 kann bis zum 15. Juni 2017 gestellt werden.“

b.) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Antragsteller und Antragstellerinnen, die nach Absatz 1 in die Sachverständigenliste aufgenommen werden möchten, haben den Nachweis von mindestens zehn selbstständig bearbeiteten Sachverständigengutachten in Form einer anonymisierten Übersicht zu erbringen. Diese Gutachten müssen vor dem 16. Juni 2012 erstellt worden sein. Fünf dieser Gutachten sind bei der Kammer in anonymisierter Form komplett einzureichen. Die Prüfung erfolgt durch die gemäß § 4 bestellte Fachkommission.“

II.

Präsident und Schriftführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Verwaltungsvorschrift für Anforderungskriterien für die Eintragung in die Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe, und Sozialrecht der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg in der zum Zeitpunkt geltenden Fassung mit neuer Paragraphen- und Nummerierungsfolge bekannt zu machen sowie Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Stuttgart, den 12.12.2016

gez. Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Dietrich Munz
(Präsident)

29. Delegiertenversammlung: 5-Jahres-Rückblick, Reform von Aus- und Weiterbildung, Satzungsänderungen beschlossen



*Der Vorstand der 3. Amtsperiode (v. l.): Bruno Waldvogel, Heiner Vogel, Anke Pielsticker, Nikolaus Melcop, Birgit Gorgas, Peter Lehndorfer und Benedikt Waldherr.
 Foto: Johannes Schuster*

In der letzten Delegiertenversammlung der 3. Wahlperiode am 10.11.2016 skizzierte Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop die **Schwerpunkte der Kammerarbeit der letzten fünf Jahre**, ging auf aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Ereignisse ein und erläuterte die Aktivitäten der PTK Bayern.

Ein Fokus der Gesundheitsreformen der letzten Jahre (**GKV-Versorgungsstrukturgesetz**, GKV-VStG, 2012, und im **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz**, GKV-VSG, 2015) war für den Bereich der Psychotherapie neben der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie und der Aufhebung der Befugnisbeschränkungen die Bedarfsplanung. Bis jetzt, so betonte Melcop, seien zwar gewisse Verbesserungen der Versorgung einerseits im ländlichen Bereich und andererseits durch Steigerungsraten bei häuftigen Versorgungsaufträgen und Anstellungen in Praxen erreicht

worden, insgesamt jedoch keine angemessene Grundlage für eine vernünftige Bedarfsplanung vorhanden. Auf die Umsetzung des im GKV-VSG festgelegten Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Bedarfsplanung bedarfsgerechter und kleinräumiger zu regeln, „dürfen wir gespannt sein“, so Melcop wörtlich. Er kündigte in diesem Zusammenhang einen eigenen Vorschlag für eine gerechtere Neuordnung der Bedarfsplanung vonseiten der Bundespsychotherapeutenkammer an.

Die neuen Regelungen der am 1.4.2017 in Kraft getretenen **Psychotherapie-Richtlinie** werden für Patient/innen und Psychotherapeut/innen erhebliche Veränderungen nach sich ziehen, hob Melcop hervor. Aktuell hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie beanstandet. So darf u. a. die psy-

chotherapeutische **Sprechstunde** nicht als freiwillige Kann-Leistung eingeführt werden. Der G-BA hatte bis Ende November 2016 Zeit, nachzubessern.

Die **Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser** war ein weiterer gesundheitspolitischer Schwerpunkt in den letzten fünf Jahren. Melcop umriss den Weg zum am 10.11.2016 vom Bundestag verabschiedeten **Gesetz zur „Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG)**. Hinsichtlich der Interessen der Angestellten wertete Melcop es als Erfolg, dass im **neuen Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes PP und KJP** erstmals aufgenommen wurden. Die Höhe der Einstufung sei jedoch deutlich zu niedrig. Dafür müsse noch gekämpft werden.

Die Kammer hat sich auch in der 3. Amtsperiode unermüdlich für **gerechte Honorare der Niedergelassenen im GKV-System** eingesetzt. Melcop erinnerte hierbei an die massive Lobbyarbeit 2012, an die Positionsbestimmung der 21. Delegiertenversammlung im gleichen Jahr und – nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses im September 2015 – an die Forderung der Kammer, im SGB V festzulegen, dass der Bewertungsausschuss eine mit allen Arztgruppen vergleichbare Vergütungshöhe beschließen und diese jährlich überprüfen soll.



*Den Bericht des Vorstands präsentierte
Kammerpräsident Nikolaus Melcop.
Foto: Johannes Schuster*

Auf bayerischer Ebene hat die Kammer in der 3. Amtsperiode zwei wichtige Gesetze begleitet: Auf dem Weg zum **Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG)**, zu dem ein erster Gesetzesentwurf 2017 erwartet wird, war die Kammer in unterschiedlichen Arbeitsgruppen involviert. Einen großen Erfolg stellt die Neuregelung im **Maßregelvollzugsgesetz (2015)** dar. Dort ist jetzt geregelt, dass Leitungsfunktionen für PP möglich sind. Dies hatte die PTK Bayern nachhaltig gefordert.

Nach langjähriger Diskussion haben die Delegierten im Dezember 2014 darüber hinaus die **Weiterbildungsordnung** verabschiedet, die derzeit Zusatzbezeichnungen in den Bereichen Klinische Neuropsychologie, Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie ermöglicht. Weitere Schwerpunkte im Bericht des Vorstands waren die psychotherapeutische Versorgung von **Kindern und Jugendlichen, (Sexual-) Straftäter/innen, Soldat/innen und Geflüchteten**.

Am Ende des Vorstandsberichts betonte Melcop, dass der Berufsstand in den letzten fünf Jahren auf einen Teil der dramatischen Veränderungen im gesellschaftlichen Umfeld nach ihren Möglichkeiten aktiv reagiert habe: auf die große Zahl geflüchteter Menschen, deren Unterstützungsbedarf, auf die durch Terroralarm ausgelösten Ängste, auf die besondere Belastungssituation von Soldat/innen und vieles andere mehr. Das

allein reiche jedoch nicht aus. Melcop rief dazu auf, an der Verbesserung des gesellschaftlichen Klimas mitzuwirken: „Wir sollten weiterdenken, wie **wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aktiv** mit dazu beitragen können, dass Hilfsbereitschaft und Toleranz gelebte Werte werden können und ein Abbau demokratischer Grundwerte verhindert wird!“

Melcop dankte den Delegierten, den Vorsitzenden der Delegiertenversammlung, den ständigen Vertreter/innen der Psychotherapeuten in Ausbildung, der Institute und Hochschulen sowie den Mitgliedern der sechs Ausschüsse und der Kommission für Psychotherapie in Institutionen für die gute Zusammenarbeit und ihr tatkräftiges Engagement. Er dankte vor allem auch den Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle für ihre Unterstützung und unermüdlichen Einsatz.

Weitere Berichte

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

Reform der Aus- und Weiterbildung

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte die **Eckpunkte des BMG zur Reform des Psychotherapeutengesetzes** und stellte die Vorschläge der BPtK in Bezug auf die **Anforderung an die Organisation und Finanzierung der Weiterbildung** vor. Nikolaus Melcop präsentierte die Vorschläge der BPtK hinsichtlich der **wissenschaftlichen und praktischen Qualifizierung für die Approbation**. In der Diskussion stellten die Delegierten vor allem die Bedeutung des Masters im Rahmen der universitären Ausbildung heraus und betonten die Schwierigkeit der Umsetzung der Lehrinhalte in allen fünf wissenschaftlich anerkannten Verfahren an den Universitäten. Weitere

Diskussionsinhalte waren insbesondere die Finanzierung der Weiterbildung und die Rolle der bisherigen Ausbildungsinstitute in der Weiterbildung.



*Vizepräsident Peter Lehndorfer informierte über die Eckpunkte des BMG zur Reform des Psychotherapeutengesetzes und erläuterte die wesentlichen Kennzahlen des Haushaltsplans 2017, den die Delegierten einstimmig angenommen haben.
Foto: Johannes Schuster*

Neuberechnung der Delegiertensitze des DPT

Die Delegierten diskutierten den Vorschlag der **Kommission „Neuberechnung der Delegiertensitze des DPT“**. Im Ergebnis ergab sich ein breiter Konsens, dem Vorschlag der Kommission trotz des schmerzhaften Verlustes von drei Sitzen zuzustimmen.

Weitere Beschlüsse

Die Delegierten beschlossen Änderungen der Satzung der PTK Bayern, insbesondere die Regelungen zur Wahl der Delegierten für den DPT, und nahmen Änderungen der Verfahrensordnung der Beratung für Patienten in Psychotherapie sowie der Fortbildungsrichtlinie einstimmig an.

Mit viel Applaus wurde Elisabeth Gerz-Fischer, die nicht mehr kandidieren wird, als Delegierte und stellvertretende Versammlungsleiterin der Delegiertenversammlung der 3. Amtsperiode verabschiedet. Bitte lesen Sie zur 29. DV auch unsere ausführliche Homepagemeldung vom 18.11.2016.

Hilfe für traumatisierte geflüchtete Kinder und Jugendliche

In Kooperation mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration fand am 06.10.2016 ein Fachtag mit dem Titel „Flüchtlingskinder und ihre Familien in der Kindertageseinrichtung“ statt. Diese Veranstaltung richtete sich nicht an Kammermitglieder, sondern an die öffentliche und freie Fachberatung von Kindertageseinrichtungen in Bayern. Rund 100 Personen nahmen teil.

Die Diagnosen stationär aufgenommenen psychisch kranker Flüchtlingskinder bzw. unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge reichen von Depressionen und Panikattacken bis zu handfesten psychotischen Symptomen wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen. „Wir müssen auf die aktuelle Situation in Deutschland reagieren. Die Fachberaterinnen und Fachberater, die Erzieherinnen und Erzieher sowie die Pädagoginnen und Pädagogen in Kindertageseinrichtungen sollten in dieser Situation Unterstützung

erhalten“, betonte Vizepräsident Peter Lehndorfer in seiner Begrüßung. Nach einem Vortrag von Kammermitglied Barbara Abdallah-Steinkopf zum Thema „Auf-fälligkeiten und Verdacht auf Trauma bei Kindern mit Fluchterfahrung“ wurde die Thematik in vier parallelen Workshops vertieft. Hier ging es um kultursensible Eltern-gespräche, das pädagogische Vorgehen am konkreten Beispiel sowie um psychische Auffälligkeiten, Flucht und Trauma im Kindesalter. Des Weiteren wurde auch darüber informiert, wie Kindertagesstätten vorgehen können, wenn ein Flüchtlingskind möglicherweise trauma-



Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte in seiner Begrüßung das Ziel der Veranstaltung: „Sensibilisieren und informieren, was zu tun ist, wenn ein Kind möglicherweise ein Trauma hat.“

Foto: Astrid Petersdorff

tisiert ist bzw. wie Eltern in dieser Situation unterstützt werden können. In der Abschlussdiskussion wurde deutlich, dass die vielen praktischen Beispiele, Hinweise und Tipps der Referentinnen großen Anklang bei den Teilnehmer/innen gefunden hatten.

Cybermobbing – Fortbildungsveranstaltung für Lehrerinnen und Lehrer



Die Referent/innen der Veranstaltung (v. l.): Prof. Dr. Mechthild Schäfer, LMU München, Prof. Dr. Jörg Wolstein, Universität Bamberg, Dr. Gabriela Ziegler, Gesundheitsministerium, Vizepräsident Peter Lehndorfer, Martin Halbgewachs, Bayerisches Landeskriminalamt, Olaf Dröge, Theater EUKITEA. Foto: Astrid Petersdorff

Am 25.10.2016 fand in München die Fortbildungsveranstaltung „Cybermobbing“, die sich an Lehrer/innen richtete, statt. Die Veranstaltung wurde gemeinsam mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) im Rahmen des diesjährigen Jahresschwerpunktthemas „Psychische Gesundheit bei Kindern und Ju-

gendlichen“ konzipiert und durch das Ministerium finanziell gefördert. Vizepräsident Peter Lehndorfer begrüßte gemeinsam mit Dr. Gabriela Ziegler (StMGP) die Teilnehmenden und moderierte die Veranstaltung. „Cybermobbing ist keinesfalls ein Problem, das sich nur auf den privaten Lebensbereich von Kindern und Jugendlichen beschränkt – meist ist auch die Schule Schauplatz von Cybermobbing. Daher möchten wir heute für das Thema sensibilisieren und informieren, was dagegen unternommen werden kann“, betonte Herr Lehndorfer in seinem Begrüßungswort. Prof. Dr. Mechthild Schäfer

stellte in ihrem einführenden Vortrag u. a. dar, wie Cybermobbing mit „klassischem“ Schulhofmobbing zusammenhängt und durch welche verschiedenen Rollen dieses Gruppenphänomen charakterisiert wird. Prof. Dr. Wolstein referierte über verschiedene Präventions- und Interventionsmethoden, die u. a. im schulischen Kontext Anwendung finden können. Über polizeiliche Aufgaben und Hilfen bei Cybermobbing informierte Kriminaloberkommissar Martin Halbgewachs. Bevor in der Abschlussdiskussion verschiedene Fragen und Ansätze nochmals vertieft mit den Teilnehmenden beleuchtet wurden, führte ein Schauspielerteam von EUKITEA einen kurzen Ausschnitt aus dem präventiven Theaterstück „I like you“ auf, wodurch nochmals über einen ganz anderen Zugang Einblicke in die „digitale“ Lebenswelt von Jugendlichen möglich wurden.

Gesundheitsregionen^{plus} – es geht voran

Das Bayerische Gesundheitsministerium will mit den Gesundheitsregionen^{plus} die regionale Gesundheitsvorsorge und -versorgung in Bayern verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhöhen. Jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt, der oder die eine Gesundheitsregion^{plus} bilden möchte, erhält vom Gesundheitsministerium jährlich bis Ende 2019 eine Förderung in Höhe von 50.000 €. Derzeit gibt es in Bayern 33 Gesundheitsregionen^{plus},

es werden weitere folgen. Stand Mitte Oktober sind auf Vermittlung der Kammer Psychotherapeut/innen in 20 Gesundheitsregionen^{plus} vertreten, vom Berchtesgadener Land bis Wunsiedel im Fichtelgebirge. Außerdem liegen aus vier weiteren Regionen – LK Ansbach und Ansbach Stadt, Donau-Ries, Ebersberg und Freising – Einladungen zur Beteiligung an den dortigen Sitzungen der Gesundheitsregionen^{plus} vor. Vermittlungen in weiteren Gesundheitsre-

gionen^{plus} sind in Bälde zu erwarten. Die Themen, mit denen sich die Gesundheitsregionen^{plus} konkret beschäftigen, sind unterschiedlich und entsprechend auch die Möglichkeiten, psychotherapeutische Themen und Kompetenzen einzubringen. Die Kammer bemüht sich um die Unterstützung des Austauschs der teilnehmenden Kolleg/innen untereinander in Form von jährlichen Treffen in der Kammer und in Form einer Mail-Liste.

Erneut erhält ein Kammermitglied Bayerischen Gesundheitspreis

Kammermitglied Reiner Kirchmann hat Mitte November 2016 für das Projekt „Man/n sprich/t – Kinder schützen vor sexueller Gewalt“ den Bayerischen Gesundheitspreis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der IKK classic in der Kategorie „Gesunde Psyche“ erhalten. Reiner Kirchmann hat 1995 sein Projekt als erstes Angebot in Bayern und zweites bundesweit gegründet. Damals existierten weder Gesprächs- noch Beratungs- oder Therapieangebote für Männer, die sexuelle Übergriffe an Kindern oder Jugendlichen begangen hatten oder den Impuls dazu verspüren. Das Projekt, das mit Unterstützung und in Kooperation des Kinderschutzbundes und des Münchner Informationszentrums für Männer organisiert ist, hat sich mittlerweile einen guten Namen gemacht. Es können sowohl erwachsene Männer als auch Ju-

gendliche therapiert werden, die sexuelle Übergriffe an Kindern und Jugendlichen verüben (wollen) oder suchtpornographisch konsumieren. Bei Erwachsenen steht eine Gruppentherapie im Vordergrund. Für Jugendliche, denen es schwer fällt, sexuelle Grenzen zu erkennen und einzuhalten, werden altersspezifische Maßnahmen eingesetzt. Auch für sie kommen gruppentherapeutische Angebote zum Einsatz, um sie und potenzielle Opfer vor einer Straftat zu schützen.

Nominiert war ein weiterer Psychologischer Psychotherapeut, Simon Finkeldei, für das Projekt „Frühe Hilfe für die Kleinen und Kleinsten – ein präventiver Ansatz nach traumatischem Stress“. Das Projekt leistet seit zehn Jahren in Kooperation mit der AETAS-Kinderstiftung aufsuchende psychosoziale Notfallversorgung und län-

gere Begleitung für Kinder zur Prävention von Traumafolgestörungen. Nach Suiziden Nahestehender, Zeugenschaft von Tötungen oder anderen hochbelastenden Ereignissen wie z. B. einer Amoktat werden nicht nur die Kinder unterstützt, sondern auch ihr nahes soziales Umfeld sowie Kitas und Schulen in die systemische Betreuung einbezogen.

Schirmherrin der Preisverleihung war Staatsministerin a. D. Christa Stewens. Zum sechsten Mal verliehen, fand der Preis rege Beachtung, so gingen in der Kategorie „Gesunde Psyche“ 16 Bewerbungen aus ganz Bayern ein. Bereits 2013 hatte Kammermitglied Elisabeth Lamprecht den Preis für die Vernetzung der ambulanten und stationären psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung im Main-Rhön-Kreis erhalten.

Kurznachrichten

Gespräch mit dem Vorstand der KVB

Am 26.07.2016 trafen sich Kammerpräsident Nikolaus Melcop, die beiden Vizepräsidenten Bruno Waldvogel und Peter Lehndorfer sowie Geschäftsführer Alexander Hillers mit dem Vorstand der KVB, Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz und Dr. Ilka Enger. Beim Thema „Beschlüsse des G-BA zur Neufassung der Psychotherapierichtlinie“ ging es u. a. um die Frage, ob die Einführung der Sprechstunde zu strukturel-

len Veränderungen in der Versorgung, aber auch in der Struktur der Praxen führen würde. Die Kammer brachte u. a. ein, dass es Aufgabe der KVB sei, ihre Mitglieder zu informieren und Voraussetzungen zu schaffen, die eine Umsetzung der Richtlinien auf unbürokratische Weise ermöglicht und gleichzeitig Anreize durch eine angemessene Vergütung schafft. Für die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten machte die Kammer erneut auf die Themen Sprach- und Kulturkompetenz und

daraus folgend die Notwendigkeit von Sprach- und Kulturmittlung aufmerksam. Die KVB teilte mit, dass bisher nur drei Ermächtigungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Geflüchteten ausgesprochen wurden. In der Diskussion über das Thema „Reform der Psychotherapeutenausbildung“ ging es u. a. um die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“. Die Kammer wies auf die Notwendigkeit der Kooperation mit der Ärzteschaft hin, wie sie z. B. durch einen gemeinsamen wissen-

schaftlichen Beirat Psychotherapie von BPtK und der Bundesärztekammer gestaltet werden und zum Ausdruck gebracht werden könne. Auf Bitte der KVB hat die Kammer die Listen von Mitgliedern, die in Bezug auf die Anschläge in München und Ansbach auch über die Sommerferien zusätzliche Behandlungsplätze für die Betroffenen bereitstellen wollten, übermittelt.

Kammerwahl 2017

Die Vorbereitungen für die Wahl der Delegierten der PTK Bayern laufen auf Hochtouren. Wahlberechtigte Kammermitglieder haben inzwischen bereits die erste Wahlbekanntmachung dazu erhalten. Derzeit werden die Wählerlisten vorbereitet (**Auslegungsfrist** läuft). Kammermitglieder haben noch bis **3. Januar 2017, 15.30 Uhr**, die Möglichkeit, Einspruch gegen die Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Wählerlisten zu erheben.

Bitte beteiligen Sie sich an der Wahl. Eine hohe Wahlbeteiligung unterstützt unsere Interessensvertretung.

Weitere wichtige Termine

Versendung der 2. Wahlbekanntmachung: voraussichtlich ab 11. Januar 2017

Versendung der Briefwahlunterlagen: voraussichtlich am 6. März 2017.

Wahlzeit (Briefwahl): 13. bis 27. März 2017 (Ende 17.00 Uhr).

Konstituierende Delegiertenversammlung: 4. Mai 2017.

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite der Kammer in der Rubrik „Die Kammer“, Unterrubrik „Wahl der Delegierten 2017“.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: Round-Table-Expertengespräch der BPtK „Perspektiven einer psychotherapeutischen Weiterbildung in Einrichtungen der Jugendhilfe/Suchtberatung/Sozialpsychiatrie“ am 20.09.2016; 12., 13.

und 14. Sitzung des Landesgesundheitsrats am 26.09.2016, 07.11.2016 und 05.12.2016; BPtK-Symposium „Frauen in die Berufspolitik!“ am 29.09.2016; Round-Table-Gespräch der BPtK für den Bereich der stationären Weiterbildung am 05.10.2016; Kammerrechtstag am 06./07.10.2016; BPtK-Fachtagung „Psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten: Qualifikationsanforderungen für die Versorgung“ am 13.10.2016; Beirat „Fortbildung der Landeskammern“ am 18.10.2016; Verleihung des Ehrenpreises des Verbandes Freier Berufe am 19.10.2016; Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 a SGB V am 20.10.2016; 7. Bayerisches Forum für Patientensicherheit des MDK am 09.11.2016; 57. Bayerischer Zahnärztertag am 20.10.2016; Sitzung des Zentralstellenrates für psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) am 07.11.2016; BPtK-Symposium „Reform des Psychotherapeutengesetzes: Anforderungen an die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung“ am 08.11.2016; Delegiertenversammlung des Verbandes Freier Berufe am 14.11.2016; Verleihung des Bayerischen Gesundheitspreises der KVB am 15.11.2016; Arbeitskreis „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München am 16.11.2016; Round-Table-Gespräch der BPtK „Medien in der psychotherapeutischen Versorgung“ am 01.12.2016; Gespräch mit dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung am 02.12.2016.

Bevorstehende Veranstaltungen

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen II. Psychotherapeutische Ansätze bei gastrointestinalen Erkrankungen: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **14.01.2017** in München.

16. Suchtforum „Suchtmedizin trifft Schlafmedizin – vom Wunsch zu schlafen zur Abhängigkeit von Schlafmitteln“ (Arbeitstitel) in Kooperation mit

der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, Bayerischen Landesärztekammer und Bayerischen Landesapothekenkammer. 1. Termin: **29.03.2017** in München. 2. Termin: steht noch nicht fest, in Nürnberg.

Weitere feststehende Veranstaltungen der PTK Bayern in 2017

Informationsveranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie. Termin: **29.04.2017** in München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **08. und 09.09.2017** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen III. Altersbedingte Erkrankungen – Demenz und Sexualstörungen: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **21.10.2017** in München.

7. Bayerischer Landespsychotherapeutentag – Die „Embodiment-Perspektive“ in der Psychotherapie: theoretische Hintergründe und praktische Anwendungen. Termin: **11.11.2017** in München.

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

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

Geschäftsstelle

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

Verbesserung und Flexibilisierung der psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen – ein Schwerpunktthema im Arbeitskreis „Psychotherapie mit Älteren“ der Psychotherapeutenkammer Berlin

Am 07.09.2016 fand das mittlerweile 6. Treffen des Arbeitskreises „Psychotherapie mit Älteren“ in der Psychotherapeutenkammer (PTK) Berlin statt. Regelmäßig versammelten sich in den zurückliegenden Sitzungen Kolleginnen und Kollegen aus dem ambulanten, stationären, komplementären und wissenschaftlichen Bereich mit dem gemeinsamen Ziel, die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen zu verbessern. Wie eine aktuelle Veröffentlichung im British Journal of Psychiatry (zitiert nach Ärzteblatt vom 13.09.16) des Instituts für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zeigte, litt ca. ein Drittel der 65- bis 85-Jährigen in Deutschland, Spanien, Großbritannien, Italien, Israel und der Schweiz im Jahre 2015 an einer psychischen Erkrankung. Von den 3.100 befragten Personen haben 17% unter einer Angsterkrankung und 14% unter Depression gelitten. Für das Land Berlin wird bis zum Jahre 2030 mit einem Zuwachs an hochbetagten Menschen von aktuell 170.000 auf dann 263.000 gerechnet. Damit wird auch die Zahl psychisch erkrankter älterer Menschen steigen. Vor diesem Hintergrund wurde im Arbeitskreis besonders intensiv die Frage diskutiert, wie niedergelassene KollegInnen aufsuchend (z. B. im Pflegeheim oder zu Hause) ältere Menschen psychotherapeutisch versorgen können. Eine in Kooperation mit der Berliner Landespsychotherapeutenkammer durchgeführte Befragung des Instituts für Gerontologische Forschung e. V. (IGF) unter Kammermitgliedern im Herbst 2014 hatte gezeigt, dass die Mehrheit derjenigen PsychotherapeutInnen, die sich an der Befragung beteiligten, aufsuchende Psychotherapie grundsätzlich für sinn-

voll hält und sich vorstellen kann, aufsuchend zu arbeiten, sofern bestimmte Voraussetzungen, darunter rechtliche Sicherheit, aber auch eine Vergütung von Fahrtzeit und -kosten, erfüllt sind (Falk, Kammerer & Heusinger, 2015). Im Arbeitskreis wurde ein Fragenkatalog als Diskussionsgrundlage erstellt, der berufs- und versicherungsrechtliche Unsicherheiten sowie die Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung und die Bewilligungspraxis der Krankenkassen berücksichtigte. In Zusammenarbeit mit der Justiziarin der PTK Berlin, Frau Dittberner, wurden diese Fragen gemeinsam bearbeitet und der folgende aktuelle Sachstand diskutiert:

1. Niedergelassene KollegInnen sind verpflichtet, die Behandlung am Vertragsarztsitz durchzuführen (§ 24 Abs. 2 Ärzte-ZV, § 15a BMV-Ä, § 1 Abs. 4 PTh-Vereinbarung).

Nach § 11 Abs. 14 PTh-Vereinbarung können bei Anwendung besonderer Methoden in der VT mit gesonderter Begründung Doppel- und Mehrfachsitzen durchgeführt werden. Dies bedeutet auch, dass für etwaige Behandlungen außerhalb der Praxisräume (wiederum mit gesonderter Begründung) der zusätzliche Aufwand nach den EBM-Positionen 01410 bis 01415 berechnet werden kann. In der Probatorik ist diese Art der Abrechnung nicht möglich. Die Berechnung der Wegepauschale richtet sich nach 1.4 Nr. 2 des EBM (i. V. m. § 5 des Honorarvertrags der KV Berlin mit den Krankenkassen für die Berechnung der Wegepauschale in EURO).

2. Über die Genehmigung einer Zweigpraxis (§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V, § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, § 1a Nr. 19/22

BMV-Ä) wäre eine Behandlung außerhalb des Hauptkassensitzes zwar möglich, aber in Berlin wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung bisher noch keine Zweigpraxisgenehmigung erteilt.

Eine Genehmigung kann erteilt werden, wenn die Versorgung der Versicherten an einem weiteren Ort qualitativ oder quantitativ verbessert wird (z. B. lange Wartezeiten, lange Anreisezeiten zur nächsten erreichbaren und geeigneten Praxis). In überversorgten Gebieten ist diese Genehmigung – mit Blick auf die Bedarfslage – nicht von vornherein ausgeschlossen, bedarf aber der sorgfältigen Begründung. Die Versorgung am bisherigen KV-Hauptsitz darf nicht gefährdet sein (z. B. bestimmte Leistungen werden nur noch in der Zweigpraxis angeboten). Geringfügige Beeinträchtigungen sind unerheblich, wenn dadurch eine Verbesserung der Versorgung am weiteren Ort aufgewogen wird. Die Tätigkeit am Vertragsarztsitz muss dennoch zeitlich insgesamt überwiegen. Die Leistungen in der Zweigpraxis sind grundsätzlich persönlich oder durch einen vom Zulassungsausschuss genehmigten, angestellten Psychologischen Psychotherapeuten zu erbringen.

3. Denkbar wäre die Beantragung einer Ermächtigung zur Behandlung dieser Klientel, um sich dann in der Nähe oder gar innerhalb einer Pflegeeinrichtung niederzulassen. Eine Ermächtigung kann zeitlich befristet erteilt werden, wenn bestimmte Leistungen in der bestehenden vertragsärztlichen Versorgung nicht im notwendigen Umfang erbracht werden. Im Rahmen der Beantragung einer Ermächtigung muss die Unterversorgung der entsprechenden Klientel, der Behandlungsbedarf

sowie die besondere Qualifizierung zur Versorgung dieser Patientengruppe (z. B. bisherige Behandlungserfahrung mit älteren Menschen im Pflegeheim oder der Besuch entsprechender Fortbildungen im gerontologischen Bereich) dargelegt werden. Bei einem positiven Entscheid des Zulassungsausschusses kann man vorerst für zwei Jahre befristet die entsprechende Patientengruppe mit einer KV-Niederlassung versorgen. Das Verfahren der Einzelermächtigung läuft nach § 95 Abs. 4 SGB V, § 31a Abs. 1 Nr. 3 ZV-Ärzte, § 5 BMV-Ä.

Eine andere Möglichkeit der Ermächtigung eröffnet § 119b Abs. 1 S. 3 SGB V: Für in Pflegeeinrichtungen angestellte Psychologische Psychotherapeuten mit Arztregistereintrag kann bei Erfüllen der gesetzlichen Voraussetzungen eine Ermächtigung erteilt werden. Das Verfahren richtet sich nach § 95 Abs. 4 SGB V, § 31a Abs. 1 Nr. 3 Ärzte-ZV und § 4 BMV-Ä.

4. Die Möglichkeit der aufsuchenden Psychotherapie für ältere Menschen via „HomeTreatment“ wurde ebenfalls vom Arbeitskreis untersucht: Hier ist fraglich, ob es sich um einen palliativen Behandlungsbedarf oder die Vermeidung einer stationären psychiatrischen Behandlung handelt, und ebenso, ob im Rahmen der Strukturveränderung eine Flexibilisierung eintreten kann.

5. Auch die Versorgung im Rahmen der Kostenerstattung wurde und wird diskutiert. Hier entfällt zwar die Bindung an den Praxisort, aber es ergeben sich andere mögliche Einwände seitens der Krankenkassen. Dies ließe sich besser untersuchen, wenn Erfahrungswerte in den Diskurs einfließen würden, was bisher in unserem Kreis nicht der Fall ist.

6. Viel Hoffnung setzen wir in mögliche **Kooperationsvereinbarungen** nach § 119b Abs. 1 S. 1 SGB V von Pflegeeinrichtungen mit zur vertragsärztlichen Versorgung bereits zugelassenen Leistungserbringern, die in der Pflegeeinrichtung entsprechend der Vereinbarung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bewohner zur Verfügung stehen. Für die Ausgestaltung der Kooperationsverträge ist § 119b Abs. 2 SGB V i. V. m. Anlage 27 des BMV-Ä zu beachten. Nach dem Wortlaut dieser gesetzlichen Bestimmungen können Vertragspartner hierfür auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sein.

7. Eine Einschränkung ergab sich im Juni dieses Jahres, da **unsere Berufsgruppe bei der EBM-Anpassung für die Vergütung des entstehenden (bspw. koordinatorischen) Mehraufwands nicht berücksichtigt** worden ist und diese Abrechnungsmöglichkeit nun ausschließlich den ärztlichen Kollegen vorbehalten ist. Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Psychologische Psychotherapeuten können daher als Vertragspartner solcher Kooperationsvereinbarungen die Vergütung für die Behandlung beanspruchen, nicht aber die Vergütung für die in Kap. 37 des EBM festgelegten zusätzlichen Pauschalen.

Hier wird sich die Psychotherapeutenkammer aktiv für eine Neudiskussion dieser Festlegung einsetzen!

Fazit: Ältere Menschen haben einen großen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung. So können frühere Traumata jeglicher Art aufbrechen, wie es sich teilweise an der jetzigen Generation älterer Menschen (z. B. der Kriegskindergeneration des 2. Welt-

kriegs) gezeigt hat. Auch der Übergang vom Leben aus der Häuslichkeit in ein Pflegeheim stellt ein kritisches Lebensereignis dar, dem würdig und unterstützend begegnet werden muss. Derzeit zeigt sich der Zugang älterer Menschen zu Psychotherapie erschwert, insbesondere die Versorgung der immobilen Menschen, die nicht in die Praxis kommen können. Selbst wenn wir einerseits eine positive Entwicklung verzeichnen, da mobile ältere Menschen zunehmend den Weg in die Psychotherapie finden, bleibt die Gruppe der immobilen psychisch erkrankten Senioren psychotherapeutisch unterversorgt, vor allem in den Pflegeheimen.

Auch zukünftig wird sich der Arbeitskreis regelmäßig in der Psychotherapeutenkammer treffen, um diese Versorgungslücken und innovative Möglichkeiten der Versorgungsverbesserung zu diskutieren.

Doreen Röseler, Sonja Winkmann

Der Arbeitskreis ist für neue TeilnehmerInnen aus unterschiedlichsten Bereichen offen!

Die Termine unserer Treffen werden auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Berlin veröffentlicht.

Kontakt

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Quelle: Falk, K., Kammerer, K. & Heusinger, J. (2015). Zugang depressiv erkrankter älterer Menschen zu Psychotherapie. Ausgewählte Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Berlin, Vortrag im Arbeitskreis „Psychotherapie mit älteren Menschen“ der Psychotherapeutenkammer Berlin am 02.12.2015.

Integration von Onlinetherapie in die Berliner Berufsordnung

Das Internet ist in den vergangenen 20 Jahren zum Alltagsmedium unserer Kultur geworden. Nach repräsentativen Studien kann davon ausgegangen werden, dass annähernd 90% aller erwachsenen Deutschen bis zum 60.

Lebensjahr das Internet zumindest gelegentlich nutzen. Auch im Bereich der Psychotherapie haben elektronische Medien Einzug gehalten. In den vergangenen zehn Jahren haben eine Vielzahl internationaler Forschungsar-

beiten die Wirksamkeit internetbasierter Programme in der Psychotherapie belegen können (vgl. Olthuis, Watt, Bailey et al., 2016; Ebert, Zarski, Christensen et al., 2015). **Für Menschen mit psychischen Problemen dürften die**

Vorteile von Onlineprogrammen in einer leichten Zugänglichkeit zu einer psychotherapeutischen Hilfe und der Möglichkeit der zeit- und ortsunabhängigen Nutzung liegen.

Allerdings erfüllen längst nicht alle Angebote der „Onlinetherapie“ elementare Qualitätskriterien. Vor diesem Hintergrund hat die Berliner Psychotherapeutenkammer seit 2014 auf einer Fachtagung und in verschiedenen Gremien die Diskussion geführt, wie das Internet in eine professionelle psychotherapeutische Behandlung integriert werden könnte. Die Position der Berliner Kammer hierzu wurde im Psychotherapeutenjournal (3/2015) veröffentlicht. **Der Ausschuss für Berufsordnung, Wissenschaft und Qualität hat diese Position aufgegriffen und in den zurückliegenden Monaten eine Beschlussvorlage erarbeitet und der Delegiertenversammlung zur Abstimmung vorgelegt, die eine Integration der Onlinetherapie in die Berliner Berufsordnung vorsieht.**

Die Diskussion

Die Delegiertenversammlung vom 13. 9.2016 führte hierzu eine äußerst kontroverse Diskussion. Der offensichtlichste Kritikpunkt an einer Therapie im Internet ist eng mit der „**Andersartigkeit**“ der **therapeutischen Beziehung** verknüpft. Bei einer Therapie via Internet scheint es schwieriger, eine professionelle, psychotherapeutische Beziehung aufzubauen, da die **fehlende Unmittelbarkeit im persönlichen Kontakt** zulasten einer umfassenden Kommunikation (z. B. nonverbal) gehen mag. Ein weiteres Problemfeld betrifft die Diagnose- und Indikationsstellung. Da die Klientinnen und Klienten nicht gesehen werden, können auch deren nonverbale Verhaltensweisen, Erscheinungsbild, Auftreten und Gesamteindruck nicht in die Diagnosestellung einfließen.

Die Befürworter einer Änderung der Berufsordnung führten vor allem versorgungs- und fachpolitische Argumente an: Zum einen gilt es, dem ethischen Grundsatz zu folgen, wonach unsere Profession sich dafür einsetzen muss,



dass Patientinnen und Patienten Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen haben, die für sie hilfreich sein können. Und angesichts der gegebenen Forschungslage gibt es keinen Zweifel daran, dass Onlinetherapie (für spezifische Patientengruppen) hilfreich sein kann. Die zweite Argumentationslinie betrifft die fachpolitische Einflussnahme auf Qualitätsfragen der Onlinetherapie. Seit einigen Jahren ermöglichen einzelne Krankenkassen ihren Versicherten Zugang zu einer „Onlinetherapie“, andere werden wohl folgen. Vor diesem Hintergrund scheint es geboten, die Qualitätsdiskussion maßgeblich mitzugestalten.

Die Änderung

Unangetastet bleibt der Grundsatz der Berufsordnung, wonach PsychotherapeutInnen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt erbringen.

Folgt man aber der aktuellen Fassung der Berliner Berufsordnung (vom 30.11.2013), so dürfen elektronische Kommunikationsmedien „nur in begründeten Ausnahmefällen“ oder im Rahmen von Modellprojekten genutzt werden (§5 Absatz 5). In ihrer Sitzung vom 13. September 2016 hat die Delegiertenversammlung der Berliner Psychotherapeutenkammer die Änderung dieses Absatzes beschlossen.

Demnach ist der Einsatz elektronischer Medien in der Psychotherapie nunmehr zulässig, setzt aber die Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten voraus. Dies betrifft insbesondere Regelungen zur Notfallprävention und eine erhöhte Aufmerksamkeit zu Fragen des Datenschutzes.

Mit dieser Änderung der Berufsordnung hat die Kammer eine systematische Integration professioneller Onlinetherapie in die psychotherapeutische Versorgung befördert und wird dabei auch weiterhin den damit verbundenen Qualitätsdiskurs führen.

Dr. Peter Tossmann, Sprecher des Ausschusses Berufsordnung, Wissenschaft und Qualität

Quelle: Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. & Riper, H. (2015). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS ONE*, 10 (3), e0119895. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>.

Frees, B. & Koch, W. (2016) Internetnutzung: Frequenz und Vielfalt nehmen in allen Altersgruppen zu. Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2015. *Media Perspektiven*, 9, 366-377.

Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A. & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive

behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database

Systematic Review. Issue 3. Art No.: CD011565.pub2.

Online-Behandlungsangebot für Soldaten mit Posttraumatischer Belastungsstörung im Rahmen einer kontrollierten Therapiestudie

Etwa 20 Prozent der aus einem Auslandseinsatz zurückkehrenden SoldatInnen erfüllen die Diagnosekriterien einer psychischen Störung, drei Prozent die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Dennoch hat nur ca. die Hälfte der Betroffenen Kontakt mit dem Gesundheitssystem und nur 18 Prozent dieser Gruppe befindet sich in adäquater Behandlung. Die Gründe hierfür liegen einerseits in Engpässen des Versorgungssystems, – aber auch Schamgefühle und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen führen dazu, dass keine Hilfe in Anspruch genommen wird. Die Wirksamkeit von Online-Behandlungen bei PTBS ist international gut belegt (Knaevelsrud & Maercker, 2007, 2010; Küster et al., 2016). Sie bietet niederschwellige Unterstützung durch qualifizierte TherapeutInnen und damit eine Alternative zur oder Ergänzung vor oder nach einer konventionellen Face-to-face-Psychotherapie an. Die Behandlung im Rahmen der vom Psychotraumazentrum der Bundeswehr in Kooperation mit der FU durchgeführten Studie basiert auf evaluierten verhaltenstherapeutischen Ansätzen.

Es handelt sich um eine 5- bis 6-wöchige Schreibtherapie, in der die Patienten wöchentlich **von zu Hause aus** zwei Texte schreiben. Diese Texte sind nur dem Behandlungsteam zugänglich und werden unter Wahrung der Datenschutzrichtlinien abgelegt. Ein für die Verfasser persönlich zuständiger Therapeut gibt individuelle Rückmeldung und eine Anleitung für das weitere Vorgehen.

Um die bestmöglichen Behandlungsergebnisse erreichen zu können, werden die Patienten vor Beginn der Behandlung im Psychotraumazentrum Berlin zu einer persönlichen Eingangsuntersuchung eingeladen. In diesem Rahmen wird auch eine fachärztliche Diagnostik gewährleistet. Die Behandlung beginnt sofort danach oder sechs Wochen später. Verlaufskontrollen nach sechs Wochen und drei Monaten überprüfen den Behandlungserfolg. **Die Behandlungsdaten gelangen nicht in die Gesundheitsakte des Soldaten und werden auch nicht dem Dienstvorgesetzten zugänglich gemacht.** Auf Wunsch des Patienten kann jedoch ein Behandlungsbericht verfasst werden.

Teilnahmebedingungen

Teilnehmer sollten für die Dauer der Behandlung über eine gültige E-Mail-Adresse und eine ausreichende Internetverbindung verfügen. Sie sollten sich nicht zeitgleich zur Online-Behandlung in einer anderweitigen Psychotherapie befinden. Die Teilnahme an den Eingangs- und Nachuntersuchungen erfolgt für aktive Soldaten im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Die Reisekosten werden erstattet, es steht eine dienstliche Unterkunft zur Verfügung. Aufenthaltskosten in Berlin werden ebenfalls übernommen.

Anmeldung

Interessierte können sich per E-Mail oder telefonisch unverbindlich bei uns melden. Wir nehmen dann Kontakt mit Ihnen auf.

Für den fachlichen Austausch sowie für Anmeldungen von Teilnehmern (Patientinnen und Patienten) steht das Online-Therapie-team gern zur Verfügung unter: onlinetherapie@ptzbw.org.

Ausbildungsreform – Zur Zukunft der Psychotherapie

Der Berliner Ausschuss „Aus-, Fort-, Weiterbildung“ (AFW) hat am 29.09.16 eine Veranstaltung zur Ausbildungsreform durchgeführt, an der ca. 100 Kammermitglieder, PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) und StudentInnen teilgenommen und sich über den aktuellen Stand der Ausbildungsreformdiskussion informiert haben.

Die Profession hat sich in einem über zweijährigen Diskussionsprozess mit dieser Reform auseinandergesetzt und die **Bund-Länder-AG Transiti-**

on der BPTK hat Eckpunkte zu den drei Bereichen „Novellierung des PsychThG“, „Approbationsstudium“ und „Weiterbildung“ vorgelegt. Wegweisend dafür sind die Beschlüsse des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) vom November 2014. Dort wurde festgelegt, dass es ein Direktstudium Psychotherapie geben soll, in dem die vier Grundorientierungen der Psychotherapie – verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch – gleichberechtigt und mit Strukturqualität vermittelt wer-

den sollen und das mit einer Approbation endet. Danach soll eine Weiterbildung erfolgen, in der die Fachkunde erworben werden kann. Der AFW-Ausschuss hat zu den Vorschlägen der Bund-Länder-AG Transition eine eigene Stellungnahme entwickelt, die auf der Veranstaltung vorgestellt wurde:

I. Novellierung: Bei der Auseinandersetzung um die Novellierung des PsychThG geht es vor allem um eine Neufassung der **Legaldefinition Psychotherapie** und die Rolle des **Wissen-**

schaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP). Auf der Bundesebene scheint die Aufhebung der Bindung der psychotherapeutischen Tätigkeit an „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ Konsens zu sein, im AFW-Ausschuss wird sie kontrovers diskutiert. Für die Befürworter soll: „Psychotherapie (...) offen sein für die Breite des psychotherapeutischen Berufs und die Dynamik wissenschaftlicher Weiterentwicklungen“. Diejenigen, die gegen diese Öffnung sind, argumentieren, dass die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit eines Verfahrens durch den WBP einen Schutz der Psychotherapie gegen Beliebigkeit darstellt.

Nach § 11 des PsychThG kann eine jeweilige Landesbehörde bei Zweifeln über die Wissenschaftlichkeit eines Psychotherapieverfahrens den WBP beratend heranziehen. Wenn eine wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens durch den WBP nachvollzogen wurde, dann ist es berufsrechtlich anerkannt und es kann in diesem Verfahren die Fachkunde und die Approbation erworben werden.

Die Mehrheit des AFW hat sich für die Beibehaltung des WBP, aber für eine Wahl seiner Mitglieder ausgesprochen. Doch es gibt auch generelle Kritik sowohl an seiner Zusammensetzung als auch seiner Spruchpraxis.

Ein zentraler Kritikpunkt des Ausschusses an den gesamten Reformplänen, der auch von vielen in der Profession geäußert wird, betrifft die notwendige Finanzierung der Ausbildungsreform. Hier schieben sich die Vertreter des Bundes und der Länder gegenseitig die Verantwortung zu.

II. Approbationsstudium: Im Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG Transition wird von einem sechssemestrigen Bachelor (BA)-Studium ausgegangen, auf das ein fünfsemestriges Masterstudium (MA) folgt, das ein Praxissemester beinhaltet und mit einem Staatsexamen endet. Der Ausschuss hält insbesondere das MA-Studium für zu kurz, um aus-

reichend psychotherapeutische Qualifikationen vermitteln zu können und fordert ein zwölfsemestriges Studium. Weiter tritt er dafür ein, dass bereits im BA-Studium eine **Ausrichtung auf Psychotherapie** in Form von Fallseminaren u. a. erfolgen soll. Im Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG Transition wird hingegen von einem, durch Praktika ergänztes, BA-Psychologie-Studium ausgegangen. Das Psychotherapiestudium im engeren Sinne soll erst im Masterstudium beginnen. Inhaltlich sollen bereits im BA-Studium die **vier Grundorientierungen** gleichberechtigt vermittelt werden. Im Widerspruch dazu steht allerdings, dass die Hochschulambulanzen, in denen die StudentInnen auch Praktika bzw. Praxissemester machen können, nur „zwei wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ anbieten sollen. Für den Ausschuss ist dies nicht konsistent mit den Beschlüssen des 25. DPT.

Die Selbsterfahrung wird als wesentlicher Bestandteil der psychotherapeutischen Qualifikation angesehen. Mehrheitlich wird die Position vertreten, Selbsterfahrung im Umfang von mind. 50 Stunden im Studium anzubieten. Die Bund-Länder-AG Transition spricht in diesem Zusammenhang allerdings von „Selbstreflexion“, während sich der Ausschuss einhellig für den Begriff „**Selbsterfahrung**“ ausspricht.

III. Weiterbildung: Diese wird von der Bund-Länder-AG Transition auf die „wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ beschränkt. Die Mehrheit des Ausschusses möchte sie aber für alle Grundorientierungen, auch die Humanistische Psychotherapie, öffnen.

Für eine **Weiterbildung aus einer Hand** setzt sich ebenfalls die Mehrheit ein. Die bisherigen Ausbildungsinstitute, die jahrzehntelange Erfahrungen in der Ausbildung haben, sollten als zukünftige Weiterbildungsinstitute ihr Curriculum zur verfahrensspezifischen Fachkunde konsistent und kohärent anbieten. Darüber hinaus soll auf einer Basisweiterbildung von 200 Stunden

eine **Verfahrensvertiefung** anknüpfen. Sie soll 400 Stunden Theorie, 1.600 Behandlungsstunden mit 200 Stunden Supervision, 120 Stunden Selbsterfahrung umfassen.

Der Ausschuss schlägt mehrheitlich deutlich niedrigeren Zahlen vor, nämlich 300 Stunden Theorie, mind. 600 Behandlungsstunden mit 125 Stunden Supervision, 120 Stunden Selbsterfahrung. Sie orientiert sich dabei im Wesentlichen an den Anforderungen zur Fachkunde der jetzigen Ausbildung.

In einer offenen Diskussion mit den TeilnehmerInnen wurde über das Pro und Contra zur geplanten Ausbildungsreform weiter diskutiert.

Manfred Thielen

Die Stellungnahme des Ausschusses zu den Eckpunkten der Bund-Länder-AG Transition zur Ausbildungsreform aus Sicht der Kinder- und Jugendlichenversorgung, der PIA, aus der Perspektive der ambulanten und der institutionellen Psychotherapie, der Hochschulen und der Ausbildungsinstitute finden Sie auf der Website der PTK Berlin unter: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/nachrichten/9455129.html

Über den Fortgang der Ausbildungsreform und die Eckpunkte zur Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, die im Oktober dieses Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit publiziert wurden, wird die PTK Berlin in der nächsten Ausgabe aus gesundheitspolitischer und fachlicher Perspektive ausführlich und differenziert informieren.

Geschäftsstelle

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

Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Informationsveranstaltung der Kammer stößt auf reges Interesse

Am 15. September führte die Psychotherapeutenkammer Bremen eine zentrale Informationsveranstaltung zur Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie durch. Die Veranstaltung in den Weserterrassen war mit etwa 180 Teilnehmern, die zum Teil auch aus der ärztlichen Kollegenschaft und aus Niedersachsen stammten, sehr gut besucht.

Timo Harfst, wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Geschäftsführer der BPTK informierte zunächst über Hintergründe und Historie der Richtlinien-Reform und beschrieb anschaulich das zähe Ringen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das im Juni 2016 zur Vorlage eines Entwurfs zur Richtlinienreform geführt hatte. Herr Harfst erläuterte sachkundig die wesentlichen Beschlüsse und konnte viele Hintergrundinformationen dazu liefern. Dabei wies er auch auf die aktuellsten Entwicklungen hin, denn mit Datum der Informationsveranstaltung waren einige G-BA Beschlüsse bereits beanstandet.

Verpflichtung zur Sprechstunde

Abweichend vom ursprünglichen Entwurf des G-BA will das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Sprechstunde als verpflichtende Leistung von kassenärztlich tätigen Psychotherapeuten einführen.



Bis auf den letzten Platz besetzt: Die Veranstaltung stieß auf großes Interesse.

Herr Harfst wies in diesem Zusammenhang daraufhin, dass die Sprechstunde zur Sicherung des Erstzugangsrechts zur Psychotherapie vorgeschlagen wurde, als dieses in Frage stand.

Es gab eine Reihe von Nachfragen zur genauen Umsetzung der neuen Richtlinie, die zum Teil noch nicht befriedigend beantwortet werden konnten, da der Bewertungsausschuss zu diesem Zeitpunkt noch nicht getagt hatte und auch die Ausführungsbestimmungen zur Richtlinie noch nicht vorliegen.

Informationen zu Ausführungsbestimmungen und Vergütung stehen noch aus

Die Psychotherapeutenkammer Bremen wird über die ausstehenden Ausführungsvorschriften und Ergebnisse des Bewertungsausschusses sobald wie möglich informieren. Für Informationen zu den Beschlüssen kann auf der Homepage der PK Bremen der Vortrag von Herrn Harfst heruntergeladen werden:

www.pk-hb.de/show/7979028.html

Gesundheitssenatorin stellt „Modellprojekte“ für die Versorgung psychisch kranker Menschen vor – Qualität ist nicht gesichert!

Zur Erinnerung: Die Krisenversorgung von schwerkranken Menschen mit psychischen Störungen wurde von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit

und Verbraucherschutz Anfang des Jahres zunächst abgebaut. Die regionalen psychiatrischen Behandlungszentren, in denen der Sozialpsychiatrische Dienst

integriert war, stellten ihre Rund-um-die-Uhr-Versorgung von Menschen in der Krise ein (siehe PTJ 16/01). Hintergrund war der massive Abbau von Stel-

len im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Massive Proteste aus Kreisen der Betroffenen, aber auch von professionellen Helfern führten zu einem ersten Umdenken.

Senatorin Eva Quante-Brandt erklärte nun, dass in 2016 und 2017 je 1,2 Mio Euro außerordentlich bereit gestellt würden, um die Versorgung zu verbessern. Finanziert werden darüber die Einrichtung eines Nachtcafés im Bremer Westen, das in der Zeit von 19.30 bis 20.30 Uhr geöffnet ist, sowie eine telefonische Rufbereitschaft in der Zeit von 20.30 bis 9.00 Uhr. Träger dieser Maßnahmen sind die Bremer Werkgemeinschaft und die „Gesellschaft für ambulante psychiatrische Hilfen“ (GAPSY). Bis 3.00 Uhr nachts würden GAPSY-Mitarbeiter auch zu Hausbesuchen fahren. Zusätzlich werden von der Senatorin zehn Stellen für Ex-In-Genesungsbegleiter mit jeweils 20 Wochenstunden eingerichtet. Das sind psychiatrieverfahrene Menschen, die an einem entsprechenden Ausbildungs-Curriculum von 300 Unterrichtsstunden teilgenommen haben. Die Genesungsbegleiter sollen zusätzlich im Betreuten Wohnen, in der stationären Psychiatrie und in einem von Professor Uwe Gonther (AMEOS-Klinikum Dr. Heines) initiierten Projekt eingesetzt werden, bei dem es um Reduzierung und Absetzung von Psychopharmaka geht.

So hilfreich diese Projekte auch im Einzelnen sind, so scheint der Begriff des Modellprojektes doch zu hoch gegriffen. Sowohl mit Genesungsbegleitern als auch mit Nachtcafés gibt es schon gute Erfahrungen in anderen Städten. Bei der nächtlichen Rufbereitschaft ist aber besonders kritisch zu sehen, dass diese ohne ärztlich-psychiatrische oder psychotherapeutische Kompetenz aus-

gestattet ist. Die Projektträger selbst problematisieren, dass der Einsatz von Psychiatern und Psychotherapeuten nicht zu finanzieren sei. Somit kann allerdings Selbst- und Fremdgefährdung nicht qualifiziert eingeschätzt werden. Als Folge wird befürchtet, dass Menschen, deren Selbststeuerungsfähigkeiten eingeschränkt sind, mit der Polizei zur Abklärung in die Notaufnahme des Klinikums Bremen-Ost transportiert werden müssen; ein Vorgang, der häufig zusätzlich traumatisierend wirkt.

Die PK Bremen kritisierte in einer Pressemitteilung das Fehlen einer durchgehenden Konzeption des Gesundheitsressorts bei der Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf, insbesondere bezogen auf das Klinikum Bremen-Ost. Dies gehe auch aus dem Bericht der Besuchskommission für den Bereich der Psychiatrie vom Juli 2016 hervor, in dem insbesondere das Klinikum Bremen-Ost in weiten Bereichen negativ beurteilt wird. Die ungünstige personelle Situation der Klinik, die auch für die regionalen Behandlungszentren Mitte, Ost, Süd und West verantwortlich ist, scheine insbesondere auf die Quersubventionierung zurückzugehen, die im Bremer Klinikverbund Gesundheit Nord (Geno) zugunsten des somatischen Bereichs praktiziert werde. Gut unterrichtete Kreise sprechen von mindestens 30 Stellen, die dadurch entgegen der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung eingespart werden. Dass in diesem Herbst die Abteilungsleiterin Gesundheit nach 26 Jahren Tätigkeit im Bereich Gesundheit, davon viele Jahre als Psychiatriereferentin, das Handtuch warf und aus dem Ressort ausschied, sei ein weiteres Zeichen für die aktuelle Situation.

Die PK Bremen äußerte ihre Befürchtung, dass die im Zuge der Psychiatriereform geschaffenen, damals vorbildlichen Strukturen einer Neuorientierung geopfert werden, ohne dass in der Politik der Geno eine wirkliche Konzeption erkennbar ist. Umfassende Reformschritte würden voraussetzen, dass die Strukturen der Geno, deren Aufsichtsratsvorsitzende Senatorin Quante-Brandt ist, transparent gestaltet werden. Diese Kritik stieß bei Psychiatrieverfahrenen, aber auch bei langjährig in der Psychiatrie tätigen Professionellen auf Zustimmung. Die Geno allerdings hielt die Stellungnahme für nicht akzeptabel. Man arbeite an einer Neukonzeption, die sich über den Ausbau von Spezialstationen an Modellen von Universitätskliniken orientiere. Obwohl die fehlende Orientierung am Bürgerschaftsbeschluss zur Psychiatrieweiterentwicklung von 2013 von vielen angemerkt wird, sieht sich das Klinikum im Einklang mit dem Psychiatrieplan des Landes Bremen.

Darüber hinaus drückte die PK Bremen ihr Unverständnis aus, wie wenig die Kompetenz von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Gestaltung der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen einbezogen würde. Psychotherapeuten erleben als Behandler in ihrer täglichen Arbeit, wie Menschen, die (vorübergehend) auf sozialpsychiatrische Behandlung angewiesen sind, von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren würden. Zudem sei der Einsatz psychotherapeutischer Kompetenz in den Leitlinien für die Behandlung psychisch kranker Menschen regelhaft vorgesehen.

Wege in die Psychotherapie: Die PK Bremen berät zur Woche der seelischen Gesundheit

Wie auch im letzten Jahr bot die Psychotherapeutenkammer Bremen im Rahmen der Woche der seelischen Gesundheit eine Informationsveranstaltung rund um das Thema Psychothera-

pie an. Wiebke Rappen und Sylvia Helbig-Lang vom Vorstand der PK Bremen informierten über Indikationsbereiche und Arten psychotherapeutischer Angebote und verwiesen auf weitere An-

laufstellen bei psychischen Problemen und Krisen, wie z. B. Beratungsstellen und Selbsthilfeangebote. Ein Schwerpunkt der Veranstaltung lag auf Informationen und Hilfestellungen zur Psy-

chotherapeutensuche und zu Patientenrechten, wie das Recht auf eine zeitnahe Behandlung. Frau Rappen stellte die internetbasierte Therapeutensuche mit PsychInfo vor (www.psych-info.de) und demonstrierte die damit verbundenen Möglichkeiten, gezielt spezielle Therapieangebote zu suchen. Hier zeigte sich, dass die Möglichkeiten der Online-Therapeutensuche noch nicht hinreichend in der Öffentlichkeit bekannt sind. Auch das Angebot der Terminservice-Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung, das ab April 2017 auch für Psychotherapeuten gilt, und die Möglichkeit der Kostenersatzung war unter der Zuhörerschaft weitgehend unbekannt.

Viele Teilnehmer berichteten über eigene Erfahrungen bei der Suche nach Therapieplätzen. Dabei wurden Frustrationen darüber geäußert, dass im Falle psychischer Krisen den hilfebedürftigen Personen häufig unzumutbare Hürden in den Weg gestellt würden. Bemängelt wurde auch die unzureichende Erreichbarkeit von Psychotherapeuten, die oft nur Anrufbeantworter als Kontaktmöglichkeit hätten.

In diesem Zusammenhang informierten Frau Helbig-Lang und Frau Rappen



Wiebke Rappen von der PK Bremen informierte über Indikationen zur Psychotherapie.

auch über die anstehenden Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie, die ab April 2017 den Zugang zu Psychotherapie durch das Angebot von Sprechstunden erleichtern sollen. Dies wurde insgesamt positiv aufgenommen; gleichzeitig wurde viel Unmut über die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz geäußert, die auch durch

die Sprechstunde vermutlich nicht wesentlich reduzieren werden. Auch nach dem offiziellen Teil gab es noch viele Nachfragen und persönliche Gespräche mit Hilfesuchenden, die deutlich machten, dass weiterhin ein hoher Bedarf an Psychotherapie in Bremen besteht, der durch die bestehenden Angebote nur unzureichend gedeckt wird.

Bremer Studiengang Psychologie bleibt erhalten

Psychologie gehört an der Universität Bremen seit Langem zu einem der beliebtesten Studiengänge. Trotzdem kam es Frühjahr 2014 mit Vorlage des neuen Wissenschaftsplans 2020 zu einer Diskussion über die mögliche Schließung des Studiengangs: Das Wissenschaftsressort hatte vor dem Hintergrund von Sparzwängen einen entsprechenden Prüfauftrag erteilt.

Die PK Bremen griff dieses Thema bereits sehr früh auf und informierte Presse und Abgeordnete der Bürgerschaft über die Pläne und deren mögliche Auswirkungen auf die Versorgung in Bremen. Die Kammer unterstützte darüber hinaus aktiv die Proteste der Studierenden und suchte das Gespräch mit Universitätsrektorat und Senatorischer Behörde. Kammer-



Die PK Bremen beteiligte sich aktiv an Protesten gegen die Schließung des Studiengangs

präsident Karl Heinz Schrömgens nahm an einer Anhörung des Ausschusses für Wissenschaft, Medien, Datenschutz und Informationsfreiheit teil, um eine Stellungnahme der Kammer gegen Schließung des Studiengangs zu verlesen.

Expertenkommission prüfte Möglichkeiten des Studiengangs

Die zahlreichen Aktionen gegen die Schließung des Studiengangs führten schließlich zur Einberufung einer unabhängigen Expertenkommission, die

aus drei renommierten Psychologieprofessoren bestand. Diese besuchten im Frühjahr dieses Jahres den Bremer Campus um mit Mitarbeitern, Studierenden und dem Dekanat zu sprechen und ein neues Konzept für den Studiengang zu erarbeiten. Jetzt liegt das Ergebnis vor.

Neuausrichtung des Studiengangs beschlossen

Nach dem neuen Konzept soll ein breit aufgestellter Bachelorstudiengang angeboten werden und ein Masterstu-

diengang mit Schwerpunkt Klinische Psychologie. Aktuell sind sechs Professuren neu ausgeschrieben; insgesamt werden im neuen Studiengang sieben Professuren verortet sein. Die Universitätsleitung rechnet damit, dass mit Wintersemester 2017/18 der neue Studiengang die Arbeit aufnehmen kann. Die PK Bremen bewertet dieses Ergebnis als sehr positiv und hofft, dass damit ein attraktives Angebot geschaffen wird, das langfristig den Bedarf an Psychologen und Psychotherapeuten in Bremen deckt.

Unterstützung finden: Das Netzwerk Selbsthilfe stellt sich vor

Unterstützung finden in Selbsthilfegruppen
kostenlos vertraulich und nur für mich

Unsere Selbsthilfekontaktstelle vermittelt in über **700 Gruppen** in Bremen zu den Themen

- chronische Erkrankungen
- psychische Probleme und Erkrankungen
- Sucht
- Beeinträchtigungen
- Pflege
- Migration
- Junge Selbsthilfe
- Familie und Soziales

Netzwerk **Selbsthilfe**
Bremen-Nordriedensachsen e.V.

www.selbsthilfe-wegweiser.de
info@netzwerk-selbsthilfe.com
Telefon: 0421 - 70 45 81

Selbsthilfegruppen sind ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitswesens. Für viele Menschen trägt die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe zur erfolgreichen Bewältigung einer Krise oder eines Problems bei.

Das Netzwerk Selbsthilfe ist als offene verbandsunabhängige Kontaktstelle in Bremen vor allem Ansprechpartner für Menschen, die für sich selbst oder für andere Menschen Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe suchen. Angehörige, Betroffene, aber auch professionelle Anbieter im Gesundheitssystem können sich hier umfassend über das Angebot an Selbsthilfegruppen informieren oder werden direkt in Gruppen vermittelt.

Die Selbsthilfekontaktstelle Bremen vermittelt in über 700 verschiedene Gruppen. Wenn sich in der telefonischen Vermittlung kein passendes Angebot findet, bieten die Ansprechpartner der Kontaktstelle eine persönliche Beratung an. Oftmals eröffnen sich im persönlichen Gespräch dann neue Wege. Ratsuchende erhalten innerhalb einer Woche einen Termin.

Aber auch neue Initiativen sind erwünscht. In der Gründungsphase von Selbsthilfegruppen gibt es unterschiedliche Konzepte, um gemeinsam die ersten Klippen zu umschiffen. Die Unterstützung durch erfahrene Kontaktstellenmitarbeitende reicht von der Öffentlichkeitsarbeit bis zur zehnmaligen Begleitung der Gruppentreffen. So konnten in den letzten Jahren insbesondere Gruppen für Betroffene mit Depressionen oder anderen psychi-

schen Belastungen erfolgreich gegründet werden. Für bestehende Gruppen bietet das Netzwerk eine verlässliche Begleitung in Krisensituationen an.

Wer weitere Informationen wünscht, kann sich an folgende Adresse wenden: Netzwerk Selbsthilfe e. V., Faulenstraße 31, 28195 Bremen, Tel. 0421/70 45 81.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Wiebke Rappen, 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
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di: 12.30 – 13.30 Uhr

Bericht von der 63. Delegiertenversammlung am 14.09.2016: Neue Ordnungen und Satzungen

Zu ihrer 63. Sitzung kam die Delegiertenversammlung (DV) am 14.09.2016 im Haus des Sports in Hamburg zusammen. Auf der Agenda standen unter anderem Änderungen von drei Ordnungen und einer Satzung, die am Abend ausführlich diskutiert und verabschiedet wurden:

- Beitragsordnung
- Haushalts- und Kassenordnung
- Entschädigungsordnung
- Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission

Am 27.09.2016 wurden die genehmigungspflichtige Beitragsordnung sowie die Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission von der Aufsichtsbehörde genehmigt. Die beschlossenen Änderungen werden zum 01.01.2017 in Kraft treten. Die Kammermitglieder der PTK Hamburg finden diese Ordnungen und die Satzung als Einhefter in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals.

Ebenfalls beschloss die DV eine Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit, in der formale und inhaltliche

Anforderungen für die Tätigkeit als Sachverständiger*) in verschiedenen Rechtsgebieten beschrieben sind. Kammermitglieder, die die Anforderungen erfüllen, erhalten ein entsprechendes Zertifikat und werden auf einer Sachverständigenliste der Kammer geführt, die den Gerichten zur Verfügung gestellt wird.

Zum Abschluss der Sitzung diskutierten die Delegierten die Auswirkungen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, insbesondere der Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde.

HP, BW

5. Hamburger Psychotherapeutentag in Hamburg-Wilhelmsburg

Zwischen Empathie und Abgrenzung – Psychotherapie im Kontext von Flucht- und Migrationsbewegungen und gesellschaftlichen Polarisierungstendenzen

Am 10.09.2016 fanden sich unter diesem Titel mehr als 120 Teilnehmer*) im Bildungszentrum „Tor zur Welt“ in Hamburg-Wilhelmsburg ein, um über die Auswirkungen der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen auf die psychotherapeutische Theorie und Praxis zu reflektieren. Sie wurden von Präsidentin Heike Peper im Namen des Kammervorstandes willkommen geheißen, die in ihrer Begrüßungsrede darauf hinwies, dass die psychotherapeutische Versorgung von geflüchteten und migrierten Menschen schon seit vielen Jahren unzureichend und mangelhaft sei. Durch die große Zahl der im vergangenen Jahr nach Deutschland geflüchteten und vielfach traumatisierten Menschen sei der Handlungsbedarf noch dringlicher geworden. Seelische Gesundheit sei eine



Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 5. Hamburger Psychotherapeutentages

wesentliche Bedingung für Integration und Teilhabe. Als Profession sollten wir deshalb deutliche Impulse setzen.

Spannende Vorträge

Der Vormittag begann mit dem Vortrag „(Un-)Willkommen – Integrationsvor-

stellungen und Mitgliedschaftsbedingungen der deutschen Mehrheitsbevölkerung“ von MA Soz. Madlen Preuß. Anhand der Studie „ZuGleich“ zeigte sie den Shift der Meinungen und Haltungen zu Fragen von Diversität und Integration in den vergangenen zwei Jahren.



Dipl.-Psych. Fatih Güç, Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu

Der zweite Referent des Vormittags, Dipl.-Psych. Fatih Güç, hat bereits mehrere Publikationen zu transkultureller Psychotherapie veröffentlicht. Nach kenntnisreichen Ausführungen zu Werten und Moralvorstellungen, insbesondere zum Begriff der Ehre, in islamisch geprägten Kulturen, beschrieb er zwei Behandlungsstunden mit einer Patientin, die im Konflikt zwischen der ihr zugeordneten Rolle und Individuationswünschen selbstdestruktive Symptome entwickelt hatte.

Den Abschluss des Vormittags bildete der Vortrag von Carolin Böhmg, Juristin

und Referentin der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie gab einen detaillierten Überblick über die rechtlichen und formalen Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Behandlung von geflüchteten Menschen und stellte die Aktivitäten der Kammern, mit denen eine Verbesserung der Versorgung erreicht werden soll, dar.

Die Präsentationen sowie weiterführende Informationen zu den Vorträgen finden Sie auf der Homepage www.ptk-hamburg.de.

Anregende Workshops

In den insgesamt sechs Workshops am Nachmittag wurde das Tagungsthema in verschiedenen Aspekten beleuchtet. Deren Ergebnisse wurden in der Abschlussrunde noch einmal zusammengetragen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Hamburger Psychotherapeutentages meldeten in den Evaluationsbögen zurück, dass die Workshops als besonders gewinnbringend empfunden wurden, da ein reger Austausch mit

den Kolleginnen und Kollegen stattfinden konnte.

Zum Abschluss des Psychotherapeutentages wurde der Appell „Jetzt handeln – damit das gesellschaftliche Zusammenleben gelingen kann!“ verabschiedet. Notwendige fachliche und strukturelle Anforderungen an eine angemessene psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker geflüchteter und migrierter Menschen werden darin aufgeführt und ihre Umsetzung dringend angemahnt. Den Appell, der nach dem Psychotherapeutentag an Hamburger Akteure in Politik und Gesundheitswesen versandt wurde, finden Sie ebenfalls auf unserer Homepage.

Der Vorstand der PTK Hamburg dankt allen Vortragenden, allen Leiterinnen und Leitern der Workshops und allen Teilnehmenden für diesen anregenden und lebendigen Psychotherapeutentag.

HP, BW

Interview mit Dipl.-Päd. Ulrike Ganter: Arbeit mit jungen Geflüchteten

Dipl.-Päd. Ulrike Ganter (UG) ist als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Hamburg im Stadtteil Hamm tätig. Das Interview mit ihr führte Vorstandsmitglied Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu (UMK).

UMK: Seit wann arbeitest du mit jungen Geflüchteten und wie bist du dazu gekommen?

UG: Zur Zeit des Kosovokrieges habe ich begonnen, für Kinder aus Flüchtlingsfamilien Mal- und Spielgruppen anzubieten; ich hatte die Bilder der Flüchtenden im Fernsehen nicht mehr ausgehalten und habe mich damals an das Jugendamt gewandt, die mir dann Kontakt zur Flüchtlingsunterkunft im Billbrookdeich vermittelten. Seit ca. zehn Jahren arbeite ich nun psychotherapeutisch mit Kindern aus Flüchtlingsfamilien und minderjährigen unbegleiteten Jugendlichen.

Wer sind die Vermittler?

Zu Beginn hatte ich Kontakt zur Flüchtlingsberatungsstelle flucht • punkt aufgenommen und die Mitarbeiter*) haben mir Kinder und Jugendliche geschickt, denen es besonders schlecht ging, die sehr belastet waren und deren Situation sehr verzweifelt war. Bis heute arbeite ich mit flucht • punkt zusammen. Mittlerweile fragen Betreuer von Wohngruppen Therapieplätze an; oder Kollegen vermitteln und manchmal schicken Patienten ihre Freunde.

Gibt es besondere Herausforderungen?

Ja, es gibt besondere Herausforderungen; zu Beginn meiner Arbeit ging es häufig um Konditionen der Therapie, z. B. war es auch für Jugendliche schwer, dass Langzeittherapien bewilligt wurden. Dies bedeutete viel Ringen mit der Behörde und Krankenkassen, bis hin zu gerichtlichen Verfahren. Dies

ist mittlerweile kein Problem mehr; jetzt geht es um die Bewilligung der Übernahme von Dolmetscherkosten. Meistens arbeite ich allerdings ohne Dolmetscher oder nur ganz zu Beginn. Die meisten Jugendlichen lernen relativ schnell deutsch und sprechen zusätzlich etwas Englisch oder Französisch. Teilweise liegt es auch an kulturellen Hintergründen ohne Dolmetscher zu arbeiten; so wollen z. B. die meisten somalischen Jugendlichen keine somalischen Dolmetscher, da die somalische „community“ hier in Hamburg sehr eng verwoben ist und sie Ängste haben, dass Informationen über sie weiter gegeben werden.

Aber ich habe es auch erlebt, dass bei unerlässlicher Dolmetschertätigkeit die Kostenübernahme sehr schwierig ist; in einem aktuellen Fall entscheidet sich das zuständige Jugendamt einfach nicht, seit acht Monaten bis heute gibt es keine Entscheidung für die Übernah-

me der Dolmetscherkosten. Das ist für alle Beteiligten eine große Zumutung.

Die spezielle Situation der meisten Jugendlichen ist gekennzeichnet durch ihre unsichere Lebenssituation; zusätzlich zu den schweren Traumatisierungen, die sie sowohl im Heimatland, als auch auf der Flucht erlebt haben. Über Jahre dauert oft das Warten auf Entscheidungen zur Anerkennung ihres Aufenthaltsstatus oder auch das Warten auf das Interview beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; jeder Flüchtling muss dieses Prozedere durchlaufen. Es gibt unglaubliche Hürden, die die Jugendlichen überwinden und aushalten müssen (Zweifel an ihrer Minderjährigkeit, Zweifel an ihren Lebensgeschichten). Die besondere Herausforderung für mich ist das Miterleben und Mitaushalten dieser Hilflosigkeit, die Situation des Wartens. Eine große emotionale Herausforderung für mich ist auch von den Ungeheuerlichkeiten zu erfahren; damit konfrontiert zu sein, was diese Jugendlichen erlebt und überlebt haben.

Welche Rolle spielen kulturelle Unterschiede beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung?

Zu Beginn einer Therapie spielt es manchmal eine Rolle, dass das Konzept von Psychotherapie in den Herkunftsländern nicht existiert oder sehr anders verstanden wird (wie z. B. Marabouts in Afrika). Es gibt häufig Verunsicherungen, was die Art der Beziehung anbetrifft, manchmal wird von mir erhofft, dass ich ganz real die Mutterrolle einnehme. Bei afghanischen Jugendlichen habe ich es erlebt, dass ich in der Mutterrolle gesehen wurde, die sagen und bestimmen soll, z. B. welchen Beruf er erlernen soll; in Afghanistan bestimmen vorwiegend die Eltern die Berufswahl.

Doch fast alle meine jugendlichen Patienten sind so sehnsüchtig nach Kontakt und Zugehörigkeit, nach gesehen

und verstanden werden, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung nicht schwer ist. Gleichzeitig gibt es natürlich auch Jugendliche, die durch die traumatischen Ereignisse, die sie erlebt haben, fast alles Vertrauen in andere Menschen verloren haben, hier dauert der Aufbau der therapeutischen Beziehung länger und scheitert auch manchmal. Selbstverständlich gehört auch dazu, dass kulturelle Unterschiede in der Therapie immer wieder zur Sprache kommen und ich mich interessiere, diese akzeptiere (wie Religion, Familie, Moralvorstellungen) und mich auf ganz andere Vorstellungen einlasse.

Brauchen wir neue Konzepte über unsere westliche „Psychotherapie“ hinaus?

Grundlegend gleich ist selbstverständlich die Wichtigkeit der Entwicklung einer stabilen sicheren therapeutischen Beziehung, und der therapeutische Raum als möglicher sicherer Ort. Darüber hinaus benötigen wir in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen sowieso viel mehr Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Patienten in die Behandlung. Nach meiner Erfahrung gilt dies verstärkt bei geflüchteten Jugendlichen: Die Begegnung mit mir als „gutem Objekt“ ist nicht nur an Raum und Wort gebunden, sondern sollte erweitert werden.

Die wichtigsten Parameter ergeben sich aus der akuten Not der Betroffenen, die auf konkrete Unterstützung angewiesen sind; das heißt, man muss sehr eng mit allen Hilfsorganisationen zusammenarbeiten und auch bereit zu konkreter Intervention sein. Nicht Entscheidungen treffen, aber aktiv mitgehen, erklären für den Jugendlichen, wenn er oder sie das nicht kann. So begleite ich z. B. Jugendliche zu den Anhörungen beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, wenn sie es wünschen.

Wo sind in der bürokratischen Organisation Hindernisse, aber auch Hilfen?

Die Hindernisse durch die Bürokratie habe ich ja schon benannt, das lange Warten auf Entscheidungen und einen gesicherten Aufenthalt. Darüber hinaus werden Berichte für die Gutachter auch noch zum Begutachten zum medizinischen Dienst geschickt. Der Datenschutz ist damit nicht wirklich gesichert.

Musstest du bei den Behandlungszielen umdenken?

Ich musste nicht umdenken, jedoch die Behandlungsziele erweitern. So erlebe ich mich häufig als Vermittlerin zwischen den Kulturen, erkläre, wie diese Gesellschaft „funktioniert“.

Das entscheidend Andere ist die „Bearbeitung“ der inneren Beziehung zu den Eltern: die erzwungene Trennung und der Verlust der Eltern, die Sehnsucht nach den Eltern, das Verantwortungsgefühl der Familie gegenüber, die noch im Krieg und in Bedrohung lebt, da geht es nicht nur um Ablösung. Hinzu kommt, dass die meisten Jugendlichen aus Gesellschaften kommen, die nicht das Konzept von Individualität haben wie wir; und es für sie auch kein Ziel ist.

Mein therapeutisches Ziel verstehe ich als „in beiden Kulturen sein zu können“. Das heißt die Ablösung von den Eltern steht nicht im Vordergrund, eher die Differenzierung. Die Möglichkeit anders als die Eltern zu entscheiden und sein zu können, ohne sie zu verletzen, zu verachten oder aufzugeben.

Wie erfolgreich ist deine Arbeit?

Es freut mich immer wieder sehr, wenn in dem Menschen wieder ein Gefühl von Kontinuität, Hoffnung und Vertrauen entsteht, sich das Erleben von Selbstwirksamkeit entwickelt und sich diese jungen Menschen nicht nur ausgeliefert fühlen.

UMK

Trauer um unsere Kollegin Dipl.-Biol. Birgit Grund – ein Nachruf

Unsere Kollegin und unser ehemaliges Mitglied der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg, Dipl.-Biol. Birgit Grund, ist am 13.08.2016 im Alter von 59 Jahren verstorben.

Ein außergewöhnlicher Lebensweg hat ihre psychotherapeutische Arbeit begründet und entwickelt. Als Diplom-Biologin hat sie auf dem Klageweg im Jahre 2005 die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin erstritten, um sich dann nach langjähriger Anstellung in einer Privatpraxis mit dem Schwerpunkt Körperpsychotherapie und Traumatherapie niederzulassen. Seit 2010 hatte Birgit Grund im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft einen halben Kassensitz in Hamburg-Ottensen. Von 2007 bis 2010 war Birgit Grund gewähltes Mitglied der Delegiertenversammlung der Psychotherapeu-

tenkammer Hamburg. Sie engagierte sich in der Gruppe der Kostenerstatter*) und insbesondere in der AG Notfallversorgung. Im Auftrag der Kammer nahm sie an Veranstaltungen zur Psychosozialen Notfallversorgung sowie an Notfallübungen der Stadt teil.

Wir verlieren mit Birgit Grund eine kompetente und zuverlässige Kollegin, die sich für die Belange aller Psychotherapeuten eingesetzt hat. Wir sind dankbar für das ehrenamtliche Engagement von Birgit Grund zum Wohle unseres Berufsstandes. Und wir sind traurig.

Unser Mitgefühl gilt ihren Angehörigen.

Der Vorstand der
Psychotherapeutenkammer Hamburg



Dipl.-Biol. Birgit Grund

Korrektur zum PTJ 3/2016 – Leiter/in des Landesprüfungsamtes

In der letzten Ausgabe berichteten wir von einem Gespräch mit Herrn Henning Plagge des Landesprüfungsamtes der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Bedauerlicherweise ist uns hier ein Fehler unterlaufen: Herr Plagge ist nicht Leiter, sondern Referent des Landesprüfungsamtes. Leiterin ist weiterhin Frau Andrea Sieper. Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen.

Redaktion:

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Ursula Meier-Kolcu, Torsten Michels, Heike Peper, Birte Westermann

4. Tag der seelischen Gesundheit am 29.03.2017 von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer Hamburg

Der 4. Tag der seelischen Gesundheit findet am 29. März 2017

in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Hamburg statt.

(Weidestraße 122B, 22083 Hamburg)

Er steht unter dem Titel

Reife-Prüfungen.

Von Krisen und Bewältigungsstrategien junger Erwachsener.

Bitte notieren Sie sich schon jetzt den Termin.

Es erwarten Sie interessante Vorträge und Workshops!

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax. 040/226 226 089
Internet: www.ptk-hamburg.de
E-Mail: info@ptk-hamburg.de

*) Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde in den mit *) gekennzeichneten Artikeln darauf verzichtet, die männliche und die weibliche Schriftform anzuführen, obwohl die Aussagen selbstverständlich für beide Geschlechter gelten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 3. September hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen den neuen Kammervorstand gewählt, und ich bin sehr glücklich und dankbar über das mir entgegengebrachte Vertrauen der Wählerinnen und Wähler und der Delegierten, die mich zur Präsidentin gewählt haben.



Dr. Heike Winter, Präsidentin

Mit großem Respekt übernehme ich dieses Amt von meinen beiden Vorgängern Jürgen Hardt, 2002-2011, und Alfred Krieger, 2011-2016, die mit großer Kompetenz und Umsicht die Geschicke der Kammer geleitet haben. Dank ihres Engagements begegneten mir bei den ersten Antrittsbesuchen offene Türen und offene Ohren interessierter Ansprechpartner, was die Übernahme der Präsidentschaft sehr erleichtert hat. Kammerarbeit leistet man aber nicht allein, und ich freue mich auf die Arbeit im neuen Vorstand, gemeinsam mit der Vizepräsidentin Else Döring und den Beisitzerinnen und Beisitzern Sabine Wald, Birgit Wiesemüller, Karl-Wilhelm Höffler und Robert Schmidtner. Gemeinsam vertreten wir die Breite der psychotherapeutischen Schulen von Verhaltenstherapie, Psychodynamischer Therapie, Systemischer Therapie bis hin zu Personenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Humanistischen Verfahren. Als Präsidentin werde

ich gemeinsam mit dem Vorstand die Interessen aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Hessen vertreten. Große Unterstützung leistet dabei die sehr gut organisierte Geschäftsstelle mit Olaf Diederichs, dem neuen Justitiar und Geschäftsführer, Horst Kuhl, dem kaufmännischen Leiter, den Geschäftsstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern Judith Schäfer, Inka Gruhne, Adeline Sturn, Petra Bohanka und Mathias Rittgen sowie der wissenschaftlichen Referentin Dr. Wiebke Broicher. Ohne sie wäre die Kammer gar nicht denkbar und die vielfältigen Aufgaben nicht zu bewältigen.

Mit dem nun vorliegenden Arbeitsentwurf zu den Eckpunkten der Psychotherapeutenausbildung aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat auch sofort die inhaltliche Arbeit des neuen Vorstands begonnen, und wir werden uns dafür stark machen, dass der Prozess möglichst zügig voranschreitet. Daneben werden uns die Veränderungen in der Psychotherapierichtlinie mit Sprechstunden, Akutversorgung und Veränderungen in der Beantragung von Psychotherapie sowie die neue Bedarfsplanung durch den G-BA beschäftigen. Ein weiteres wichtiges Thema stellt die tarifliche Eingruppierung der angestellten Mitglieder dar, und wir werden uns für eine angemessene Vergütung einsetzen. Es gibt eine Menge zu tun, und ich freue mich auf die anstehenden Herausforderungen und Aufgaben.

Zunächst aber wünsche ich Ihnen allen frohe Weihnachtsfeiertage und ein glückliches, gesundes und erfolgreiches Neues Jahr.

Mit herzlichen Grüßen

Heike Winter
Präsidentin

Der neue Vorstand stellt sich vor

Die neu gewählten Vorstandsmitglieder möchten sich den Kammermitgliedern gern persönlich vorstellen und dabei einen Einblick in ihren beruflichen Werdegang und ihre politischen Schwerpunkte geben.

Dr. Heike Winter

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT); Jahrgang 1960, verheiratet, eine Tochter. Studium der Psychologie an der Philipps-Universität Marburg, Promotion zum Thema „Posttraumatische Belastungsstö-

rung nach Verkehrsunfällen“ bei Prof. Dr. Anke Ehlers an der Georg-August-Universität Göttingen. Psychotherapieausbildung (VT).

Berufliche Tätigkeit in der Klinischen Rehabilitation in Bad Wildungen, als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen eines DFG-Projekts „Posttraumatische Belastungsstörungen nach Verkehrsunfällen“ an der Universität Göttingen, als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Therapiefor-

schung (IFT) München in den Bereichen Sucht-Präventionsforschung und Aus-, Fort- und Weiterbildung. Seit 2000 wissenschaftliche Geschäftsführerin des Ausbildungsprogramms Psychologische Psychotherapie an der Universität Frankfurt und niedergelassen in eigener Praxis in Offenbach. Anerkannte Supervisorin und Dozentin, stellvertretende Vorsitzende der staatlich benannten Prüfungskommission Hessens für Psychologische Psychotherapeuten (VT). Seit 2011 Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen.

Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Deut-

sche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM), Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), Frankfurter Bündnis gegen Depression.

Stellvertretende Vorsitzende des Dachverbands der universitären Ausbildungsinstitute (<unith>), Sprecherin des Verbundes VT-Institute in Hessen (VTiH).

„Berufspolitisch liegt mir besonders ein gutes Gelingen der Ausbildungsreform am Herzen, aber auch eine Verbesserung der Bedingungen für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie die Verbesserung der Stellung angestellter Kolleginnen und Kollegen. Politisch halte ich es für wichtig, dass die Kammer sich überall dort einmischt, wo es um die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen geht. Dabei muss auch der Bereich der Prävention von psychischen Erkrankungen gefördert werden. Nicht zu vergessen den großen Bereich körperlicher Erkrankungen, bei denen mittels psychischer Faktoren Verbesserungen bewirkt werden können. Als Präsidentin setze ich mich für eine gute Vertretung der Psychotherapie in allen gesellschaftlichen und politischen Kontexten ein, in denen die Kammer mitwirken kann.“

Else Döring

Ich bin 1952 auf der Schwäbischen Alb geboren. Dort habe ich auch die Schule besucht. In Berlin studierte ich Psychologie und habe dort bis 1998 gelebt und gearbeitet. Ich bin seit 15 Jahren verheiratet.



Else Döring, Vizepräsidentin

Meine berufliche Tätigkeit begann ich als freiberufliche Psychotherapeutin. Ich führte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie finanziert durch das BSHG in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt durch. Im Legasthenie-Zentrum war ich angestellt und führte Gruppen- und Einzeltherapie mit Kindern durch. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin arbeitete ich in einer Kinderklinik auf einer psychosomatischen Station. Nach der Wende nahm ich eine Stelle im ehemaligen Ostteil Berlins an. Ich war u. a. als Kita-Beraterin in Berlin-Marzahn tätig. In der Brandenburg-Klinik, einer Reha-Klinik, war ich Psychologin im Bereich der orthopädischen Reha.

Berlin verließ ich, weil mein Mann eine Professur an der Fachhochschule in Frankfurt bekam. Heute bin ich in Frankfurt als Psychologische Psychotherapeutin und KJP (VT) niedergelassen.

Die Vorgänge um meine KV-Zulassung, die ich als ungerecht erlebte, trugen dazu bei, dass ich mich berufspolitisch engagierte. Ich trat deshalb in Frankfurt in den DPtV ein und war seit 1999 kooptiertes Mitglied des Landesvorstands. Als GwG-Mitglied und ausgebildete Gesprächspsychotherapeutin und Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen engagierte ich mich dort für die Methodenvielfalt.

Seit 2000 bin ich Mitglied im Landesvorstand des DPtV (Deutscher Psychotherapeutenverband) Hessen und Bundesdelegierte des Verbandes. Nach der Fusion der beiden Berufsverbände Vereinigung und Deutscher Psychotherapeutenverband wurde ich 2007 zur Landesvorsitzenden des DPtV Hessen gewählt. Dieses Amt habe ich seither inne.

2006 wurde ich als Delegierte in die Kammer Hessen gewählt. Ich arbeitete im QS-Ausschuss und als Stellvertreterin im Ausschuss Beschwerde und Schlichtung mit.

In der nächsten Legislaturperiode der Kammer, die 2011 begann, war ich im

Finanzausschuss tätig und Mitglied im Gemeinsamen Beirat.

„In dieser Legislaturperiode wird die Reform der Psychotherapieausbildung die Kammer beschäftigen. Ich finde es sehr wichtig diesen Prozess kompetent zu begleiten, um eine Sicherung des Berufstandes zu erreichen. Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie wird für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen weitreichende Folgen haben. Die Einführung der Sprechstunde und die Erreichbarkeit, sowie die Veränderung des Bewilligungsverfahrens machen organisatorische Veränderungen in den Praxen nötig. Dafür wollen wir vonseiten der Kammer Hilfen geben.“

Sabine Wald

Dipl.-Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP), Studium der Psychologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin am Seminar für psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung Rhein-Main e. V.

Berufliche Tätigkeit in der Jugendhilfe sowie in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Supervisorin in der Kinder- und Jugendhilfe, Dozentin in der Ausbildung von PP und KJP und in der fachärztlichen Weiterbildung.

Vorstandsmitglied der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung Hessen, seit 2011 Delegierte in der Psychotherapeutenkammer, bis 2016 Mitglied in den Ausschüssen „Psychotherapie in Institutionen“ und „Wissenschaft und Forschung“.



Sabine Wald

„Im Rahmen meiner Schwerpunktsetzungen im Vorstand der hessischen Psychotherapeutenkammer möchte ich mich dafür einsetzen, dass PsychotherapeutInnen in Ausbildung künftig unter verbesserten Ausbildungsbedingungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen qualifiziert werden. Um die Integration der PiA in der Kammer weiter zu befördern, sollen PiA in den Kammerausschüssen beteiligt sein können und ein enger Austausch mit den Institute- und Landessprechern über die wesentlichen Belange von PiAs und den Ausbildungsbedingungen erfolgen. Darüber hinaus möchte ich die Einrichtung eines Ausschusses für Versorgungsfragen initiieren, der dazu beitragen soll, die Qualität der Versorgung von psychisch belasteten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Hessen zu verbessern, und fachlich begleiten. Ein weiteres Schwerpunktthema stellt der Bereich Forensischer Sachverständigentätigkeit dar. Hier ist es erforderlich, noch deutlicher auf die psychotherapeutische Fachkompetenz in diesem Arbeitsfeld hinzuweisen und eine länderübergreifende einheitliche Ordnung zur Qualifikation forensischer Sachverständiger festzulegen.“

Birgit Wiesemüller

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Jahrgang 1959, verheiratet, 2 Kinder.

Studium der Psychologie an der Universität Gießen. Ausbildung in Verhaltenstherapie und Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie.

Als Psychologische Psychotherapeutin niedergelassen in Offenbach am Main.



Birgit Wiesemüller

Geschäftsführerin der „Hessischen Akademie für integrative Psychotherapie“ in Hanau und Lehrbeauftragte und Dozentin an Hochschulen und Ausbildungsinstituten.

Seit 1996 verbandspolitisch engagiert. Derzeit 1. Vorsitzende der „Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung“ (GwG) und Vorstandsmitglied der „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie“ (AGHPT).

Berufspolitisch seit 2006 in der PTK Hessen für die Liste QdM (Qualität durch Methodenvielfalt) und seit 2011 in der BPtK aktiv.

In der PTK Hessen von 2006 bis 2011 Mitglied des Ausschusses Wissenschaft und Forschung, von 2011 bis 2016 Delegierte, Mitglied des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung und stellvertretendes Mitglied des Prüfungsausschusses Gesprächspsychotherapie.

Auf Bundesebene seit 2011 Mitglied des Deutschen Psychotherapeutentages, seit 2012 Mitglied der Kommission Zusatzqualifizierung und seit 2015 Mitglied der UAG stationäre Weiterbildung im Rahmen des Projekts Transition (Ausbildungsreform).

„Ich setze mich für Verfahrens- und Methodenvielfalt und das gleichberechtigte Miteinander aller psychotherapeutischen Grundorientierungen ein. Um eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung gewährleisten zu können, brauchen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung in allen wissenschaftlichen Verfahren. Die Ausbildungsreform bietet die Chance, die Aus- und Weiterbildung für weitere wissenschaftlich begründete Verfahren und Methoden zu öffnen und unseren Beruf entwicklungs- und damit zukunftsfähig zu machen.“

Es ist mir ein besonderes Anliegen, die Humanistische Psychotherapie inkl. Gesprächspsychotherapie und die Systemische Psychotherapie in der

Ausbildung und Weiterbildung zu stärken, damit die psychotherapeutische Versorgung noch weiter verbessert wird.“

Karl-Wilhelm Höffler

Jahrgang 1959, Dipl.-Psych., PP mit der Fachkunde VT, verheiratet, zwei Kinder. Studium am Psychologischen Institut der Universität Mainz. VT-Ausbildung in Heidelberg bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)/ Fern-Universität Hagen.

Psychotherapeutische Arbeit und Engagement im Qualitätsmanagement der ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz AG, Bad Kreuznach (rheumatologische Ambulanz, Akutklinik, Reha-Klinik). Arbeit im Rahmen der Psychotherapieausbildung in Hessen und für Selbsthilfegruppen im Rhein-Main-Gebiet. Überregional tätig als KTO-Visitor (Zertifizierung des Qualitätsmanagements von Reha-Einrichtungen mit dem KTO-Reha-Verfahren).

Berufspolitisch engagiert von 1997 bis 2001 im Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (einer Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie des BDP) und seit 2006 für die Liste VT-AS in der Delegiertenversammlung der hessischen Kammer. Mitglied des Kammervorstands in der Wahlperiode 2011 bis 2016 mit dem Schwerpunkt der Vertretung der Angestelltenbelange und mit dem Ressort Finanzen. Sprecher der DGVT in Hessen.

Mitglied im Ortsgemeinderat Langensheim für die GRÜNEN und bei ver.di.



Karl-Wilhelm Höffler

„Ich möchte einerseits die Freiheit der Berufsausübenden erhalten und ausbauen, andererseits dazu beitragen, dass für die KlientInnen Psychotherapie in hoher Qualität erbracht wird. Es ist eine wichtige Aufgabe, die Psychotherapie zwischen diesen beiden Polen zu entwickeln. Mein Schwerpunkt in der Vorstandsarbeit der hessischen Psychotherapeutenkammer liegt im Arbeitsfeld „Psychotherapie in Institutionen“ (Psychiatrie, Akutkliniken, Reha-Einrichtungen, Beratungseinrichtungen u. v. m.). Dabei will ich deutlich machen, dass PsychotherapeutInnen sowohl in der kurativen Tätigkeit wie auch in Prävention und Rehabilitation eine wichtige und notwendige Aufgabe erfüllen, die besonderen Respekt und Anerkennung verdient. Dieser Respekt und diese Anerkennung müssen für die Kolleginnen und Kollegen konkret erfahrbar sein durch ihre Stellung im diagnostischen und therapeutischen Prozess der Einrichtung, im Organigramm der Einrichtung und durch eine entsprechende Vergütung der Tätigkeit.“

Robert Schmidtnr

Jahrgang 1968, Dipl.-Psych., PP, feste Partnerschaft, zwei Kinder. Studium der Psychologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Ausbildung in Ver-

haltenstherapie am Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie an der JLU Gießen. Ausbildung zum Supervisor am IFT (Institut für Therapiefor-schung) München.

Berufliche Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie an der JLU Gießen, als Bezugstherapeut und leitender Psychologe in verschiedenen Therapieeinrichtungen der Suchtkrankenhilfe angestellt, 2007 bis 2009 im Jobsharing tätig, seit 2010 Niederlassung in eigener Praxis in Limburg und seit 2015 in Wetzlar, Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter an verschiedenen staatlich anerkannten Weiterbildungsinstituten.

Von 2011 bis 2016 stellvertretender Vorsitzender im Finanzausschuss, seit



Robert Schmidtnr

2012 Delegierter im PVW (Psychotherapeuten Versorgungswerk), seit 2016 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen.

„Innerhalb meiner Kammertätigkeit möchte ich meine Schwerpunkte den Bereichen Niederlassung, sozialrechtliche Fragestellungen, Psychotherapeuten in Ausbildung, Neuapprobierte und dem Gebiet der Forensik widmen. Gerade im Hinblick auf die Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten wird es in den kommenden Jahren zu einschneidenden Veränderungen kommen. Hier möchte ich mich für die Belange der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer einsetzen, damit der bisher hohe Ausbildungsstandard gewahrt bleibt und entsprechende Neuerungen sinnvoll umgesetzt werden. Ebenso soll vonseiten der Kammern für die Neuapprobierten eine kontinuierliche Begleitung im weiterführenden Berufsleben angeboten werden. Für eine entsprechende Unterstützung der jungen Kollegen möchte ich mich engagieren. Weiterhin strebe ich nach einer besseren Vernetzung zwischen der Kammer und einzelnen Bereichen der KV, damit auch dort eine starke psychotherapeutische Präsenz ihren Platz findet.“

Der Vorstand der 3. Wahlperiode verabschiedet sich

Am 2.9.2016 tagte im Hotel Oranien in Wiesbaden die letzte Delegiertenversammlung der dritten Legislaturperiode der Hessischen Psychotherapeutenkammer. Mit persönlichen Resümees verabschiedeten sich die Vorstandsmitglieder.

Der aus dem Amt scheidende Präsident **Alfred Krieger** sprach über die Transparenz- und Partizipationsideen aus dem „Geisenheimer Manifest“¹, die ihn in seinen Entscheidungen geleitet hätten. Es sei ihm stets wichtig gewesen, Konfliktlinien zu benennen, um den Produktionsprozess von Entscheidungen zu begreifen und Handlungen daraus ableiten zu können. Er

betonte, dass aus der Verfahrensvielfalt oft Sinnstiftendes entstanden sei. Alfred Krieger schloss mit der Hoffnung, dass die Mitglieder die Kammer als „ihre Kammer“ erleben könnten, auch wenn die Mitgliedschaft verpflichtend sei.

Die ehemalige Vizepräsidentin und jetzt amtierende Präsidentin **Dr. Heike Winter** benannte als Herzstück ihrer Arbeit in der zurückliegenden Legislaturperiode die Reform des Psychotherapeutengesetzes. Weitere wichtige Themen seien die psychosoziale Notfallversorgung, das Thema Gewaltprävention in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Ministerium für Soziales

und Integration sowie die manchmal mühsame Lobbyarbeit gewesen. Diese habe teils „ganz an der Basis des Kenntnisstands über unseren Beruf“ beginnen müssen. Es sei aber „gelingen, viele Türen einen Spalt weiter zu öffnen“. Eines ihrer Ziele sei gewesen, die Identifikation der Mitglieder mit „ihrer“ Kammer zu erhöhen und diese nicht als Kontrollorgan sondern als Hilfsstelle erlebbar zu machen. Auch dies sei an vielen Stellen gelungen und

¹ Im sog. „Geisenheimer Manifest“ wurden 2006 von der damals amtierenden Delegiertenversammlung der hessischen Psychotherapeutenkammer Grundsätze der Kammerarbeit festgehalten: <http://ppkjp.de/wp-content/uploads/2013/05/Geisenheimer-Manifest.pdf>

habe ihr ebenso wie die sehr erfolgreiche Veranstaltungsorganisation viel Freude bereitet.

Birgit Pechmann hob als Vertreterin der psychodynamischen Listen in ihrem Resümee den Charakter der Verfahrensvielfalt hervor, den die Koalition der dritten Legislaturperiode gehabt habe. Die Zusammenarbeit sei manchmal mühsam gewesen, oft aber auch fruchtbar. Diskussionsthemen, an denen sich dies gezeigt habe, seien die Einbindung der PiA in die Kammer, die Ausbildungsreform sowie die Änderung der Berufsordnung gewesen.

Karl Wilhelm Höffler bedankte sich unter anderem bei den Mitarbeitern der Geschäftsstelle für ihre Arbeit, hier besonders bei dem Geschäftsführer Johann Rautschka-Rücker. Sein Dank ging auch an die Vorstandskollegen und an Alfred Krieger, der „sein Amt als Präsident mit Format sehr gut erfüllt“ habe sowie an den PTI Ausschuss, Heike Winter und seine „politische Familie“ VT-AS. Den psychodynamischen Kollegen dankte er für das wertvolle Mitdenken gesellschaftlicher und politischer

Rahmenbedingungen, was er als große Bereicherung erlebt habe.

Prof. Ulrich Müller erinnerte in seinem Resümee an DV-Vorveranstaltungen, in denen immer wieder eine Übersetzung zwischen den Verfahren nötig gewesen und auch gelungen sei. Als besonders fruchtbar habe er diesbezüglich auch die Arbeit der KJP AG erlebt. Prof. Müller machte noch einmal auf die Diskussion um die Digitalisierung im Bereich der Psychotherapie aufmerksam, v. a. die Risiken seien größer als bisher aufgezeigt. Er hoffe, die Kammer beschäftige sich weiter mit diesem Thema, und auch mit dem Thema „Datenschutz“.

Yvonne Winter äußerte ihre hohe Zufriedenheit mit ihrer Arbeit im Beschwerde- und Schlichtungsausschuss, in der Forensikkommission, in der Redaktion für die Hessenseiten im PTJ, und in den Ressorts Öffentlichkeitsarbeit und Datenschutz, auch wenn die Arbeit anfangs zuweilen wie „Hochsprung aus dem Stand“ gewesen sei.

Ariadne Sartorius machte in ihrem Resümee darauf aufmerksam, dass viele

Probleme der PiA ungelöst geblieben seien. Sie hoffe, dass sich der neue Vorstand diesem Bereich annehmen werde.

Aus dem Vorstand verabschiedeten sich: Ariadne Sartorius, Alfred Krieger, Birgit Pechmann, Ulrich Müller und Yvonne Winter.

Elf Delegierte wurden durch Alfred Krieger und Dr. Heike Winter verabschiedet: Rainer Gutjahr, Urban Leim-Frübis, Hedwig Blume, Michael Ruh, Stephan Stanko, Prof. Dr. Frank Dammasch, Ilka Heunemann, Ralph Wohlfarth, Martin Franke, Manfred Burkhard, Tilo Silwedel.

Ein detaillierter Tätigkeitsbericht über die gesamte Wahlperiode ist den Mitgliedern der hessischen Psychotherapeutenkammer zugestellt worden und auch online einzusehen unter: <http://lppkjp.de/wp-content/uploads/2016/08/T%C3%A4tBe-ohne-GS.pdf>.

Wiebke Broicher

III

Gutachten im Familienrecht – Juristen und Psychotherapeuten im Gespräch

Die Psychotherapeutenkammer Hessen setzte ihre in 2010 begonnene Tradition der interdisziplinären Kammerge-spräche zwischen Juristen und Psychotherapeuten fort. Im September 2016 fand das dritte juristische Fachgespräch zwischen Richtern und Psychotherapeuten statt.

Beim diesjährigen Treffen in Frankfurt ging es um Sachverständigengutachten im Familienrecht. Aktueller Anlass waren die im September 2015 von der „Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten 2015“ veröffentlichten Mindeststandards zur Qualitätssicherung. Begleitet wird diese Arbeitsgruppe vom Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. Teilnehmende Gäste waren neben der Forensikkommission der Psychotherapeutenkammer Hessen neun Richter aus dem Familienrecht so-

wie acht Psychotherapeuten, die als forensische Sachverständige tätig sind.

In der Begrüßung betonte Yvonne Winter, dass es in der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen gelegentlich zu Missverständnissen aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen komme. Die Fachgespräche sollen den Austausch über die unterschiedlichen Sichtweisen und Regelungssysteme innerhalb der Berufsgruppen fördern. Die Verbesserung der „Übersetzung“ dient auch der Einhaltung fachlich-wissenschaftlicher Qualitätsstandards von Gutachten. Hierfür engagiert sich die Psychotherapeutenkammer Hessen seit Jahren.

Dr. Mustafa Özcan, Mitglied der Forensik-Expertenkommission und anerkannter Sachverständiger für Familienrecht,

führte in das komplexe Thema ein. Familienrechts-Gutachten stellen eine Besonderheit innerhalb der Sachverständigentätigkeit dar, weil sie immer eine Begutachtung von mindestens drei Personen erforderten. Hinzu kämen meist noch andere Verwandte und ein soziales Netzwerk von nahen und weiter entfernten Personen. Häufig befänden sich die Eltern in einem Trennungsprozess, was zu einer entsprechenden Dynamik in dem Familiensystem führe.

Das neue Gesetz zur Änderung des Sachverständigenrechts (BR-Drs.-Nr.: 465/16) tritt zum 1.1.2017 in Kraft. Es regelt nicht nur, dass besonders qualifizierte Sachverständige familiengerichtliche Gutachten erstellen sollen, sondern enthält zur Verfahrensbeschleunigung einen neuen Rechtsbehelf, mit dem gegen Verfahrensverzögerungen vorgegangen werden

kann. Die anwesenden Sachverständigen hielten eine Frist von drei Monaten für zu kurz, da häufig Terminvereinbarungen mit mehreren Personen getroffen werden müssten, und es nicht zumutbar sei, Kinder oder Jugendliche zwei- bis dreimal pro Woche dafür einzuplanen.

Zum Abschluss, nach einer dreistündigen lebhaften und angeregten Diskus-

sion, waren sich die Anwesenden einig, wie aufschlussreich es gewesen sei, die Arbeitsweise, das Vorgehen und auch die Schwierigkeiten der anderen Seite kennenzulernen. Es gab den Wunsch, diese Runde in sieben bis neun Monaten zu wiederholen, damit die Beteiligten im Austausch bleiben und die Auswirkungen des neuen Sachverständigengesetzes gemeinsam erörtern

können. Ferner wurde angeregt, einen solchen interdisziplinären Austausch durch die Psychotherapeutenkammer Hessen auch in Kassel auszurichten, um dort eine bessere Vernetzung anzubahnen. Einen ausführlichen Bericht finden Sie auf unserer Homepage unter: http://lppkjp.de/wp-content/uploads/2016/11/Bericht_Round_Table_Gespraech_FamRecht_Gutachten_021116.pdf.

Yvonne Winter

Die Kammer begrüßt ihren neuen Geschäftsführer Olaf Diederichs



Olaf Diederichs

Herrn Johann Rautschka-Rücker ab, der Ende des Jahres in den Ruhestand ein-

treten wird. Die LPPKJP Hessen begrüßt Herrn Olaf Diederichs als ihren neuen Geschäftsführer, der im November 2016 seine Tätigkeit aufgenommen hat. Er löst damit den langjährigen Geschäftsführer

Herrn Johann Rautschka-Rücker ab, der Ende des Jahres in den Ruhestand ein-

treten wird. Herr Diederichs ist Jahrgang 1975, Jurist, verheiratet, drei Kinder. Sein Studium der Rechtswissenschaften absolvierte er an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, das Referendariat am Landgericht Münster. Er hat eine berufsbegleitende Weiterbildung zum Fachanwalt für Medizinrecht absolviert.

Zunächst war Herr Diederichs als Rechtsanwalt in einer mittelständischen medizinrechtlichen Kanzlei in Hamm/Westfalen im Bereich der Arzt-

haftung tätig, anschließend als Referent in der Rechtsabteilung der KV Westfalen-Lippe. Zuletzt war er stellvertretender Leiter der Abteilung Sicherstellung der KV Rheinland-Pfalz. „Ich möchte die erfolgreiche Arbeit meines Vorgängers fortsetzen und die Serviceorientierung der Kammer gemeinsam mit meinen Mitarbeitern weiter voranbringen. Mein Ziel ist es, die Kammerinteressen in der politischen Diskussion erfolgreich zu vertreten.“

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Sigrid Czabon, Frankfurt
Karl Georg Hasenauer, Hofbieber
Hannelore Lüttges-Schifferdecker,
Darmstadt

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Dr. Wiebke Broicher

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Bericht der dritten Kammerversammlung dieser Wahlperiode am 5. November 2016

Am 5. November fand die dritte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Vierunddreißig der vierzig Mitglieder der Kammerversammlung, die Geschäftsführung, mehrere Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle sowie als Gäste Herr Dr. Horn als Vertreter des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung und Frau Prof. Vocks als Vertreterin der Hochschulen waren anwesend.

Zunächst ging Herr Dr. Horn in seinem Grußwort auf das neue Heilkammergesetz, die geplante Verabschiedung einer neuen Reisekostenordnung sowie den aktuellen Stand der Diskussion um die Direktausbildung ein.

Vorstandsbericht und Aussprache

Anschließend behandelte der von allen Vorstandsmitgliedern entsprechend ihrer Arbeitsschwerpunkte vorgetragene Vorstandsbericht die Themen:

- Arbeit und Arbeitsstruktur des Vorstands
- Weiterentwicklung der Geschäftsstelle
- Veranstaltungsplanung 2017
- Ergebnisse der Umfragen zur Psychosozialen Notfallversorgung und zur interkulturellen Psychotherapie
- Frauen in der Berufspolitik
- Versorgungsstruktur suchtkranker Menschen in Niedersachsen
- Stand Fortentwicklung Musterhandbücher Qualitätsmanagement
- Entgeltverordnung TVöD und die Aktivitäten des Vorstands hierzu
- Eckpunktepapier des Bundesminis-

teriums für Gesundheit zur Direktausbildung.

In der anschließenden Diskussion wird zudem das Thema der weiter zunehmenden Ungleichverteilung der Geschlechter in der Profession aufgegriffen. Hierauf will der Ausschuss Nachwuchsförderung zukünftig einen seiner Schwerpunkte setzen. Bei der Aussprache zur Direktausbildung wurde u. a. deutlich, dass die Interessen der psychologischen Fakultäten nach weitgehendem Erhalt ihrer Studiengänge im bisherigen Umfang auch nach Etablierung einer Direktausbildung Psychotherapie nicht in allem mit den Interessen der Profession nach wissenschaftlich qualifizierter, praxisnaher und die Methodenvielfalt erhaltender Ausbildung deckungsgleich sind.

Neue Homepage

Zwei Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, Frau Sieb und Frau Walz, stellten anschließend die neue Homepage vor, die zu Beginn des kommenden Jahres freigeschaltet werden soll. Die AG Öffentlichkeitsarbeit hatte in mehreren Sitzungen zusammen mit externem Sachverstand die Struktur und das Layout entwickelt, das nun feststeht. Es ist eine deutlich ansprechendere Homepage entstanden, die auf allen Endgeräten gleich gut aufrufbar sein wird und durch Aktualität und Übersichtlichkeit die Information der Kammermitglieder



v. l. Roman Rudyk, Götz Schwöpe

(Fotos: PKN)

und der Öffentlichkeit grundlegend verbessern wird. Gegenwärtig werden alle bisherigen Inhalte überarbeitet und viele Informationen neu erstellt. Bei dieser zeitintensiven Aufgabe werden auch die Ausschüsse und die Kammerversammlungsmitglieder mit einbezogen werden.

Finanzen

Der vom Finanzausschuss eingebrachte Haushaltsplan sowie die geplante Änderung der Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung wurden mit großer Mehrheit verabschiedet.

Themenauswahl aus den Berichten der Ausschüsse und Kommissionen

Bei dem Bericht des Ausschusses Berufsordnung und Berufsethik wird nochmals das Thema des zurückliegenden Niedersächsischen Psychotherapeutentages „Online-Therapie“ diskutiert. Es bestand Einigkeit darin, dass über die am Psychotherapeutentag diskutierten Fragen zu Art und Bedeutung

der Beziehung in Online-Therapien hinaus die Profession dabei gefragt ist, Rahmenbedingungen zu definieren, unter denen Online-Therapieangebote als sinnvoll und qualitativ abgesichert angesehen werden können. Aus dem Ausschuss Psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung wird berichtet, dass noch weiterer Diskussionsbedarf bestehe bezüglich der geplanten Änderungen der Weiterbildungsordnung. Der Ausschuss Nachwuchsförderung berichtet u. a. von seinen Bestrebungen, die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer und die Kammer besser miteinander zu vernetzen. Die Kommission Angestellte befasste sich u. a. mit für angestellte Kolleginnen und Kollegen rechtlich relevanten Fragen und wird die Ergebnisse auf der neuen

Homepage einpflegen. Die KJP-Kommission berichtet von dem geplanten Fachtag „Psychotherapie im Kontext von Trennung und Scheidung“, der am 15.09.2017 stattfinden wird.

Neuberechnung der Delegiertensitze des Deutschen Psychotherapeutentages

Der am kommenden DPT zur Diskussion stehende Entwurf zur Neuberechnung der Delegiertensitze wird dargestellt und kontrovers diskutiert. Dieser von einer vom DPT eingesetzten Kommission entwickelte Entwurf sieht in Kurzfassung vor, dass der DPT ab 2018 auf 120 Sitze begrenzt wird, jede Kammer zwei Basissitze erhält und alle weiteren Sitze nach dem Hare-

Niemeyer-Verfahren vergeben werden. Zudem sollen bei der Berechnung der Sitze nur noch die Kammermitglieder zählen, für die auch ein Beitrag an die BPtK entrichtet wird. Bei der Erstellung eines Meinungsbildes sprechen sich zwölf Mitglieder gegen die Übernahme dieses Vorschlags aus. Sieben sind dafür, 13 enthalten sich.

Die Kammerversammlung war von einer sehr konstruktiven Diskussionskultur geprägt, in der auch kontroverse Themen offen benannt wurden, wobei der zeitliche Rahmen naturgemäß eine Vertiefung oft nur sehr begrenzt zuließ.

Roman Rudyk,
Präsident

5. Niedersächsischer Psychotherapeutentag in Hannover am 16. September 2016

„Internettherapie und die psychotherapeutische Beziehung“

Online-Therapieangebote sind ein aktuelles Thema auch für die Psychotherapie: Viele neue Programme und Apps kommen derzeit auf den Markt und beinhalten einiges, von Erstberatung über Anschlussprogramme nach einer Psychotherapie oder Rehabilitation bis hin zu kompletten psychotherapeutischen Programmen. Viele große Krankenkassen bieten solche Zusatzangebote bereits an, und auch die Medien befassen sich mit diesem Thema intensiv. So titelte der Spiegel (Ausgabe 36/2016) „Wie Computer und Roboter uns die Arbeit wegnehmen und welche Berufe morgen noch sicher sind“. Auch der medizinische Bereich wurde hier betrachtet und dargestellt, welche Formen digitaler Diagnostik aktuell schon machbar wären. Insbesondere Diagnostik, die Datenbanken mit Zigtausenden Informationen nutzen kann, z. B. bei einem Bildabgleich bei Hautveränderungen, könnte bald schon dem menschlichen Diagnostiker überlegen sein, so die These. Auch Patientinnen und Patienten, die auf der Suche nach einem Psychotherapieplatz sind, stoßen auf virtuelle Möglichkeiten der Behandlung. Dass diese Entwicklung Risiken und Chancen beinhaltet, liegt auf der Hand.

Daher beschäftigte sich der 5. Niedersächsische Psychotherapeutentag am 16. September 2016 in Hannover mit dem Thema „Internettherapie und die therapeutische Beziehung“. Ca. 90 Kammermitglieder trafen sich, um sich zu informieren, auszutauschen und zu diskutieren.

Zunächst stellte Dr. David Daniel Ebert (Erlangen) einen Überblick zum Stand der Forschung vor. Er erläuterte, dass bei bestimmten Diagnosen unter bestimmten Bedingungen Online-Therapie vergleichbar gut wirke wie Face-to-face-Therapie. Dr. Ebert stellte Studien zur Effektivität vor, die auf eine mittlere bis hohe Wirksamkeit hinweisen, wenn auch therapeutischer Support gegeben war. Die Forschung befasste sich bisher meist mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angeboten und Kurzzeittherapien, aktuell würden aber auch mehr Studien zu tiefenpsychologisch fundierten Online-Therapien durchgeführt. Dr. Ebert stellte die Vorteile der Methode vor (z. B. Niedrigschwelligkeit, Erreichbarkeit, Überbrückung von Wartezeiten), stellte aber auch Nachteile dar (z. B. Qualität der Angebote, Durchschaubarkeit für Patienten und Verbraucher, Diagnostik und Indikationsstellung).



Dr. Daniel David Ebert

Im Anschluss mahnte Jürgen Hardt (Wetzlar) zunächst an, dass aus Effektivitäten alleine keine befriedigenden Aussagen über den Sinn einer Therapieform abgeleitet werden könne, sondern, dass es immer auch notwendig sei zu klären, was in einer Therapie wie wirke. In Bezug auf die Ferntherapie untersucht er dies an einem historischen Beispiel, dem Briefwechsel zwischen René Descartes und Elisabeth von der Pfalz im 17. Jahrhundert. Seine Ergebnisse fasst er wesentlich in drei Kritikpunkte: Die für eine Psychotherapie unverzichtbare Diskretion, die das gesprochene, nicht aufgezeichnete Wort

ermöglicht, ist bei einer Verschriftlichung oder einer Speicherung nicht in vergleichbarem Maße zu gewährleisten. Die fehlende Zwischenmenschlichkeit fördert Rationalisierung und macht körperliche Vorgänge niederrangig. Die Übertragungsbeziehung arbeitet mit einer Idealisierung des Therapeuten und bearbeitet diese nicht.



Jürgen Hardt

Im dritten Vortrag beleuchtete Professor Christiane Eichenberg (Wien) insbesondere die Umsetzung von tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapietechniken (TP) mittels Online-Angeboten. Sie stellte den Stand der Forschung vor und zeigte anhand von Beispielen, wie TP im virtuellen Raum funktionieren kann. Der Einfluss der synchronen vs. asynchronen Beziehungsgestaltung sei aus ihrer Sicht dringend weiter zu erforschen. Frau Professor Eichenberg machte deutlich, dass die Online-Angebote bereits in einer Etablierungsphase seien und es wichtig sei, diesen Prozess wissenschaftlich und inhaltlich zu begleiten.

In der Podiumsdiskussion, zu der neben den Referenten und dem Kammerpräsidenten Roman Rudyk noch Prof. Ulrich Müller hinzukam, wurde insbesondere herausgearbeitet, dass Online-Therapieangebote im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen eingeordnet werden müssen. Durch diese Veränderungen kann auch ein verändertes Bild von psychischer Erkrankung und Behandlung hervorgebracht werden, das kritisch zu reflektieren ist. Einigkeit bestand darin, dass ohne Einbezug der Kompetenz der Profession der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Fehlentwicklungen drohen. Die psychotherapeutische Beziehung im virtuellen Raum weist wichtige Unterschiede auf zur Beziehung im realen



Prof. Christiane Eichenberg

Raum – dies war ein Kernpunkt der Diskussion. Kritisch wurde auch angemerkt, dass ein begründeter Bedarf an Psychotherapie nicht einfach in Online-Angebote verwiesen werden darf, um Versorgungslücken zu schließen, Versorgung zu vereinfachen oder Kosten zu sparen. Es wurden aber auch die Chancen und Möglichkeiten für die Patienten gewürdigt, z. B. wenn mit einem Online-Tool qualifiziert eine Nachsorge nach einer Maßnahme hergestellt werden kann.

Nach der Mittagspause konnten die Teilnehmer zwischen mehreren Workshops wählen.

Im Workshop „Online-Beratung für Jugendliche“ von Maria Große Perdekamp, die seit 2014 Leiterin der Online-Beratung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) ist, ging es um die Auseinandersetzung mit Transkripten zweier Online-Beratungsverläufe. In Online-Kontakten bringen Klienten oft schnell traumatische Erfahrungen ein. So auch in den beiden beispielhaften Chat-Verläufen, die Große Perdekamp vorstellte. Die Beraterin begegnete den Hilfesuchenden mit Empathie und stützender Orientierung und versuchte, die Jugendliche zu motivieren, eine ambulante oder stationäre Psychotherapie aufzunehmen. Insofern kann die Online-Beratung auch als ein Mittler zu psychotherapeutischen Hilfen fungieren. Vereinzelt wenden sich Jugendliche aber offenbar auch neben ihrer ambulanten Psychotherapie zusätzlich an Online-Berater – mit und auch ohne Wissen der behandelnden Psychotherapeuten. Hieran wurde deutlich, dass ein gegenseitig wertschätzender Um-

gang der Berater und der Psychotherapeuten notwendig ist, um sich nicht konkurrierend zu begegnen.

Im Workshop „Rechtliche Fragen zur Internettherapie“ von Dr. Uta Rüping wurden gegenwärtige Online-Angebote unter der Perspektive der hier zur Anwendung kommenden Gesetze betrachtet (Grundgesetz, Patientenrechtegesetz, Wettbewerbsrecht, haftungsrechtliche Aspekte, Schadensersatz, Datenschutzrecht). Dabei wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in eine anregende Diskussion einbezogen. Zudem wurden Punkte herausgearbeitet, mit denen sich die Psychotherapeutenkammern zeitnah befassen sollten (z. B. die Definition von Ansprüchen und Standards für mediengestützte Interventionen, Definition bzw. klarer abgrenzbare Kategorien von Beratung – Behandlung – Psychotherapie).

Im Workshop von Ralph Molner von der Barmer GEK wurde „Internettherapie in der konkreten Anwendung“ anhand zweier konkreter Projekte der Barmer GEK dargestellt. In dem einen Projekt entsteht der Erstkontakt in der Klinik persönlich, dort finden Diagnostik und Einstufung statt, was der Patient braucht. Im Anschluss besteht die Möglichkeit, den Patienten auf eine Online-Behandlung zu verweisen, die begleitet ist (ein Ansprechpartner).

Das zweite Projekt ist das Online-Training zu Depression. Es ist präventiv gedacht und steht allen Versicherten ohne Face-to-face-Kontakt im Vorfeld zur Verfügung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten sich in diesem Programm einen Einblick darüber verschaffen, wie die Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten ihn auch haben, wenn sie das Programm nutzen. Der Diskurs zwischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und einem Vertreter einer großen Krankenkasse war damit in diesem Workshop gelungen.

Im Workshop „Everytime and everywhere is App – zum Gebrauch von Medien bei Heranwachsenden mit inneren Spannungen und mit Krisen“ von Herrn Prof. Ulrich Müller wurden zunächst ei-

nige Apps und Foren vorgestellt, in denen sich Kinder und Jugendliche Hilfe im Netz suchen können. Neben hilfreichen und wissenschaftlich evaluierten Angeboten gäbe es auch viele kritische Foren und Gruppen im Internet, die zum Teil zu einer Symptomidealisation beitragen könnten (z. B. bei Anorexie, Suizidalität). Bei anderen Angeboten sei für Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht transparent, welche Qualifikation und Rolle z. B. ein „Coach“ habe. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen diskutierten intensiv das Spannungsfeld zwischen der aktuellen Praxisrealität (die Kommunikation hat sich verändert) und den Implikationen für die Psychotherapie (Erwartungen an die Erreichbarkeit, Nutzbarmachung von neuen Medien unter Berücksichtigung von Datenschutz etc.). In der Diskussion wurde auch deutlich, dass unser Be-

rufsstand bei aller berechtigter Kritik an Online-Angeboten hier nicht „den Zug verpassen sollte“.

Fazit: Eine individuelle Psychotherapie kann durch Ratgeber, Selbsthilfegruppen und virtuelle Beratungsformen sinnvoll ergänzt werden. Auch als Überbrückung von Wartezeiten oder im Anschluss an Maßnahmen können Hilfsangebote über das Internet gemacht werden. Einen vollwertigen Ersatz für eine Psychotherapie sahen sowohl die Expertinnen und Experten als auch die anwesenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht in den Online-Angeboten. Den Vorteilen der Reduktion von Einflussquellen in der Online-Therapie, die diese insbesondere leicht erforschbar macht, steht der Nachteil gegenüber, dass die Individualität und Kom-

plexität therapeutischer Prozesse nicht ausreichend berücksichtigt und genutzt werden kann. Bei seelischen Erkrankungen ist stets Soziales, Körperliches und Seelisches beteiligt. So wird die Frage weiterhin diskutiert werden müssen, ob diese vorweggenommene Reduktion auf Teilaspekte nicht doch Abbild einer Reduktion menschlichen Kontaktes darstellt, wie sie zur Entstehung seelischer Erkrankungen mit beitragen kann. Die Bedeutung der direkten Begegnung mit Händedruck und Blickkontakt, in der Tonlage, Körperhaltung, Atmosphäre im Raum und vieles mehr wahrgenommen und genutzt werden, wird für psychotherapeutische Behandlung unverzichtbar bleiben.

Dr. Kristina Schütz für den Ausschuss
Berufsordnung und Berufsethik

Wichtiges zum Kammerbeitrag 2017

Aktuell laufen in unserer Geschäftsstelle die Vorbereitungen zur Beitragserhebung für das Jahr 2017. Gerne möchten wir deshalb schon jetzt die Gelegenheit nutzen, Ihnen erste wichtige Informationen zum Kammerbeitrag 2017 zu geben.

Antragsfristen nicht versäumen!

Im 1. Quartal 2017 werden Sie einen schriftlichen Bescheid über die Höhe Ihres Kammerbeitrages erhalten, der sich nach Ihrem hier bekannten Beitragsstatus richtet. Dann haben Sie noch

die Gelegenheit, bei Vorliegen der Voraussetzungen bis spätestens 15. März 2017 einen schriftlichen Antrag auf Beitragsermäßigung zu stellen. Antragsformulare und den Text der Beitragsordnung finden Sie auf unserer Homepage.

Bitte beachten Sie: Nach Fristablauf eingehende Anträge können nur abgelehnt werden, da die in der Beitragsordnung geregelte Ausschlussfrist zwingend einzuhalten ist.

Hat sich Ihre Tätigkeit seit Ihrer Beitragserhebung 2016 verändert?

Da sich die Beitragserhebung nach der Art Ihrer ausgeübten Tätigkeit richtet,

sind wir auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Angaben zur Berufsausübung unterliegen der Meldepflicht. Auch Veränderungen in Art und Umfang Ihrer ausgeübten Tätigkeit sind grundsätzlich innerhalb eines Monats nach Eintritt der Änderung schriftlich anzuzeigen.

Bitte denken Sie deshalb daran, Veränderungen Ihrer Tätigkeit fristgemäß mitzuteilen, da sie andernfalls nicht bei der Beitragserhebung 2017 berücksichtigt werden können.

Weiterhin gilt: Eine Beitragsermäßigung – auch bei Statusänderungen – kann Ihnen nur nach fristgerechter schriftlicher Antragstellung (zzgl. der erforderlichen Nachweise) eingeräumt werden.

Hat sich Ihre Tätigkeit seit Ihrer Beitragserhebung 2016 nicht verändert?

Dann müssen Sie grundsätzlich nichts unternehmen, soweit nicht die Höhe Ihrer (Nebentätigkeits-)Einkünfte für die Höhe des Kammerbeitrages 2016 relevant war. Folgenden Mitgliedern emp-

fehlen wir deshalb schon jetzt, bis spätestens 31.01.2017 den schriftlichen Ermäßigungsantrag einschließlich der notwendigen Nachweise vorzulegen, damit Ihnen auch im Beitragsjahr 2017 die bereits im Jahr 2016 gewährte Beitragsermäßigung gewährt werden kann. Gehen die erforderlichen Unterlagen nicht

rechtzeitig ein, erfolgt die Beitragserhebung nach Aktenlage. Sie haben dann aber noch die Gelegenheit, bis spätestens 15.03.2017 die Beitragsermäßigung zu beantragen und zu belegen.

■ Sind Sie mit 50% einer Vollzeitstelle angestellt und erzielen Sie zusätzlich

Nebentätigkeitseinkünfte, legen Sie bitte einen Nachweis über die Höhe Ihrer jährlichen Nebentätigkeitseinkünfte im Jahr 2015 vor, sofern sie die Höhe von € 6.000,- nicht überschreiten.

Als Nachweise können nur der Einkommenssteuerbescheid 2015 oder eine Steuerberaterbescheinigung (Einkommensaufstellung/Gewinnermittlung mit Stempel und Unterschrift Ihres Steuerberaters bzw. auf dem Briefpapier und mit Unterschrift des Steuerberaters) aus der Ihre steuerpflichtigen Einkünfte aus Ihrer freiberuflichen Berufstätigkeit ersichtlich sind, akzeptiert werden, soweit sich die Höhe der Nebentätigkeitseinkünfte daraus ergibt.

- Sind Sie in einer Praxis selbstständig tätig und lag Ihr steuerpflichtiges Jahreseinkommen (in Niedersachsen)

unter € 25.000,-, legen Sie bitte den Einkommenssteuerbescheid 2015 oder eine Steuerberaterbescheinigung (Einkommensaufstellung/Gewinnermittlung mit Stempel und Unterschrift Ihres Steuerberaters bzw. auf dem Briefpapier und mit Unterschrift des Steuerberaters) ebenfalls mit Ihrem Antrag auf Beitragsermäßigung bis zum 15.03.2017 vor. Aus dem Nachweis muss sich die Höhe Ihres steuerpflichtigen Einkommens aus selbständiger Berufstätigkeit 2015 ergeben. Sind Sie Doppelmitglied, muss sich aus dem Nachweis die Höhe Ihrer niedersächsischen Einkünfte aus selbständiger Berufstätigkeit ergeben.

Dies gilt allerdings nur, wenn Sie nicht mit einem vollen KV-Sitz vertragspsychotherapeutisch zugelassen sind.

Falls Sie weitergehende Fragen zur Beitragserhebung 2017 haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle.

Ass. jur. Susanne Passow
Geschäftsführerin

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 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
E-Mail-Anschrift: info@pknds.de
E-Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung gemäß § 26 Abs. 1 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe

Änderung der Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung für Organmitglieder der PKN auf Beschluss der Kammerversammlung vom 05.11.2016:

Artikel 1

Die Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung für Organmitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 16.03.2002, zuletzt geändert am 13.10.2012, wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige § 4 Satz 1 wird zu § 4 Abs. 1 Satz 1. Folgende Sätze 2 bis 4 werden hinter Satz 1 angefügt:

„Die Aufwandsentschädigungspauschale wird gewährt für die Tätigkeit der Vorstandsmitglieder außerhalb der Sitzungen des Vorstandes, der Kammerversammlung, von Ausschüssen und Kommissionen oder sonstigen nach § 2 und 3 entschädigungsfähigen Terminen.

Sie umfasst unter anderem den Zeitaufwand für die Vorbereitung der Sitzungen,

die Lektüre, Bearbeitung und Erstellung von Sitzungsvorlagen, die telefonische, schriftliche und persönliche Mitgliederberatung, die Erstellung von Berichten und Stellungnahmen, die Abstimmung außerhalb von Sitzungen, telefonische und sonstige Besprechungen in Kammerangelegenheiten und alle damit in Zusammenhang stehenden häuslichen Büro- und Telekommunikationskosten.

§§ 2 und 3 der Ordnung bleiben unberührt.“

2. § 4 Satz 2 wird zu § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 4 Abs. 2 insgesamt wie folgt neu gefasst:

„Die monatlichen Aufwandsentschädigungspauschalen betragen für

- a. Präsident/in: € 4.000,-,
- b. Vizepräsident/in: € 3.000,-,
- c. Beisitzer: € 2.000,-

Die Angemessenheit der Pauschale wird vom Finanzausschuss in jährlichem Abstand geprüft.“

Artikel 2

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung für Organmitglieder der PKN wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 16.11.2016

Roman Rudyk, Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Kammerversammlung am 5. November 2016 in Düsseldorf

Die Versorgung von Geflüchteten, die Entwicklung von Weiterbildungen in der Psychotherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen, die Mitwirkung von Frauen in der Berufspolitik und eine Analyse der Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie waren einige der Themen der Sitzung der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 5. November in Düsseldorf. Zudem standen der Haushalt und Wahlen auf der Tagesordnung.

Aufgaben auf Landesebene

Seinen mündlichen Bericht eröffnete Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, mit einem Hinweis zur Bedarfsplanung. Derzeit sei kein Änderungswille bei den Beteiligten zu erkennen und vor Ende 2019 nicht mit einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu rechnen, so seine Einschätzung. „Wir haben aber ausführlich mit Herrn Laumann, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung, über die Planungsprobleme gesprochen und ihre Bedeutung für die Praxis deutlich gemacht. Auf Landesebene werden wir uns weiterhin intensiv mit diesem Thema auseinandersetzen.“

Eine engagierte Mitarbeit strebe die Kammer in dem im September gestarteten Modellprojekt „in2balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“ an. In diesem vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA)

finanzierten Projekt werden Laienherinnen und -helfer beim Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) in Düsseldorf geschult und bei der Unterstützung und Beratung von Geflüchteten begleitet. Durchgeführt wird es in Kooperation mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. „Wir können uns dort professionell einbringen und unsere Angebote publik machen“, hielt Gerd Höhner fest. „Die Kammer wird zudem prüfen, wie die Geflüchteten in unser Versorgungssystem gelangen und was wir vor Ort konkret tun können.“

Auch in der Landesgesundheitskonferenz (LGK), die für 2017 das Thema „Prävention“ gewählt hat und im Oktober erstmals zusammenkam, werde die Kammer als geborenes Mitglied weiter aktiv mitarbeiten, informierte Gerd Höhner. In dem Beteiligungsverfahren zur Entwicklung eines Landespsychiatrieplans hätten die eingebundenen Kammermitglieder in intensiver Mitar-

beit bereits viel erreicht. „Wir haben die Psychotherapie unübersehbar und mit anderen Versorgungsangeboten gleichberechtigt verorten können“, hielt Gerd Höhner fest. Die endgültige Fassung des Landespsychiatrieplans ist im März 2017 zu erwarten.

Zentrale Zukunftsthemen

Ein Anliegen war dem Kammerpräsidenten die Weiterbildung in Psychotherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen. „Ich sehe hier ein enormes Entwicklungsfeld für unsere beiden Berufe. Wir sollten daher in NRW entsprechende Angebote für unsere Kolleginnen und Kollegen vorantreiben – unabhängig davon, wie schnell die Diskussion zu diesem Thema auf Bundesebene verläuft“, sagte Gerd Höhner. Ein weiteres zentrales Zukunftsthema sei die Aufgabe, sich damit auseinanderzusetzen, dass vornehmlich Frauen in den Beruf streben. Ebenso habe die Profession sich mit der Frage zu beschäftigen, wie Neuapprobierte – auch vor dem Hintergrund möglicher



Gerd Höhner



Plenum der 6. Sitzung der 2. Kammerversammlung

Bedarfsgrenzen – demnächst in Arbeit gelangen.

Cornelia Beeking aus dem Vorstand der PTK NRW berichtete über das Symposium „Frauen in die Berufspolitik!“, das die Bundespsychotherapeutenkammer im September veranstaltet hatte.



Cornelia Beeking

Sie skizzierte die dort vorgestellten Ansätze, wie Frauen in den Gremienstrukturen stärker vertreten sein könnten und warb dafür, sich auch in NRW intensiver damit zu beschäftigen. Die Landesregierung hat bereits einen Gesetzentwurf zur Neuregelung des Gleichstellungsrechts in den parlamentarischen Prozess eingebracht. Er sieht bei der Aufstellung von Listen und Kandidaturen für Wahlgremien einen Frauenanteil von mindestens 40 Prozent vor. „Weit über die Hälfte unseres Berufs wird von Frauen ausgeübt; bei den unter 35-jährigen Therapeuten liegt ihr Anteil derzeit bei 90 Prozent“, erläuterte Cornelia Beeking die Besonderheit der Profession der Psychotherapeuten. In den Gremien spiegelt sich das jedoch nicht wider. Es ist daher dringend notwendig, dass wir junge Frauen gezielt ansprechen und fördern. Das hat uns alle zu kümmern – Frauenförderung ist keine Frauenaufgabe.“ In einer neu gebildeten Bund-Länder-AG zu diesem Thema nimmt Cornelia Beeking für NRW teil.

In der Aussprache wurde hinsichtlich der Versorgung von Geflüchteten darauf hingewiesen, dass Laienhelfer keine psychotherapeutischen Aufgaben übernehmen dürfen. Eine Kultur der mündlichen Begegnung im Rahmen ehrenamtlichen Engagements sei wichtig und wirksam. Zur notwendigen Behandlung psychischer Erkrankungen seien aber professionelle Angebotsstrukturen zu schaffen. Zum Landespsychiatrieplan merkte ein Kammermitglied an, dass in der Arbeit daran vor allem eine Unterversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderung deutlich

geworden sei, mit der man sich befassen müsse. Des Weiteren diskutierte die Kammerversammlung, wie sinnvoll eine 18-monatige Weiterbildung „Psychotherapie bei Diabetes“ sei, ob darin eine Abwertung oder Aufwertung der Profession liege und ob Psychotherapeuten diesen Weg einer zusätzlichen Qualifizierung überhaupt einschlagen würden. Andere Stimmen sahen darin gerade eine Möglichkeit für Neuapprobierte und begrüßten die Schaffung entsprechender Strukturen. Die Weiterbildung könne auch eine Chance sein, zum Beispiel über die Mitarbeit in einer Fachklinik in den Beruf zu kommen oder eine Sonderbedarfszulassung zu beantragen.

Barbara Lubisch aus dem Vorstand der PTK NRW fügte hinzu, dass man sich auch um Interessenten für den Weiterbildungsgang Neuropsychologie kümmern müsse. „Wir haben in der letzten Kammerversammlung Regelungen beschlossen, die diese Weiterbildung vereinfachen. Dennoch sind wir mit der aktuellen Situation nicht zufrieden; nicht zuletzt weil die Finanzierung der Weiterbildungstherapien nicht gesichert ist. Das ist ein bundesweites Problem. Wir wollen die aktiven Neuropsychologen dazu befragen, damit wir die Hindernisse besser verstehen und Lösungen suchen können.“

Jahresabschluss 2015 und Haushalt 2017

Einen detaillierten Überblick über den Jahresabschluss 2015 gab Andreas Pichler. Der Vizepräsident der PTK NRW informierte, dass die Ausgaben unter dem Planziel geblieben sind. Hier würden sich unter anderem Vakanzen im Stellenplan und eine geringere Zahl an Informationsveranstaltungen der Kammer als in den Jahren zuvor auswirken. Infolge geringerer Beitragseinnahmen nach der Umstellung auf einen



Andreas Pichler

einkommensbezogenen Kammerbeitrag – zunächst ohne Sockelbeitrag für jedes Mitglied – hatte sich im Haushalt 2015 eine Unterdeckung ergeben. Sie konnte durch die Entnahme aus der allgemeinen Rücklage ausgeglichen werden. Nach Empfehlung des Finanzausschusses wurde der Jahresabschluss 2015 durch die Kammerversammlung einstimmig angenommen und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2015 entlastet.

Mit Blick auf das Haushaltsjahr 2017 erklärte Andreas Pichler, dass die Kammer einen Mitgliederzuwachs und damit Mehreinnahmen aus den Beitragserlösen erwarte. „Dem stehen Mehrausgaben gegenüber, da wir aufgrund tariflicher Anpassungen mehr Personalkosten haben werden und durch die Teilnahme von Mitgliedern der Kammerversammlung an Gremiensitzungen und Veranstaltungen, wie dem geplanten großen Ratschlag im Januar, weitere Kosten entstehen.“ Die Rücklage würde 2017 weiterhin aufgefüllt, allerdings fiel die Zuführung geringer aus als in 2016. „In Abstimmung mit dem Revisionsverband ist eine mittelfristige Wiederauffüllung der Rücklage bis 2019 vorgesehen“, berichtete Andreas Pichler. „Dies ist so geplant, da die Kammer kein Sparorgan ist, sondern weiterhin als Interessensvertretung wie gewohnt agieren soll.“ Der Haushaltsplan und der Soll-Stellenplan 2017 wurden von der Kammerversammlung einstimmig angenommen.

Einstimmige Wahlergebnisse

Aufgrund der gestiegenen Mitgliederzahl fällt der Kammer ein zusätzlicher Sitz im Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) zu. Zur neuen Bundesdelegierten wählte die Kammerversamm-



Julia Leithäuser,

Burkhard Ciupka-Schön

lung die Psychologische Psychotherapeutin Julia Leithäuser aus Bonn, Fraktion Kooperative Liste, zum Stellvertreter den Psychologischen Psychotherapeuten Burkhard Ciupka-Schön aus Krefeld, Fraktion Kooperative Liste. Als neues stellvertretendes Mitglied der Fraktion Kooperative Liste im Ausschuss Satzung und Berufsordnung wurde der Psychologische Psychotherapeut Felix Jansen aus Köln gewählt. Alle drei Wahlergebnisse waren einstimmig.



Felix Jansen

Delegiertensitze im DPT

Intensiv diskutierte die Kammerversammlung das im Länderrat erarbeitete Kommissionsmodell zur Begrenzung der Delegiertensitze für die Landeskammern im DPT auf 120 statt gemäß geltender Satzungsregelung 140. NRW würde danach in Zukunft vier Mitglieder weniger in die Bundesversammlung entsenden.

In der Aussprache führten einige Kammerversammlungsmitglieder an, dass man sich nicht selbst begrenzen und sich keinen Eliteprozess leisten sollte. Eine größere Delegiertenzahl ermögliche zudem die Einbindung von Minderheiten. Mehrere Mitglieder sahen aber auch Argumente für eine Begrenzung. So sei es erstrebenswert, sich um eine in der Größe arbeitsfähige und kosteneffiziente Selbstverwaltung zu bemühen. Zudem seien Themenvielfalt und Repräsentativität auch mit 120 Mitgliedern gegeben.

Ausbildungsreform

Die aktuellen Arbeitsentwürfe und Ergebnisse des BPTK-Projektes Transition zur Reform des Psychotherapeutengesetzes stellte Wolfgang Schreck, Vorstandsmitglied der PTK NRW und der BPtK, vor. Man habe Details und einen Kompetenzkatalog einer Approbations-

ordnung erarbeitet. Ebenso habe man Eckpunkte und Mindestanforderungen an die Weiterbildung konsentiert.



Wolfgang Schreck

„Geklärt werden muss aber beispielsweise noch, wie die stationäre Weiterbildung finanziert werden kann. Die Expertise des von der BPtK beauftragten Deutschen Krankenhausinstituts wird hierzu Perspektiven aufzeigen. Zudem wurde für den Bereich der ambulanten Weiterbildung das Essener Forschungsinstitut EsFoMed beauftragt, Realisierungsvorschläge zu erarbeiten“, erläuterte Wolfgang Schreck.

Neue Kammeraufgaben

Mit der Formulierung von Aufgaben, die in der zukünftigen Weiterbildung auf die Kammer übergehen, befasst sich derzeit der Ausschuss zur Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft



Dr. Jürgen Tripp

des Berufs der PTK NRW. Dies betreffe unter anderem das Prüfungswesen, die Anerkennung und Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und die Festlegung eines Curriculums, informierte der Ausschussvorsitzende Dr. Jürgen Tripp, Fraktion Kooperative Liste.

In der Aussprache wurde unter anderem angemerkt, dass die Ausbildung nicht überfrachtet werden dürfe. Zu klären sei, wie viele Praxisanteile bereits das Studium vorsehe und wie viel Zeit für Grundlagenarbeit bleibe. Zur Sprache kam auch die Befürchtung, dass mit der Weiterbildung ein Engpass entstehen könnte, da nicht alle Berufs-

wörter nach dem Studium eine Stelle erhalten werden.

Psychotherapie-Richtlinie

Barbara Lubisch aus dem Vorstand der PTK NRW skizzierte die G-BA-Beschlüsse zur Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie. Manche neuen Regelungen seien durchaus positiv zu werten, führte



Barbara Lubisch

Barbara Lubisch aus. „Die Sprechstunde wird uns einige Umstellung abverlangen, stärkt aber unsere diagnostische Kompetenz und verbessert mit den erweiterten Befugnissen die Koordinationsfunktion der Psychotherapeuten – auch in der Wahrnehmung der anderen Arztgruppen. Durch bessere Erreichbarkeit und die Sprechstunde erleichtern wir zudem den Zugang zur Psychotherapie.“ Es gäbe aber auch Schattenseiten; so müsse man insbesondere monieren, dass keine neuen Kapazitäten geschaffen werden. „Uns gefällt nicht alles an den neuen Regelungen“, bilanzierte Barbara Lubisch. „Doch wenn die Reform gelingt, wurde einiges umgesetzt, was lange Jahre auf unserem Forderungskatalog stand – und unsere Profession hat sich als reformfähig erwiesen.“

In der Aussprache spiegelte sich Enttäuschung über die Neuregelungen, aber auch die Hoffnung, die Versorgung demnächst flexibler anpassen zu können. Kritisiert wurde unter anderem, dass die Sprechstunde zu Lasten der Therapiesitzungen ginge und sich der Flaschenhals bis zur Weiterbehandlung vergrößern könne. Andere Kammerversammlungsmitglieder hoben hervor, dass der niedrigschwellige Zugang für manche Patienten eine Erleichterung sein werde. PTK NRW Vorstandsmitglied Bernhard Moors bezeichnete es als deutlichen Gewinn, dass bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen künftig auch das Umfeld einbezogen werden kann.

Berichte aus den Ausschüssen

Aus dem Ausschuss Fort- und Weiterbildung berichtete die Vorsitzende Anni Michelmann, Fraktion DGVT. Aktuell beschäftigt sich der Ausschuss mit der Frage, ob die Kammer



Anni Michelmann



Oliver Staniszewski Alfons Bonus

die Prüfung der Voraussetzungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen dem Veranstalter übertragen könnte. Oliver Staniszewski, Fraktion

Bündnis KJP und Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, stellte eine bessere Versorgung bei Intelligenzminderung oder geistiger Behinderung und bei chronischen Erkrankungen als zentrale Aufgaben vor. Alfons Bonus von der Fraktion PsychotherapeutInnen NRW und Vorsitzender des Finanzausschusses informierte darüber, dass der Ausschuss unter anderem mit der Umsetzung der neuen Beitragsordnung befasst sei sowie mit Fragen zur Selbsteinstufung der Kammermitglieder für die Beitragsbemessung.

3. Regionalversammlung in Gelsenkirchen

Am 7. September 2016 hatte die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) ihre Mitglieder im Regierungsbezirk Münster zu einer Regionalversammlung eingeladen. Wie zuvor in den zwei erfolgreichen Regionalversammlungen für die Regierungsbezirke Detmold und Arnsberg wurden auch in Gelsenkirchen aktuelle berufspolitische und kammerbezogene Themen aufgegriffen.

Zu Beginn der Versammlung ging Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, darauf ein, dass die beiden Heilberufe der Psychotherapeuten nunmehr zwar seit 17 Jahren Teil des Versorgungssystems sind, aber als ein damit immer noch junger Beruf mitnichten von allen Akteuren zweifellos akzeptiert seien. Dies zeige sich unter anderem in den Diskussionen zu der geplanten Reform des Psychotherapeutengesetzes oder bei Themen wie der Befugnisweiterung für Psychotherapeuten. Umso wichtiger sei es, dass man mit Nach-

druck und Kontinuität für die Akzeptanz der Berufsgruppe eintrete. „Im Alltag ist dies eine kleinteilige Arbeit, die viel Präsenz in Sitzungen und Gremien, Gespräche und Geduld erfordert. Nach außen ist diese Arbeit oft wenig sichtbar – im berufspolitischen Engagement der Kammer spielt sie jedoch eine große Rolle.“

Einblick in die Kammerarbeit

Im Folgenden skizzierte Gerd Höhner die Aktivitäten der PTK NRW zu verschiedenen aktuellen berufspolitischen Themen. Dazu gehöre unter anderem die erfolgreiche Mitwirkung der Kammer an der Entwicklung eines Landespsychiatrieplans NRW, in dem man die Leistungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angemessen habe positionieren können.

Im Rahmen der vielfältigen Bestrebungen der Kammer für eine adäquate Versorgung von Geflüchteten forderte Gerd Höhner die versammelten Mitglieder auf, sich an der Umfrage der Kammer zu Aktivitäten in der Flüchtlingsversorgung in den Regionen zu beteiligen. „Je mehr wir darüber wissen, umso besser können wir zu einer Vernetzung von Akteuren beitragen“, betonte er. Der Fragebogen kann im Internet unter www.ptk-nrw.de, Menüpunkt „Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen“ abgerufen und online ausgefüllt werden.

Ein weiteres Thema waren die aktuellen Probleme in der Bedarfsplanung und der Vorschlag der PTK NRW an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Planung sowohl auf die Leistungsmengen von Praxen mit Kassenzulassung als auch von Praxen zu gründen, die im Kostenerstattungsverfahren abrechnen. Auch die Entwicklung der Beitragsordnung der Kammer und im Zusammenhang damit die Frage nach der Definition von psychotherapeutischen Leistungen wurden diskutiert. Ebenfalls tauschten sich die versammelten Mitglieder zu der Reform der Psychotherapeutenausbildung und dem G-BA-Beschluss zur Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie aus.

Auslage Haushaltsplan 2017

Der Haushaltsplan 2017 kann in der Zeit vom 16. bis 27. Januar 2017 zu den üblichen Öffnungszeiten in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/52 28 47-0
Fax 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de



Regionalversammlung in Gelsenkirchen

„OPK vor Ort 2016“ zum Thema Reformen in der stationären und ambulanten Psychotherapie erreichte ein Viertel der OPK-Mitgliedschaft



„OPK vor Ort“ in Dresden (links) besuchten fast 350 Kollegen, „OPK vor Ort“ in Potsdam hatte BPTK-Referenten Timo Harfst im Gepäck.

Wie jedes Jahr im Herbst begrüßte der Vorstand interessierte OPK-Mitglieder in allen fünf Ländern, um sich mit ihnen auszutauschen, über aktuelle Themen zu informieren und diese kritisch gemeinsam zu diskutieren. Die jährlichen Veranstaltungen sollen die Mitgliedschaft über aktuelle Themen und Schwerpunkte der Vorstandsarbeit informieren und Gelegenheit zur kritischen Auseinandersetzung geben. Insgesamt kamen 1.000 Mitglieder nach Rostock, Potsdam, Weimar, Dresden und Magdeburg. Die Veranstaltungen im Jahr 2016 standen unter dem Schwerpunktthema „Reformen in der stationären und ambulanten Psychotherapie“. Der Vorstand berichtete zum einen über die Änderungen, die sich durch die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung in Psychiatrie und Psychosomatik ergeben. Die OPK wird sich in den nächsten Jahren verstärkt der Frage widmen, wie man die Psychotherapie und die Psychotherapeuten besser in den Einrichtungen der stationären Versorgung verankern kann.

Besonders engagiert wurden außerdem die Veränderungen diskutiert, die sich aus den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie ergeben. Die Präsidentin der OPK, Andrea Mrazek, stellte die wichtigsten Neuerungen vor und ordnete sie in den Kontext der gesundheits- und berufspolitischen Aktivitäten ein. Vorträge von Timo Harfst (BPTK), Jürgen Matzat (Patientenvertretung) und Dr. Thomas Uhlemann (GKV-SV) ergänzten diesen Teil. Die anwesenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diskutierten kritisch und konstruktiv, was die neuen Leistungen, wie die psychotherapeutische Sprechstunde, für die psychotherapeutische Versorgung bedeuten und welche Hemmnisse und Schwierigkeiten sich aus der Ausgestaltung ergeben könnten. Es wurde klar, dass die Umsetzung auch von Detailregelungen abhängen wird. Viele wiesen nachdrücklich darauf hin, dass Mehraufwand durch bürokratische Vorgaben stets zulasten der Patienten gehen wird. Klar ist außerdem, dass die Bedeutung des Aufbaus

von Netzwerken vor Ort steigen wird, und dass es insofern auch je nach regionaler Verortung der einzelnen Praxen zu unterschiedlichen Schwierigkeiten in der Umsetzung einer Neuausrichtung kommen kann. Die Ausgestaltung der Psychotherapie-Vereinbarung und die Verhandlungen über die Bewertung der einzelnen Leistungen laufen gerade aktuell. Die OPK wird sich im Sinne der von ihr vertretenen Mitgliedschaft dafür einsetzen, Vorschläge zu einer sinnvollen Ausgestaltung der Psychotherapie-Vereinbarung vorzulegen. Zentral mit der Thematik verknüpft bleibt es außerdem, dass die Umsetzung der Ausgestaltung der Befugnisse für Psychotherapeuten auch der angestrebten Rolle als Primärversorger psychischer Krankheiten entspricht. Außerdem muss dringlich gefordert werden, dass eine fachlich fundierte Evaluation der Sprechstunde angestrebt wird. Alles in allem sind die Mitglieder der OPK gewillt, bei aller Kritik an einzelnen Punkten, ihrer Rolle im Versorgungssystem auch in Zukunft gerecht zu werden.

Im Plenum des 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentages: Professor Dr. Dr. Gerhard Roth: „Man muss endlich die Strategie aufgeben, den anderen psychotherapeutischen Richtungen die Kompetenz abzusprechend und die eigenen Erfolge deutlich zu überhöhen.“

Gerhard Roth, 1942 in Marburg geboren, ist einer der führenden deutschen Neurobiologen und leitete viele Jahre das Institut für Hirnforschung an der Universität Bremen. Auf dem 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag am 17. und 18. März 2017 in Leipzig wird er den Plenumsvortrag mit dem Titel „Grundzüge einer allgemeinen Psychotherapie aus neurobiologischer Sicht“ halten. Wir baten Professor Dr. Dr. Gerhard Roth vorab zum Gespräch.

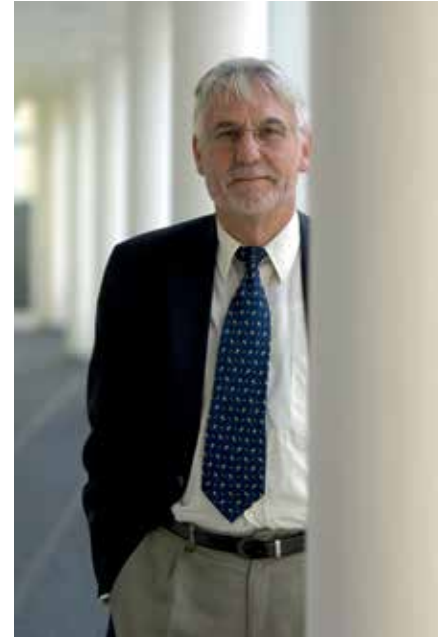
Sie haben in jüngster Zeit als einer der renommiertesten Hirnforscher Deutschlands wesentliche Ergebnisse der Neurobiologie in den Aufmerksamkeitsfokus der Psychotherapeuten gelenkt. Welches sind die hierfür relevanten Projekte?

Professor Gerhard Roth: Ich beschäftige mich seit Längerem mit der Psychotherapie-Wirkungsforschung, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Neurowissenschaften und der Hirnforschung. Wir konnten eine wichtige Hypothese bestätigen, die schon länger kursiert, nämlich, dass einer der wichtigsten Wirkfaktoren bei allen Psychotherapieformen die „therapeutische Allianz“ ist. Das heißt: Ein ganz unspezifischer Wirkfaktor, nämlich der des Vertrauens zwischen Patient und Therapeut, hat einen Einfluss von 30 bis 70 Prozent auf jegliche Psychotherapie. Manchmal bestimmt er sogar 100 Prozent der Wirkung – unabhängig von der Methode, die angewandt wird. Bestimmte Methoden können also aus naturwissenschaftlicher Sicht völlig unsinnig sein, und allein das Vertrauensverhältnis von Therapeut und Patient und auch das Vertrauen in die Methode würden ausreichen, eine deutliche Besserung der Befindlichkeit zu erreichen. Die Neurobiologie kann inzwischen erklären, wie es hierzu kommt. Wenn ein Vertrauensverhältnis existiert, wird in den Gehirnen von Therapeut und Patient der Stoff Oxytocin ausgeschüttet,

der eine enge Bindung herstellt. Oxytocin hat aber auch die positive Wirkung, dass es das Stresshormon Cortisol reduziert. Es führt zudem zu einer Beruhigung durch die Steigerung von Serotonin und über die Ausschüttung „hirneigener Drogen“ zum Wohlbefinden. Wir können also das, was wir schon immer vermutet haben – unspezifische positive Effekte bei jeglicher Behandlung, unabhängig von deren Inhalt – aus neurobiologischer, naturwissenschaftlicher Sicht voll bestätigen. Manchmal ist dies sogar ein zu 100 Prozent erklärender Faktor.

Dies trifft aber nur in einer ersten Therapiephase zu. Diese Phase kann Wochen, ja sogar Monate gehen, in der es dem Patienten deutlich besser geht. In dieser Zeit ist die Gefahr eines Therapieabbruchs sehr groß. Bei schwereren psychischen Erkrankungen sind damit allerdings die eigentlichen Ursachen nicht beseitigt. Und genau diese Patienten haben Rückfälle und stehen nach einem Jahr wieder vor der Tür. Gerade bei Depressionen liegt die Rückfallquote um die 80 Prozent. Dann kommt ein weiterer Faktor für die längerfristige Therapie ins Spiel, nämlich die Umstrukturierung tiefliegender dysfunktionaler Gewohnheiten, die mit psychischen Erkrankungen verbunden sind. Die Neurobiologie kann zeigen, dass dies mit einer bloßen Einsicht in die Ursachen der Erkrankung, zum Beispiel durch die klassische kognitive Verhaltenstherapie, aber auch durch eine rein aufdeckende Psychoanalyse überhaupt nicht zu bewältigen ist. Stattdessen müssen die dysfunktionalen Gewohnheiten tief im Inneren des Gehirns, die in den sogenannten Basalganglien lokalisiert sind, durch prozedurale Weise geändert werden, d. h. durch Überschreiben. Das bedeutet Einüben, Einüben, Einüben.

Das sind die beiden Kernergebnisse. Das dritte ist schon sehr heikel: dass



Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth

man nachweisen kann, dass alle die Wirkmodelle, die die gängigen Therapierichtungen vorweisen, nur bedingt wissenschaftlich begründet sind, und dass die Therapieerfolge in der Regel geringer sind als offiziell angegeben.

Ihre wissenschaftlichen Ergebnisse dürften damit für reichlich Zündstoff gesorgt haben.

Oh ja, das haben sie. Ich habe diese Ergebnisse inzwischen auf vielen Tagungen und Kongressen von Psychotherapeuten vorgestellt und es wird mittlerweile sehr gefasst und sehr interessiert aufgenommen. Gerade weil im Rahmen der Forderung einer evidenzbasierten Medizin auch Psychotherapie naturwissenschaftlich belegt werden muss, wie das wirken soll, was man da tut. Deshalb sind sowohl Vertreter der klassischen Verhaltenstherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und psychodynamischer Verfahren an dem, was wir publiziert und untersucht haben, sehr interessiert. Mich überrascht selbst, dass das Interesse die Ablehnung so stark überwiegt.

Welches methodische Design liegt diesen Forschungsprojekten zugrunde?

Wir haben eine große Studie über zwei Jahre gemacht, in der wir 20 Patienten in Bremen, die unter schwerer Depression litten und eine psychodynamische Therapie bekamen, zu Beginn, in der Mitte und am Ende mit neurobiologischen Methoden, mit Elektroenzephalografie und mit Kernspintomografie ins Gehirn geschaut haben. Gemeinsam mit Psychiatern, Psychotherapeuten und Neurobiologen haben wir die Patienten auch interviewt. Die Ergebnisse haben wir mit Kontrollpersonen verglichen. Das waren Studierende der Universität Bremen. Wir haben zu Beginn zeigen können, dass sich die schwere Depression auch deutlich im Gehirn zeigt, nämlich in den Zentren des limbischen Systems. Wir konnten damit bestätigen, dass man im Gehirn Vorgänge erkennen kann, die mit depressiven Erkrankungen einhergehen. Und es gelang uns, den Therapieerfolg, der dann nach ein bis zwei Jahren eintrat, mit bestimmten Veränderungen im Gehirn hin zu einem Normalzustand zu korrelieren. Das hat großes Aufsehen erregt und hat auch sehr viel Geld gekostet. Das war die erste Studie überhaupt zur Effektivität psychodynamischer Therapien. Daraus haben wir viele Erkenntnisse abgeleitet.

Sollte die Psychotherapie verstärkt mit der Neurobiologie zusammenarbeiten?

Ja, unbedingt. Es geht dabei auch nicht nur um die Neurobiologie, sondern um die enge Zusammenarbeit zwischen Neurobiologen, Psychologen, Psychiatern und Psychotherapeuten insgesamt. Dabei geht es um die Frage: Was ist an den Wirkmodellen dran, z. B. der Verhaltenstherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse, der psychodynamischen Theorie? Was ist neurobiologisch und psychologisch fundiert und was wirkt nicht? Einige Maßnahmen stimmen und andere Maßnahmen können aus Sicht der Hirnforschung überhaupt nicht funktionieren. Das stellen wir den Vertretern der verschiedenen Therapieschulen vor. Ein ganz wichtiger Umstand ist,

dass Therapeuten, die für eines der Richtlinienverfahren zugelassen sind, oft in Wirklichkeit in ihren Praxen etwas anderes machen, als „offiziell“ angegeben, und mit dem sie dann erfolgreich sind. Es tritt dann etwa ein Therapeut auf und sagt, ich bin kognitiver Verhaltenstherapeut. Das, was ich in meiner Praxis tue, hat Erfolg. Das verbucht die kognitive Verhaltenstherapie dann ungerechtfertigter Weise als ihren Erfolg. Wenn man aber nachvollzieht, was diese Therapeuten in ihren Praxen wirklich praktiziert haben, hat das mit kognitiver Verhaltenstherapie häufig nichts zu tun. Entsprechendes gilt natürlich auch für die anderen Richtlinienverfahren. Das ist nichts anderes als Etikettenschwindel. Deshalb ist es Zeit zu überlegen, ob man das Herausposaunen von großartigen Wirkungen der verschiedenen Therapieverfahren nicht einfach unterlassen sollte. Wir wissen inzwischen ganz gut, was in der Psychotherapie wirkt. Wir sollten eine Toolbox, einen Werkzeugkasten mit verschiedenen Methoden anlegen, den wir bei verschiedenen Erkrankungen verschiedener Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeiten anwenden. Das, was der bedeutende Psychotherapeut Klaus Grawe vor Jahren schon gefordert hat: nämlich eine allgemeine oder integrierte Psychotherapie.

Wie werden sich dann aus Ihrer Sicht die Richtlinienverfahren entwickeln?

Das ist eine ganz schwierige Frage. Ich kenne die Verhältnisse ganz gut. Ein sehr guter Freund von mir war der Co-Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirates für die Richtlinienverfahren und weiß, wie dort machtpolitisch vorgegangen wird. Und wenn man die ganzen Fallstricke der Schulenburg durchschaut hat, wobei es um sehr viel Geld geht, dann muss sich dramatisch etwas ändern und es wird sich auch ändern. Die Krankenkassen wollen jetzt schon wissen, was Psychotherapeuten tatsächlich machen und wie und warum es funktioniert. Das ist in der sonstigen Medizin zunehmend der Fall, aber in der Psychotherapie überhaupt noch nicht. Es kann nicht sein, dass die verschiedenen Richtlinienverfahren sich die Kompetenz absprechen, aber gleichzeitig

einen Kuhhandel hinsichtlich der Zulassung betreiben. Stattdessen müsste die Frage lauten: Was sind unsere großen, positiven Wirkfaktoren und wann und wie kann ich diese zum Wohle des Patienten am besten zum Einsatz bringen?

Bemessen Sie diesem Ansatz eine große Chance zu?

Was Menschen wie Institutionen letztlich zur Änderung zwingt, ist der Leistungsdruck. Die Forderung von Klaus Grawe ist in der Welt. Alle Maßnahmen, die zur Veränderung der Persönlichkeit, Befindlichkeit von Menschen angewandt werden, unterliegen immer stärker der Forderung nach dem Nachweis der Effizienz. Das wird sich schon aus Kostengründen verstärken. Ich sehe anhand meiner Einladungen zu Tagungen und Kongressen die Psychotherapeuten zunehmend beunruhigt. Man möchte den Patienten keine Behandlung unter einem falschen Etikett vorschwindeln.

Wahrscheinlich müssen demnächst die meisten therapeutischen Konzepte unter dem Aspekt der Dominanz der „therapeutischen Allianz“ überprüft bzw. verändert werden. Welche Konsequenzen sehen Sie als Neurobiologen für die Lernprogramme der zukünftigen Direktstudenten der Psychotherapie bzw. der Fort- und Weiterbildungsinstitute?

Dass Bindung und Vertrauen bei Psychotherapie eine große Rolle spielen, wird bereits allgemein akzeptiert. Inzwischen sind auch die Verhaltenstherapeuten achtsamkeits- und bindungsorientiert. Also auf Bindung sind jetzt alle aus. Das allein nutzt aber nichts, wenn man nicht auch erklärt, warum es wirkt und nicht fauler Zauber ist. Das Zweite ist genauso wichtig: Zu erkennen, dass schwerere Belastungen psychischer Art nur überschrieben, aber zumindest unter Normalbedingungen nicht gelöscht werden können. Dazu muss man wissen, wie Psyche im Gehirn entsteht und wie psychische Erkrankungen im Gehirn ablaufen. All dieses Wissen ist unbedingt notwendig für einen Psychotherapeuten, damit er versteht, was er tun soll und warum das eine Erfolg hat und das andere nicht. Es kommt schon

auf eine allgemeine Psychotherapieausbildung heraus – im Sinne von Klaus Grawe, bei der diese Aspekte des Verständnisses der neurobiologischen Art eine viel größere Rolle spielen müssen. Das wird kommen, die Forderungen dazu sind da.

Mit welchen Gedanken sehen Sie dem 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag im März kommenden Jahres in Leipzig entgegen, auf dem Sie einen Plenumsvortrag mit dem

Titel „Grundzüge einer „allgemeinen Psychotherapie“ aus neurobiologischer Sicht“ halten werden? Mit welcher Resonanz rechnen Sie?

Viele Therapeuten sind verunsichert, weil sie die Diskrepanz der Schule, der sie angehören und angehören müssen – aus kassenärztlichen Gründen – und dem, was sie machen, unbefriedigt lässt. Ich rechne mit einer sehr offenen Zuhörerschaft. Dann gilt es auch darüber zu sprechen, Konzepte zu ver-

ändern. Ich bin sehr optimistisch und freue mich auf Leipzig. Man muss endlich die Strategie aufgeben, den anderen psychotherapeutischen Richtungen die Kompetenz abzuspochen und die eigenen Erfolge deutlich zu überhöhen, und die Therapeuten müssen viel ehrlicher werden in Hinblick auf das, was sie tatsächlich machen, und dabei ideologische Grenzen bewusst überschreiten. Die Patienten werden es den Therapeuten danken.

Professor Dr. Jürgen Körner: „Meine Matrix ist eine Anregung, die verschiedenen Kompetenzen der unterschiedlichen Verfahren gewissermaßen übereinander zu legen und zu vergleichen.“

Jürgen Körner, 1943 in Erfurt geboren, ist Diplom-Psychologe, Psychoanalytiker und emeritierter Professor für Sozialpädagogik an der Freien Universität Berlin. Zum 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag kommt er mit dem Plenumsvortrag „Die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen“ nach Leipzig.

Werden Sie in Ihrem Plenumsvortrag Bezug zu den kompetenzbasierten Ausbildungszielen eines Psychotherapiestudiums, wie es die BPTK, der Länderrat entwickelt hat, nehmen?

Prof. Jürgen Körner: Ja, das werde ich tun. Ich kenne diese Zusammenstellungen und halte sie in mehrfacher Hinsicht für ergänzungsbedürftig. Insbesondere glaube ich, dass das, was mit Kompetenzen gemeint ist, zu allgemein gefasst ist, nicht präzise genug. Und insbesondere bei der Frage der Haltung, die mir sehr am Herzen liegt, bleiben die Autoren dieser Papiere etwas im Ungefähren. Denn es handelt sich um einen Kompromissentwurf, an dem maßgeblich auch die Verhaltenstherapeuten mitgewirkt haben. Denen liegt es nicht nahe, wenn die Haltung als eigene Kompetenz aufgeführt wird. Daher taucht der Begriff der psychotherapeutischen Haltung in dem Entwurf der BPTK nur noch am Rande auf. Das hängt mit den unterschiedlichen Auffassungen der therapeutischen Beziehung zusammen. Für Psychoanalytiker ist die therapeutische Beziehung das

Wesentliche, das die Veränderung ermöglicht. Für Verhaltenstherapeuten ist das nicht so. Verhaltenstherapeuten befinden sich aber auf dem Wege zu dieser Sichtweise. Mit wenigen Worten: Der Begriff der Haltung ist in diesen Papieren noch nicht ausreichend klar definiert.

Gibt es dazu Erweiterungen, Abgrenzungen?

Ich glaube, dass der Begriff der Handlungskompetenz zu sehr als Anwendung von Techniken verstanden wird. In Wahrheit ist es aber so, dass die Handlungskompetenz ohne die Berücksichtigung der dahinter stehenden Haltungen gar nicht richtig erklärt und nicht erlernt werden kann.

Sie erstellen eine Kompetenzmatrix für alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Heißt das, dass es trotz der Unterschiede und Pluralität einen „common ground“ gibt, der alle Psychotherapeuten verbindet?

Es gibt ihn immer mehr. Die großen Unterschiede zwischen Verhaltenstherapie und psychodynamischen Verfahren haben sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend verringert. Die Verhaltenstherapie ist, das muss ich mit Freude feststellen, auf dem Wege, nicht nur das dynamisch wirksame Unbewusste anzuerkennen, sondern auch zu verstehen, dass die therapeutische Beziehung so wesentlich ist für den therapeutischen Erfolg. Da sind wir einander



Prof. Dr. Jürgen Körner

schon sehr nahe. Meine Matrix ist eine Anregung und soll ermöglichen, die verschiedenen Kompetenzen der unterschiedlichen Verfahren gewissermaßen übereinanderzulegen, um sich zu vergewissern, wie viele Übereinstimmungen es gibt und wie viele Unterschiede geblieben sind. Es gibt in meinen Augen mehr Verbindendes, vor allem im Wissen. Bezüglich der Haltung ist das Verbindende noch nicht gut zu erkennen.

Welchen Stellenwert räumen Sie dabei der Allegiance mit dem eingesetzten Psychotherapieverfahren als wichtige Kompetenz eines approbierten Psychotherapeuten ein?

Die spielt aus meiner Sicht eine geringere Rolle, als man früher annahm. Je länger man mit seinem Verfahren arbeitet, desto elastischer wird man in der

Anwendung. Ich zum Beispiel habe vor etwa 40 Jahren angefangen psychoanalytisch zu arbeiten. Ich war damals in der Auslegung der Regeln sehr streng und sehr genau. Das hat sich inzwischen in einen sehr viel flexibleren und einen viel mehr auf den Patienten bezogenen Umgang verwandelt.

An Therapieerfolgen/-misserfolgen wurden in der Vergangenheit häufig der Anteil der Persönlichkeit des Psychotherapeuten selbst und der des gewählten Psychotherapieverfahrens als groß angenommen. Sehen Sie diesen Anteil nach wie vor als so hoch an?

Ja, allerdings. Der Beitrag der Beziehung wird aus meiner Sicht sogar noch unterschätzt. Allerdings muss man dahingehend relativieren, dass der persönliche Anteil des Therapeuten und das von ihm angewandte Therapieverfahren in einer Art Wechselbeziehung zueinander stehen. Ich hoffe, dass ich ein guter Psychodynamiker bin, aber ich bin mir nicht sicher, ob ich auch ein guter Verhaltenstherapeut wäre. Und ich kenne Verhaltenstherapeuten, denen ich nicht raten würde, psychoanalytisch zu arbeiten. Jeder sollte das Verfahren wählen, das am besten zu ihm passt. Deshalb sind auch therapeutische Wirksamkeitsstudien, bei denen aus Gründen der Untersuchungsmethodik verlangt wird, dass die beteiligten Therapeuten verschiedene Verfahren mit verschiedenen Patienten anwenden sollen, problematisch. Ich könnte, selbst wenn ich es gelernt hätte, wohl nicht so gut Verhaltenstherapie anwenden.

Lässt sich die Qualität der psychotherapeutischen Kompetenzen von Psychotherapeuten überhaupt messen bzw. einheitlich beurteilen und wenn ja, wie?

Das ist eine schwierige Frage, vor allem bei den psychodynamischen Verfahren zielen wir ja nicht allein auf Symptomheilung oder Besserung des psychischen Zustandes ab, sondern es geht um eine Umstrukturierung der Persönlichkeit. Diese ist nicht leicht zu erfassen,

obgleich es dafür inzwischen auch Instrumente gibt, z. B. die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Da liegt noch viel Forschungsarbeit vor uns. Ich habe vor ein paar Jahren die Arbeitsgemeinschaft der Psychodynamischen Professorinnen und Professoren gegründet. Wir beschäftigen uns gegenwärtig mit diesen Fragen. Auf einem jüngst veranstalteten Symposion ging es um Beziehungskonzepte in der Verhaltenstherapie und in der psychodynamischen Psychotherapie. Dabei wurde deutlich, wie ähnlich sich die Konzepte inzwischen sind. Für das kommende Jahr planen wir eine Tagung darüber, wie man wesentliche Veränderungen im therapeutischen Prozess erfassen kann. Wir glauben, dass es signifikante Wendepunkte gibt, „*turning points*“, in denen sich etwas Wesentliches ereignet. Wir werden versuchen, diese Wendepunkte im therapeutischen Prozess und in den Dialogen zu erfassen. Wir werden versuchen, mithilfe von Tonbandmitschnitten oder gar Videoaufzeichnungen solche Wendepunkte zu analysieren. Der Frage, was in einer erfolgreichen Therapie geschieht, kommen wir dadurch vielleicht näher.

Gibt es eine Reihenfolge oder Prioritäten der Vermittlung bei den drei Segmenten Wissen, Handlungskompetenz und Haltung?

Die Reihenfolge ist so, dass man mit Wissen anfangen sollte. Die Handlungskompetenz und die Haltung kann man gar nicht getrennt vermitteln. Es gibt kein Handeln, dem nicht eine Haltung zugrunde liegt. Und schon gar nicht kann man eine gute psychotherapeutische Haltung jenseits konkreten therapeutischen Handelns vermitteln. Man muss beides gleichzeitig machen. Und da schwebt mir vor, dass die wesentlichen Kompetenzen des Psychotherapeuten dadurch gelehrt werden, dass erfahrene Therapeuten sich in ihrem Handeln zeigen und darstellen, wie sie es machen. Die wesentlichen Konzepte der Übertragung, des Widerstandes und der Einsicht lassen sich nämlich nicht theoretisch erklären, sondern die

Lernenden müssen sehen, wie sie im praktischen Handeln angewendet werden. Da rein abstrakte Vermittlung von Theorien wenig hilfreich ist, sollen die jungen Kollegen möglichst frühzeitig mit klinischen Fällen konfrontiert werden. Und in der Auseinandersetzung mit diesen Patienten sollen sie lernen, wie man die Konzepte der Psychotherapie als Werkzeuge und Möglichkeiten anwendet, um mit dem Patienten hilfreich umzugehen.

Sich verändernde gesellschaftliche Verhältnisse, als auch sozial-berufsrechtliche Verhältnisse, führen auch zu veränderten Anforderungen in den Kompetenzen. Trägt das Modell der Kompetenzmatrix dem Rechnung?

Ich hoffe, dass diese Matrix als eine gleichsam nach vorne offene Matrix verstanden wird. Sie spielen vielleicht darauf an, dass sich die Anforderungen an die Psychotherapeuten ausweiten werden. Ich zum Beispiel war als Hochschullehrer an der FU mit jugendlicher Delinquenz befasst, habe darüber viel geforscht. Und ich habe eine Methode in der präventiven Arbeit mit jugendlichen Delinquenten („Denkzeit“) entwickelt, die psychoanalytisch fundiert ist. Die psychoanalytische Pädagogik ist eine Anwendungsform der Psychoanalyse. Die Praxisfelder der Psychoanalyse werden sich in der Zukunft weiter verbreitern. Wir werden viel mehr Prävention betreiben müssen, viel mehr mit älteren Menschen, mit Migranten arbeiten. Die Kompetenzmatrix sollte offengehalten werden für die Anforderungen, die aus den neuen Praxisfeldern an uns herangetragen werden.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de

Gelungene Fachtagung der LPK RLP mit anschließendem Herbstfest

„Gefühle fetzen – Psychotherapie im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter“ war das diesjährige Motto der Fachtagung der LPK RLP. Im Mittelpunkt standen die Schwierigkeiten und Herausforderungen der psychotherapeutischen Versorgung von Jugendlichen im Übergang zum Erwachsenenalter. Rund 140 interessierte Teilnehmer waren der Einladung der Kammer gefolgt und kamen in den Konferenzräumen des Atrium Hotels in Mainz-Finthen zusammen, um spannende Fachvorträge zu erleben und sich mit Kollegen auszutauschen.

Auf das Grußwort folgte der erste Fachvortrag: **Dipl.-Psych. Sabine Maur**, Psychotherapeutin aus Mainz, sprach zum Thema „ADHS wird erwachsen – Herausforderungen und Chancen der Transitionspsychotherapie“. Sie zeigte in ihrem Vortrag, welche Schwierigkeiten bei der Therapie von jugendlichen ADHS-Patienten entstehen, wenn diese den Übergang zum Erwachsenenalter antreten. In dieser sensiblen Entwicklungsphase sei es schwierig, den jungen Patienten hilfreiche Interventionsangebote nahezubringen. Die

Weiterbildung berücksichtigt und die interdisziplinäre Forschung in diesem Bereich ausgebaut werden. Die Entwicklung von koordinierten Übergangs- und Behandlungspfaden mit flexiblem Fallmanagement sei ebenso notwendig wie der Einbezug von Eltern, Partnern und der Peer-Group in die Behandlung. Fragen an die Referentin konnten direkt im Anschluss und in der darauffolgenden Kaffeepause gestellt werden.

Im zweiten Fachvortrag widmete sich **Dipl.-Psych. Heike Jockisch**, Psychotherapeutin und Leiterin des SOS-Kinderdorfes in Kaiserslautern, aus aktuellem Anlass unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Zu Beginn ihres Vortrags stellte sie die Schicksale einiger junger Flüchtlinge dar, wobei sie betonte, dass es nicht *die* Flüchtlingskinder gebe. Doch obwohl man nicht von einer homogenen Gruppe ausgehen könne, eine sie doch die Erfahrung von Flucht und der Verlust von Familie und Heimat.



Über 150 interessierte Zuhörer

Moderiert wurde die Veranstaltung von **Peter Andreas Staub** vom Vorstand der LPK RLP. Die Vizepräsidentin der Kammer, **Dr. Andrea Benecke**, eröffnete die Tagung. Anschließend sprach Ehrengast **Dr. Silke Heinemann**, die Abteilungsleiterin Gesundheit des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, ein Grußwort. Sie vertrat die Ministerin **Sabine Bätzing-Lichtenthäler**, die als Schirmherrin der Fachtagung fungierte.

Koordination und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlichenzentrierten zur erwachsenen-zentrierten Versorgung stelle eine große Herausforderung dar. Maur erläuterte, welche Elemente ein erfolgreiches Transitionsprogramm ausmachen. Strukturell seien fächerübergreifende transitionsspezifische Angebote notwendig, sowohl ambulant als auch stationär und komplementär. Zudem müsse die Transitionsphase und ihre Besonderheiten in der Aus-, Fort- und



Heike Jockisch referierte über unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Jockisch gelang es, in ihrem bewegenden Vortrag den Zuhörern eindrücklich zu verdeutlichen, vor welchen Herausforderungen die jungen Geflüchteten in Deutschland stehen. Sie müssen nicht nur traumatische Erlebnisse verarbeiten, sondern lernen, sich in einer völlig fremden Kultur zurechtzufinden. Daher sei ein kultursensibles Zusammenwirken von Jugendhilfe und traumaspezifi-

scher Psychotherapie besonders wichtig, um jungen Flüchtlingen zur Seite zu stehen.

Zum nächsten Thema „Jugendhilfe als sicherer Ort!? – Professionelle Begleitung von jungen Menschen auf dem schwierigen Weg ins Leben“ sprachen zwei Referentinnen: Den Anfang machte **Birgit Zeller**, Leiterin des Landesjugendamtes Rheinland-Pfalz. Im Mittelpunkt ihres Vortrages standen junge Erwachsene, die über ihren 18. Geburtstag hinaus auf Hilfe angewiesen sind. Die sogenannten „Care Leaver“, die den Weg von der Jugendhilfe ins Erwachsenenleben antreten, stellte Zeller als neue Zielgruppe der Kinder- und Jugendhilfe vor und präsentierte entsprechende Programme zu deren Unterstützung. **Dipl.-Soz. Hiltrud Göbel**, Sachgebietsleiterin Allgemeiner Sozialer Dienst im Amt für Jugend und Familie der Stadt Mainz, erläuterte im folgenden Vortrag die rechtlichen Grundlagen der Hilfe für junge Erwachsene. Sie zeigte auf, welche Formen der ambulanten und stationären Hilferbringung möglich sind und welche Schwierigkeiten bei deren Umsetzung entstehen können.

Den letzten Fachvortrag der Tagung hielt **Prof. Dr. Tina In-Albon**, Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Universität Koblenz-Landau. In ihrer Präsentation



Impressionen vom Herbstfest (unten: Peter Andreas Staub, Sabine Maur und Dr. Andrea Benecke)

ging sie auf die Grundlagen des diesjährigen Tagungsthemas ein: Was sind Emotionen überhaupt und wozu sind sie da? Wie entwickeln sich Emotionsregulation und emotionale Kompetenz? Welche Störungen können bei der Ver-

arbeitung von Emotionen auftreten? Abschließend erläuterte sie verschiedene Interventionsmöglichkeiten zur Emotionsregulation und Stärkung der emotionalen Kompetenz.

Trotz unterschiedlicher thematischer Ausrichtung hatten die Vorträge der Fachtagung eines gemeinsam: Sie machten allesamt deutlich, wie wichtig eine enge Vernetzung zwischen der stationären Psychiatrie und der ambulanten Psychotherapie, zwischen der Psychotherapie und der Jugendhilfe und zwischen verschiedenen Helfersystemen ist. Mit einem Schlusswort der Vizepräsidentin endete die Fachtagung und ging ins Herbstfest über.

Beim Fingerfood-Buffer, untermalt vom Spiel des Pianisten, bot sich die Gelegenheit zum fachlichen Gespräch und kollegialen Austausch. Dank des milden Spätsommerwetters konnten die Teilnehmer den Tag auch auf der Terrasse und den Grünflächen des Atrium Hotels ausklingen lassen. Insgesamt war die Resonanz der Teilnehmer auf die Tagung und das Herbstfest sehr positiv. Wir freuen uns also schon auf die nächste Fachtagung!

Interessierte können sich die Präsentationen zu den diesjährigen Vorträgen auf der Homepage der LPK RLP (www.lpk-rlp.de) unter dem Reiter „Aktuelles“ ansehen.

LPK RLP initiierte Treffen mit Vertretern der Ministerien zum Thema Psychotherapie mit Flüchtlingen

Psychotherapeutische Behandlung von psychisch kranken Flüchtlingen scheidet häufig an der Genehmigungspraxis der zuständigen Kommunen. Schutzbedürftigen Personen kommt jedoch gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU ein besonderer rechtlicher Status zu, aus dem sich ergibt, dass ihnen die „erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ gewährt werden muss. Darauf hat Herr Dr. Elias Bender, Referatsleiter

für Rechtsfragen der Flüchtlingspolitik im Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz (MFFJIV) in einem elektronischen Rundschreiben hingewiesen, das sich an alle zuständigen Leistungsbehörden in Rheinland-Pfalz richtete.

Der Versendung des Briefes ging ein Treffen zwischen der Vizepräsidentin der LandesPsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Dr. Andrea Benecke, der Geschäftsführerin der

Kammer, Petra Regelin, dem Referatsleiter Dr. Bender vom MFFJIV und Frau Dr. Julia Schwaben vom Referat „Psychiatrie und Maßregelvollzug“ des Gesundheitsministeriums voraus. Begleitet wurden Frau Dr. Benecke und Frau Regelin von Kammermitglied Sibylle Merkel, die Psychotherapeutin in Alzey ist. Aufgrund ihrer eigenen positiven Erfahrungen konnte sie berichten, wie die Zusammenarbeit zwischen kommunalen Behörden und Psychotherapeuten im Idealfall abläuft.

Selten funktioniert die Zusammenarbeit aber so reibungslos wie in Alzey: Zahlreiche betroffene Psychotherapeuten hatten beim Runden Tisch zum Thema „Psychotherapie mit Flüchtlingen“, zu dem die LPK RLP im April eingeladen hatte, die Genehmigungspraxis der Kommunen beklagt. Häufig käme es zu einer Fehlbeurteilung psychischer Erkrankungen durch Sozialbehörden. Insgesamt würden Psychotherapien nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) viel zu selten gewährt.

Der Rundbrief des MFFJIV weist daher ausdrücklich darauf hin, dass die Leistungsbehörden bei Anwendung des AsylbLG die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU zu beachten haben, die für den Personenkreis der schutzbedürftigen Personen einen erweiterten Rechtsanspruch im Zuge der medizinischen Leistungsgewährung festsetzt.



Dr. Elias Bender, Sybille Merkel, Petra Regelin und Dr. Andrea Benecke bei ihrem Treffen im Ministerium (nicht im Bild: Dr. Julia Schwaben)

In der EU-Aufnahmerichtlinie werden als schutzbedürftige Personen (nicht abschließend!) aufgezählt: Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Men-

schenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die schwere Formen psychischer, physischer und sexueller Gewalt erlitten haben. **Diese Personen sind stets als schutzbedürftig zu qualifizieren und haben einen Anspruch auf die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.**

Es bleibt zu hoffen, dass Rundschreiben des MIFFJIV seine Wirkung nicht verfehlt und in Zukunft schutzbedürftigen Flüchtlingen die ihnen zustehende psychotherapeutische Behandlung gewährt wird – sodass sich die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und kommunalen Behörden auch andernorts so problemlos gestaltet wie LPK-Mitglied Merkel es aus Alzey berichtete.

Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Abgabe und Übernahme von Psychotherapeutischen Praxen“ am 5. November 2016

Trotz strömenden Regens war die von der LPK RLP angebotene Fortbildungsveranstaltung zur Abgabe und Übernahme von Psychotherapeutischen Praxen gut besucht. 45 gespannte Zuhörer hatten sich im Erbacher Hof in der Mainzer Altstadt eingefunden, als die Vizepräsidentin der LPK RLP, **Dr. Andrea Benecke**, die Veranstaltung eröffnete.

Sie sprach über die Erfolgsgeschichte der Psychotherapie: diese friste kein



Zuhörer im Erbacher Hof

Nischendasein mehr, sondern habe immer mehr an Bedeutung gewonnen und sich bewährt. Diese gewachsene

Bedeutung habe zur Folge, dass auch die in die Psychotherapie gesetzten Erwartungen gestiegen seien. Neue Formate und flexiblere Angebote würden gefordert und Therapeuten zukünftig mit neuen Befugnissen ausgestattet. Andrea Benecke zeigte sich zuversichtlich, dass die Psychotherapeutenschaft die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen werde. Sie ermunterte ihre Zuhörer dazu, sich den neuen Aufgaben zu stellen und die sich bietenden Möglichkeiten zu nutzen. Anschließend übergab sie das Mikrophon an den ersten Referenten, **Olaf Diederichs**, ehemals stellvertretender Leiter der Abteilung Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) RLP, seit 1. November 2016 Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer Hessen.

Herr Diederichs stellte zunächst aktuelle versorgungspolitische Entwicklungen dar und erläuterte Hintergründe der Bedarfsplanung. Anschließend beschrieb er den Ablauf des Praxismachbesetzungsverfahrens für den halben

und ganzen Kassensitz. Ausführlich ging Diederichs auf die Möglichkeiten und Grenzen der aktiven Gestaltung der Übernahme und Abgabe von Pra-



Referent Olaf Diederichs

xen ein, erklärte mögliche Formen der Anstellung und die Bedeutung der Übergabe von materiellen und immat-

teriellen Gütern. Diederichs gelang es, diese eher trockenen Themen anschaulich und unterhaltsam zu präsentieren. Das Angebot des Referenten, schon während des Vortrags für Fragen zur Verfügung zu stehen, wurde von den Zuhörern rege genutzt. Auch in der Mittagspause, in der ein Buffet mit leckerem Fingerfood bereitstand, trugen viele Teilnehmer ihre Anliegen an Herrn Diederichs heran.

Sabine Maur, Psychologische Psychotherapeutin aus Mainz und Vorstandsbe-

auftragte der LPK, übernahm die Moderation des zweiten Teils der Veranstaltung und kündigte den nächsten Referenten an: Steuerberater **Wolfgang Steidl**, Geschäftsführer der Advimed Steuerberatungsgesellschaft mbH, erläuterte im ersten Teil seines Vortrags die steuerrechtlichen Grundlagen rund um die Abgabe und den Verkauf von psychotherapeutischen Praxen. Dabei ging er unter anderem auf die Besteuerung der Praxisübertragung, den Freibetrag und den begünstigten Steuersatz für den Veräußerungsgewinn sowie die Ermittlung des Verkehrswertes der

Praxis näher ein. Im zweiten Teil des Vortrags standen die steuerlichen Aspekte von Praxisgründung und Praxiserwerb im Mittelpunkt. Auch hier wurde schnell deutlich, dass großer Erklärungsbedarf unter den Zuhörern bestand, sodass Herrn Steidl viele Fragen gestellt wurden.

Die LPK RLP plant auch zukünftig, ihre Mitglieder mit Veranstaltungen wie dieser zu informieren und zu unterstützen, und freut sich, dass dieses Angebot auf reges Interesse stößt.

Rede der Vizepräsidentin der LPK RLP auf Fachtagung der Kliniken Wied



Dr. Wolf-Detlef Rost, Prof. Dr. Wilma Funke, Peter Missel, Björn Sufke, Dr. Andrea Benecke, Dr. Welf Schroeder

Die Kliniken Wied, die Patienten mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen behandeln, stellten ihre Fachtagung am 21. September 2016 unter das Motto „**Psychotherapie der Sucht**“.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung, die in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie durchgeführt wurde, standen psychotherapeutische Methoden als unverzichtbare Bestandteile der Suchtbehandlung. Nach der Begrüßung und thematischen Einführung durch die leitende Psychotherapeutin der Kliniken Wied, Prof. Dr. Wilma Funke, sprach **Dr. Andrea Benecke, die Vizepräsidentin der LPK RLP**, ein Grußwort.

Sie legte den Schwerpunkt ihrer Rede auf den Alkoholkonsum. Alkohol ist nach Nikotin das häufigste Suchtmittel in Deutschland. Rund 74.000 Menschen sterben in Deutschland jedes Jahr an den Folgen ihres Alkoholkonsums bzw. des kombinierten Konsums von Alkohol und Tabak. Zudem fördert Alkohol Gewalttaten und Verkehrsunfälle und ist Risikofaktor für weitere 200 Erkrankungen. Benecke führte aus, dass viel zu wenige der Alkoholkranken in Behandlung seien und die Behandlung häufig zu spät einsetze: Nur zehn bis zwanzig Prozent der Alkoholabhängigen nähmen professionelle Unterstützung in Anspruch, eine

stationäre Behandlung erfolge durchschnittlich erst zwölf Jahre nach den ersten Alkoholproblemen.

Die Vizepräsidentin beklagte, dass es in Deutschland kaum wirksame Präventionsmaßnahmen gegen die Abhängigkeit von Alkohol gäbe und die Sucht zu selten erkannt würde. Zudem sei das Suchthilfesystem in Deutschland zu stark fragmentiert: An der Versorgung von alkoholkranken Menschen seien viele verschiedene Akteure und Einrichtungen beteiligt, die nicht eng genug zusammenarbeiten würden. Vor allem die langen Wartezeiten zwischen Entzug und Entwöhnung benannte Benecke als problematisch. Sie wies außerdem auf die große Notwendigkeit von stabilisierenden Maßnahmen zur Nachsorge nach der Entwöhnung hin. Der Anteil der psychotherapeutischen Behandlungen in der Nachsorge sei sehr gering.

Am Ende ihrer Rede machte Dr. Andrea Benecke deutlich, dass der Berufsstand der Psychotherapeuten die genannten Missstände nicht länger hinnehmen möchte: Zu ihrer Behebung hat die Bundespsychotherapeutenkammer im Mai einen „Standpunkt Alkohol“ mit 15 Maßnahmen erarbeitet. (Weitere Informationen zum „Standpunkt Alkohol“ der BPTK finden Sie auf unserer Homepage). Im Anschluss an die Vizepräsidentin der LPK RLP, referierten Dr. Wolf-Detelef Rost aus Gießen und Björn Sufke aus Bielefeld.

Im letzten Vortrag thematisierte Peter Missel von den AHG Kliniken in Daun den „Stellenwert der Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“. Nach der Mittagspause wurden drei Workshops angeboten und es bestand die Möglichkeit, die Kliniken Wied und ihr Konzept kennenzulernen.

Wir sind umgezogen!

Die Geschäftsstelle der LPK RLP ist ab sofort unter einer neuen Adresse zu finden:

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11

55116 Mainz

Die bisherigen Telefonnummern ändern sich nicht!

Weitere aktuelle Informationen finden Sie auf unserer Homepage: www.rlp-lpk.de

Beitrag 2017

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 29. Oktober 2016 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrags für das Jahr 2017 auf 540,00 Euro festzusetzen.

Die Höhe des Regelbeitrags wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 15.11.2016 Az. 652-01-723-10.4 hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Mainz, den 15.11.2016

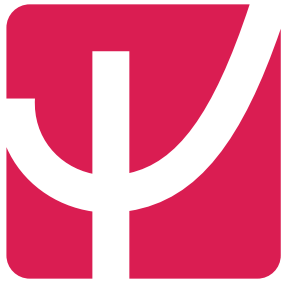
*Dr. Andrea Benecke
Vizepräsidentin*



Der Vorstand und die Geschäftsstelle wünschen allen Mitgliedern und Kollegen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr.

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Tag des Flüchtlings 2016

Fachtagung des Psychosozialen Zentrums (PSZ) des DRK an der Universität des Saarlandes mit Beteiligung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS)



Blick ins Plenum (Quelle: DRK)

Traditionell ist der letzte Tag der interkulturellen Woche der „Tag des Flüchtlings“, in diesem Jahr der 30.09.2016. An diesem Tag soll das Schicksal der Flüchtlinge besonders in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gebracht werden. Im laufenden Jahr wurde fast täglich über Flüchtlinge gesprochen, eine große Zahl von Flüchtlingen wurde aufgenommen und musste betreut werden. Es gab viel Engagement von vielen Seiten, von Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen in Verwaltung, im sozialen Bereich, bei Behörden und Wohlfahrtsverbänden, im Bildungs- und Gesundheitsbereich. Daneben gibt es leider auch eine nicht unbeträchtliche Zahl von Aktionen gegen Flüchtlinge und deren Aufnahme in Deutschland. Nicht immer fühlen Flüchtlinge sich willkommen. Zu den traumatischen Belastungen in der Heimat und auf der Flucht kommen Diskriminationserfahrungen. Flüchtlinge brauchen vor diesem Hintergrund eine besondere Hilfe und die Psychotherapeutenkammer hat schon vor einiger Zeit im PSZ des DRK einen Partner gefunden, um zu helfen, die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen im Saarland

zu verbessern. Insofern war die PKS gern bereit, sich an einer Fachtagung zu beteiligen, die das Psychosoziale Zentrum des DRK aus Anlass des „Tag des Flüchtlings“ gemeinsam mit dem Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie veranstaltete.

13.000 haben im letzten Jahr im Saarland einen Asylantrag gestellt. In diesem Jahr sind 3.300 Geflüchtete auf saarländische Kommunen verteilt worden. Die Zahl ist niedriger geworden, aber die Flüchtlinge brauchen nachhaltig Unterstützung und bilden für die Gesellschaft eine große He-



DRK-Präsident Burkert am Informationsstand (Quelle: DRK)

erausforderung. Dieser Herausforderung muss sich die Politik stellen. Diese Herausforderung betrifft aber auch Akteure der Zivilgesellschaft, Betreuungsverbände, Fachverbände und die Wissenschaft. Vor diesem Hintergrund arbeitet das PSZ des DRK im Saarland schon seit mehr als einem Jahr mit der PKS und der Universität des Saarlandes zusammen.

Die Veranstaltung wurde im Rahmen des Projektes HOPE durchgeführt, ein

von der Europäischen Union im Rahmen des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds gefördertes Projekt des DRK, das am PSZ angesiedelt ist. HOPE bedeutet Hoffnung und ist zugleich ein Kürzel für „Hilfe bei der Orientierung und Psychoedukation“. Das Projekt richtet sich an Geflüchtete mit Bleiberecht und soll helfen.

Die gemeinsame Veranstaltung von DRK, UdS und PKS trug den Titel „Hilfe für die besonders Schutzbedürftigen“. Mehr als 160 TeilnehmerInnen kamen zu dieser Veranstaltung an die Universität des Saarlandes. Der Präsident der Universität des Saarlandes, Herr Professor Volker Linneweber, von Haus aus selbst Psychologe, hob in seiner Begrüßung hervor, dass Flüchtlinge nicht nur, wie es manchmal erscheint, ein „Problem“ darstellen, dass bei ihnen nicht nur logistisch die Versorgung sichergestellt werden muss, sondern dass man die Integration von Menschen mit ihrer jeweiligen persönlichen und beruflichen Geschichte im Blick haben muss. Er wies daraufhin, dass die Universität



Die Präsidenten Morsch, Linneweber und Burkert (v.l.n.r.) (Quelle: DRK)

die zunächst eher sprachfernen MINT-Studiengänge für Flüchtlinge geöffnet habe und für diejenigen Anwärter, die die Anforderungen z. Zt. noch nicht erfüllten, Fördermaßnahmen vorsehe. Diese positive Entwicklung von der Migration zur Integration von Menschen solle an die Stelle der Fixierung auf ein sog. „Flüchtlingsproblem“ treten.

Der Präsident der PKS, Herr Bernhard Morsch, hob hervor, dass die Psychotherapeutenkammer schon von Beginn an aktiv gewesen sei und beim PSZ des DRK eine Koordinierungsstelle eingerichtet habe, um die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen zu verbessern. Er wies aber auch auf Defizite in der medizinischen Grundversorgung von Flüchtlingen hin und bezeichnete es als Skandal, dass in der Landesaufnahmestelle psychische Störungen nicht mit derselben Selbstverständlichkeit abgeklärt würden wie körperliche Leiden.

Der Präsident des DRK im Saarland, Herr Michael Burkert, rief noch einmal das große Engagement der Ehrenamtlichen bei der ersten Aufnahme von Geflüchteten in Erinnerung und die Notwendigkeit, sich auch der zweiten Herausforderung, der Behandlung der Traumafolgen, zu stellen. Traumatisch ist es, wenn Familienmitglieder auf der Flucht zu Tode kommen oder verlorengehen. Hier und auch im Fall von unbegleiteten Minderjährigen gebe es als praktische Hilfe den Suchdienst des DRK. Die Behandlung von traumatisierten Menschen habe gute Aussicht auf Erfolg resümierte er ermutigend für die Veranstaltung. In allen Grußworten wurde deutlich, dass den Geflüchteten weiterhin und dauerhaft geholfen werden müsse und dass die Zusammenarbeit verschiedener Akteure besonders bei traumatisierten und psychisch belasteten Flüchtlingen von besonderem Nutzen ist.

Den weiteren Verlauf der Veranstaltung bestimmten Fachvorträge am Vormittag und Workshops am Nachmittag. Rabea

Pallien, Teamleiterin des Teams Migration und Integration gab einen Überblick über die Angebote und Tätigkeiten des Psychosozialen Zentrums des DRK in der Landesaufnahmestelle und in Saarbrücken-Burbach. Die psychologischen Aspekte der Integration stehen im Vordergrund beim HOPE-Projekt, das sich an die besonders Schutzbedürftigen, an die psychisch belasteten traumatisierten Flüchtlinge, richtet. Das Projekt mit seinem Team aus Psychologen/ Psychotherapeuten und Kulturmittlern/ Sozialberatern kann nach einem Jahr auf gute Erfolge im Bereich von Psychoedukation, Beratung und Behandlungen zurückblicken.

Frau Prof. Dr. Michael, Lehrstuhlinhaberin des Lehrstuhls klinische Psychologie und Psychotherapie gab einen umfassenden Überblick über den Stand der Forschung und wies darauf hin, dass Flüchtlinge einen Anspruch auf die Anwendung von evidenzbasierten Therapiemethoden haben. Geflüchtete seien in der Regel mehrfach und durch unterschiedlich traumatische Ereignisse traumatisiert und psychische Belastungen beeinträchtigten nachweislich den Integrationserfolg. Eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sei allen Studien zufolge unabdingbar für den Therapieerfolg. Frau Prof. Michael gab einen Überblick über erfolgreiche Psychotherapieverfahren, wies aber auch auf die Notwendigkeit zusätzlicher Hilfen hin, die zum Beispiel durch Psychosoziale Zentren und durch das Projekt HOPE des DRK geleistet würden. Die Diagnoseschlüssel von DSM 5 und ICD 11 würden mit der Aufnahme der Diagnose „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ die Symptomatik vieler traumatisierter Flüchtlinge besser gerecht werden können. Sie schloss mit der Ermutigung, dass Psychotherapie mit Flüchtlingen möglich und – auch mit Dolmetschern – erfolgreich sein kann und für den Psychotherapeuten zwar schwierig, aber bereichernd sei.

Susanne Münnich-Hessel, psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutin, und zugleich als Mitglied des Vorstandes der PKS Integrationsbeauftragte der Kammer, berichtete über die besonderen Herausforderungen bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen. Geflüchtete Kinder und Jugendliche hätten zunächst einmal dieselben Bedürfnisse wie alle Jugendlichen; auch für sie seien dieselben nationalen und internationalen Rechtsansprüche gültig. In der Aufnahmerichtlinie der EU von 2013 seien sie als besonders schutzbedürftig hervorgehoben und hätten Anspruch darauf, angemessen versorgt zu werden, auch hinsichtlich psychischer Probleme. Den Grundbedürfnissen von Kontrolle und Bindung entspreche, so Münnich-Hessel, das Arbeitsmodell auch der Therapie. Geschätzt 15.000 Kinder seien behandlungsbedürftig. Abschließend forderte Frau Münnich-Hessel nachdrücklich den Zugang der Flüchtlinge zu allen Jugendhilfemaßnahmen und den Schutz der Kinder, die mit oder ohne Eltern in Deutschland leben, insbesondere auch in Sammelunterkünften. Sie machte außerdem aufmerksam auf viele noch offene Fragen der Finanzierung von therapeutischen Leistungen, besonders auch der Dolmetscherkosten.

Nach der Mittagspause wurden vom HOPE-Team des PSZ parallel zwei Workshops durchgeführt. Im ersten Workshop berichtete Musaab Al-Tuwaijari über kulturelle Besonderheiten in der Behandlung von Flüchtlingen, die im Saarland in der Mehrzahl aus Syrien kommen, aber auch aus dem Irak, aus Afghanistan und dem Iran und Eritrea. Er berichtete von eigenen Fällen aus der Praxis und die Notwendigkeit, kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen, sie aber nicht als Hindernisse zu sehen, sondern als Möglichkeiten zu nutzen. Oft wird man in der Therapie z. B. auf traditionelle Bewältigungsmöglichkeiten bei Problemen stoßen und auf die unterstützende Funktion der Familie. Die Workshop-TeilnehmerInnen konnten eigene Erfahrungen beisteuern und Herr Al-Tuwaijari bot die Unterstützung des PSZ in allen Fragen an.

MEDIAN übernimmt AHG-Kliniken

Wie die PKS aus der Presse erfuhr (Pressemitteilung MEDIAN vom 29.07.2016) hat das Gesundheitsunternehmen MEDIAN die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (AHG) übernommen.

Die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, ein Unternehmen der Familie Glahn mit Sitz in Düsseldorf, verfügte bislang über 45 Kliniken, Therapiezentren und Wiedereingliederungseinrichtungen insbesondere in den Bereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen. Gerade im Saarland sind die Kliniken in Berus (Rehabilitation im Bereich Psychosomatik, Akutklinik Psychosomatik) und Münchwies (Rehabilitation in den Bereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen) seit gut drei Jahrzehnten fester Bestandteil der stationären psychotherapeutischen Behandlungs- und Rehabilitationsangebote.

MEDIAN ist 2015 durch den Zusammenschluss der MEDIAN Kliniken und der RHM Kliniken und Pflegeheime zu einem der größten Gesundheitsunternehmen in Deutschland aufgestiegen und hält v. a. Schwerpunkte in den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik/Psychiatrie sowie in den Fachbereichen Sucht, Soziotherapie und Wiedereingliederung. Mit dem Kauf der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft mit Sitz in Düsseldorf entsteht ein Unternehmen mit 17.500 Betten und Behandlungsplätzen in 123 Kliniken und Einrichtungen, das sich ausschließlich auf Nachsorge- und Teilleistungen sowie Psychiatrie konzentriert. Die gut 15.000 Beschäftigten der Gruppe behandeln und betreuen dann jährlich mehr als 225.000 Patienten und Bewohner in 14 Bundesländern (Website MEDIAN: www.median-kliniken.de).

Nach der Zustimmung des Kartellamtes wird MEDIAN mit den Kliniken, Therapiezentren und Wiedereingliederungseinrichtungen der AHG bundesweit ein flächendeckendes Behandlungs- und

Rehabilitationsangebot anbieten. In der Pressemitteilung der MEDIAN heißt es dazu wörtlich: „MEDIAN und AHG sind eine perfekte Verbindung“, kommentiert Dr. André M. Schmidt, CEO von MEDIAN: „Die regionalen Schwerpunkte der AHG insbesondere in Westdeutschland ergänzen passgenau unsere bisherigen Standorte. Außerdem stärken wir durch das Zusammengehen mit Blick auf unser Leistungsspektrum den Bereich Psychosomatik und bauen die Bereiche Sucht und Wiedereingliederung deutlich aus.“ MEDIAN plane einen separaten Fachbereich für die Soziotherapie und ein eigenes Medical Board zur Bündelung des Know-hows im Bereich Sucht aufzubauen. „In der Psychosomatik wird uns das Fachwissen der AHG einen starken Schub bei der Entwicklung neuer Therapieprozesse liefern, die wir dann deutschlandweit über unsere Einrichtungen ausrollen können.“

Die PKS zeigt sich angesichts solcher gigantischer Unternehmensstrukturen vor allem besorgt um die Vielfalt der fachlichen Angebote und die Bereitstellung des erforderlichen Fachpersonals zur Versorgung der PatientInnen und RehabilitandInnen: Werden in Zukunft vor Ort weiter erprobte und regional eingebettete Behandlungs- und Rehabilitationsangebote in breitem Umfang vorgehalten? Werden ausreichend Fachkräfte, insbesondere auch unsere Berufskollegen, von denen ca. 60 KollegInnen in den Einrichtungen der AHG angestellt sind, dort weiter tätig sein? Wird ein Großkonzern an einer angemessenen Vergütung interessiert sein und sich mindestens an die Tarifbindung halten?

Welche Auswirkungen Ökonomisierung im Gesundheitswesen hat, haben wir bei unserem letzten Saarländischen Psychotherapeutentag 2015 in den Mittelpunkt der Fachreferate gestellt. Ein Blick auf die Sprache und Angebote von MEDIAN transportiert die bekannten Begrifflichkeiten eines Großunternehmens wie „Zusammenschluss bringt

Wachstum“, „marktführendes Unternehmen“, „MEDIAN premium – das First-Class-Segment der MEDIAN Kliniken“. Auch die Benennung von Aufgaben innerhalb der Unternehmensstruktur wie „Non-Executive-Board“, „Leiter Financial Shared Service Center“ oder „Stabsstelle Gesellschaftsrecht & Compliance“ vermitteln eher marktbezogene, denn auf die Person des Patienten oder des Rehabilitanden bezogene Grundorientierungen.

Noch deutlicher wird die Orientierung wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Anteile an MEDIAN-Kliniken seit 2014 mehrheitlich vom niederländischen Finanzinvestor „Waterland“ gehalten werden. Laut einer Pressemeldung des Handelsblatt vom 16.10.2014 (www.handelsblatt.com/unternehmen/dienstleister/niederlaendischer-investor-median-rehakliniken-gehen-an-waterland/10850180.html) legte Waterland eine Milliarde Euro auf den Tisch und wollte damals die Immobilien, die mehr als die Hälfte des Kaufpreises ausmachten, umgehend an einen amerikanischen Investor weiterreichen. Was daraus geworden ist und ob Waterland und/oder andere auch im neuen Großunternehmen eine wesentliche Rolle spielen, müssten Fachleute weiter ermitteln. Waterland jedenfalls ist laut Informationen seiner offiziellen Website (www.waterland.de) eine „unabhängige Private-Equity-Investment-Gesellschaft“, die „Unternehmer dabei unterstützt, ihre Wachstumsziele zu erreichen“. Offenbar ein Gigant seiner Branche, der „auf der Basis einer proaktiven Top-Down-Analyse von Märkten und Branchen, die nach unserer Meinung ein langfristiges Wachstumspotential oder andere wirtschaftliche attraktive Rahmenbedingungen aufweisen, Investmentziele identifiziert.“

Sicher ist, dass durch den jüngsten Deal von MEDIAN und AHG erstmals auch saarländische Kliniken in den Einflussbereich von Großinvestoren geraten, die in der Gesundheitswirtschaft in erster Linie Wachstumschancen sehen.

Zum Leserbrief an die Saarbrücker Zeitung

Die PKS hat nach dem Erscheinen eines Interviews mit Gesundheitsökonom Jürgen Wasem einen Leserbrief an die Saarbrücker Zeitung gerichtet (siehe Abdruck unten). Wasem hatte in dem Interview unter anderem einen Zusammenhang zwischen den steigenden Ausgaben der Krankenkassen und der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen hergestellt.



Prof. Jürgen Wasem (Quelle: BPtK)

Prof. Wasem ist einer der renommiertesten Gesundheitsökonomien Deutschlands und gehört verschiedenen Expertenkommissionen an, die Politiker, Re-

gierungen und Krankenkassen beraten.

Auch die BPtK bedient sich derzeit seines Sachverständigen zur zukünftigen

ambulanten Weiterbildung. Sie hat das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) unter Leitung Wasems beauftragt, eine Expertise zu Modellen der Organisation und Finanzierung einer ambulanten Weiterbildung von Psychotherapeuten bei Einführung eines Approbationsstudiums mit anschließender Weiterbildung zu erstellen.

(SZ-Interview abrufbar unter: www.saarbruecker-zeitung.de/politik/themen/sz-politik/Gesetze-und-Rechtsnormen-Milliarden-Euro-Versicherungskunden;art449427,6234464)

Leserbrief zur Saarbrücker Zeitung Sa/So 27./28. August 2016 – Politik Nr. 200

„Kassen stehen vor steigenden Ausgaben“ – Gesundheitsökonom Jürgen Wasem: Überschuss und höhere Beiträge sind kein Widerspruch

Das in der Saarbrücker Zeitung vom 27./28. August 2016 erschienene Interview mit Jürgen Wasem ruft aus mehreren Gründen unserem Unmut hervor: Wir halten es für fahrlässig und zudem für sachlich falsch in der Diskussion um steigende Ausgaben der Krankenkassen einen „Kostendruck wegen der Flüchtlinge“, wie Herr Vetter seine Frage formuliert, zu behaupten. Die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerberinnen wird grundsätzlich aus Steuermitteln und nicht aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Wenn Flüchtlinge nach fünfzehn Monaten eine Krankenversiche-

tenkarte erhalten, gelten weiter wie vom ersten Tag ihres Aufenthaltes in Deutschland an die Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes: Dies erlaubt lediglich eine auf die Behandlung akuter Beschwerden eingeschränkte medizinische Versorgung. Erst nach dem Asylrecht anerkannte Flüchtlinge erhalten eine elektronische Gesundheitskarte, die eine volle medizinische Versorgung ermöglicht.

Ebenso falsch ist die Gleichsetzung von Migranten und Flüchtlingen in der Antwort von Herrn Wasem. Der Begriff „Migrant“ ist ein Oberbegriff für alle Menschen, die aus dem Ausland nach Deutschland einwandern. Keinesfalls sind „viele Migranten traumatisiert“ und „verdienen gar nichts“. Viele von Ihnen können und dürfen nur deshalb hier sein, weil sie arbeiten und somit Beiträge in die gesetzlichen Krankenkassen und Sozialsysteme einzahlen. Flüchtlinge sind nur ein kleiner Teil Eingewanderter, die in großer Not vor Gewalt, Folter oder Krieg aus ihren

Heimatländern zu uns kommen. Schließlich teilen wir in keiner Weise die Einschätzung von Herrn Wasem, die Debatte um die einseitig von Arbeitnehmern finanzierten Zusatzbeiträge sowie deren derzeit diskutierte Erhöhung „sei überbewertet“. Richtig ist viel mehr, dass die psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge mit den von der großen Koalition zu verantwortenden Zusatzbeiträgen, der damit weiter fortschreitenden Entsolidarisierung im Gesundheitswesen und mit den steigenden Kosten der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung rein gar nichts zu tun hat. Statt dieser ungu-ten Stimmungsmache sollte mehr über die Fehlallokation von Geldern im Gesundheitswesen gesprochen und geschrieben werden. Dazu nur ein Beispiel: in 2012 betrugen die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen ca. 300 Mrd. Euro. Davon entfielen 20 Mrd. auf die Behandlung psychischer Erkrankungen und ganze 1,5 Mrd. (0,5%) auf die ambulante Psychotherapie.

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Michael Schwindling, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681-9545556
Fax 0681-9545558
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



wenn Sie dieses Heft des PTJ in Ihren Händen halten, neigt sich das Jahr 2016 seinem Ende entgegen und es ist Zeit, ein kurzes Resümee zu ziehen. Für den Vorstand der Kammer war es ein besonderes Anliegen, den Service für Sie, die Kammermitglieder, zu verbessern. Die durchweg positive Resonanz auf unseren 4. Norddeutschen Psychotherapeutentag und die zahlreichen Rückmeldungen, die wir bei der persönlichen Beratung der Mitglieder in unseren Sprechzeiten erhalten haben, zeigen uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Manches konnten wir nur unterstützend befördern, anderes aufgrund fehlender gesetzlicher Einflussmöglichkeiten noch nicht zu dem gewünschten positiven Ergebnis bringen. Hier bleiben wir dran. Uns ist bewusst, dass vieles noch verbessert und optimiert werden kann. Auch im neuen Jahr werden wir uns dafür einsetzen, die Arbeitsbedingungen unserer Mitglieder zu verbessern. Zögern Sie nicht, uns Ihre Wünsche an die Kammer mitzuteilen.

Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen ein ruhiges und besinnliches Weihnachtsfest und ein glückliches und erfolgreiches Jahr 2017.

Für den Vorstand der PKSH grüßen Sie herzlich
 Dr. Oswald Rogner
 Dr. Angelika Nierobisch

Bericht aus der Kammerversammlung

Die Kammerversammlung im November hatte als ein wichtiges Thema die Verabschiedung des Haushaltsplans für das Jahr 2017 sowie die Festsetzung der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 2017.

Doch zunächst gab der Präsident der PKSH, Herr Dr. Rogner, in seinem Bericht des Vorstands einen Überblick über die vielfältigen Aktivitäten der Kammer und die wichtigsten Termine, die der Vorstand seit der Kammerversammlung im Juli 2016 wahrgenommen hat. Dr. Rogner berichtete u. a. über den aktuellen Stand der Reform der Psychotherapie-Ausbildung, über Pläne zur Anpassung der Bedarfsplanung im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes, über steuer- und sozialversicherungsrechtliche Probleme, die auf die Kammer zukommen könnten und über Aktivitäten der Kammer zur Forderung einer angemesseneren Vergütung für angestellte Kammermitglieder.

Die Vizepräsidentin, Frau Dr. Nierobisch, berichtete über ein Treffen des Redaktionsbeirates des PTJ, über den 4. Norddeutschen Psychotherapeutentag (s. ausführlichen Bericht), über den Relaunch des Internetauftritts der

PKSH und über die Öffentlichkeitsarbeit des Vorstandes im Rahmen diverser Medienanfragen.

Weiterhin gab es Berichte von Dagmar Schulz von dem BPtK-Symposium „Frauen in die Berufspolitik“, von Heiko Borchers über ein Treffen des Beirats „Fortbildung“ auf Bundesebene sowie von Haluk Mermer zum Stand der sogenannten „PiA“-Stammtische.

Haushaltsplan und Beitragssetzung

Der Finanzausschuss der PKSH hatte den Haushaltsplan für das Jahr 2017 satzungsgemäß in Zusammenarbeit mit dem Geschäftsführer der Kammer erstellt und diesen der Kammerversammlung vorgetragen. Lediglich in dem Bereich Kosten der Geschäftsstelle wurde dieser Plan kontrovers diskutiert.

Aufgrund der hohen Rücklagen, die der vorherige Vorstand gebildet hatte, möchte der jetzige Vorstand die Rücklagen abschmelzen. Auf der Basis des Haushaltsplans für das Jahr 2017 machte der Vorstand der Psychotherapeutenkammer daher einen Vorschlag zur An-

passung der Beitragssatzung. Die Beiträge für voll zahlende Mitglieder sollten danach um 27,- € reduziert werden, die ermäßigten Beiträge um 17,- €. Die Beiträge für Rentner und arbeitslose Mitglieder sollen unverändert bei 77,- € verbleiben, da dies ein durchlaufender Haushaltsposten ist, der sich aus dem abzuführenden Mitgliedsbeitrag an die BPtK und den Kosten für die Übersendung des Psychotherapeutenjournals zusammensetzt.

Bei der Diskussion des Mitgliedbeitrages für das Jahr 2017 zeigte sich dann, wie von manchen in der Kammerversammlung Politik gemacht wird. So wurde von der „Opposition“ innerhalb der Kammerversammlung ein Gegenvorschlag zur vorgeschlagenen Beitragssatzung des Vorstands „aus dem Hut gezaubert“. Bei diesem Vorschlag sollten die Beiträge so drastisch reduziert werden, dass bereits für das Folgejahr (2018) eine Beitragserhöhung von bis zu 300,- € (BK I) vorgesehen war. Irritierend an diesem Vorschlag war nicht nur die Höhe der einmaligen Senkung und der sich daraus zwangsläufig ergebenden dauerhaften erneuten Beitragserhöhung in den Folgejahren, sondern

auch die Tatsache, dass in dem Finanzausschuss, der sich ebenfalls mit der Beitragssatzung beschäftigt hatte, die Opposition vertreten war und dort mit keinem Wort über diese Pläne gesprochen wurde.

Der Vorstand der PKS SH konnte allerdings schließlich in der Diskussion der Beitragssatzung für das Jahr 2017 durch seine Argumente überzeugen und die geplante Beitragssenkung durch die Kammerversammlung mehrheitlich bestätigen lassen. Die neuen Beiträge für das Jahr 2017 lauten somit: 370,00 € für die Beitragsklasse I, für die Beitragsklasse II 330,00 €, Beitragsklasse III 220,00 €, Beitragsklasse IV 200,00 € und die Beitragsklassen V und VI verbleiben bei 77,00 €. Auch die Aufsichtsbehörde, die durch Frau Schwabe vertreten war, empfahl eine sukzessive Beitragssenkung, ohne Anhebung im Folgejahr.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer kommt damit seinem Versprechen nach, die Rücklagen der Kammer nicht weiter ansteigen zu lassen, sondern diese zum Nutzen und zum Wohle der

Mitglieder allmählich abzuschmelzen. Dabei ist der Vorstand darauf bedacht, Kontinuität zu wahren und auch in Zukunft mit den Mitgliedsbeiträgen sparsam, wirtschaftlich und effizient umzugehen. Mit der vom Vorstand vorgeschlagenen und von der Kammerversammlung verabschiedeten Beitragsanpassung kann in den nächsten Jahren von einer Beitragsstabilität ausgegangen werden.

Kammerversammlung am 16. September 2016 zu Themen des Versorgungswerkes

Neben der November-Kammerversammlung gab es noch eine weitere Kammerversammlung im Berichtszeitraum, die bereits Mitte September stattfand. Bei dieser Kammerversammlung ging es ausschließlich um das Versorgungswerk der PKS SH, da dieses Thema im Rahmen der sonstigen Kammerversammlungen stets etwas zu kurz gekommen ist. Es wurde der Geschäftsbericht für das Wirtschaftsjahr 2015 vorgestellt und die Empfehlungen des versicherungsmathematischen Gutachters diskutiert.

Auch das Jahr 2015 konnte wieder mit einem sehr erfreulichen Ergebnis für das Versorgungswerk abgeschlossen werden. Angesichts der niedrigen Zinsen auf den Kapitalmärkten ist die erzielte Verzinsung des Vermögens des Versorgungswerkes in Höhe von 3,51% für das Jahr 2015 zwar niedriger als die Verzinsung des Vorjahres, doch es konnte auch hiermit der Rechnungszins wieder übertroffen werden.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates, Herr Kühnelt, erläuterte Einzelheiten des versicherungsmathematischen Gutachtens und bedankte sich bei allen Akteuren des Versorgungswerkes für die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Der Vorsitzende des Aufsichtsausschusses, Herr Dr. Thomsen, berichtete aus der Arbeit des Aufsichtsgremiums und sprach dem Verwaltungsrat das Vertrauen aus.

Die Kammerversammlung entlastete schließlich in der anschließenden Abstimmung einstimmig beide Gremien des Versorgungswerkes.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

4. Norddeutscher Psychotherapeutentag der PKS SH

Am 24. September 2016 führte der neue Vorstand der PKS SH an alte Tradition anknüpfend den 4. Norddeutschen Psychotherapeutentag durch. Bei strahlendem Wetter kamen über 100 Kolleginnen und Kollegen zum Psychotherapeutentag nach Kiel. Im Vordergrund stand der fachliche aber auch der kollegiale Austausch. Unter dem Motto „Vielfalt in der Psychotherapie“ wurden von 09.00 bis 18.00 Uhr zahlreiche Workshops für angestellte und niedergelassene Kolleginnen und Kollegen angeboten. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Therapieverfahren war für jedes Mitglied der Kammer etwas dabei.

Aufgrund der Kritik der Opposition, es würde politisch zu wenig für die Angestellten geleistet, wurde zudem das Seminar „Empowerment für Angestellte“ angeboten. Möglichkeiten der Einfluss-



Referent T. Steinbüchel im Workshop „Mediales Suchtverhalten“ (Alle Fotos: C. Staudt)

nahme speziell bei den Problemen der Krankenhausfinanzierung und der Perso-

nalbemessung in psychiatrischen Krankenhäusern sollten diskutiert werden.



Oben und unten: Großer Andrang an den Infotischen



Präsident Dr. Rogner am Infotisch für Ausbildungsteilnehmende („PiA“)



Während die meisten anderen Seminare ausgebucht waren, musste dieses Seminar mangels Teilnehmerzahl abgesagt werden. Der Vorstand bittet daher die Angestellten, sich bei der Kammer zu melden, wenn spezifische Fortbildungsangebote gewünscht werden.

Neben den Seminarangeboten wurden Infotische und Beratungsgespräche für Ausbildungsteilnehmende („PiA“) und für Studierende angeboten. Der Vorstand, unterstützt von den beiden PiA-Sprecherinnen, stand den Vormittag für alle Fragen rund um Ausbildung in den verschiedenen Therapieverfahren und späterer praktischer Tätigkeit zur Verfügung.

Das Angebot wurde überraschend gut genutzt und wird auch bei zukünftigen Psychotherapeutentagen angeboten werden.

Dieser Tag hat uns sehr viel Freude gemacht und wird von uns in jedem Fall bald wiederholt werden.

Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin

Erster „PiA“-Stammtisch der PKSH

Liebe Kolleginnen in Ausbildung, liebe Kollegen in Ausbildung,

ich möchte Sie mit diesem Artikel auf unseren ganz frisch eingerichteten PiA-Stammtisch aufmerksam machen und Sie ganz herzlich zur Teilnahme einladen. Die PiA-Sprecherinnen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, Frau Hannah Schmale und Frau Janina Reents, möchten gemeinsam mit dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, dass die Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung in einen persönlichen Kontakt mit der Psychotherapeutenkammer kommen. Sie haben so die Möglichkeit,

Ihre Fragen, Sorgen und Nöte mit uns zu teilen und über verschiedene Aspekte der Ausbildung und der Zukunft unseres Berufsstandes zu sprechen.

Dazu wird der Stammtisch regelmäßig am zweiten Montag jeden Monats stattfinden. Es wird mindestens immer ein Vertreter der Psychotherapeutenkammer daran teilnehmen. Zum Start haben wir uns zunächst auf das Restaurant „Hemingway“ am Alten Markt in Kiel festgelegt. Selbstverständlich ist es auch geplant, den Stammtisch in anderen Orten in Schleswig-Holstein durchzuführen, um möglichst viele Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung zu

erreichen. Des Weiteren soll der PiA-Stammtisch auch dazu dienen, sich in einer kollegialen, ungezwungenen Runde ausbildungsinstitutsübergreifend kennenzulernen und auszutauschen.

Für Rückfragen und Anregungen erreichen Sie uns unter der E-Mail-Adresse piasprecher@pksh.de.

Wir freuen uns auf Sie!

Ich wünsche Ihnen besinnliche schöne Weihnachten und alles Gute für das Jahr 2017.

Haluk Mermer
Vorstandsmitglied

Aktuelles aus der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH)

Die Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) ist eine Organisation, in der Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte und Psychotherapeuten sich gemeinsam abstimmen, um den Meinungsaustausch untereinander zu fördern, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zu gestalten und Kontakte zur Gesundheitspolitik zu pflegen. Eine derartige Organisation akademischer Heilberufe ist in Deutschland einmalig.

Im Rahmen der sogenannten Konsultationsrunde treffen sich mehrmals im Jahr die Präsidenten und Vorsitzenden der in der Interessengemeinschaft zusammengeschlossenen Organisationen und Verbände. In diesen Treffen werden gemeinsame Gesundheitsziele formuliert und zur Förderung des freiheitlichen Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein gemeinsame Positionierungen der Leistungserbringer gegenüber Politik und Medien erarbeitet.

Im Oktober verabschiedeten die Mitgliedsorganisationen der IDH ein gemeinsames Positionspapier, in welchem sie sich u. a. zu folgenden Grundsätzen verpflichten: Bekenntnis zur Beruflichkeit (sowohl der Angestellten

als auch der Selbständigen) in dem Sinne, dass eigene fachliche Entscheidungen gewissenhaft, unabhängig und frei von Weisungen Dritter zu treffen sind; Verpflichtung zur bestmöglichen Qualität gegenüber den Patienten, wobei die Heilung des Patienten im Vordergrund steht und nicht die Erfüllung von Normen; Förderung der Interprofessionalität durch Verbesserung der Kommunikation der Heilberufe untereinander.

Im März 2017 ist ein IDH-Thementag geplant, bei dem es um Vor- und Nachteile der Selbstverwaltung der Heilberufe gehen wird. Weiterhin wurde vereinbart, in Zukunft, erstmals im September 2017, einen gemeinsamen Parlamentarischen Abend aller in der IDH vertretenen Mitgliedsorganisationen durchzuführen, der die Einzelveranstaltungen der Mitgliedsorganisationen ersetzen soll. Im Rahmen des Parlamentarischen Abends soll dann auch die traditionelle Medienpreisverleihung der IDH für herausragende gesundheitsbezogene Berichterstattung stattfinden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die vor ca. vier Jahren aus der IDH ausgetreten war, hat

wieder ihre Mitgliedschaft in der Interessengemeinschaft beantragt und wird ab Januar 2017 erneut dabei sein. Somit sind wieder alle Organisationen der akademischen Heilberufe in Schleswig-Holstein in der IDH vertreten.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegen:

Hans Cordshagen, Bunsöh
geb. 15.01.1944

verst. 08.05.2016

Roger Reinhold, Lütjensee
geb. 14.12.1956

verst. 27.10.2016

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

Artikelverzeichnis 2016

Artikel	Ausgabe	Seiten
Aichert, Désirée S. Elterliche Psychopathologie und kindliches Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom – Implikationen für die psychotherapeutische Praxis	4/2016	373-379
Benecke, Andrea/Munz, Dietrich Zum Tod von Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Alfred Kappauf	1/2016	5
Corman-Bergau, Gertrud/Pichler, Andreas Wir wollen Weiterentwicklung, aber Bewährtes und Wertvolles nicht gefährden.	1/2016	49-56
de Brito Santos-Dodt, Mareke/Thielen, Manfred Wenn sich die geplante Psychotherapieweiterbildung nicht zu einem „closed shop“ entwickeln soll, benötigen wir kreative Lösungen.	2/2016	142-149
Demir, Serfiraz/Reich, Hanna/Mewes, Ricarda Psychologische Erstbetreuung für Asylsuchende. Entwicklung und erste Erfahrungen mit einer Gruppenpsychoedukation für Geflüchtete	2/2016	124-131
Dohm, Lea Wir sind Vorbilder	3/2016	263
Drüge, Marie/Schladitz, Sandra Die psychotherapeutische Ausbildung aus Sicht der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Eine Befragung zu Veränderungsvorschlägen und der Einstellung zum Direktstudium.	3/2016	256-262
Ebert, David D./Baumeister, Harald Internet- und mobilbasierte Interventionen in der Psychotherapie: Ein Überblick	1/2016	22-31
Freund, Henning/Gross, Werner Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung. Eine Umfrage an den Ausbildungsinstituten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland	2/2016	132-138
Fröhlich-Gildhoff, Michel/Fröhlich-Gildhoff, Klaus Die Bedeutung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologie für die Gestaltung des Patientenkontakts in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	3/2016	242-249
Hardt, Jürgen Kollateralien der „Internettherapie“ – Chancen und Gefahren II	1/2016	32-36
Harfst, Timo/von Wolff, Alessa Schneller Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung – die Reform der Psychotherapie-Richtlinie	3/2016	232-241
Klett, Martin/Tessmer, Stephanie Lockerung der Schweigepflicht zum Zweck der Verhinderung von Straftaten?	4/2016	380-386
Lammers, Jana/Spreitz, Julia Eine bewusste Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie	2/2016	150-153
Lamparter, Ulrich/Holstein, Christa Langfristige psychische Folgen des „Hamburger Feuersturms“ (1943) durch die Generationen	1/2016	12-20

Müller, Ricarda Trauma-Sprechstunden für Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen von Hamburg. Ein Erfahrungsbericht.	4/2016	343-351
Müller, Ulrich Zwischen technischer Entwicklung und heilkundlichem Selbstverständnis – Redaktionelle Vorbemerkung	1/2016	21
Muschalla, Beate/Bengel, Jürgen/Morfeld, Matthias/Worringen, Ulrike Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie	1/2016	37-42
Paar, Bianca/Schmidt, Thomas Berufsrechtliche Fragestellungen bezüglich Audio- und Videoaufzeichnungen von Psychotherapiesitzungen	3/2016	264-265
Rautschka-Rücker, Johann Zur Problematik der Legaldefinition der Psychotherapie – Überlegungen zum Reformbedarf im Psychotherapeutengesetz	3/2016	266-268
Sarubin, Nina/Waldherr, Benedikt/Hartl, Christian/Vogel, Heiner Ambulante Psychotherapie mit ehemaligen Straftäterinnen und Straftätern. Hürden und Herausforderungen.	4/2016	352-358
Unger, Theresa Sondergutachten des Sachverständigenrats zum Krankengeld. Mit einem Interview mit Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach: „Wenn ein Patient mit einer akuten Depression erst nach sechs Wochen ein Erstgespräch bekommt, kann uns das nicht egal sein.“	1/2016	43-45
Utsch, Michael Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus? Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen in der Psychotherapie – Teil#II	1/2016	6-11
Versorgungswerke, Autorengruppe Berufsständische Versorgungswerke als zentrale Säule der Alters- und Berufsunfähigkeitsabsicherung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2/2016	139-141
Vogel, Heiner/Thomsen, Klaus Im Gespräch mit Sylvia Bühler: TVöD-Entgeltgruppe 14 – hält ver.di die facharztäquivalente Bezahlung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch für realisierbar?	4/2016	362-366
Wagner, Birgit Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5	3/2016	250-255
Wirth, Ulrich Im Gespräch mit Carlo Strenger: „Just do it! – oder: Wie hoch notierst Du an der globalen Ich-Börse?“ Ein Gespräch über den Einfluss von Globalisierung, Internet und Infotainment auf die psychische Strukturbildung	4/2016	367-372
Wolf, Veronika/van Keuk, Eva Abschiebungen von geflüchteten Patientinnen und Patienten aus der Regelversorgung	4/2016	334-342
Wollenberg, Olaf Eine tragende Säule der Altersvorsorge – Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen	4/2016	359-361

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Ulrich Müller (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-

Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

15. Jahrgang, Ausgabe 4/2016

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 1/2017 ist der 22. Dezember 2016, für Ausgabe 2/2017 der 21. März 2017, für Ausgabe 3/2017 der 3. Juli 2017 und für Ausgabe 4/2017 der 27. September 2017. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen/-kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere 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.

Der Demensch- Cartoonkalender 2017



Klie/Gaymann

Demensch. Postkartenkalender 2017.

2016. 18 x 16,5 cm. € 14,90.
ISBN 978-3-86216-298-7

Mit 12 Postkarten zum Heraus- trennen und Verschicken.

Karikaturen über Demenz – ist das überhaupt ok? Ja! sagt der Gerontologe Thomas Klie von der Evangelischen Hochschule Freiburg. Solange man sich nicht über Menschen lustig macht, die an Demenz leiden, wohl aber Situationskomik aufs Korn nimmt, tragen Scharfsinn und Esprit dazu bei, die gesellschaftliche Wahrnehmung von Demenz zu entkrampfen. Überzeichneter Humor schafft, was sonst nur schwer gelingt: das Thema Mensch & Demenz mitten in die Gesellschaft zu holen, wo es hingehört.

Was dabei herauskommt, wenn der Zeichner und Cartoonist Peter Gaymann den Alltag von Menschen mit Demenz in Szene setzt, zeigt auch der neue Kalender DEMENSCH 2017. Gaymann bringt Dialoge zwischen Menschen mit und ohne Demenz auf Augenhöhe. Und er zeichnet die Mühe, die es kostet, sich in einem Leben mit Demenz erfolgreich zu behaupten, so munter wie mitfühlend nach. Für seine Pointen mit tiefsinnigem Hintergrund hat sich Gaymann durch gerontologische Fachleute inspirieren lassen.

 medhochzwei
www.medhochzwei-verlag.de

Inserentenverzeichnis PTJ 4/2016

zum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

An dieser Stelle finden Sie eine Vielzahl an Informationen zu Stellenangeboten, Veranstaltungen, Fachliteratur, Praxissoftware etc.

Aus- und Weiterbildung

EMDR-Institut Deutschland, Bergisch-Gladbach	A7
Freiburger Fortbildungsakademie für Psychotherapie (FFAP), Freiburg	A6
Hakomi Institute of Europe e. V., Nürnberg	A5
Institut für Qualitätssicherung forensischer Sachverständigentätigkeit (IQfSV), Mainz	A7
IFT Gesundheitsförderung GmbH, München.	A7
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	A4
PBSP-Institut, Institut für Aus- und Fortbildung, Hasbergen	A5

Beratung

Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	A5
Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden.	A5

Kliniken und Versorgungszentren

Privatklinik Friedenweiler GmbH & Co. KG, Friedenweiler	A7
---	----

Kongresse und Veranstaltungen

AWP-Berlin, Berlin	A6
------------------------------	----

Literatur

Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg	A9, A10
Manfred Vogt Spieleverlag, Bremen	A11
Schattauer GmbH, Stuttgart	A10

Stellenanzeigen

Dr. Becker Brunnen-Kliniken, Horn-Bad Meinberg	A2
HELIOS Klinik Leezen GmbH, Leezen	A3
Nardini Klinikum GmbH, Zweibrücken	A3
Rehabilitationszentrum Bad Bocklet, Bad Bocklet	A2

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:

- Ausbildungsprogramm Psychologische Psychotherapie, J-W. Goethe-Universität Frankfurt
- AWP-Berlin, Berlin
- Deutsche Psychologenakademie GmbH des BDP, Berlin
- Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe, Berlin
- W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Psychotherapeutenkammer Berlin

Dr. Becker – Leben bewegen

Die Dr. Becker Brunnen-Klinik bietet Ihnen Zeit für Professionalität



Psychologischer Psychotherapeut (m/w)

in Voll- oder Teilzeit – Eintritt: Frühjahr 2017

IHRE CHANCE

- Die intensive therapeutische Arbeit verschafft Ihnen tiefe Einblicke in ein breites Diagnosespektrum
- Psychotherapeutische Weiterbildung
- Klar definierte Ziele erlauben es, den eigenen Erfolg zu evaluieren
- Sie betreuen Ihre Patienten selbstständig und erhalten dazu regelmäßige externe Supervision

Die ausführliche Anzeige finden Sie unter: www.dr-becker-karriere.de

IHR ANSPRECHPARTNER

Verwaltungsdirektor Ulrich Konert

Dr. Becker Brunnen-Klinik

Blomberger Str. 9 · 32805 Horn-Bad Meinberg

E-Mail: ulrich.konert-JobID40420@drbeckermail.de



Dr. Becker  Brunnen-Klinik



Wir – das Psychologenteam des RehaZentrums in Bad Bocklet – suchen Sie!

Sie sind ein Diplom-Psychologe (m/w) oder Psychologischer Psychotherapeut (m/w)?

Sie suchen eine neue Herausforderung? Dann freuen wir uns auf Sie!

Ausführliche Informationen zu dem Stellenangebot und zu unserer Klinik finden Sie unter: www.rehazentrum-bb.de

Bitte senden Sie uns Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen per E-Mail an schaden@rehazentrum-bb.de oder an das

**Rehabilitations- und Präventionszentrum
Personalabteilung • Frankenstraße 36 •
97708 Bad Bocklet**

Ja zum Leben trotz Demenz!

Das neue Buch der Demenzaktivistin
Helga Rohra



Helga Rohra
**Ja zum Leben trotz Demenz!
Warum ich kämpfe**

2016. 99 Seiten. Softcover. € 18,99.

ISBN 978-3-86216-283-3

Demenz hat viele Gesichter und mit Helga Rohra endlich auch eine Stimme

Unter den Demenzaktivisten gibt es weltweit nur zwei Publizisten. Helga Rohra ist eine von ihnen. In ihrem neuen Buch „Ja zum Leben trotz Demenz“ gewährt Rohra einen seltenen Einblick in die Welt eines Menschen mit diagnostizierter Demenz. Sie erzählt – humorvoll, fordernd, kritisch und hoch-reflexiv – wie sie tagtäglich mit der Demenz lebt und trotz der Schwierigkeiten daraus sogar gestärkt hervor geht. Doch sie spricht auch über ihre Schwächen, Ausfälle und über unbedachte Reaktionen ihrer Mitmenschen – führt jedoch im selben Augenblick vor, wie klug und geschickt sie sich selbst wieder auffängt und in Balance bringt. Sie demonstriert dabei, wie wichtig Selbstbestimmung für sie bleibt.

Helga Rohra fordert ein sinnerfülltes Leben für sich und andere Betroffene ein. Bewusst wehrt sie sich gegen eine allein negative Sicht auf Demenz. Dieses Anliegen verfolgt sie auf jährlich bis zu 100 Veranstaltungen und mit ihrem Verein Trotzdemenz e.V. Für ihre Arbeit wurde sie 2014 mit dem Deutschen Engagementpreis ausgezeichnet und 2015 zur Botschafterin für internationales Engagement ernannt.

Das Buch ist Wegweiser und Kraftspender für alle, die mit der Diagnose Demenz leben müssen. Es richtet sich aber auch an deren Angehörige und auch an diejenigen, die sich beruflich mit dem Thema befassen oder die ihre Sicht auf Demenz prüfen wollen.

Versandkostenfrei innerhalb Deutschlands im Onlineshop:
www.medhochzwei-verlag.de/shop

 medhochzwei

HELIOS ist mehr als die Summe seiner Standorte. Das starke Netzwerk unserer 112 Kliniken, der intensive fachübergreifende Wissensaustausch unserer Mitarbeiter und die schnelle Umsetzung von Innovationen garantieren unseren Patienten die bestmögliche Versorgung.

Unterstützen Sie die HELIOS Klinik Leezen GmbH im Rahmen einer Nachfolgeregelung als

o Leitung (m/w) der Abteilung Neuropsychologie

Stellenummer: 12670

Ihre Aufgaben

- Leitung und konzeptionelle Weiterentwicklung der Abteilung Neuropsychologie mit 8 Mitarbeitern
- Personalführung, Unterstützung und Begleitung der persönlichen Entwicklungsplanung sowie fachliche Anleitung der Mitarbeiter
- Optimierung von Arbeitsabläufen
- Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- Frührehabilitation
- Krankheitsverarbeitung
- Angehörigenarbeit

Ihr Profil

- Approbation als Psychologischer Psychotherapeut
- Möglichst Zertifizierung zum klinischen Neuropsychologen (GNP)
- Begonnene oder abgeschlossene Weiterbildung zum Supervisor wäre wünschenswert
- Möglichst mehrjährige Erfahrung in einer Leitungsfunktion mit Freude am Führen von Menschen
- Sicheres und verbindliches Auftreten
- Faire und wertschätzende Führung von Mitarbeitern und Teams
- Teamfähigkeit und Engagement in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ärzten, Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, physikal. Therapeuten, Musiktherapeuten und Sozialarbeitern
- Möglichst mehrjährige Berufserfahrung im Bereich der klinischen Neuropsychologie und der neurologischen (Früh-)Rehabilitation intensivpflichtiger und beatmeter Patienten

Unser Angebot

- Ein zukunftssicherer Arbeitsplatz in einer der führenden Kliniken der Frührehabilitation
- Eine anspruchsvolle Tätigkeit mit hoher Eigenverantwortung und vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten
- Eine attraktive, der Position angemessene Vergütung
- Arbeiten und Leben in einer attraktiven Urlaubsregion
- Sehr hohes fachliches Niveau gepaart mit einer familiären Arbeitsumgebung

Nähere Auskünfte erteilt Ihnen gerne der Leiter der Abteilung Neuropsychologie, Herr Dipl. Psych. Hartmut Neiden, unter Tel. (03866) 60-2601 bzw. E-Mail hartmut.neiden@helios-kliniken.de

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann bewerben Sie sich über unser Karriereportal unter Angabe der Stellennummer.

HELIOS Klinik Leezen GmbH
Herr Hartmut Neiden, Wittgensteiner Platz 1, 19067 Leezen

Nutzen Sie den Stellenmarkt des medhochzwei Verlages, denn...

wen Sie für Ihr Haus und Ihre Abteilung anwerben, bestimmt selten der Zufall.

Inserieren Sie bei uns, denn nur so erreichen Sie alle Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Deutschlands und erhalten eine 100-prozentige Abdeckung der Zielgruppe.

Rufen Sie uns an, wir erstellen Ihnen gerne ein Angebot



Sabine Hornig
Tel. 06221/91496-15



Lena Neusser
Tel. 06221/91496-17



Fachbereich Schmerztagesklinik – Wir suchen Sie!

Mit uns in die Zukunft

Das Nardini Klinikum, ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, ist ein Verbundkrankenhaus mit den Standorten St. Johannis in Landstuhl und St. Elisabeth in Zweibrücken. Das Verbundkrankenhaus mit 569 Betten und 14 tagesklinischen Plätzen verfügt über die Fachabteilungen Innere Medizin, Gefäß- und Viszeralchirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Orthopädie, Sporttraumatologie und Gelenkchirurgie sowie die Belegabteilungen Urologie und HNO. Zudem verfügt das Nardini Klinikum über Tageskliniken für Onkologie und Schmerztherapie.

Wir suchen am Standort Zweibrücken ab sofort für die klinisch-psychologische Tätigkeit in Voll- und Teilzeit für ein unbefristetes Arbeitsverhältnis einen

Psychologen / Psychotherapeuten (m/w)

Ihre Aufgaben

Sie übernehmen in enger Kooperation mit Ärzten und allen Berufsgruppen die indikationsspezifische Behandlung, vorwiegend in der Schmerztagesklinik und stationären Schmerztherapie, in einem multimodalen Programm.

Wir bieten

- eine vielseitige, abwechslungsreiche und anspruchsvolle Aufgabe
- eine angenehme kollegiale Atmosphäre
- regelmäßige Teambesprechungen
- Entgelt nach den Richtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR) inkl. attraktiver betrieblicher Altersversorgung
- Fort- und Weiterbildungen

Wir erwarten

- eine abgeschlossene Psychotherapie-Ausbildung (VT)

- wertschätzende Behandlung von chronisch schmerzkranken Menschen
- klinische Erfahrung
- Freude an der Teamarbeit und Bereitschaft zur engen Kooperation
- eine hohe Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit
- Erfahrung in der Behandlung von Schmerzpatienten wäre vorteilhaft

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Wenn Sie an dieser abwechslungsreichen Tätigkeit interessiert sind senden Sie Ihre Bewerbung bitte unter Angabe des nächstmöglichen Eintrittstermins per E-Mail an personalabteilung@nardiniklinikum.de oder an unsere Adresse (s. u.)

Fragen beantwortet Ihnen gerne Chefarzt Dr. Franz Bayerl unter Tel. 06332-82-8480 oder f.bayerl@nardiniklinikum.de

Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK):

Neu!

- **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r** Seminare f. d. Fortbildungscurriculum n. d. Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Sozial-, Zivil-, Straf- u. Verwaltungsrecht sowie Glaubhaftigkeit), nächste Termine:
f. d. Modul Glaubhaftigkeit: **Dr. phil. Sandra Loohs „Aussagetüchtigkeit und Aussagezuverlässigkeit“** 4./5. Februar 2017
f. d. Modul Strafrecht: **DP Christoph Schmitt u. DP Marcus Müller „Maßregelvollzug - Risikoeinschätzung“** 21./22. Jan. 2017
f. d. Modul Familienrecht: **Dr. phil. Jörg Fichtner „Lösungsorient. Begutachtung nach § 163 Abs. 2 FamFG“** 11./12. März 2017
für das Grundlagenmodul: **Richter Dr. Henry Eckardt „Die psychologisch. Begutachtung i. familiengerichtl. Verfahren“** 28. Jan. 2017, ebenso: **Richter Patrick Junold „Der Sachverständige i. Strafverfahren aus juristischer Sicht“** 11./12. Febr. 2017
- **EMDR-Zusatzqualifikation:** 25./26. März 2017 EMDR Grundkurs (**Dr. DP Georg Pieper**);
16. Oktober 2017 Trainingsseminar zur Praxis des EMDR (**DP Gertrud Skoupy**)
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern und Jugendlichen:** Ergänzungsqualifikation zur fachlichen Befähigung der Abrechnung von Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie nach den Ziffern 870 - 884 EBM (200 WE in 12 Blöcken), Beginn: 28. Januar 2017
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken),
Beginn d. nächsten Fortbildungscurriculums: 27./28. Mai 2017 Einführ. i. d. Diagnostik: Sexualanamnese (**Dr. Sandra Poppek**)
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)
Dipl.-Psych. Maria Schnell: B2 – „Rapport: Verbale und nonverbale Kommunikation“ 28./29. Januar 2017
Termine für weitere Seminare finden Sie auf unserer Homepage.
Hypnotherapie – Anwendungsseminar (C-Seminar):
Dr. Dipl.-Psych. Cornelia Schweizer: „Hypnotherapeutische Konzepte in der Depressionsbehandlung“ 2./3. Februar 2018
- **Hypnotherapeutische u. systemische Konzepte für die Arbeit mit Kindern u. Jugendlichen (KiHyp)**
Dr. Burkhard Peter: B1/KE – „Einführung in die Hypnose - KliHyp und KiHyp“ am 17./18. November 2017

Alle Seminare auf der IVS-Homepage einzeln und online buchbar

Kontakt und Infos: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth
Tel.: 0911-950991-13 • Fax: 0911-950991-23 • info@ivs-nuernberg.de • www.ivs-nuernberg.de

Guten Tag, mein Name ist Hiob ... Wie das Überbringen schlechter Nachrichten gelingt!



Perings/Lüdke

Guten Tag, mein Name ist Hiob ...

Ein Ratgeber zum Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin

2016. 136 Seiten. Softcover. € 29,99. ISBN 978-3-86216-249-9

Für Ärzte ist es keine leichte Aufgabe, dem Patienten eine schlechte Nachricht zu überbringen. Eine Nachricht, die die bisherige Lebensplanung und -einstellung des Patienten und seiner Angehörigen in Frage stellen, verändern oder ganz zerstören kann. Die Nachricht wirkt auf Arzt und Patient in unterschiedlicher Weise. Schock, Empathiestress und psychische Belastungen können die Folge sein.

Aber wie sagt man dem Patienten, dass er eine schwere oder lebensbedrohliche Erkrankung hat? Wie können solche Botschaften souverän und empathisch vermittelt werden? Jeder Arzt und alle im medizinischen Bereich Tätigen kennen Situationen, die sie als sehr schwer und belastend erlebt haben, wenn es darum ging, eine schlechte Nachricht zu überbringen. Wer hätte sich da nicht eine bessere Vorbereitung oder Ausbildung gewünscht? Auch andere Blaulichtberufe wie Polizei und Feuerwehr kennen vergleichbare Situationen.

Die gute Nachricht ist: Das Überbringen von schlechten Nachrichten kann man lernen. Schnell und effektiv! Neben praktischen Handlungsanweisungen und sprachlichen Lösungsideen vermittelt dieses Buch auch die Kunst der ärztlichen Interaktion und Kommunikation und gibt Tipps für die ärztliche Selbstfürsorge.



HAKOMI®
Erfahrungsorientierte
Körperpsychotherapie

HAKOMI

Achtsamkeit – Schlüssel zum Unbewussten

Seit über 30 Jahren integriert die HAKOMI Methode die aus den buddhistischen Traditionen entnommene Praxis der Achtsamkeit in den tiefenpsychologischen Prozess.

3-jährige HAKOMI Fortbildung

Wien 09.2017, Essen 09.2017, Heidelberg/Nürnberg 10.2017,
Hamburg 05.2018, München 06.2018, Berlin 06.2019

HAKOMI und erfahrungsorientierte Körperpsychotherapie für Kinder

Fortbildung an 5 Wochenenden ab 09.06.2017

Einführungsseminare in die HAKOMI Methode (Processings)

Augsburg · Aurich · Berlin · Dresden · Essen · Frankfurt · Freiburg
Hamburg · Heidelberg · Innsbruck · Klagenfurt · Köln · Leipzig · München
Nürnberg · Potsdam · Wasmuthausen · Wien · Würzburg · Zürich

Fort- & Weiterbildung für Menschen in therapeutischen Berufsfeldern.
Akkreditierter Veranstalter der PTK Bayern.

Das Gesamtprogramm erhalten Sie vom:
HAKOMI INSTITUTE of Europe e.V.,
Weißgerbergasse 2a, 90403 Nürnberg,
Telefon: 0049-(0)-911/30 700 71,
info@hakomi.de www.hakomi.de

PESSO-AUSBILDUNG

Basistraining 2017/2018 (PP)

Die Körperpsychotherapie nach Albert Pessó ist eine ressourcenorientierte Therapie par excellence: Emotionsarbeit, Körperarbeit und metakognitive Verankerung therapeutischer Erfahrung als Mentalisierung. Geeignet für Gruppentherapie und Einzeltherapie. Das PBSP-Institut Deutschland ist Vertragspartner der Pessó PBSP International LLC, Boston, USA.

FEELING-SEEN

Basistraining 2017/2018 (KJP)

Ziel der Feeling-Seen Methode ist es, Verhalten aus der Perspektive eines Kindes oder Jugendlichen zu verstehen. Die Teilnehmer erlernen eine mentalisierungsfördernde, auf die Emotionen in Mimik und Stimme des Kindes fokussierende Gesprächsführung, sowie Möglichkeiten der Rekonsolidierung negativ prägender Bindungserfahrungen im familientherapeutischen Setting.

Veranstalter | Tagungsadresse | Infos:

PBSP-Institut | Nikolai-Centrum
Hakenstraße 16 | 49074 Osnabrück
05405.895872 | assistenz@pbsp-institut.de
pbsp-institut.de | feeling-seen.de



Wartezeit sinnvoll nutzen mit everyBody Plus

In einer Studie der TU Dresden (Studienleitung: Prof. Dr. Corinna Jacobi, Dr. Ina Beintner; ISRCTN12608780) soll untersucht werden, welchen Effekt das Angebot angeleiteter **Online-Selbsthilfe** während der Wartezeit auf ambulante Psychotherapie hat. Teilnehmen können Frauen mit **Bulimia nervosa, Binge Eating Störung oder einer anderen Essstörung mit regelmäßigen Essanfällen**, die auf einen Platz für ambulante Therapie warten.

Niedergelassene PsychotherapeutInnen (möglichst mit Fachkunde **Verhaltenstherapie**), die ihren Patientinnen die Teilnahme an der Studie ermöglichen wollen, laden wir ein, mit uns zu kooperieren.



Kontakt und weitere Informationen:
Bianka.Vollert@tu-dresden.de
+49 351 463-38570

icare-online.eu/de/everybody-plus.html



Anzeigenschluss Psychotherapeuten- journal 1/2017

Der Anzeigenschluss für
die Ausgabe 1/2017 ist der
17.02.2017.

Sie erscheint am
16.03.2017

Mediadaten 2017

Keine Mediadaten
erhalten?
Rufen Sie uns an.

Lena Neusser
Tel. 06221 / 91496-17

Sabine Hornig
Tel. 06221 / 91496-15

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Partnerschaft von
Rechtsanwältinnen und
Rechtsanwälten mbB
Notarin

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Hohe Erfolgsquoten in allen
Numerus clausus-Fächern, z.B.

**im Fach Psychologie:
100% Erfolg**

**mit unserer Strategie – auch
im Masterstudiengang!**

**Wir haben die
Erfahrung.**

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Freiburger Fortbildungsakademie für Psychotherapie



Wir bieten Ihnen qualifizierte Fort- und Weiterbildungen an zu Themen wie:

ACT – CBASP – IPT – Schematherapie – Psychotherapie & EMDR

Alle Informationen unter: www.ffap.eu | Tel: 0761-38845420 | Mail: info@ffap.eu

Psychotherapie-Tage Berlin 2017

31. März bis 2. April

CBASP – IRRT – MSC – Schematherapie –
Dissoziation – TFP – MBT – Essstörungen –
CPT – EFT – Demenzerkrankungen – ACT –
MBSR – Suizidalität – etc.



AWP
BERLIN ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR WISSENSCHAFTLICHE
PSYCHOTHERAPIE BERLIN

Anmeldung unter: www.psychotherapie-tage-berlin.de



Wir wünschen Ihnen ein schönes Weihnachtsfest und ein gutes neues Jahr!

medhochzwei

Bild: © eyetronic, Fotolia

Verhaltenstherapiewochen 2017

Programme und Online-Anmeldung finden Sie im Internet www.vtwoche.de

Kontakt: Ina Lizon
Tel.: 089 / 36 08 04 94
lizon@ift-gesundheit.de

40 Jahre Verhaltenstherapiewochen



Meiringen / Schweiz
17.-19. März 2017
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Entwicklungen in der Psychotherapie



Hürth bei Köln
31. März-03. April 2017
Eröffnungsveranstaltung:
Schematherapie



Dresden
05.-09. Mai 2017
Eröffnungsveranstaltung:
Psychotherapeutische Behandlung von Patienten in höherem Lebensalter



Lübeck
23.-26. Juni 2017
Eröffnungsveranstaltung:
Körpertherapie in der Verhaltenstherapie



Freiburg
22.-25. September 2017
Eröffnungsveranstaltung:
Verhaltensaktivierung in der Depressionsbehandlung: Neue Trends weltweit



München
10.-12. November 2017
Eröffnungsveranstaltung:
Placeboeffekte in der Psychotherapie

Interdisziplinäre, akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen für Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich

EMDR-Institut Deutschland
der autorisierte Partner des Instituts
von Francine Shapiro PhD, USA



Dr. Arne Hofmann führte EMDR im deutschsprachigen Raum ein und entwickelte es mit seinem Team weiter.

Unser Institut ist das **führende Ausbildungs-Institut** in EMDR, die praxisnahe Ausbildung erfolgt in supervidierten Kleingruppen und ist mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR ist eine der erfolgreichsten Psychotherapiemethoden zur Behandlung von Traumafolgerkrankungen und gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. 2014 wurde EMDR als Kassenleistung anerkannt.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

16.-18.02.17	+ 31.03.17	Köln
17.-19.02.17	+ 25.03.17	Bremen
24.-26.02.17	+ 01.04.17	Berlin
02.-04.03.17	+ 22.04.17	Oberursel (bei Frankfurt/M.)
19.-21.05.17	+ 15.07.17	Bad Endorf (Oberbayern)
19.-21.05.17	+ 08.07.17	Rostock
15.-17.06.17	+ 15.09.17	Köln
16.-18.06.17	+ 09.09.17	Bad Segeberg (bei Hamburg)
22.-24.06.17	+ 23.09.17	Wiesloch
01.-03.09.17	+ 02.12.17	Hannover
01.-03.09.17	+ 11.11.17	Saarbrücken
06.-08.10.17	+ 25.11.17	München
20.-22.10.17	+ 02.12.17	Wesseling (bei Köln/Bonn)
16.-18.11.17	+ 19.01.18	Köln
		In Planung Stuttgart

Info und Anmeldung: **EMDR-Institut**
D - 51427 Bergisch Gladbach
Telefon: +49 - (0) 22 04 - 2 58 66
Telefax: +49 - (0) 22 04 - 96 31 82
Dolmanstraße 86 b
www.emdr.de
info@emdr.de

IQFSV

Institut für Qualitätssicherung forensischer Sachverständigentätigkeit

Grundlagenmodul Forensische Sachverständigentätigkeit 2017 –

Ort: Frankfurt

Block I: 03. – 05. Februar 2017 – Juristische und psychologische Grundlagen

- Dr. Buckolt, Richter am LG Gießen
- Dr. Dürbeck, Richter am OLG Frankfurt/M.
- Dipl. Psych. Andrea Frosch (JVA Rockenberg)

Block II: 10 – 12. März 2017 – Methodische Grundlagen

- Dr. Dipl. Psych. Nadine Thomas (Uni Landau) – Testtheorie
- Dr. Dipl. Psych. Mira Chavanon – Neuropsychologie
- PD Dipl. Psych. Retz-Junginger – Aussagepsychologie

Block III: 05. – 07. Mai 2017 – Gutachtenerstattung

- Dr. Buckolt
- Dipl. Psych. A. Frosch, Dipl. Psych. Marion Schwarz

Jeder Block umfasst 20 Fortbildungseinheiten, Kosten je Block: 480,-€
Akkreditierung durch die jeweilige Psychotherapeutenkammer

Weitere Informationen: www.iqfsv.de

Kontakt: IQFSV, Westring 17, 55120 Mainz

Tel.: 06131-8807758, Mail@iqfsv.de



KLINIK
FRIEDENWEILER



Akutklinik für Psychotherapie
- mit EMDR -

Im Herzen des Hochschwarzwaldes bieten wir eine intensive und störungsspezifische Behandlung, u.a. mit Imaginationen, Expositionen, EMDR - verhaltenstherapeutisch & tiefenpsychologisch fundiert. Facheinweisern wird eine Aufnahme ihrer Patienten innerhalb weniger Tage garantiert. Behandelt werden v.a. Depressionen, Burn-out, Zwangs- und Angsterkrankungen & Traumafolgestörungen. Rufen Sie uns an!

Privatklinik Friedenweiler
Kurhausweg 2-4
79877 Friedenweiler
www.klinik-friedenweiler.de
Tel. 07651 - 93500
info@klinik-friedenweiler.de



Suchen Sie noch ein passendes Weihnachtsgeschenk für KollegInnen?

Postkarten zum Heraustrennen und Verschicken

Cartoons von Peter Gaymann



Peter Gaymann
Cartoons von der Couch
Psychotherapeuten-Postkartenkalender 2017
21 x 19 cm. Mit Spiralbindung. € 19,99. ISBN 978-3-86216-297-0

„Treffsicher karikiert [Peter Gaymann] mit trockenem Wortwitz und feinem Strich Situationen aus dem Therapiealltag. Wer Gaymanns Paar Probleme kennt und schätzt, wird an diesem Kalender seine Freude haben – oder ein passendes Geschenk für den Therapeuten(kollegen).“

Psychologie Heute 12/2016

„Lange schon bin ich ein großer Fan von Peter Gaymann, der mit seinem brillanten wie feinsinnigen Humor unter anderem „Die Paar Probleme“ mit wenigen Worten und schönen Zeichnungen geistreich auf den Punkt bringt. Ich bin sicher, der Kalender „Cartoons von der Couch“ wird sowohl meinen Patienten als auch mir im Praxisalltag eine Lächeln ins Gesicht zaubern!“

Dipl.-Psych. Sabine Schäfer, stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

Peter Gaymann ist einer der erfolgreichsten Cartoonisten Deutschlands. Seit 1976 ist er als humoristischer Zeichner selbstständig. Viele der rund 80 unter seinem Namen veröffentlichten Bücher wurden Bestseller. In seinem neuen Werk **Psychotherapeuten Postkartenkalender 2017. Cartoons von der Couch**, einem Tisch- und Postkartenkalender für das Jahr 2017, sind viele humorvolle, aber auch zum Nachdenken anregende Zeichnungen. Ein Muss für den Schreibtisch eines jeden Psychotherapeuten, aber ebenso eine Bereicherung für jeden Cartoonfan.





Systemische Therapie und Beratung bei Carl-Auer



336 Seiten, Kt
2., überarb. Aufl. 2016
€ (D) 34,95/€ (A) 36,-
ISBN 978-3-8497-0153-6



298 Seiten, Kt, 2016
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0143-7



201 Seiten, Kt, 2016
€ (D) 21,95/€ (A) 22,60
ISBN 978-3-8497-0111-6



240 Seiten, 26 Abb., Kt, 2016
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0096-6



279 Seiten, Kt, 2016
€ (D) 34,95/€ (A) 36,-
ISBN 978-3-8497-0054-6



287 Seiten, Kt, 2016
€ (D) 34,95/€ (A) 36,-
ISBN 978-3-8497-0114-7



231 Seiten, Kt, 2016
€ (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-8497-0144-4

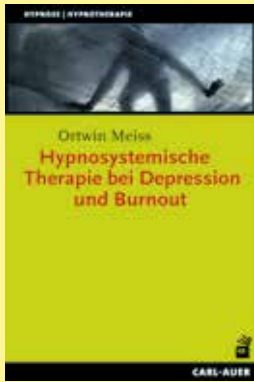


246 Seiten, Kt, 2017
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0152-9



Carl-Auer Verlag

Auf www.carl-auer.de bestellt – deutschlandweit portofrei geliefert!



Meiss, Ortwin
**Hypnosystemische
 Therapie bei Depression
 und Burnout**
 2. überarb. Aufl. 2016,
 336 Seiten, Kt.
 (D) 34,95/€ (A) 36,-
 ISBN 978-3-8497-0153-6

Schluss mit den Pathologiegalerien und Defizitgebäuden!

Burnout und Depressionen zählen inzwischen fast zu den Volkskrankheiten. Das Buch von Ortwin Meiss „Hypnosystemische Therapie bei Depression und Burnout“ setzt weit jenseits der üblichen Ratgeberliteratur neue Maßstäbe.

„Endlich ein Buch, das den Zugang zu Depression und Burnout nicht durch schwere Pathologiegalerien, Defizitgebäude und neuroendokrinologische Ablenkungsmanöver vernebelt. Endlich ein Buch, das auf die Gegenwart des Anders-Erlebens fokussiert, das den Depressiven und Ausgebrannten nicht abstempelt und in seiner Opferrolle festigt, sondern ihn befähigt, kräftigt und die psychische Selbstheilungskompetenz erlebbar macht.“

(Hans Menning in Psychoscope 09/16)



von Auer, Anne Kristin/Bohus,
 Martin (Hrsg.)
**Interaktives Skillstrai-
 ning für Jugendliche
 mit Problemen der
 Gefühlsregulation**
 Das Therapeutenmanual
 2017. Ca. 408 Seiten, ca. 25
 Abb., kart., inklusive Keycard
 zur Programmfreischaltung
 Ca. € 59,99 (D)
 ISBN 978-3-7945-3116-5

Das DBT-A-Manual mit interaktivem Skillstraining

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) liegt nun erstmalig kombiniert als Therapeutenmanual plus Skillstraining für Betroffene vor: Das **Manual für die therapeutische Arbeit** stellt den Ablauf einer Skillsgruppe mit Jugendlichen ausführlich dar und vermittelt konkrete Tipps im Umgang mit schwierigen Situationen. Die gemeinsame Arbeit mit Jugendlichen und Familienangehörigen ist ein weiterer Schwerpunkt.

Die **Software mit dem interaktiven Skillstraining** ermöglicht es den Jugendlichen, selbstständig Skills zu erlernen und die Erfahrungen aus der Skillsgruppe zu vertiefen. Mit diesen hocheffizienten Werkzeugen lernen sie, mit Stress umzugehen und ihre Emotionen zu regulieren. Die zahlreichen Arbeits- und Infoblätter können in der gemeinsamen therapeutischen Arbeit oder selbstständig genutzt werden.

Die Software ist auch einzeln als CD-ROM oder als Keycard für die Online-Freischaltung erhältlich.

Neu! Berufsgerichtliche Rechtsprechung Psychotherapie

Entscheidungssammlung in Volltexten und mit Orientierungssätzen

In diesem Werk werden Urteile der deutschen Heilsberufsgerichte mit Bezug zur Psychotherapie systematisiert dargestellt und aufbereitet. Die Entscheidungssammlung erlaubt den Vergleich der jeweiligen Strafzumessung, zeigt Konkretisierungen der Berufsrechtsnormen durch die Gerichte und gibt sowohl prozessuale als auch materiell-rechtliche Einblicke in berufsrechtliche Verfahren.

Das Werk ist übersichtlich gegliedert nach den §§ der Berufsordnung und bietet daher einen zeitsparenden und zielgerichteten Zugang zur berufsgerichtlichen Rechtsprechung.

www.medhochzwei-verlag.de/shop



Stellflug (Hrsg.)
**Berufsgerichtliche Rechtsprechung
 Psychotherapie**

Erscheint ca. Februar 2017.

Print: Loseblattwerk in einem Ordner.

Ca. 200 Seiten. 199,99 €

Subskriptionspreis bis 28.02.2017: 169,- €

Ca. 2 Aktualisierungen p. a. ISBN 978-3-86224-025-8

Online: Jahrespreis für eine Lizenz 249,99 €
 Mindestlaufzeit 1 Jahr. ISBN 978-3-86224-026-5



Der Gesamtkatalog
2017/18 ist da!



Das Okay und Hey-Stopp! Spiel
Das Spiel für Psychotherapie zum Umgang mit übergriffigem Verhalten (ab 6 Jahre)



Familie Erdmann
50 Bildkarten zum Ausdruck von Gefühlen



Das Das-tut-mir-gut-Spiel
Resilienz stärken bei Kindern und Jugendlichen mit belasteten Eltern (ab 6 Jahre)



Die Vier Yetis
Das Spiel für kreative Psychotherapie zum Überwinden von depressiver Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen (ab 6 Jahre)



Das Land-der-Gefühle-Spiel
Emotionen zeigen und benennen in der kreativen Psychotherapie mit Kindern (ab 4 Jahre)

... und andere kreative Spiele unter:

www.mvsv.de





Kostenerstattung in der psychotherapeutischen Praxis – eine Einführung

Drei sowohl in der Privatpraxis inkl. Kostenerstattung als auch in der berufspolitischen Beratung von Kolleginnen und Kollegen erfahrene Psychologische Psychotherapeutinnen haben sich zusammen getan, um die wichtigsten Aspekte in der Privatpraxis bezüglich der Beantragung und Abrechnung von Psychotherapie über Kostenerstattung zu erläutern. Kerstin Sude, Maria Konnikova und Amelie Thobaben erklären, was dabei alles zu berücksichtigen ist, um gute Aussichten auf die Bewilligung eines Antrags auf Kostenerstattung zu haben.

Außerdem:

- werden die für die Praxis relevanten rechtlichen Hintergründe leicht und verständlich dargestellt,
- mögliche Lösungsansätze für typischerweise auftretende Hürden aufgezeigt
- und Hinweise für zusätzliches Informationsmaterial zur vertieften Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themen und Unterstützungsangebote gegeben.

Umfangreiche Broschur inklusive: Das Online-Seminar bezieht sich mehrfach auf das DPtV-Handbuch „Psychotherapie in der Kostenerstattung – Erläuterungen und Arbeitshilfen“ (ca. 70 Seiten). Dieses Handbuch enthält weitere wertvolle Erläuterungen, Musterformulare und konkrete Arbeitshilfen.

Hinweis: Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) haben kostenfreien Zugriff auf die Schulung im Mitgliederbereich der DPtV.



Alles Wichtige in Kürze

- ➔ **Referentinnen:** Dipl.-Psych. Kerstin Sude, Dipl.-Psych. Maria Konnikova, Dipl.-Psych. Amelie Thobaben
- ➔ **Dauer:** 0:44 Std.
- ➔ **Kosten:** € 69,-

Ihre Vorteile:

- ➔ privat zu Hause oder an Ihrem Arbeitsplatz im Beruf, auf dem Gerät, das Sie bevorzugen
- ➔ sofort nach Kauf verfügbar (Kauf der Schulung im medhochzwei-Onlineshop)
- ➔ einloggen und innerhalb von zwei Jahren so oft ansehen, wie Sie wollen

Professionelle Fortbildung durch neue Medien: flexibel, zeitsparend und kompetent!

Bestellung unter:

www.medhochzwei-online-akademie.de

Hier finden Sie auch kurze Demo-Videos zu den Schulungen.



Onlineschulungen zu Praxiswert und Praxisübernahme von psychotherapeutischen Praxen

Das Lernvideo beleuchtet die zulassungsrechtlichen Hintergründe sowie betriebswirtschaftlichen Aspekte einer Praxisübergabe und -übernahme.

Praxiswert/Praxisübernahme von psychotherapeutischen Praxen

Referent: Dr. Markus Plantholz

Laufzeit: 88 Minuten

Preis: € 79,-



Die Anforderungen an eine Nachbesetzung der Zulassung sind mit den letzten Reformen des SGB V deutlich komplexer geworden. Das macht auch die Praxisabgabe schwieriger. Da in den meisten Bedarfsplanungsgebieten in der Psychotherapie – teils mit Versorgungsgrad über 200 % – formal Überversorgung besteht, ist es auch für KollegInnen, die sich um eine vertragspsychotherapeutische Zulassung bemühen, schwieriger geworden, diese zu erlangen. Die zentrale Regelung des § 103 SGB V ist für den mit der Materie nicht eng vertrauten Leser kaum zu verstehen.

Das Seminar erläutert durch die unterschiedlichen Wege der Abgabe bzw. Übernahme einer Praxis und der mit ihr verbundenen Zulassung. Vervollständigt wird es durch die Darstellung der Grundsätze einer Berufsausübungsgemeinschaft, einen Blick auf die wichtigsten steuerrechtlichen Belange und die Grundzüge zur Ermittlung eines Praxiswertes. Ziel ist es, dass ein Praxisabgeber bzw. -übernehmer die Praxisübertragung selbst zu konzipieren in der Lage ist.



zertifiziert von der Landes-
psychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Dieses Lernvideo ist von der Landespsychotherapeutenkammer Baden Württemberg für den Akkreditierungszeitraum 18.11.2016 bis 17.11.2017 zertifiziert. Am Ende der Schulung kann eine Lernerfolgskontrolle durchgeführt werden. Bei 70 % richtig beantworteter Fragen gilt die Lernerfolgskontrolle als bestanden und die/der Teilnehmer/in erhält 3 Fortbildungspunkte.

Wird die Lernerfolgskontrolle nicht bestanden, so ist ein zweiter und letzter Versuch nach 24 Stunden mit geänderter Fragenreihenfolge und getauschten Antwortkombinationen möglich.

Hinweis: Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) haben kostenfreien Zugriff auf die Schulungen im Mitgliederbereich der DPtV.



Abrechnung nach EBM und GOP in der psychotherapeutischen Praxis – Update

In der Videoschulung stellt der Psychotherapeut Dipl.-Psych. Dieter Best die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach dem EBM und der GOP vor. Nach der Darstellung der rechtlichen Grundlagen und der Gremien, die die Gebührenordnungen festlegen, werden die einzelnen Leistungen und ihre Abrechnungsbestimmungen systematisch dargestellt. Ziel ist der sichere Umgang mit der Abrechnung sowohl bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen als auch bei den Leistungen in der Privatbehandlung.

In Ergänzung dieser Videoschulung erläutert Dipl.-Psych. Dieter Best in einem **neuen Schulungsteil** den Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 und den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 11.3.2016 zur Begrenzung der Zuschläge. Die Beschlüsse werden rechtlich bewertet und es werden die Regelungen zu den „Strukturzuschlägen“ und ihre Auswirkungen auf die Praxen erklärt.

Dieter Best ist Mit-Autor des Kölner Kommentars zum EBM, Autor des Kommentars zur GOP und Mitherausgeber des Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis.



Hinweis: Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) haben kostenfreien Zugriff auf die Schulung im Mitgliederbereich der DPtV.

Alles Wichtige in Kürze

- ➔ **Referent:** Dipl.-Psych. Dieter Best
- ➔ **Dauer:** 1:39 Std.
- ➔ **Kosten:** € 69,-

Ihre Vorteile:

- ➔ privat zu Hause oder an Ihrem Arbeitsplatz im Beruf, auf dem Gerät, das Sie bevorzugen
- ➔ sofort nach Kauf verfügbar (Kauf der Schulung im medhochzwei-Onlineshop)
- ➔ einloggen und innerhalb von zwei Jahren so oft ansehen, wie Sie wollen

Professionelle Fortbildung durch neue Medien: flexibel, zeitsparend und kompetent!

Bestellung unter:

www.medhochzwei-online-akademie.de

Hier finden Sie auch kurze Demo-Videos zu den Schulungen.

Mit Cartoons von
Peter Gaymann

DEMENSCH. Texte und Zeichnungen
128 Seiten. Hardcover
€ 24,99
Format: 21,8 x 21,8 cm
ISBN 978-3-86216-224-6
Mit einem Geleitwort von Helga Rohra



Thomas Klie und Peter Gaymann **DEMENSCH. Texte und Zeichnungen**

Für einen menschenfreundlichen Umgang mit Demenz

Demenz sehen Sie in diesem Werk von ganz neuen Seiten. Dafür sorgen u.a. Manuela Schwesig, Margot Käßmann oder Eckart von Hirschhausen, deren Texte trotz oder besser wegen des Themas Lebensmut versprühen. Dies gilt auch für die launigen Cartoons von Peter Gaymann. Er ist wie „Demensch“-Autor Thomas Klie überzeugt: Der Umgang mit Demenz ist eine Frage der Kultur – und Humor spielt dabei eine große Rolle.

Weitere Informationen und Bestellung unter:

medhochzwei Verlag
E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de
Tel.: 07953-71890-76
Fax: 07953-71890-82
www.medhochzwei-verlag.de



 medhochzwei

Veranstaltungskalender des medhochzwei Verlages

(bei Interesse an einem Eintrag wenden Sie sich bitte an Lena Neusser, 06221/91496-17, lena.neusser@medhochzwei-verlag.de)

Termin	Thema	Veranstalter/Information	Ort
21.-22.01.2017	Curriculum Gerichtsgutachter – Modul Strafrecht: DP Christoph Schmitt u. DP Marcus Müller „Maßregelvollzug – Risikoeinschätzung“ – siehe Seite A4 –	Institut f. Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS) Aus-, Fort- und Weiterbildungen www.ivs-nuernberg.de	Fürth
27.-28.01.2017	Einführung in die Schematherapie – siehe Seite A6 –	Freiburger Fortbildungsakademie für Psychotherapie (FFAP) Freiburg www.ffap.eu; info@ffap.eu	Freiburg
ab 28.01.2017	Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern und Jugendlichen: Ergänzungsqualifikation zur fachlichen Befähigung der Abrechnung von Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie nach den Ziffern 870 – 884 EBM (200 WE in 12 Blöcken), – siehe Seite A4 –	Institut f. Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS) Aus-, Fort- und Weiterbildungen www.ivs-nuernberg.de	Fürth
03.-04.02.2017	Einführungskurs zur Psychotraumathe- rapie – siehe Seite A6 –	Freiburger Fortbildungsakademie für Psychotherapie (FFAP) Freiburg www.ffap.eu; info@ffap.eu	Freiburg
03.02.-09.12.2017	Curriculum Psychotrauma	Deutsche Psychologen Akademie, Berlin www.psychologenakademie.de	Berlin
13.02.-18.02.2017	Seminar in psychoanalytischer und psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie	Arbeitsgemeinschaft Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse (Göttlinger Modell) e.V.; www.psychoanalyse-in-Gruppen.de info@psychoanalyse-in-gruppen.de	Tiefenbrunn bei Göttingen
Februar bis Mai 2017	Grundlagenmodul Forensische Sachverständigentätigkeit 2017 – siehe Seite A7 –	IQfSV, Institut für Qualitätssicherung forensischer Sachverständigentätigkeit, Mainz www.iqfsv.de; mail@iqfsv.de	Frankfurt
ab Februar 2017	Curricula Psychotraumathe- rapie	Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe, Berlin www.traumatherapie.de	deutschlandweit
ab Februar 2017	Spezialseminare Traumaverarbeitung	Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe, Berlin www.traumatherapie.de	deutschlandweit
30.03.-01.04.2017	21. DGVT-Workshoptagung „Neue Perspektiven in der Psychotherapie“	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V. - Fort- und Weiterbildung, www.dgvt-fortbildung.de	Tübingen
31.03.-02.04.2017	Psychotherapie-Tage Berlin 2017 – siehe Seite A6 –	AWP Berlin www.psychotherapietage-berlin.de	Berlin
ab März 2017	Verhaltenstherapiewochen 2017 – siehe Seite A7 –	IFT - Gesundheitsförderung, München www.ift.gesundheit.de	deutschlandweit
09.-14.04.2017 und 16.-21.04.2017	Lindauer Psychotherapiewochen 2017: „Angst – Ressentiment – Hoffnung“ und „Hass – Fanatismus – Versöhnung“	Lindauer Psychotherapiewochen www.Lptw.de Info@Lptw.de	Lindau i. Bodensee

Termin	Thema	Veranstalter/Information	Ort
ab 24.04.2017	Curriculum Trust-Resilienz-Training	Deutsche Psychologen Akademie, Berlin www.psychologenakademie.de	Berlin
10.06.2017	12. Praxissymposium: Herausforderungen im psychotherapeutischen Alltag	Universitätsverbund für Fortbildung in Psychologischer Psychotherapie www.psychotherapie-ausbildung-frankfurt.de ausbildungsprogramm@psych.uni-frankfurt.de	Frankfurt
laufend	Hakomi-Fortbildungen und -Seminare – siehe Seite A5 –	HAKOMI INSTITUTE of Europe e.V. info@hakomi.de; www.hakomi.de	deutschlandweit
laufend	EMDR-Einführungsseminare – siehe Seite A7 –	EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach www.emdr.de; info@emdr.de	deutschlandweit
2017/2018	PESSO-Ausbildung, Basistraining (PP) – siehe Seite A5 –	PBSP-Institut, Osnabrück www.pbsp-institut.de	Osnabrück
2017/2018	Feeling-Seen, Basistraining (KJP) – siehe Seite A5 –	PBSP-Institut, Osnabrück www.pbsp-institut.de; www.feeling-seen.de	Osnabrück

Hörzeit – Radio wie früher

für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

Auch als mp3-Download erhältlich!

Menschen mit Demenz mögen mitunter den kleinen Routinen des Alltags etwas ratlos gegenüberstehen. Auf der anderen Seite können sie sich ganz lebhaft an Lieder und Radiosendungen, die sie vor 50, 60 Jahren kennengelernt haben, erinnern. Die CD-Edition Hörzeit möchte diese Erinnerung durch ein Audiomagazin unterstützen, das von den 1950er Jahren inspiriert ist. Im Mittelpunkt steht dabei eine emotionale Aktivierung durch bekannte Musikstücke, die Verwendung von Sprichworten und Abzählreimen. Die erste CD widmet sich dem Thema „Kinder“.

Die Magazine vermitteln nicht zu viele Informationen, sind bewusst langsam produziert und verzichten auf schnelle Schnitte. So geben sie ihren Zuhörern Zeit zum Erfassen und die Möglichkeit z. B. Kindererzählungen und dem Lachen von Kindern zu lauschen.

Weitere CDs von Hörzeit – Radio wie früher:



CD 2: Reisen – erleben und entdecken!

Erscheint März 2017. CD Nr. 2. € 24,99.
ISBN 978-3-86216-334-2

Bestellung unter: www.medhochzwei-verlag.de/shop



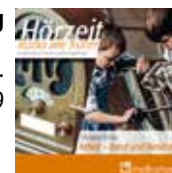
Christine Schön

Hörzeit – Radio wie früher für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen CD 1: Kinder – unser Glück!

2016. 1 CD. Ca. 60 Minuten.
€ 24,99. ISBN 978-3-86216-308-3

CD 3: Arbeit – Beruf und Berufung

Erscheint April 2017. CD Nr. 3. € 24,99.
ISBN 978-3-86216-335-9



Jobsharing

Biete ab Q3/2017 Jobsharing für mind. 5 Jahre (KVT bei Erw., gern ACT- und Schematherapie-Erfahrung) in **Berlin**. Umfang 10-20 Std/Woche. Bitte kurze Vorstellung an: dorionkruska@hotmail.com. Infos zur Praxis: dorionkruska.com

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht Jobsharing o.ä. im Raum Kempten.
Psychprax@email.de

Praxisabgabe

1/2 Praxis zu verkaufen
KV Zulassung vorhanden zum 1.1.17 oder später
74858 Aglasterhausen
25 km von Heidelberg, S-Bahn
praxis@dieterhartmann.info

PRAXISABGABE
Praxis in Albstadt-Ebingen, KV-Zulassung (voller Versorgungsauftrag) vorhanden, per sofort zu verkaufen.
Kontakt: psychocreativ1@t-online.de

KJP-Praxis
KV-Zulassung vorhanden, sehr gut und langjährig eingeführt, zentrale Lage in Villingen-Schwenningen (85.000 Einwohner zwischen Bodensee und Schwarzwald). Kollegiale Bedingungen.
Tel.: 07720-21733

27628 HAGEN IM BREMISCHEN:
Nachfolger/in für gut ausgelastete Praxis gesucht. KV-Sonderbedarfszulassung AP u./o. TP vorhanden. Sehr schöne Praxisräume, naturnah und mit Blick ins Grüne. Abgabe zum 01.04.17 oder später.
Kontakt: kuron@unibremen.de;
Tel.: 0178-9824388

Sehr gut eingeführte (32 J.) VT-Praxis zum 1.4.17 oder später abzugeben. Häufige KV-Zulassung (Erwachsene) vorhanden. Raum Bad Neustadt/Saale – gute Autobahnanbindung (10 min)
Dipl-Psych-M.Geis@t-online.de

Landkreis Cuxhaven
KJP-Praxis abzugeben. KV-Zulassung vorhanden, häftiger Versorgungsauftrag, Sonderbedarf.
Tel.: 0171-6465130

Praxisgemeinschaft

Saarbrücken
Suche 2 nette Kollegen für eine Praxisgemeinschaft in schönen, großen Altbau-Räumen.
sanewe@gmx.de

Praxisgesuch

Psycholog. Psychotherapeutin mit KV-Zulassung sucht Raum in **Praxengemeinschaft in HH** zum 1.06.17, gerne Eimsbüttel o. Umgebung.
b.broscheit@t-online.de

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin sucht in Frankfurt/Main-Taunus- oder Hochtaunus-Kreis halbe oder ganze Praxis zur Übernahme. KV-Zulassung erwünscht.
Kontakt: 0177/6252345

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (TP) sucht 2017/18 ganze oder halbe KJP Praxis in Freiburg Stadt oder Breisgau-Hochschwarzwald. KV-Zulassung erwünscht.
kjp-freiburg-breisgau@gmx.de

Praxisvermietung

Bonn (Altstadt)
Räume (24 qm und 18 qm) für Psychotherapien stundenweise im Centrum für angewandte Psychologie zu vermieten.
rena.liebold@koeln.de

Stellenangebote

Jugendhilfeeinrichtung im Ruhrgebiet mit integriert psychotherapeutisch-pädagogischem Angebot (amb. und teilstat.) sucht erfahrenen, **aprobieren KJP (m/w)** als stellvertretende therapeutische Leitung in Vollzeit. Psychodynamische Fachkunde, traumatherapeutische Erfahrung sowie ökonomischer Sachverstand vorausgesetzt. Leistungsentsprechende Bezahlung garantiert. Aufgaben: Psychodiagnostik und Einzeltherapie, Leitung und Planung der Hilfe, Supervision der Mitarbeiter, Außenrepräsentation. Aussagekräftige Bewerbungsunterlagen inkl. Gehaltsvorstellung richten Sie bitte per Mail an: frihumi@gmx.de

Landau/Pfalz:
Entlastungsassistent ab Januar 2017 zu besten Konditionen im Umfang von bis zu einer halben Stelle als Psychologische/r Psychotherapeut/in, Fachrichtung VT. Kontaktaufnahme unter luise.dellwo@web.de
Die Stelle ist längerfristig ausgelegt und umwandelbar in eine Anstellung mit Option auf häftigen Praxissitz.

Psychol. Psychotherapeut(in) für gutegehende Praxismgemeinschaft in **Witten-Mitte** zur Festanstellung gesucht.
www.aeon-psychotherapie.de
praxis@aeon-psychotherapie.de

Psychotherapeut/in
„Sicher zur eigenen Praxis“
Psycholog. PT auch Fachärztin/FA - auch f. „Berufsanfänger“ geeignet - in **Kiel** gesucht
Tel. 0431-99698260

Kollege/Kollegin gesucht

In unserer Psychotherapeutischen Praxismgemeinschaft in Hildesheim suchen wir Kontakt zu jungen Kollegen, die stundenweise, angestellt, in Teilzeit oder ggf. längerfristig auch als Praxispartner mit Kassensitz bei uns einsteigen möchten. Supervision wird angeboten. Voraussetzungen: Approbation, Verhaltenstherapeutische Ausbildung.
Kontakt: info@sabinevonhinueber.de

Entlastungsassistent/Jobsharing – Bonn:
Kleinen Zubrot verdienen? Ich suche für meinen 1/2 Praxissitz (VT) eine(n) Kollegen/in (app. PP mit Fachkunde VT) für ca. 8-10 Std. vormittags (8 – 13 Uhr/Mo.-Fr.) ab 1.4.2017 oder früher.
E-Mail: praxisfrei50pro@gmx.de

Sicherstellungsassistent/in (PP/VT) in **Erlangen** gesucht für 10 Pat./Wo. mit Basisfestgehalt und Umsatzbeteiligung.
Chiffre PTJ20160403

Psychotherapeut(in) für Anstellung (TZ, std.weise) in VT-Praxis für Erw. in **Kaufbeuren (Allgäu)** gesucht. Nähere Informationen unter Tel.: 08341-9933400 oder unter kggrnschgl@yahoo.com

Kleinanzeigen

Fallsupervision – Berichtshilfe
Psychologenteam unterstützt Ihre Praxis bei allen Anträgen. Auch nach erfolgter Kürzung oder Ablehnung.
www.prosupervision.de
0221-20475046

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/ 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Sie wollen Ihr Qualitätsmanagementsystem (QMS) aufbauen, aktualisieren oder zertifizieren lassen? Ich biete Ihnen hierzu individuelle Unterstützung/ Beratung an. Kompetent, flexibel, vertrauensvoll. Bis zu 50% Bezuschussung zu den Beraterkosten über Bundesministerium für Wirtschaft möglich.
Clemens Thamm
Fon 040 88128615
qms@clemens-thamm.de

Wir suchen bundesweit approbierte und im Arztregister eingetragene Psychotherapeuten in eigener Praxis für eine psychotherapeutische Tätigkeit auf der Basis von 70,- bis 80,- Euro pro Sitzung.
Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Frau Moers:
kontakt@therapeutenverbund.de

Ausarbeitung von **Berichten an den Gutachter** (VT, TP; Erw./KiJu)
Dr. M. Olderog
Tel./Fax: 0221/27847442
www.m-olderog.de

PSYCHOLOG. + THERAPEUT. GEHEIMNISSEN nur im Selbst-Therapiebuch „Das Geheimnis heilsamer Kommunikation“ + „Heilweise ELI“ Leseproben:
www.HarmonyBalance.de
www.MagSt.info T. 08026 8747

K-Tim (neuwertig) zu verkaufen incl. 11 Testbögen und 11 Aufgabenhefte
Neupreis: 1215 €
Jetzt: VB 700 €
Auskunft unter gersdorf@gersdorf-spath-kjpp.de

PP/KJP (VT) sucht Interventionsgruppe im Raum NW bis Mannheim. Bin auch an einer Neugründung interessiert.
Mail: gaby.liebmman@gmx.de

Selbsterfahrungsgruppen (TP) in Düsseldorf an Wochenenden (6x und 4x p. Jahr); Ltg.: Dr. Dieter Funke, Gruppenlehranalytiker (D3G), Renate M. Paus, gruppenanalytische Supervisorin (D3G)
E-Mail: DrFunke@t-online.de
0211-9216830

FOCUSING (nach E. T. Gendlin): akkreditierter Tagesworkshop (10 Punkte) am 18. März 2017, Raum Heidelberg/Mannheim. Neue Ausbildungsgruppe ab Mai 2017.
Leitung: Dipl.-Psych. Hans Neidhardt.
Info und Anmeldung: www.hans-neidhardt.de

Qualitätszirkel ab 1/17
Frankfurt/Main
Konflikte erkennen – benennen – bearbeiten
Dr. R. Waldeck Tel.: 069-91506341
qz@praxis-waldeck.de

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem geschlossenen Umschlag an den Verlag:

medhochzwei Verlag GmbH, Frau Sabine Hornig, Chiffre-Nr. _____ Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

Bitte geben Sie Ihre Anzeige

über unser Portal
www.mhz-anzeigen.de
ein.

Für Aufträge, die nicht über das Portal gehen, müssen wir 15,-
Euro Bearbeitungskosten in Rechnung stellen.

Hinweis zum Leistungsantrag

Wir möchten unsere Leser darauf hinweisen, dass ein Abgeben von Fallarbeit oder des Bericht-Schreibens an Dritte sowie die Übernahme von fertigen Textbausteinen gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verstößt.

Ihr Anzeigenteam von
medhochzwei

Hinweis zu Kleinanzeigen zum Praxiskauf/-verkauf

Ein sog. „KV Sitz“ ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Sie geht mit einer Verpflichtung zur Erbringung der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Aufgaben einher und bedeutet die Mitgliedschaft innerhalb der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und eine Abrechnungsgenehmigung gemäß den Regelungen der Psychotherapievereinbarung. Eine solche Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV Sitze werden von den KVen bekannt gemacht. Dann kann sich prinzipiell jeder approbierte Psychologische Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Arztregistereintrag um den KV Sitz bewerben und die Zulassungsausschüsse bei den KVen entscheiden. Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, das heißt zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch. Nähere Informationen zum Kauf und Verkauf einer Praxis finden Sie z. B. bei Rüping und Soffner (PTJ 1/08 und PTJ 1/09). Verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen; KV Zulassung vorhanden.
- Praxisanteil zu verkaufen; KV Teilzulassung vorhanden.
- Praxis zu kaufen gesucht; KV Zulassung erwünscht.
- Praxisanteil zu kaufen gesucht; KV Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen.

Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheim gestellt.

Wir danken für Ihr Verständnis!

Ihr Anzeigenteam
von medhochzwei

Impressum

Anzeigenmarketing und -verkauf:

Sabine Hornig,
Tel.: 06221/91496-15;
sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de,
Lena Neusser,
Tel.: 06221/91496-17;
lena.neusser@medhochzwei-verlag.de,
Fax: 06221/91496-20,
medhochzwei Verlag GmbH,
Alte Eppelheimer Str. 42/1,
69115 Heidelberg

Verlag (V.i.S.d.P.):

Annette Kerstein, Programmleitung,
Tel.: 06221/91496-12;
Fax: 06221/91496-20,
annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de,
medhochzwei Verlag GmbH,
Alte Eppelheimer Str.42/1,
69115 Heidelberg

Satz:

Strassner ComputerSatz,
69126 Heidelberg

Druck:

Vogel Druck und Medienservice GmbH,
97204 Höchberg

Bitte beachten Sie unsere Allgemeinen
Geschäftsbedingungen zur Anzeigenschaltung unter
<http://www.medhochzwei-verlag.de/AGB>
oder fordern Sie diese an bei
sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de.

Raus aus dem digitalen Hamsterrad!

Ein Plädoyer für den gesunden Umgang mit Smartphone & Co.



Gerald Lembke

Im digitalen Hamsterrad

Ein Plädoyer für den gesunden Umgang mit Smartphone & Co.

2016. 160 Seiten. Softcover. € 19,99.

ISBN 978-3-86216-302-1

Auch als eBook und Hörbuch erhältlich!

Ein Buch voller Augenzwinkern und versteckter Spiegel, die das persönliche Digitalnutzungsverhalten auf den Punkt bringen. Das perfekte Geschenk für alle, die das digitale Hamsterrad nervt und wieder freier und glücklicher werden möchten.

Das Digitale hat längst das Soziale verdrängt. Wir glauben, mit unserer digitalen Mobilität freier und autonomer geworden zu sein. Stattdessen schlittern wir unaufhörlich in eine Gesellschaft mit andauernden digitalen Ablenkungen und mobilem Entertainment. Das Analoge ist dem Virtuellen längst untergeordnet. Unaufmerksamkeit entwickelt sich zum neuen Wert. Egoisten und Narzissten dominieren unsere Wahrnehmung, sobald wir im Internet sind. Alle sind betroffen. Denn diese Entwicklungen bergen erkennbare Gefahren – für Wohlbefinden und Gesundheit. Gesunde Selbsterhaltung braucht sofort und ab jetzt einen verantwortungsvollen Umgang mit Smartphone & Co. sowie die Entwicklung einer digitalen Resilienz (Widerstandsfähigkeit).

„Wenn Sie wissen wollen, wie man in der digitalen Welt zurechtkommt, sollten Sie dieses Buch lesen.

Und zwar ganz analog.“

Vince Ebert, Physiker und Komiker



Botschaft des Buches:

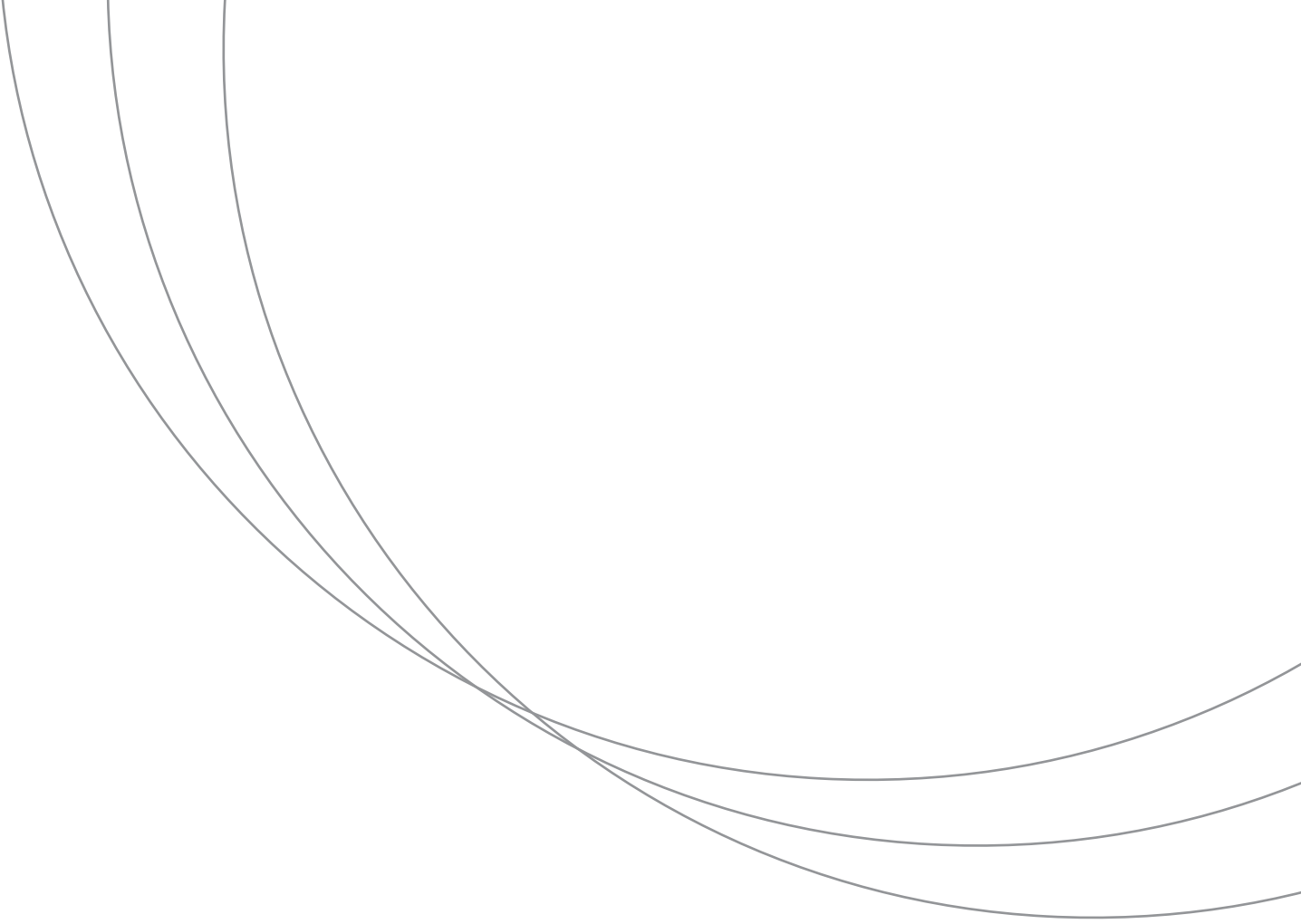
Das Digitale darf niemals das Soziale verdrängen! In 15 Episoden werden die auffälligsten Unsinnigkeiten der ausgerufenen „digitalen Revolution“ unterhaltsam aufs Korn genommen. Es wird Zeit für ein Digitales Manifest. Handlungsempfehlungen unterstützen Sie in einem verantwortungsvollen Umgang mit Digital & Co. – für ein selbstbestimmtes und glückliches Leben – beruflich und privat.

Der Autor:



Gerald Lembke ist Professor für Digitale Medien und Medienmanagement an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg. Als Projektmanager von digitalen Welten und einer der kritischsten Beobachter in Deutschland gestaltet er die digitale Welt seit mehr als 25 Jahren. Er zählt zu den digitalen Pionieren in Deutschland und ist „wichtige Anlaufstelle in allen Fragen der Digitalität“ (Wirtschaftswoche). Er ist Buchautor und Vortragsredner zum Thema „verantwortungsvoller Einsatz von Digital in Wirtschaftsunternehmen, Bildung und Familie“.

Weitere Information zum Buch: www.medhochzwei-verlag.de





www.psychotherapeutenjournal.de

