www.psychotherapeutenjournal.de | ISSN 1611-0773 | D 60843 | 16. Jahrgang | 14. Juni 2017

Psychotherapeuten journal

- Arbeitsbedingungen für die Psychotherapie im Maßregelvollzug
- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung: Diagnose und Psychotherapie
- Vernetzung: Schulpsychologie und Psychotherapie
- Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie?
- Interview: Frauen in die Berufspolitik – was können wir von den Grünen lernen?

PTJ 2/2017
(S. 107–212)

www.psychotherapeutenjournal.de

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor 50 Jahren wurde die sogenannte Richtlinienpsychotherapie erfunden und ins deutsche Gesundheitssystem eingeführt. Am 3. Mai 1967 hat der damals zuständige Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen die „Psychotherapierichtlinien" beschlossen. Ein Durchbruch für die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland und einmalig in der westlichen Welt. Erstmals hatten gesetzlich Versicherte einen Rechtsanspruch auf ambulante Psychotherapie. Zunächst betraf das nur Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologische Psychotherapie, knapp 20 Jahre später dann auch Verhaltenstherapie. Zugangswege, Antrags- und Begutachtungsverfahren, Kontingente – diese Grundstrukturen wurden seit der Einführung 1967 nicht wesentlich verändert, trotz vieler Versuche und vieler guter Reformideen. Seit dem 1. April 2017 gilt die neue Psychotherapierichtlinie (PTR) des nunmehr zuständigen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Und darin sind nun viele grundlegende Neuregelungen enthalten. Sie bringen erhebliche Veränderungen der Tätigkeit von Niedergelassenen mit sich. Strukturell sind sie als deutliche Verbesserung und Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten im Prinzip zu begrüßen. Die notwendigen Umstellungen sind aber mit einigen Mehraufwänden verbunden und sie können sogar auch als Zugangserschwernis wirken. Sehr kritisch zu sehen ist auch, dass es für die neuen Leistungen (z. B. Sprechstunde, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe) keine adäquate Vergütung gibt. Und es ist klar, dass die neuen Leistungen das Angebot an Psychotherapieplätzen nicht vermehren und das Grundproblem der sogenannten Bedarfsplanung, nämlich, dass es in den meisten Regionen nicht genügend Behandlungskapazitäten gibt, nicht gelöst wird. Wie konnte es nun zu so einer Entscheidung kommen? Wer trägt dafür die Verantwortung?

Für das Gesundheitssystem schreibt das Sozialgesetzbuch das Konzept der Selbstverwaltung fest. D. h. die an der Versorgung Beteiligten, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenkassen sind wesentliche Gestalter in den Entscheidungen – sie entscheiden im G-BA zusammen mit unparteiischen Mitgliedern. Die Interessen der Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden im G-BA durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertreten. Funktionsträger unserer Berufsgruppe können insofern an diesen Prozessen mitwirken, Verhandlungsführer ist allerdings die KBV selbst. Die KBV hat im Wesentlichen die Empfehlungen des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV eingebracht und vertreten.

Die andere Partei im G-BA und auch im Erweiterten Bewertungsausschuss (der für die Honorare zuständig ist) wird von den Gesetzlichen Krankenkassen gestellt, zusammengeschlossen im GKV-Spitzenverband. Die Vertreter der Krankenkassen haben sich jetzt letztlich mit ihrem Votum durchgesetzt, die Sprechstunde als verpflichtende Leistung einzuführen und nur eine niedrige Vergütung für die neuen Elemente vorzusehen. Ob das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) formale Aspekte des Vergütungsbeschlusses beanstanden wird, ist derzeit noch nicht klar.

Was können wir jetzt tun? Wie kommen wir weiter? Zum einen gilt es natürlich, in der Praxis daran zu arbeiten, trotz vieler Ärgernisse zu möglichst sinnvollen und praktikablen Umsetzungen zu kommen. Mindestens genauso wichtig ist es aber auch, Probleme dieser Festlegungen und Vorgaben herauszuarbeiten und auf Veränderungen hinzuwirken. Sowohl Psychotherapeutenkammern als auch KVen und Berufsverbände haben sich schon öffentlich deutlich geäußert. Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben sich in Briefen zu Wort gemeldet. Einige Kammern werden im Herbst in Form einer strukturierten Umfrage auf ihre niedergelassenen Mitglieder zugehen, um genauere Erkenntnisse über die konkrete Umsetzung der neuen Richtlinie zu erhalten. Wir bitten Sie, dort mitzuwirken.

Aber es gibt auch Einflussmöglichkeiten bei den Krankenkassen, denn auch diese haben eine Selbstverwaltungsstuktur. Die Vorstände der Krankenkassen werden demokratisch in der Vertreterversammlung bzw. im Verwaltungsrat der Kasse gewählt. Derzeit finden die sogenannten Sozialwahlen statt, d. h. die Wahlen der Vertreterversammlungen und Verwaltungsräte bei den Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern (DRV, BG). Wir möchten alle Mitglieder dazu auffordern, sich über die Positionen der Kandidatinnen und Kandidaten bzw. der Listen zu informieren und dann auch an den Sozialwahlen über die allgemein versandten Briefwahlunterlagen zu beteiligen.

Und nicht zuletzt: Der Bundestagswahlkampf steht bevor – dort sollten wir uns alle einbringen und die Forderungen von uns Psychotherapeutinnen und -therapeuten sehr deutlich an die Parteien und Kandidatinnen und Kandidaten herantragen.

Heiner Vogel und Nikolaus Melcop (Bayern), Mitglieder des Redaktionsbeirates

Inhalt

Originalia

110 *Adelheid Bezzel, Wolfgang Mache & Steffen Landgraf*
Arbeitsbedingungen Psychologischer Psychotherapeuten des Maßregelvollzugs. Eine vergleichende Beschreibung
Der Artikel bietet eine vergleichende Darstellung der beruflichen Situation von im Maßregelvollzug arbeitenden psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in kontextuell ähnlichen Einrichtungen auf Grundlage der Daten aus der bundesweiten Angestelltenbefragung der Kammern (BPtK, 2014).

116 *Babette Renneberg & Johanna Böttcher*
Wenn Vermeidung das soziale Leben bestimmt. Diagnose und kognitive Verhaltenstherapie der Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung
Die Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung zählt zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen und ist in der klinischen Praxis von hoher Relevanz. Der Artikel gibt einen Überblick über Entstehung und Diagnostik dieser Störung, bespricht die Abgrenzung von sozialer Phobie und stellt am Beispiel der Verhaltenstherapie ausführlich das therapeutische Vorgehen vor.

123 *Rüdiger Nübling, Heike Hufnagel, Eva Schwämmlein, Thomas Hönig, Kristiane Göpel & Dietrich Munz*
Schulpsychologie und Psychotherapie. Ergebnisse einer ersten regionalen Vernetzung
Der Artikel berichtet über Ergebnisse eines im Rahmen von drei regionalen Veranstaltungen erprobten Konzeptes zur verbesserten Vernetzung zwischen Schulpsychologie und Psychotherapie. Die positive Resonanz bei allen Beteiligten ermutigt zu Nachahmung bzw. zur weiteren Vernetzung.

130 *Gisela Wolf & Erik Meyer*
Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie?
Der Artikel gibt einen Überblick über Lebenssituationen und wichtige Bedingungsfaktoren der Erfahrungen von Menschen, die hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung bzw. ihrer Geschlechtsidentität nicht den gewohnten Normen und Vorannahmen entsprechen, und zeigt auf, wie Psychotherapeutinnen und -therapeuten hier fachlich fundiert und sensibel handeln können.

140 *Anne Meier-Credner*
Familiengründung durch Keimzellspende – psychotherapeutische Erfahrungen in die ethische Debatte!
Ein Zwischenruf

144 *Werner Köthke*
Das Psychotherapeutenversorgungswerk für Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Hessen
Fortsetzung der Reihe: Die Versorgungswerke stellen sich vor

Interview

147 *Mareke de Brito Santos-Dodt & Cornelia Beeking*
Frauen in die Berufspolitik – Was können wir in puncto Frauenförderung von den Grünen lernen?
Ein Gespräch mit Gesine Agena, frauenpolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen

Buchrezensionen

149 Außergewöhnlich modern
Eine Rezension von Klaus Hoffmann: Searles, H. F. (2016). Die Welt der Dinge – Die Bedeutung der nichtmenschlichen Umwelt für die seelische Entwicklung.

150 Ein Kompendium der Gruppenentwicklung
Eine Rezension von Gerhard Härle: Rubner, A. & Rubner, E. (2016). Unterwegs zur funktionierenden Gruppe. Die Gestaltung von Gruppenprozessen mit der TZI.

151 Psychoanalytisches Verstehen – die Konfliktachse der OPD-KJ-2
Eine Rezension von Ulrike Held: Seiffge-Krenke et al. (2016). Die Konfliktachse der OPD-KJ-2. Ein Fallbuch für die klinische Arbeit (2. Aufl.).

152 Körpererleben als Basis des Selbsterlebens
Eine Rezension von Dirk Revenstorf: Geuter, U. (2015). Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis

153 Focusing – erlebnisfördernde Interventionen
Eine Rezension von Christian Bartmann: Renn, K. (2016). Magische Momente der Veränderung – was Focusing bewirken kann.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

154 Bundespsychotherapeutenkammer
162 Baden-Württemberg
167 Bayern
171 Berlin
175 Bremen
179 Hamburg
183 Hessen
188 Niedersachsen
192 Nordrhein-Westfalen
196 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
200 Rheinland-Pfalz
204 Saarland
208 Schleswig-Holstein

107 Editorial
212 Impressum Psychotherapeutenjournal
A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages
A22 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

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

■ Der Teilauflage Hamburg sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet: Informationen über Änderungen von Satzungen und Ordnungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

Arbeitsbedingungen Psychologischer Psychotherapeuten des Maßregelvollzugs

Eine vergleichende Beschreibung

Adelheid Bezzel, Wolfgang Mache & Steffen Landgraf

Zusammenfassung: Im Maßregelvollzug (MRV) werden besondere Ansprüche gestellt – die Arbeitsbedingungen von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten[1] sind aber kaum untersucht. In dieser Studie wurden Daten von 838 Approbierten im MRV und anderen kontextuell vergleichbaren Einrichtungen ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass im MRV vorwiegend verhaltenstherapeutisch gearbeitet wird. Straftäterbehandlung scheint eine Männerdomäne zu sein, deren Anteil liegt bei 50% (vs. 30% in anderen Einrichtungen). Im MRV herrscht größere Teamorientierung, Einsatzgebiet ist v. a. die direkte Patientenversorgung. Einrichtungsübergreifend übernehmen Psychotherapeuten aber kaum Führungsaufgaben, zwei Drittel sind in Entgeltgruppe 13 (EG) oder niedriger eingestuft. Zu beachten ist dabei der Geschlechterunterschied: Unabhängig von Alter, Berufserfahrung und Stellenumfang sind 50% der Männer, aber nur 25% der Frauen in EG 14 oder höher eingruppiert.

Hintergrund und Fragestellung

Der Maßregelvollzug (MRV) steht mehr denn je als Institution mit psychotherapeutischem Auftrag im Mittelpunkt gesellschaftlicher Aufmerksamkeit (Dahle, 2003). Besondere Bedingungen der Psychotherapie ergeben sich u. a. aus dem forensischen Klientel, dem sicherheitsbedingten Setting und dem gemeinschaftlichen/gesellschaftlichen Auftrag „Sicherung und Besserung". Daher sind Informationen dazu, was genau die im MRV tätigen Psychologischen Psychotherapeuten auszeichnet, von hoher Relevanz.

Obwohl Psychotherapeuten einen Großteil der psychotherapeutischen Verantwortung im MRV übernehmen, scheinen gerade im klinischen Arbeitsumfeld die beruflichen Möglichkeiten Psychologischer Psychotherapeuten begrenzt. Die Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen bei straffälligen Patienten stellt im MRV eine große Herausforderung dar. Nicht nur gilt die psychotherapeutische Behandlung bestimmter Störungsbilder (z. B. Pädophilie, Psychopathie, Schizophrenie etc.) in einigen gesellschaftlichen Gruppen als unerwünscht (zu teuer, moralische Ablehnung). Darüber hinaus sind Untergebrachte im MRV im Vergleich zu Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (EP) oder der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (KP) vor allem durch gravierendere Beeinträchtigungen gekennzeichnet (Klein, 2007; Nedopil, 2007; Vinokur, Levine, Roe, Krivoy & Fischel, 2013), welche einer intensiveren Betreuung bedürfen, um bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen (Landgraf, Blumenauer, Osterheider & Eisenbarth, 2013). Die im Mittelpunkt des MRV stehende Resozialisierung der Patienten (Bezzel, 2008; Schaumburg, 2003) wird demnach nur im Kompromiss zwischen individueller psychotherapeutischer Allianz einerseits sowie gesellschaftlicher, teils menschenverachtender Vorurteile andererseits realisiert werden können.

Ziel der vorliegenden Arbeit war, berufsrelevante Faktoren von Psychotherapeuten im MRV (Qualifikationen, Tätigkeitsfelder, Verdienstmöglichkeiten, Verantwortungsübernahme und Arbeitszufriedenheit) im Vergleich mit kontextuell ähnlichen Einrichtungen (EP, KP, Justizvollzugsanstalten (JVA)) zu erfassen.[2]

Methodik

Das IGES-Institut (ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen) hat im Januar 2014 den Ergebnisbericht für die Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Landespsychotherapeutenkammern vorgelegt, die sich mit der beruflichen Situation der angestellten Kammermitglieder beschäftigte (Bundespsychotherapeutenkammer, 2014).[3] Aus der 3.874 Probanden umfassenden Gesamtstichprobe wurden 838 Teilnehmer extrahiert, die angaben, in einer der

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechter genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint, sofern nicht im Text explizit anders angegeben.

2 Auf Angaben der statistischen Kennzahlen etc. wird zum Wohle der einfacheren Lesbarkeit verzichtet; diese können in der Langfassung des Artikels auf der Homepage des PTJ nachgeschlagen werden: www.psychotherapeutenjournal.de.

3 Angaben zum Untersuchungsablauf sind dort zu entnehmen.

	MRV		EP		KP		JVA	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
N	31	36	167	377	46	107	41	33
Anteil	46.3%	53.7%	30.7%	69.3%	30.1%	69.9%	55.4%	44.6%
Alter (Jahre)	M = 48.8 SD = 8.6	M = 45.7 SD = 8.6	M = 50.3 SD = 8.9	M = 43.2 SD = 9.4	M = 49.0 SD = 9.7	M = 44.7 SD = 9.6	M = 51.9 SD = 8.9	M = 48.4 SD = 8.4

Tabelle: Geschlechter- und Altersverteilung nach Einrichtung

Zieleinrichtungen (MRV, EP,[4] KP, JVA) tätig zu sein (siehe Tabelle).

Fast alle Teilnehmer (96%) hatten eine unbefristete Stelle inne. Im MRV und der JVA arbeiteten signifikant[5] weniger Frauen als in der EP und der KP. Männer waren im Schnitt älter als Frauen, Frauen in der JVA älter als Frauen in der EP. Aufgrund dieser Unterschiede wurden die Daten von Männern und Frauen separat ausgewertet.

Ergebnisse

Berufsqualifikation: Erwachsenenpsychotherapeuten mit Verhaltenstherapie

Einrichtungsübergreifend waren über 90% Diplom-Psychologen, im Schnitt seit 2004 approbiert: zumeist als Erwachsenenpsychotherapeut (PP), gefolgt von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) oder (im seltenen Fall) beiden Approbationen. Die Approbationsart unterschied sich in den Einrichtungen signifikant: Im MRV, in der EP sowie in der JVA waren über 90% als PP approbiert, dagegen wiesen erwartungsgemäß in der KP über 50% eine Approbation als KJP auf. Die Approbation erfolgte zu ähnlichen Anteilen entweder nach § 2 PsychThG oder Übergangsrecht (§ 12 PsychThG). Psychotherapeuten im MRV und in der JVA waren mit gut 38 bzw. 40 Jahren signifikant älter bei Erlangung ihrer Approbation als Psychotherapeuten in der KP und der EP mit je 37 Jahren. Das Geschlecht spielte keine Rolle.

Die dominierende Ausbildungsrichtung war die Verhaltenstherapie (VT) und das über alle Einrichtungen hinweg; tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten und Psychoanalytiker (TP) waren die zweithäufigste Psychotherapeutengruppe, die Sammelgruppe „Andere" inkludiert Gesprächspsychotherapeuten, systemische und andere Richtungen.

Tätigkeit: Männer in Vollzeit, „informelle" Führungsrolle, Teamarbeit im MRV

In allen Einrichtungen dominierten „rein" Angestellte, je ein Drittel war zusätzlich selbstständig bzw. verbeamtet – dies fand sich ausschließlich in der JVA. Die Berufserfahrung war mit im Schnitt knapp zwölf Jahren einrichtungsübergreifend vergleichbar – allerdings wiesen Männer mit gut 15 Jahren signifikant mehr Berufsjahre auf als Frauen mit zehn Jahren.

4 Probanden aus der Psychiatrie oder Psychosomatik wurden in „EP" (Erwachsenenpsychiatrie) eingruppiert.
5 Signifikanz: mind. $p < .05$

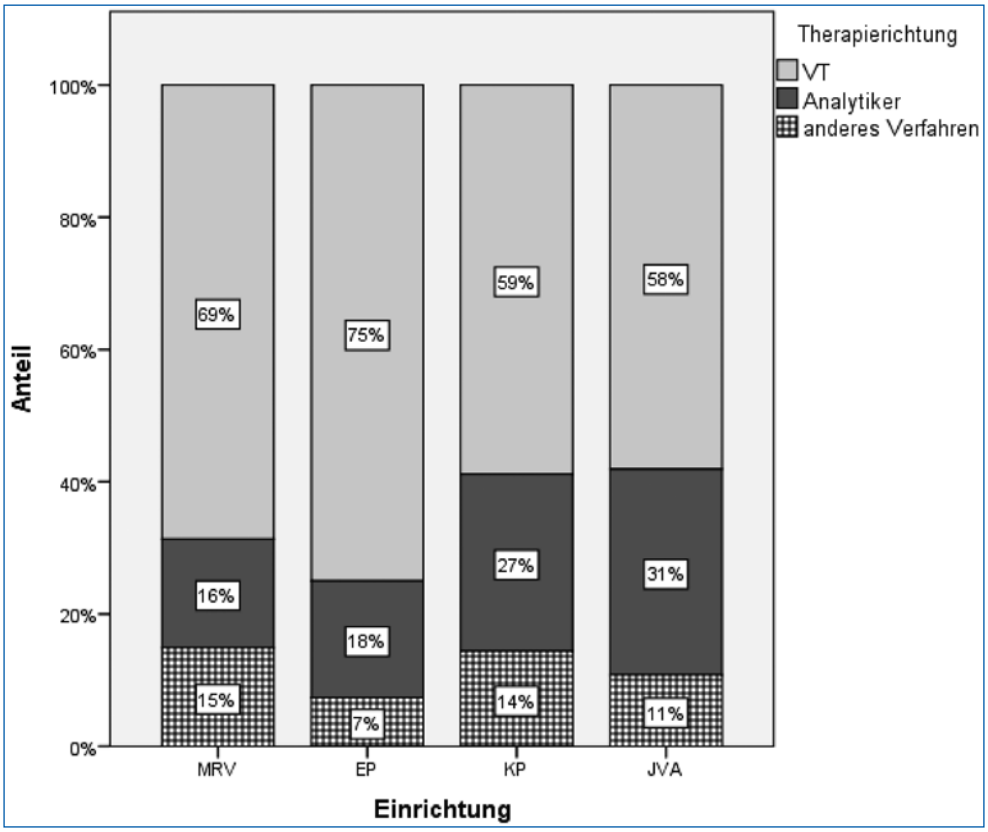


Abbildung 1: Psychotherapierichtung nach Einrichtung

Ein weiterer (sign.) Geschlechterunterschied bestand im Stellenumfang: Zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten in allen Einrichtungen knapp 80% der Männer in Vollzeit, Frauen nur zu 45%.

Bei der Betrachtung der Stelleninhalte wurden „Organisationseinheit" (direkter Tätigkeitsbereich) und „Klinik" (übergeordneter Gesamtbereich) unterschieden. Beim Stelleninhalt in der Organisationseinheit gab es signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen bei der *Leitung von Visiten und Teilnahme an Visiten* (MRV-Psychotherapeuten führten diese häufiger durch bzw. waren dort präsent) und der *Mitverantwortung von Wirtschaftlichkeitszielen* (MRV-Psychotherapeuten trugen diese seltener als Kollegen in KP oder EP). Bei der *Teilnahme an Personalentscheidungen* – max. ein Drittel gab an, daran beteiligt gewesen zu sein – gab es zwar keinen Unterschied zwischen den Einrichtungen, aber einen Geschlechterunterschied zugunsten der Männer. Auch beim Stelleninhalt in der Klinik gab es signifikante Geschlechter-, aber keine Einrichtungsunterschiede: Knapp 30% der Männer und nicht einmal 20% der Frauen gaben die *Teilnahme an Leitungsgremien* an. Über die Hälfte der Männer (vs. 43% der Frauen) wurden in Entscheidungen zu *Organisation und Arbeitsabläufen in der Klinik* eingebunden und immerhin ein Viertel (vs. 15% der Frauen) gestaltete *Personalplanungen* mit. Leitungsfunktionen allgemein hatten weniger als die Hälfte der Psychotherapeuten (49%), 25% nahmen neben der klinischen Arbeit zwar Führungsaufgaben wahr, aber ohne eine formal definierte Leitungsfunktion vorweisen zu können. Männer hatten signifikant bessere Aufstiegschancen als Frauen.

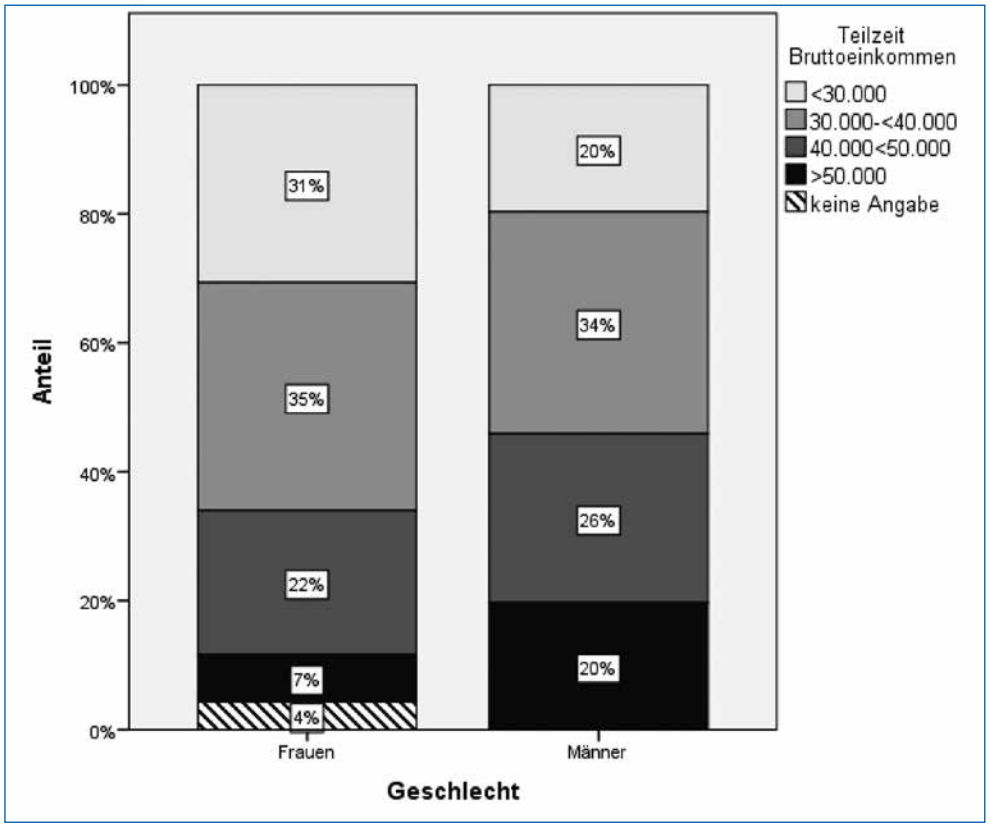


Abbildung 2: Teilzeitbruttoeinkommen nach Geschlecht

Das Arbeiten im Team spielte bei Forensikern eine signifikant größere Rolle: Die *Indikation zur Psychotherapie,* die *Überprüfung des Behandlungsfortschrittes* und die *Behandlungsdauer und Behandlungssettingwechsel* wurden bei Psychotherapeuten im MRV zu teils weit über zwei Dritteln in Rücksprache mit dem Team entschieden. Ein weiterer Schwerpunkt forensischen Arbeitens lag im *Erstellen von Gutachten,* knapp die Hälfte der MRV-Psychotherapeuten konnten diese selbstständig verfassen (in der EP oder der KP deutlich unter 20%). Dagegen spielte das *Kodieren von Diagnosen bzw. die Dokumentation von Leistungen* im MRV kaum eine Rolle (weniger als ein Drittel vs. ca. 90% in KP oder EP). Fast alle Kollegen hatten mit dem *Erfassen von Entlassungsberichten* zu tun, in der KP allerdings signifikant häufiger (mit 98%).

Einkommen: Vergütungsstufe 13, höherer Verdienst für Männer

Von den Teilnehmern waren 66% bis einschließlich EG 13 (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, TVöD) eingruppiert. Über alle Einrichtungen und unabhängig von Voll- und Teilzeitbeschäftigung waren Frauen (74%) signifikant häufiger bis EG 13 eingruppiert, Männer (51%) dagegen verstärkt in EG 14 und höher. Die Höhe des angegebenen Bruttoeinkommens[6] unterschied sich in allen Einrichtungen zwischen Männern und Frauen sowohl für Vollzeit als auch für Teilzeit signifikant. Bei Vollzeit gaben mehr Männer (56%) als Frauen (28%) an, über 60.000 €/Jahr zu verdienen. Und auch bei Teilzeit gaben mehr Männer (46%) als Frauen (31%) ein Jahresgehalt größer 40.000 € zu haben (Abbildung 2).

In beiden Arbeitszeitmodellen spielten Alter und Berufserfahrung, aber auch die Übernahme von Leitungsfunktionen eine gewichtige Rolle. Höheres Einkommen ging mit höherem Alter und länger Berufserfahrung einher. Das galt aber für Männer wie Frauen (und unabhängig von der Einrichtungsart), also konnte der Geschlechtereinkommensunterschied nicht auf Unterschiede im Alter oder in der Berufserfahrung zurückgeführt werden. Auch die Übernahme von Leitungsfunktionen stand im Zusammenhang mit höheren Einkommensgruppen

– unabhängig von Geschlecht und Einrichtung: Probanden mit unteren Einkommen (< 40.000 €) waren nur zu 26% leitend, mit mittleren zu 37% und mit oberen Einkommen (> 60.000 €) zu 59%. Da sich Männer und Frauen jedoch signifikant bzgl. der Übernahme von Leitungsaufgaben unterschieden, schien hier ein erklärendes Merkmal für unterschiedliche Einkommensgruppen der Geschlechter vorzuliegen.

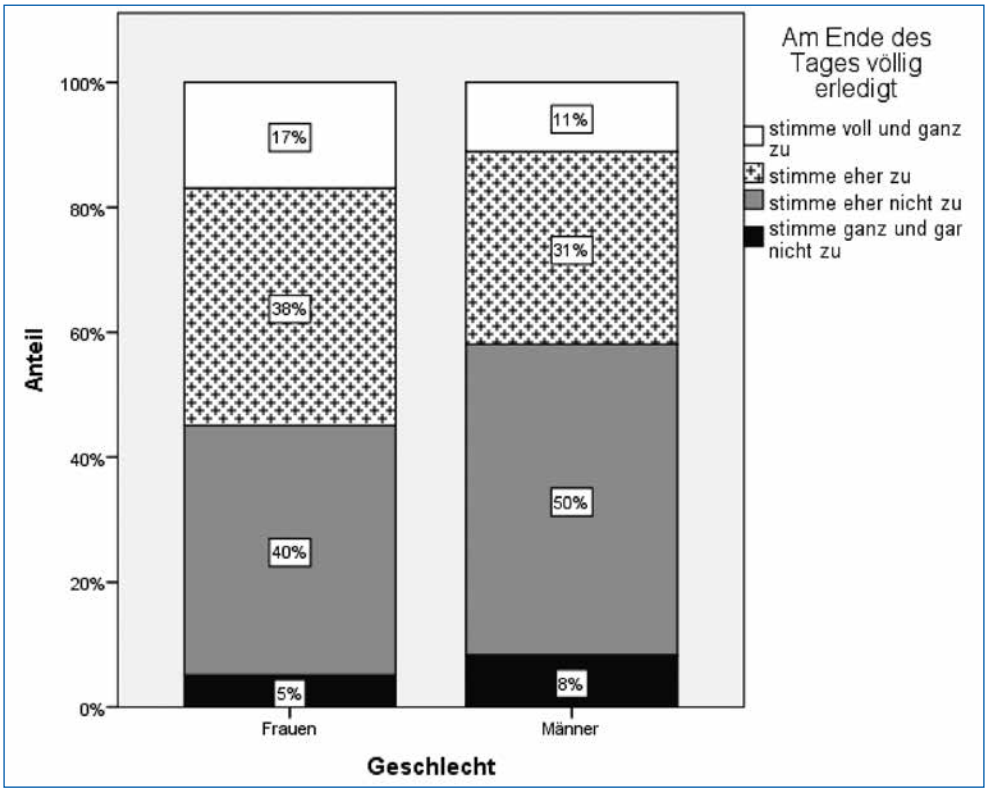


Abbildung 3: Erschöpfungsgrad am Tagesende nach Geschlecht

Arbeitszufriedenheit: hohe allgemein Zufriedenheit, aber Hinweise auf Belastungserleben

Die Probanden beantworteten die Fragen zur Arbeitszufriedenheit auf einer 4-stufigen Skala mit den Werten „stimme voll und ganz zu", „stimme eher zu", „stimme eher nicht zu" und „stimme ganz und gar nicht zu". Meist waren die Teilnehmenden zufrieden – unabhängig von Geschlecht oder Einrichtung: 83% mit der *Arbeit als solche,* 62% bejahten die Übereinstimmung von Wunsch/Erwartung bei Ausbildungsbeginn und Realität, die Frage nach der *Zufriedenheit mit der Selbständigkeit in der Arbeit* beschieden 76% positiv. 78% stimmten zu bei *„Wenn ich heute noch einmal die Wahl hätte, würde ich diesen Beruf wieder ergreifen*". Aber hier gab es einen Geschlechterunterschied: Frauen (80%) waren signifikant zufriedener mit ihrer Berufswahl als Männer (73%) – über alle Einrichtungen hinweg. Bei der Frage, wie gut sich die Probanden durch die Ausbildung für die Arbeit *qualifiziert* fühlen, gab es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen oder den Geschlechtern: 81% bestätigten eine zumindest gute Qualifizierung. Signifikant häufiger nahmen sich Psychotherapeuten mit VT-Ausbildung (82%) und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten (83%) als „gut" für den Beruf ausgebildet wahr im Vergleich zu Teilnehmenden mit anderen Psychotherapieausbildungen (66%). Die niedrigsten Zufriedenheitswerte gab es für den Lohn – unabhängig von Geschlecht oder Einrichtung. Nur 58% stuften das Gehalt als gerechtfertigt ein. Einen signifikanten Unterschied machte der Stellenumfang aus: Teilzeitkräfte mit 32 Stunden oder weniger waren weniger zufrieden als Teilnehmende, die mehr Stunden arbeiten.

Negative Aspekte wurden auch beschrieben, aber von weniger Teilnehmenden. Der Aussage zum *Erschöpfungsgrad* („Am Ende eines Arbeitstages bin ich völlig erledigt") stimmten signifikant mehr Männer als Frauen zu. Bei Männern zeigten sich (sign.) Verhaltenstherapeuten am wenigsten erschöpft (36%), gefolgt von TP (52%) oder Psychotherapeuten mit anderen Verfahren (56%). Bei Frauen gab es diesbezüglich keine Effekte.

Bei der Frage, ob Probanden sich *durch die Arbeit ausgebrannt* fühlten, gab es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen oder den Geschlechtern. Insgesamt stimmten der Aussage 26% zu. Die Zustimmung zur Aussage, dass die Arbeit *Störungen für das Privatleben* bedeute, unterschied sich nicht zwischen den Einrichtungen oder den Geschlechtern, 30% der Teilnehmenden bejahten sie. Ein Effekt für Stellenumfang konnte bestätigt werden: Eine höhere Wochenstundenzahl ging mit einem größeren Risiko für das Privatleben einher.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse liefern differenzierte Aussagen zur beruflichen Situation von Klinikpsychotherapeuten in Deutschland. Die psychotherapeutische Arbeit im MRV (im Gegensatz zu EP oder KP ist die Arbeit mit Straftätern eher eine Männerdomäne) unterscheidet sich auf den ersten Blick nur wenig von der in anderen Einrichtungen. Dennoch zeigen sich einige Spezifika forensischen Arbeitens v. a. im unmittelbaren Tätigkeits- und Verantwortungsbereich: Der Teamcharakter wird allge-

6 Das Bruttoeinkommen bezieht sich nach Fragebogenvorgabe nur auf die Angestellten- oder Beamtentätigkeit.

mein stärker betont, Entscheidungen (Indikation, Psychotherapiedauer, Fortschritt etc.) werden meist im Team getroffen, Forensiker erstellen häufiger Gutachten (auch selbstständig). Insgesamt nehmen sie mehr Tätigkeiten wahr, die einen mittelbaren Patientenbezug haben (Team, Besprechungen etc.) sowie Dokumentation und Administratives. Auf der Strukturebene sind Forensiker häufiger in Visiten (auch in leitender Funktion) eingebunden. Allerdings sind Psychotherapeuten – unabhängig von der Einrichtung – wenig an klinikrelevanten Führungsaufgaben beteiligt. Werden Leitungsaufgaben übernommen, dann häufig ohne formale Zuschreibung einer Führungsfunktion – das scheint im klinischen Setting ein allgemein anzutreffendes Phänomen für Psychotherapeuten zu sein (BPtK, 2014a). Das könnte sich im Laufe der Zeit zumindest im MRV ändern, denn im forensischen Bereich hat man in einigen Bundesländern, nicht zuletzt aufgrund der hohen Anzahl von Psychotherapeuten im MRV, die formaljuristische Möglichkeit zur Ernennung von Psychotherapeuten als therapeutische Klinikleitung geschaffen – in Bayern allerdings erst im Jahr 2015 (Staatskanzlei, 2015). Es wird davon jedoch bisher – auch in anderen Bundesländern (mit Ausnahme NRW) – kaum Gebrauch gemacht.

Über alle Einrichtungen hinweg ergeben sich deutliche Geschlechterunterschiede: Männer arbeiten häufiger in Vollzeit. Sie werden vermehrt in höhere EG eingruppiert und geben höhere Jahresbruttogehälter an. Geschlechterunterschiede in den Jahresbruttogehältern (ohne Einkünfte aus Selbstständigkeit) sind unabhängig von Teil- oder Vollzeit, der Wochenarbeitszeit, der Berufserfahrung oder dem Alter. Dies bestätigt den Gehälterunterschied zwischen Männern und Frauen (BPW, 2015) trotz öffentlichen Tarifsystems (BMFSFJ, 2016). Ein Hinweis besteht darin, dass Männer häufiger als Frauen an Personalentscheidungen, Leitungsgremien und organisatorischen Arbeitsabläufen beteiligt sind, was mit höherem Bruttogehalt assoziiert ist. Insgesamt bleibt aber fast 20 Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes festzuhalten, dass zwei Drittel der Teilnehmenden mit mindestens zehnjähriger Berufserfahrung in EG 13 oder niedriger eingestuft sind. Hier herrscht dringender Handlungsbedarf in Richtung facharztäquivalente Vergütung und ohne Geschlechterdifferenzierung.

Denn das Einkommen spielt zudem eine Rolle bei der Arbeitszufriedenheit. Auch wenn die Teilnehmenden mehrheitlich mit ihrer beruflichen Situation zufrieden zu sein scheinen, stufen weniger Befragte die Einkommenshöhe als gerechtfertigt ein. Die Fragen zur Entlohnung werden im Unterschied zu anderen Zufriedenheitsitems kritischer beantwortet. Weiter muss das geschilderte Belastungserleben in allen klinischen Einrichtungen Beachtung finden. Die Hälfte der Teilnehmenden beschreibt sich am Ende eines Arbeitstages als „völlig erschöpft", immerhin ein Viertel fühlt sich „durch die Arbeit ausgebrannt" und ein Drittel empfindet Störungen des Privatlebens aufgrund der Arbeit. Zwar zeigen sich Psychotherapeuten mehrheitlich zufrieden mit ihrer Berufswahl und der Selbstständigkeit bei der Arbeit, jedoch berichten knapp 40% eine Diskrepanz zwischen Erwartungen bei Ausbildungsbeginn und Realität. Immerhin geben 80% an, sich durch die Ausbildung, vor allem bei VT- oder TP-Hintergrund, gut qualifiziert für die eigentliche Arbeit zu fühlen.

Die Ergebnisse spiegeln die hohen inhaltlichen Anforderungen psychotherapeutischer Arbeit bei gleichzeitiger geringer tariflicher Wertschätzung wider. Daher ist es dringend erforderlich, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die hohe Arbeitsbelastung und Verantwortungsübernahme Psychologischer Psychotherapeuten im stationären Setting gleichberechtigt und entgeltorientiert wertschätzen, um damit die psychotherapeutische Patientenversorgung als gesellschaftlichen Auftrag qualitativ langfristig zu sichern.

Fazit für die Praxis

- Psychotherapeuten im MRV sind hohen und vielfältigen Anforderungen ausgesetzt, vor allem bei der direkten Patientenversorgung.
- Geringe Führungsaufgaben und Entgelteinstufungen spiegeln diese Kompetenzen einrichtungsübergreifend kaum wider.
- Bundesweite Maßnahmen zur Regelung der Übernahme von Leitungstätigkeiten, adäquater Entgelteingruppierungen und der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit sind daher dringend erforderlich.

Literatur

Bezzel, A. (2008). Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). (Dissertation), Universität Regensburg, Regensburg.

BMFSFJ (2016). Gender Datenreport 2016. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Verfügbar unter www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/root.html [18.01.2017].

BPW (2015). Business and Professional Women. Eine Forderung wird zur Kampagne. Sieben Jahre Equal Pay Day. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag.

Bundespsychotherapeutenkammer (2014). Befragung der angestellten Mitglieder der Psychotherapeutenkammern. Berlin: IGES Institut.

Bundespsychotherapeutenkammer (2014a). BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin: IGES Institut. Verfügbar unter www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/stationaere_Versorgung_psychisch_kranker_Menschen/20140626_BPtK-Studie_stationaeren_Versorgung_psychisch_kranker_Menschen.pdf [07.04.2017].

Dahle, K. P. (2003). Probleme bei der Behandlung von Delinquenten – Einführung. In M. Steller K. P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), Straftäterbehandlung. Argument für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis (S. 177-187). Herbolzheim: Centaurus.

Klein, V. (2007). Behandlung von Frauen im Massregelvollzug. In N. Saimeh (Hrsg.), Massregelvollzug in Weiten ökonomischer Begrenzung (S. 73-79), 22. Eickelborner Fachtagung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Landgraf, S., Blumenauer, K., Osterheider, M. & Eisenbarth, H. (2013). A clinical and demographic comparison between a forensic and a general sample of female patients with schizophrenia. Psychiatry Research, 210, 1176-1183. doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.009.

Nedopil, N. (2007). Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart. Thieme.

Schaumburg, C. (2003). Basiswissen: Maßregelvollzug. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Staatskanzlei (2015). Gesetz über den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie der einstweiligen Unterbringung (Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz – BayMRVG).

Vinokur, D., Levine, S. Z., Roe, D., Krivoy, A. & Fischel, T. (2013). Age of onset group characteristics in forensic patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 29, 149-152. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.11.006.

Dr. phil. Adelheid Bezzel

Korrespondenzadresse:
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Regensburg
Bezirksklinikum Regensburg (Medbo)
Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg
Adelheid.Bezzel@medbo.de

Dr. phil. Adelheid Bezzel, Diplom-Psychologin, hat als Stationspsychologin im Maßregelvollzug klinisch gearbeitet und ab 2001 parallel die Katamneseerhebungen der Forensischen Klinik Regensburg (medbo) entwickelt. 2009 wurde sie beauftragt, das Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IFQM) aufzubauen, wo sie seit 2010 in leitender Funktion die bayernweite Qualitätserfassung im Maßregelvollzug koordiniert.

Dr. med. Wolfgang Mache

Dr. med. Wolfgang Mache ist ärztlicher Direktor der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikum Regensburg (medbo) sowie Leiter des Instituts für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IFQM). Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und psychoanalytischer Psychotherapeut.

PD Dr. rer. nat. Steffen Landgraf

PD Dr. rer. nat. Steffen Landgraf arbeitet als Stationspsychologe im Maßregelvollzug der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Regensburg (medbo) und ist als Privatdozent und Mitglied des Prüfungsausschusses im Masterstudiengang „Kriminologie und Gewaltforschung" an der Universität Regensburg tätig.

Wenn Vermeidung das soziale Leben bestimmt

Diagnose und kognitive Verhaltenstherapie der Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung

Babette Renneberg & Johanna Böttcher

Zusammenfassung: Die Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ÄVP) ist eine der am häufigsten vorkommenden Persönlichkeitsstörungen und geht mit großen funktionalen Beeinträchtigungen der Betroffenen einher. Neben der Darstellung der aktuellen Diagnostik wird auf die diagnostische Abgrenzung zur sozialen Phobie eingegangen. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze zeigen gute Ergebnisse in der Behandlung. Zentrale Elemente sind dabei vor allem der Einsatz von Verhaltensexperimenten und Videoaufzeichnungen zum Aufbau sozial kompetenten Verhaltens und zur Änderung ungünstiger Kognitionen. Vor- und Nachteile der Behandlung im Gruppen- und/oder Einzelsetting werden diskutiert.

Störungsbild und Diagnostik

Viele Menschen, nicht nur Patienten und Patientinnen[1] mit ganz unterschiedlichen psychischen Störungsbildern, kennen Ängste in sozialen Situationen. Das Kontinuum von sozialen Ängsten reicht von Schüchternheit über stark ausgeprägte soziale Angst in vielen verschiedenen Lebenssituationen bis hin zu extremem Vermeidungsverhalten in fast allen sozialen Situationen. Wenn entsprechendes Vermeidungsverhalten über Jahre andauert und zum dominierenden Stil im interpersonellen Verhalten wird, spricht man von einer Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ÄVP).

Hauptmerkmale der **Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung** sind:

1. ein sehr negatives Selbstbild,
2. extreme Angst vor Kritik und
3. eine ebenso stark ausgeprägte Angst vor Zurückweisung.

Diese Merkmale führen dazu, dass Betroffene häufig sozial sehr isoliert leben, wenn überhaupt nur sehr wenige Freunde haben und auch oft in ihrem beruflichen Leben stark eingeschränkt sind. Durch ihr extremes Vermeidungsverhalten können sie ihre beruflichen Fähigkeiten häufig nicht voll zur Geltung bringen. In extremen Fällen gehen sie entweder gar keiner beruflichen Tätigkeit nach oder sind auf durch das Jobcenter vermittelte Tätigkeiten angewiesen, die gering bezahlt sind und deutlich unter ihren Fähigkeiten und ihrem Leistungsvermögen liegen. Die ÄVP ist auch daher eine die Lebensqualität stark beeinträchtigende Störung (Bruch, Fallon & Heimberg, 2003; Lampe, Slade, Issakidis & Andrews, 2003; Ruscio et al., 2008).

Die **Diagnose** erfolgt **nach der ICD-10**, wenn **mindestens vier der folgenden Kriterien erfüllt** sind:

(1) andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit,

(2) übertriebene Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,

(3) Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv oder minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein,

(4) persönliche Kontakte nur einzugehen, wenn die Sicherheit besteht, gemocht zu werden,

(5) eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit und

(6) Vermeidung beruflicher oder sozialer Aktivitäten, die intensiven zwischenmenschlichen Kontakt bedingen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung.

Nicht nur die Diagnostik der ÄVP, sondern auch die der gesamten Kategorie der Persönlichkeitsstörungen war und ist fachlich umstritten und ist derzeit im Wandel begriffen: Im DSM-5 gibt es zusätzlich zu den bisher verwendeten Diagnosekriterien in Sektion III ein alternatives, sogenanntes „Hybrid-Modell". Dieses Modell beinhaltet neben den bisher üblichen kategorialen Diagnosekriterien solche, die eine dimensionale Einschätzung der Symptome erlauben. Für sechs Persönlichkeitsstörungskategorien (Borderline, Dissoziale, Narzisstische, Zwanghafte und Schizotype und Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung) werden Funktionsniveau und Persönlichkeitseigenschaften auf einem Kontinuum

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

eingeschätzt. Das DSM-5 Hybrid-Modell postuliert für die ÄVP: eine mittelgradige oder stärkere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit, die sich durch typische Schwierigkeiten in mindestens zwei der folgenden Bereiche niederschlägt:

1. Identität: geringes Selbstwertgefühl, verbunden mit der Selbsteinschätzung, sozial unbeholfen, persönlich unattraktiv oder unterlegen zu sein, ausgeprägte Gefühle von Scham.
2. Selbststeuerung: unrealistische Erwartungen an sich selbst; Abneigung, eigene Ziele zu verfolgen, persönliche Risiken auf sich zu nehmen und neue Unternehmungen in Angriff zu nehmen, wenn diese zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen.
3. Empathie: starke Beschäftigung mit und Empfindlichkeit gegenüber Kritik und Abweisung, verzerrte Annahme, von anderen negativ gesehen zu werden.
4. Nähe: Abneigung, sich mit Menschen einzulassen, sofern man sich nicht sicher ist, gemocht zu werden; eingeschränkter Austausch in nahen Beziehungen aus Angst, beschämt oder lächerlich gemacht zu werden.

Zusätzlich müssen mindestens drei der folgenden „pathologischen Persönlichkeitseigenschaften" vorliegen: Ängstlichkeit, Sozialer Rückzug, Anhedonie oder Vermeidung von Nähe, wovon eine Ängstlichkeit sein muss. Die allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen erfordern des Weiteren, dass die Beeinträchtigungen „relativ unflexibel" in verschiedenen Situationen auftreten und über die Zeit hinweg stabil sind.

Typische Grundannahmen und handlungsleitende Kognitionen für die ÄVP sind: „Wenn andere mich näher kennenlernen, werden sie mein ‚wahres Selbst' entdecken und mich ablehnen", „Es wäre unerträglich, als minderwertig und unzulänglich bloßgestellt zu werden" und „Ich sollte Situationen, in denen ich Aufmerksamkeit erregen könnte, vermeiden oder mich so unauffällig wie möglich verhalten." (Beck Inventar zu kognitiven Schemata; Fydrich, 2002). Es ist daher zentral für Betroffene, jedwede (erwartete) negative Bewertung durch andere um jeden Preis zu vermeiden.

Differentialdiagnostisch wird häufig hinterfragt, ob die ÄVP tatsächlich eine eigenständige diagnostische Kategorie und nicht eine besonders schwere Form der sozialen Phobie ist. Mehrere Reviews diskutieren diese Frage und präsentieren überzeugende Argumente für und wider qualitative Unterschiede zwischen sozialer Phobie und ÄVP (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002; Bögels et al., 2010). Wenn man das Konstrukt der sozialen Ängstlichkeit relativ weit fasst, kann man die ÄVP durchaus als besonders schwere Form einer sozialen Angststörung verstehen. Dabei sind mit dieser Störung jedoch Probleme verbunden, die bei einer einfachen sozialen Phobie nicht auftreten, wie zum Beispiel ein extrem niedriger Selbstwert, Zurückhaltung selbst in vertrauten Beziehungen und die durchgängige Vermeidung sozialer Situationen. Die Vermeidung ist bei Personen mit ÄVP beispielsweise so weitgehend, dass diese keinen Partner oder keine Partnerin finden und bei der Jobsuche die Stellenanzeigen im Internet oder der Zeitung gar nicht erst anschauen, geschweige denn zu einem Vorstellungsgespräch gehen würden.

Epidemiologie

In der Allgemeinbevölkerung hat die ÄVP mit 1,7% die höchste Prävalenzrate unter den Persönlichkeitsstörungen (Torgersen, 2009). Im klinischen Kontext wird die ÄVP mit Prävalenzraten von ca. 15% angegeben (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005). Besonders häufig tritt die ÄVP gemeinsam mit anderen Angststörungen auf, insbesondere der sozialen Angststörung (33% bzw. 46%) (Friborg, Martinussen, Kaiser, Overgard & Rosenvinge, 2013; Renneberg, Chambless & Gracely, 1992). Damit ist die ÄVP eine häufig vorkommende psychische Störung. Gleichzeitig wird sie aber auch häufig nicht diagnostiziert. Da Vermeidung von (erwarteter) negativer Bewertung oder ungünstiger Evaluation oberstes Gebot für die Betroffenen ist, berichten diese sehr zurückhaltenden Menschen häufig auch im therapeutischen Setting nicht über Details ihrer Probleme. Oft vermeiden sie von vornherein Kontakte, eben auch den Kontakt mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten – wiederum aus Angst vor Abwertung (Olfson et al., 2000).

Ätiologie

Wie bei allen psychischen Störungen wird bzgl. der Entstehung der ÄVP von einem Zusammenwirken von genetischen und psychischen wie sozialen Umweltfaktoren ausgegangen. Angaben zum Anteil der genetischen Faktoren schwanken zwischen 37% (Kendler et al., 2008) und 64% (Gjerde et al., 2012). Unterschiede im Temperament bei Kindern und in der Entwicklung von sozialen Phobien im Jugend- und Erwachsenenalter geben Hinweise darauf, dass eine Disposition zur Verhaltenshemmung (*behavioral inhibition*; Tendenz, auf neue Situationen eher gehemmt, scheu und zurückhaltend zu reagieren, bei gleichzeitiger hoher autonomer Erregung) ein Risiko für die Entwicklung einer sozialen Angststörung und auch für die Entwicklung einer ÄVP darstellt (Hirshfeld-Becker, Micco, Simoes & Henin, 2008). Gleichzeitig ist eben-

Es ist zentral für Betroffene einer ÄVP, jedwede (erwartete) negative Bewertung durch andere Personen um jeden Preis zu vermeiden.

so deutlich nachgewiesen, dass nicht alle gehemmten und schüchternen Kinder chronisch andauerndes soziales Vermeidungsverhalten entwickeln. Bisher wird die Interaktion zwischen Disposition und sozialen Entwicklungsfaktoren jedoch vor allem theoretisch formuliert, empirische Studien hierzu fehlen weitestgehend. Für die Entwicklung ausgeprägter sozialer Ängste wird hier vor allem dem Einfluss des elterlichen Erziehungsstils Bedeutung beigemessen. Ein kritischer, überprotektiver oder distanzierter Erziehungsstil ist mit der Entwicklung der ÄVP assoziiert. Mindestens ebenso relevant scheinen negative Erfahrungen in der Beziehung zu Gleichaltrigen zu sein, hier wird vor allem das Erleben relationaler Gewalt als Risikofaktor genannt (Spence & Rapee, 2016).

Neben lerntheoretischen Erklärungen kann für die ausgeprägte Angst vor Zurückweisung und Ablehnung auch das Konzept der *Preparedness* herangezogen werden (Seligman, 1971). Preparedness ist eine evolutionär bedingte, biologisch verankerte Tendenz, Angst vor allen bedrohlichen Reizen, also auch Angst vor aggressiven, kritischen oder ablehnenden Personen zu zeigen. Im Rahmen eines biopsychosozialen Störungsmodells sind zur Erklärung der Aufrechterhaltung und Entstehung der Symptomatik folgende Faktoren heranzuziehen:

- biologisch bedingte Vulnerabilität (Amygdala-Dysfunktionen, Neurotransmitter, *behavioral inhibition*, *biological preparedness*),
- psychologisch bedingte Vulnerabilität in Form von Grundüberzeugungen (dysfunktionale Kognitionen, Schemata),
- Kompetenzdefizite in sozialen Situationen,
- kritischer und distanzierter Erziehungsstil sowie
- spezifische, als belastend erlebte Lebensereignisse in Kindheit und Adoleszenz (z. B. Erfahrung von öffentlicher Kritik oder Ablehnung).

Ein Überblick zur Ätiologie findet sich in Weinbrecht, Schulze, Boettcher und Renneberg (2016).

Preparedness (Seligman, 1971) ist eine evolutionär bedingte, biologisch verankerte Tendenz, Angst vor allen bedrohlichen Reizen zu zeigen.

Behandlung

Verschiedene psychotherapeutische Verfahren bieten Ansätze zur Behandlung ängstlich-vermeidender Symptomatik. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt zur Behandlung der ÄVP ein störungsspezifisches Vorgehen (DGPPN, 2009). Wissenschaftliche Evidenz für die störungsspezifische Behandlung der ÄVP liegt vor allem für die psychodynamischen und die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren vor. Auch für die Schematherapie, der ein stärker integratives Modell zugrunde liegt, gibt es erste belastbare Studienergebnisse (siehe Studien zur Wirksamkeit). Im Folgenden wird exemplarisch die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung näher vorgestellt.

Kognitive Verhaltenstherapie der ÄVP

Die aktuellen Ansätze kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens basieren auf erfolgreichen Behandlungsansätzen für die soziale Phobie bzw. soziale Angststörung. Im Prinzip sind diese Interventionen auch für die ÄVP erfolgreich einsetzbar; allerdings bedarf es einer besonders supportiven therapeutischen Beziehung, das Vorgehen sollte graduiert entlang einer Angst- bzw. Vermeidungshierarchie und in kleinen Schritten erfolgen und es braucht meist deutlich mehr Wiederholungen. Ein besonderer Wert wird auf den Aufbau eines positiveren Selbstbilds gelegt.

Zu Beginn der Psychotherapie wird gemeinsam mit dem Patienten ein individuelles Störungs- bzw. Erklärungsmodell entwickelt. Dabei werden die biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren für den Patienten in ihren Anteilen exploriert. Ziel ist, dass der Patient sich selbst erklären kann, warum die Ängste und das Vermeidungsverhalten so stark ausgeprägt sind, und sich dafür nicht verurteilt.

Kognitive Techniken werden eingesetzt, um negative Verzerrungen in der Erwartung, in der Wahrnehmung (Selbstaufmerksamkeit) und der Erinnerung sozialer Situationen zu identifizieren. Der hinderliche Charakter dieser Gedanken wird im sokratischen Dialog herausgearbeitet. Dabei ist immer wieder darauf zu achten, dass die Patienten die Schritte verinnerlichen und sich nicht selbst für die Art, wie sie denken, abwerten.

Im nächsten Schritt werden förderliche Gedanken erarbeitet und ihre Anwendung in verschiedenen Situationen erprobt. Dafür müssen die Patienten motiviert sein, sich angstbesetzten Situationen auszusetzen. In dieser Therapiephase kann es sinnvoll sein, Techniken des *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnick, 2004) einzusetzen, um sicherzustellen, dass die Patienten tatsächlich das Rational des therapeutischen Vorgehens gut verstanden haben und bereit sind, Alternativen zu ihrem Vermeidungsverhalten auszuprobieren.

Exposition kann in verschiedenen Modi erfolgen: in sensu, das heißt, die betroffene Person stellt sich vor, in einer angstbe-

setzten Situation zu sein – im Rollenspiel zum Beispiel mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten oder mit anderen Teilnehmenden einer Gruppentherapie, oder in vivo, das heißt, in einer Situation des (alltäglichen) Lebens. Es ist zu beachten, dass verschiedene soziale Situationen unterschiedlich starke Angst bei den Betroffenen auslösen. Dieser Angsthierarchie sollte daher Stufe für Stufe begegnet werden. Bei einer Expositionsübung ist es wichtig, sich möglichst vollständig auf die gefürchtete Situation einzulassen, d. h. kein Sicherheitsverhalten zu nutzen und den Aufmerksamkeitsfokus zu externalisieren. Unter Sicherheitsverhalten werden Verhaltensweisen zusammengefasst, die dazu dienen, gefürchtete Konsequenzen zu verhindern (Beispiel: während eines Gespräches keinen Augenkontakt aufnehmen, um nicht die negativen Reaktionen im Gesicht des Gegenüber zu sehen), die gleichzeitig aber zu einer schlechteren sozialen Performanz führen. Im Unterschied zu einer Patientin oder einem Patienten mit einer sozialen Phobie kann es allerdings bei Betroffenen mit einer ausgeprägten ÄVP ein wichtiger erster Schritt sein, überhaupt ein alternatives Verhalten zu erproben, um danach in weiteren Schritten sozial kompetentere oder angemessenere Varianten zu üben. Es gilt, gemeinsam mit dem Patienten ein erstes Alternativverhalten zur kompletten Vermeidung zu erproben und dabei an dem Punkt zu beginnen, an dem es für ihn möglich ist. Neben dem Einsatz von Sicherheitsverhaltensweisen hindert auch der extreme Selbstfokus Personen mit ÄVP daran, dass sie soziale Situationen positiv erleben können. Personen mit starker sozialer Angst gelingt es in sozialen Interaktionen kaum, ihre Aufmerksamkeit von sich selbst und ihrer eigenen Ängstlichkeit zu lösen. Dies verhindert, dass sie ihr Gegenüber und die Situation voll wahrnehmen können, und führt damit zu weiterer Verunsicherung und Ängstlichkeit.

Videofeedback

Die Arbeit mit Videoaufnahmen von Rollenspielen und Verhaltensexperimenten hat sich bei der Behandlung dieser Patientengruppe sehr bewährt. Beim Videofeedback wird zum einen die ungünstig negativ verzerrte Selbstwahrnehmung überprüft und zum anderen kann über das Videofeedback die Wirkung von Sicherheitsverhaltensweisen und Selbstaufmerksamkeit verdeutlicht werden. Das Video wird gemeinsam mit dem Psychotherapeuten angeschaut und die betroffene Person bewertet das eigene Aussehen, das Verhalten, die eigene Stimme und Wortwahl so, als ob sie fremden Personen bei einem Gespräch zusähe. Die Bewertung, wie ängstlich sie sich im Video als „fremde Person" einschätzt, wird dann verglichen mit der Erinnerung der eigenen Ängstlichkeit in der Rollenspielsituation. Dabei tritt fast immer der Effekt auf, dass die Bewertung „von außen" beim Betrachten des Videos deutlich positiver ist als die subjektiv erlebte Anspannung bzw. Angst. Eine detaillierte Anleitung zum Einsatz der videobasierten Rückmeldung findet sich bei Warnock-Parkes et al. (2016).

Eine weitere wichtige Funktion des Videofeedbacks besteht in der Überprüfung der Nützlichkeit von Sicherheitsverhaltensweisen und Selbstaufmerksamkeit. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Die betroffene Person spielt zweimal die gleiche soziale Situation. Im ersten Durchgang wendet sie wie üblich Sicherheitsverhalten an und fokussiert auf sich selbst. Im nächsten Durchgang versucht sie, ihre Aufmerksamkeit nach außen zu lenken und kein Sicherheitsverhalten zu zeigen. Subjektive Ängstlichkeit und „objektives" Wirken im Video werden verglichen. Fast immer stellen die Betroffenen dabei fest, dass Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhaltensweisen nicht nur dazu führen, dass sie sich in einer Situation ängstlicher fühlen, sondern dass sie auch unsicherer und weniger kompetent wirken. Auch bei diesem Vorgehen sollte man mit einfachen, weniger belastenden Szenarien/Situationen beginnen und sich dann subjektiv als schwieriger eingeschätzten und bedeutsameren Situationen zuwenden.

Beim Betrachten des Videos fällt die Bewertung des eigenen Verhaltens „von außen" deutlich positiver aus, als die subjektiv erlebte Anspannung bzw. Angst tatsächlich gewesen ist.

Eine weitere Möglichkeit ist es, eine Momentaufnahme des Videos zu nutzen, die die Person in einer Situation zeigt, in der sie sich selbst als extrem selbstfokussiert und von starker innerer Ängstlichkeit geprägt einschätzt, und eine zweite Aufnahme, in der sie ihrer Selbsteinschätzung nach extern fokussiert ist und weniger Ängste verspürt. In der Regel ist beim Betrachten der beiden Aufnahmen diese unterschiedlich starke innere Angst keineswegs sichtbar.

Der Einsatz von Videoaufnahmen und Videoverhaltensexperimenten hat sich bei Personen mit ÄVP ganz besonders bewährt, da sie damit eine eigene Bewertung ihres Erscheinens vornehmen und nicht auf die Rückmeldung durch Psychotherapeuten oder andere angewiesen sind. Dies ist daher wichtig, weil eine zentrale Befürchtung ist, dass Angst und Unsicherheit von anderen gesehen werden können und daraufhin eine Abwertung durch diese Personen erfolgt. Oder der Gedanke besteht, dass die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut nur deshalb positive Rückmeldung gibt, weil sie es gut meint, und nicht, weil sie das gezeigte Verhalten wirklich gut findet.

Studien zur Wirksamkeit

Die Studienlage zur Behandlung der ÄVP ist im Vergleich zu Studien zur Psychotherapie der sozialen Phobie relativ limi-

tiert. Die meisten Untersuchungen fokussieren auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze. Seit Ende der 1980er-Jahre liegt eine Reihe empirischer Wirksamkeitsnachweise für die kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit ÄVP vor. Die ersten verhaltenstherapeutischen Interventionen fokussierten auf die Behandlung im Gruppensetting. In allen Studien zeigten sich deutliche Verbesserungen hinsichtlich Selbstunsicherheit, Angst vor negativer Bewertung, Vermeidung und Depressivität (Alden, 1989; Barber et al., 1997; Emmelkamp, 2006; Renneberg et al., 1990; Stravynski et al., 1994). Hinsichtlich der klinischen Signifikanz der Ergebnisse zeigten sich ebenfalls deutliche Verbesserungen, allerdings erreichten die Teilnehmenden nur selten das Niveau von gesunden Vergleichspersonen. Eine weitergehende Studie zur Wirksamkeit des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens zeigte, dass sich je nach interpersonellen Problemen (erfasst mit dem Inventar Interpersoneller Probleme, IIP), die im Mittelpunkt standen, unterschiedliche Therapieergebnisse für Patienten mit ÄVP ergaben (Alden & Capreol, 1993). Patienten mit ÄVP und eher dependentem interpersonellem Verhalten profitierten mehr von einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen, bei dem Selbstsicherheit und die Entwicklung enger Beziehungen gefördert wurden. Bei Patienten mit ÄVP, bei denen vor allem Vermeidung und emotionale Distanz im Mittelpunkt standen, waren Expositionen in vivo besser geeignet.

Auch die psychodynamische Therapie der ÄVP zeigt gute Effekte (Barber, Morse, Krakauer, Chittams & Crits-Christoph, 1997), auch wenn hier deutlich weniger Studien vorliegen, die ausschließlich auf die ÄVP fokussieren oder zumindest Ergebnisse für dieses Störungsbild getrennt berichten. In zwei randomisierten kontrollierten Studien wurde die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der ÄVP mit einem psychodynamischen Ansatz verglichen (Emmelkamp et al., 2006; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). Während Svartberg und Kollegen (2004) ähnliche Symptomreduktionen in beiden Behandlungen fanden, zeigte die Studie von Emmelkamp et al. (2006) eine Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie.

In einer großen Therapiestudie mit 323 Patienten untersuchten Bamelis et al. (2014) die Wirksamkeit der Schematherapie für Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen (ca. 50% der Teilnehmenden hatten eine ÄVP). Die Autoren berichten eine Überlegenheit der Schematherapie gegenüber einem klärungsorientierten Ansatz (Sachse, 2013). Über 80% der Patienten erfüllten nach Ende der Psychotherapie nicht mehr die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung. Positive Ergebnisse zeigten sich in dieser Studie zur Schematherapie auch für Patienten mit dependenter und zwanghafter Persönlichkeitsstörung.

Einzel- oder Gruppentherapie?

Wie auch in der Behandlung der sozialen Phobie wird auch bei der ÄVP diskutiert, welchem Behandlungsformat der Vorzug zu geben ist, dem Einzel- oder dem Gruppensetting. Bei der Einzeltherapie liegen die Vorteile darin, ein individuelles Störungsmodell und die Identifikation von Sicherheitsverhalten und kognitiven Verzerrungen sehr spezifisch erarbeiten zu können. Die Betroffenen sind einer möglichen oder von den Patienten befürchteten Überforderung in der Gruppe nicht ausgesetzt und der Organisationsaufwand ist geringer. Für das Gruppensetting sprechen auch bei der beschriebenen Patientengruppe die allgemeinen Wirkfaktoren von Gruppentherapien – insbesondere die durch das Setting gegebene Möglichkeit, sich mit anderen, die ähnliche Probleme haben, auszutauschen, die Möglichkeit der Exposition (Gruppe als sozialer Mikrokosmos) und der Habituation, die möglichen Lernerfahrungen in der Gruppe sowie die Möglichkeit, Gruppenmitglieder in Rollenspiele sowie beim Feedback systematisch einzubeziehen.

Die Befundlage, welchem Setting der Vorzug zu geben ist, ist bisher jedoch nicht eindeutig. In Metaanalysen zeigt sich mal die Einzeltherapie überlegen (Aderka, 2009), mal zeigen sich keine Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppensetting (Acarturk, Cuijpers, van Straten & de Graaf, 2009). Von vier Studien mit einem randomisiert kontrollierten Studiendesign zeigen zwei Studien Vorteile der Einzel- und zwei Studien Vorteile der Gruppentherapie (Dogahe, Mohammadkhani & Dolatshahi, 2012; Mortberg, Karlsson, Fyring & Sundin, 2006; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003; VanVelzen, Emmelkamp & Scholing, 1997). Manche Autoren weisen auf die unterschiedlichen Wirkmechanismen in den verschiedenen Settings hin (Hedman et al., 2013). Weiterhin wird angeführt, dass zusätzliche Einzelstunden zu einem verbesserten Outcome von Gruppentherapien führen können (Olivares-Olivares, Rosa-Alcazar & Olivares-Rodriguez, 2008).

In der Hochschulambulanz der Freien Universität Berlin wird derzeit zusätzlich zu Einzeltherapien ein Gruppenprogramm für Patienten mit sozialen Phobien und ggf. selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen angeboten. Das Programm besteht aus den Bausteinen Psychoedukation, Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells, Videofeedback, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensexperimente, individuelle Hausaufgaben und Feedback. Die Gruppen werden von zwei Psychotherapeuten geleitet. Basierend auf dem Rational, dass auch bei sozialen Ängsten eine Habituation erfolgt, werden die Gruppensitzungen zu Beginn in einem intensiven Zeitformat durchgeführt. Die Sitzungen starten mit zwei ganzen Tagen über jeweils acht Stunden, anschließend werden fünf zweistündige, wöchentlich stattfindende Gruppensitzungen durchgeführt (Gesamt: ca. 30 Sitzungen Gruppentherapie). Der wechselseitige Transfer zwischen Einzel- und Gruppentherapie wird dabei gewährleistet. In der Gruppentherapie wird großer Wert auf die Aktivierung von Ressourcen gelegt, Teilnehmende werden dazu angehalten, sich selbst und anderen positives Feedback zu geben. Die Integration ressourcenaktivierender Techniken zeigte sich in der Behandlung sozialer Ängste von Vorteil (Willutzki, Neumann, Haas, Koban & Schulte, 2004). Die Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie scheint uns besonders vielver-

sprechend, da so Vorteile von beiden Settings vereint werden können und damit die herausfordernde Behandlung der ÄVP bestmöglich umgesetzt werden kann.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ÄVP eine häufige psychische Störung ist, die mit starken Beeinträchtigungen im gesamten sozialen Leben einhergeht. Es gibt verschiedene psychotherapeutische Ansätze, die wirksam sind und sowohl von Psychotherapeuten als auch von Patienten gut akzeptiert werden. Für die kognitive Verhaltenstherapie liegt die beste empirische Evidenz vor. Allerdings besteht weiterhin Raum für Verbesserung, so ist zum Beispiel die Frage, welche Patientin oder welcher Patient wann am besten von welchem Ansatz profitiert, weitgehend ungeklärt. Vielversprechend scheint eine Kombination aus Gruppen- und Einzelsetting. Ein besonderer Fokus sollte auch bei Patienten mit ÄVP auf Verhaltensexperimente gelegt und idealerweise sollten Videorückmeldungen genutzt werden, um die Erwartungen und Bewertungen der Patienten mit der Realität abzugleichen.

Die Integration ressourcenaktivierender Techniken zeigte sich in der Behandlung sozialer Ängste von Vorteil.

Literatur

Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A. & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder a meta-analysis. Psychological Medicine, 39 (2), 241-254. Verfügbar unter https://doi.org/10.1017/S0033291708003590

Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. Journal of Anxiety Disorders, 23 (1), 12-17. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.05.003

Alden, L. E. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 756-764. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.6.756

Alden, L. E. & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder Interpersonal problems as predictors of treatment response. Behavior Therapy, 24, 357-376. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80211-4

Alden, L. E., Laposa, J. M., Taylor, C. T. & Ryder, A. G. (2002). Avoidant personality disorder current status and future directions. Journal of Personality Disorders, 16 (1), 1-29. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1521/pedi.16.1.1.22558

Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. American Journal of Psychiatry, 171 (3), 305-322. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518

Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J. & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 34 (2), 133-143. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1037/h0087774

Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder questions and answers for the DSM-V. Depression and Anxiety, 27 (2), 168-189. Verfügbar unter http://doi.org/10.1002/da.20670

Bruch, M. A., Fallon, M. & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. Journal of Counseling Psychology, 50 (1), 109-117. Verfügbar unter http://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.109

DGPPN (Hrsg.). (2009). S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen.

Dogahe, E. R., Mohammadkhani, P. & Dolatshahi, B. (2012). Comparison of the effectiveness of group and individual cognitive-behavior therapy on reducing social anxiety symptoms. Psychological Research.

Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C. & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. The British Journal of Psychiatry, 189 (1), 60-64. Verfügbar unter http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012153

Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgard, K. T. & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. Journal of Affective Disorders, 145 (2), 143-155. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.004

Fydrich, T. (2002). Beck-Inventar zu kognitiven Schemata (B-IKS) Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (pp. 51-55). Göttingen: Hogrefe.

Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Roysamb, E., Orstavik, R. E., Knudsen, G. P., Ostby, K. & Reichborn-Kjennerud, T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U. S. Gov't Twin Study]. Acta Psychiatrica Scandinavica, 126 (6), 448-457. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01862.x

Hedman, E., Mortberg, E., Hesser, H., Clark, D. M., Lekander, M., Andersson, E. & Ljotsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. Behaviour Research and Therapy, 51 (10), 696-705. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.006

Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Simoes, N. A. & Henin, A. (2008). High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics, 148C (2), 99-117. Verfügbar unter http://doi.org/10.1002/ajmg.c.30170

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Roysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for DSM-IV Personality Disorders A Multivariate Twin Study. Archives of General Psychiatry, 65 (12), 1438-1446. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1438

Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C. & Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). Psychological Medicine, 33 (4), 637-646. Verfügbar unter http://doi.org/10.1017/S0033291703007621

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freyburg i. Breisgau: Lambertusverlag.

Mortberg, E., Karlsson, A., Fyring, C. & Sundin, O. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. Journal of Anxiety Disorders, 20 (5), 646-660. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.07.005

Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F. & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. American Journal of Psychiatry, 157 (4), 521-527. Verfügbar unter http://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.521

Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcazar, A. I. & Olivares-Rodriguez, J. (2008). Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia? International Journal of Clinical and Health Psychology, 8 (2), 465-481.

Renneberg, B., Goldstein, A. J., Phillips, D. & Chambless, D. L. (1990). Intensive behavioral group treatment for avoidant personality disorder. Behavior Therapy, 21, 363-377. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80337-5

Renneberg, B., Chambless, D. L. & Gracely, E. J. (1992). Prevalence of Scid-Diagnosed Personality-Disorders in Agoraphobic Outpatients. Journal of Anxiety Disorders, 6 (2), 111-118. Verfügbar unter https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90010-5

Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National

Comorbidity Survey Replication. Psychological Medicine, 38 (1), 15-28. Verfügbar unter http://doi.org/10.1017/S0033291707001699

Sachse, R., Breil, J., Sachse, M. & Fasbender, J. (2013). Klärungsorientierte Psychotherapie der dependenten Persönlichkeitsstörung (Vol. 4). Hogrefe Verlag. Verfügbar unter http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(71)80064-3

Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. Behavior Therapy, 2 (3), 307-320.

Spence, S. H. & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder An evidence-based model. Behaviour Research and Therapy, 86, 50-67. Verfügbar unter http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. Behaviour Research and Therapy, 41 (9), 991-1007. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00176-6

Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallee, Y-J., et al. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life setting. Canadian Journal of Psychiatry, 39 (8), 377-383.

Svartberg, M., Stiles, T. C. & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. American Journal of Psychiatry, 161 (5), 810-817. Verfügbar unter http://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.5.810

Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. Scandinavian Journal of Psychology, 50 (6), 624-632. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x

VanVelzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. Behaviour Research and Therapy, 35 (10), 889-900. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00052-1

Warnock-Parkes, E., Wild, J., Stott, R., Grey, N., Ehlers, A. & Clark, D. M. (2016). Seeing is believing: Using video feedback in cognitive therapy for Social Anxiety Disorder. Cognitive and Behavioral Practice. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.007

Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J. & Renneberg, B. (2016). Avoidant Personality Disorder a Current Review. Current Psychiatry Reports, 18 (3), 1-8. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6

Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: KognitiveVerhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientiertenVorgehen. Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie, 33 (1), 42-50. Verfügbar unter http://doi.org/10.1026/1616-3443.33.1.42

Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. The American Journal of Psychiatry, 162 (10), 1911-1918. Verfügbar unter http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Babette Renneberg

Korrespondenzadresse:
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
b.renneberg@fu-berlin.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Babette Renneberg, approbierte Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin (VT), ist Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie und leitet die Hochschulambulanz für Psychotherapie der Freien Universität Berlin. Einer ihrer Forschungsschwerpunkt ist die Grundlagen- und Therapieforschung zu Angst- und Persönlichkeitsstörungen und sie ist Mitglied der European Society for the Study of Personality disorders (ESSPD).

Dr. Johanna Böttcher

Dr. Johanna Böttcher ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Freien Universität Berlin tätig. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf innovativen Behandlungsformen für soziale Angststörungen.

Schulpsychologie und Psychotherapie

Ergebnisse einer ersten regionalen Vernetzung

Rüdiger Nübling, Heike Hufnagel, Eva Schwämmlein, Thomas Hönig, Kristiane Göpel & Dietrich Munz

Zusammenfassung: Schule ist für Kinder und Jugendliche neben der schulischen Bildung auch Ort sozialer und emotionaler Entwicklung. Häufig werden Verhaltensauffälligkeiten erst im Schulalltag sichtbar. Im Hinblick auf Früherkennung und zeitnahe Behandlung ist die Kooperation und Vernetzung zwischen Beratungslehrkräften, Schulpsychologie und Psychotherapie von großer Bedeutung. Berichtet wird über Ergebnisse eines Konzeptes zur verbesserten Vernetzung zwischen Schulpsychologie und Psychotherapie. Leitfragen waren: Welche positiven Erfahrungen, welche Schwierigkeiten gibt es in der Zusammenarbeit? Welche Wünsche bestehen bzgl. Zusammenarbeit? Welche Verbesserungsmöglichkeiten werden gesehen? Der Austausch wurde als sinnvoll und dringend nötig angesehen, es wurde aber auch auf begrenzte zeitliche und monetären Ressourcen aufmerksam gemacht. Eine regelmäßige Wiederholung der Veranstaltung wurde vorgeschlagen, die positive Resonanz ermutigt zu Nachahmung bzw. zu weiterer Vernetzung.

Hintergrund

Die Schule stellt für Kinder und Jugendliche einen zentralen Bezugspunkt bzw. -ort dar, der zusätzlich zur schulischen Bildung auch Ort sozialer und emotionaler Entwicklung ist. Häufig werden erst im Schulalltag Verhaltensauffälligkeiten von jungen Menschen sichtbar. Lehrkräfte nehmen diese oft relativ früh wahr und haben daher eine wichtige Rolle in Bezug auf das (frühzeitige) Erkennen von psychisch auffälligen oder beeinträchtigten Schülerinnen und Schülern.[1] Psychotherapeuten hingegen, insbesondere solche, die Kinder und Jugendliche behandeln, sehen ihre jungen Patienten häufig spät, meist erst, wenn deren Verhalten für die Schule, die Eltern oder die Kinder bzw. Jugendlichen selbst zu einem Problem geworden ist; selbst dann ist eine psychotherapeutische Behandlung sehr oft nicht die erste Wahl. Ein Bereich, der im Hinblick auf Früherkennung, zeitnahe Behandlung, Begleitung während der Behandlung und Nachsorge bislang zu wenig beachtet und erschlossen wurde, ist die Kooperation zwischen Beratungslehrkräften, Schulpsychologie und Psychotherapie.

Bundesweit gibt es aktuell ca. 2.000 Schulpsychologen in ca. 1.350 Vollzeitstellen (Stand: 2016, Drewes, 2016). Dies entspricht einem Verhältnis Schulpsychologen zu Schüler von ca. 1:8.000. Dabei bestehen erhebliche Variationen zwischen den Bundesländern (Berlin ca. 1:5.000 bis Niedersachsen ca. 1:16.000). Diese Unterschiede zeigen sich nicht nur zahlenmäßig, sondern auch bzgl. der strukturellen bzw. personellen Voraussetzungen. So sind in einigen Ländern (u. a. Baden-Württemberg, Hessen) die Schulpsychologen diplomierte Psychologen (bzw. inzwischen Masterabsolventen in Psychologie), in anderen Bundesländern sind es Lehrer mit einer schulpsychologischen Ausbildung (Bayern), die über ein geringes Stundenkontingent für die Schulpsychologie verfügen. Die Versorgung durch Schulpsychologen hat sich in den vergangenen Jahren insbesondere in Baden-Württemberg und in Nordrhein-Westfalen nach Amokläufen von Schülern verbessert (Drewes, 2016), im internationalen Vergleich liegt Deutschland aber nur im Mittelfeld, im europäischen Vergleich weit hinten (Dunkel, 2016). Aus fachlicher Sicht wird ein Versorgungsgrad von 1:1.000 für erforderlich gehalten. Die Kultusministerkonferenz von 1973 hatte den Schlüssel für Deutschland auf 1:5.000 festgelegt, was heute noch als Zielgröße herangezogen, aber als kaum begründbar angesehen wird (Drewes, 2016). Ein Versorgungsgrad von 1:2.000 oder besser ist weltweit nur von 13 Ländern (darunter Litauen, Estland, Türkei, USA, Kanada) realisiert, Deutschland lag 2009 noch in einer Gruppe mit Ungarn, Puerto Rico, Albanien, Südafrika oder den Vereinigten Arabischen Emiraten (Dunkel, 2016). Daher kann die Versorgungssituation in Deutschland trotz einiger Verbesserungen seit 2009 weiterhin als unzureichend bezeichnet werden. Aufgaben und Tätigkeitsfelder von Schulpsychologen und Beratungslehrkräften sind im Informationskasten zusammengefasst.

Psychische Erkrankungen oder Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter sind vielfältig und reichen meist in den Schulalltag hinein. Häufig in Schulen anzutreffende psychische Problemlagen sind Lernschwierigkeiten, Schulangst, Schulphobie, Mobbing unter Schülern, Gewalterfahrungen, Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholkonsum. Die im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys (vgl. u. a. Hintzpeter et al., 2014; Huber, 2016; Lange et al., 2014; Schwenck, 2016) durchgeführte BELLA-Studie über psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen zwischen sieben und siebzehn Jahren (Ravens-Sieberer et al., 2015) ergab, dass in einer Sechsjahresperiode ca. 25% der Kinder und Jugendlichen mit psy-

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

Schulpsychologie

Zielgruppen: Schüler, Eltern, Lehrkräfte, Schulleitungen sowie auf einer übergeordneten Ebene Kollegien bzw. ganze Schulen

Aufgaben/Tätigkeitsfelder von Schulpsychologen

- Schullaufbahnberatung
- Beratung bei schulspezifischen Ängsten (Prüfungsangst, Schulangst, Lernblockaden) und Verhaltensproblemen
- praxisbegleitende Supervision und Beratung von Lehrkräften und Schulleitungen
- Moderation von Konflikten (zwischen Schülern, zwischen Schülern und Lehrern oder innerhalb eines Kollegiums)
- Fortbildungen zu pädagogisch-psychologischen Themen
- Krisennachsorge an Schulen (z. B. bei Unfällen oder Gewalttaten), Unterstützung von schulinternen Krisenteams
- Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung der Beratungslehrkräfte, Begleitung in regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungsgruppen

Aufgaben/Tätigkeitsfelder von Beratungslehrkräften

- 1½-jährige Zusatzausbildung bzgl. pädagogisch-psychologischer Beratungstätigkeit an Schulen, v. a. Gesprächsführung, Grundlagen psychologischer Diagnostik/Tests sowie umschriebene Problembereiche/Störungsbilder
- an den Schulen für Schüler, Eltern und Kollegen ansprechbar
- Beratungsschwerpunkte: Lern- und Leistungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten und Fragestellungen zur Schullaufbahn

chischen Störungen und/oder Problemen konfrontiert waren, dabei ca. 11% mit klinisch relevanten. Zu den häufigsten zählen Störungen des Sozialverhaltens (10,0%), Ängste (7,6%) und Depression (5,4%) (Vries, Lehmkuhl & Petermann, 2013).

Nach einer Modellschätzung kann ein Versorgungsgrad bzgl. ambulanter Psychotherapie und weiterer psychosozialer Behandlungsmöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen zwischen zwölf und 34% angenommen werden.

Die BELLA-Studie bestätigt die Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys von 2007 (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Wie de Vries (Vries et al., 2013) ausführt, ist in den letzten Jahren trotz „stabiler" Prävalenz die Nachfrage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen stark gestiegen. Dieser Trend sei bei einzelnen Störungsbildern wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Legasthenie, schulbezogenen Störungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens, Borderline-Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) besonders deutlich. Die Fallzahlen der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie haben von 1991 bis 2010 um 133% zugenommen (Vries et al., 2013).

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt weitgehend durch in ambulanter Praxis niedergelassene sowie in Beratungsstellen angestellte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), darüber hinaus durch nicht approbierte Fachkräfte an Psychologischen und/oder Erziehungsberatungsstellen, durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und durch Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie. Des Weiteren existieren ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsmöglichkeiten in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen sowie in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit dem Indikationsschwerpunkt „Psychische und Verhaltensstörungen" (Nübling, Reisch & Raymann, 2006). Bundesweit sind im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung etwa 3.200 KJP zugelassen, darüber hinaus ca. 2.000 Psychotherapeuten mit einer doppelten Approbation als KJP und Psychologischer Psychotherapeut (PP). Auch hat eine nicht klar bezifferbare Anzahl an PP eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche, sie leisten also hier eine zusätzliche Versorgung. Nach einer Modellschätzung (Nübling et al., 2006) kann ein Versorgungsgrad bzgl. ambulanter Psychotherapie und weiterer psychosozialer Behandlungsmöglichkeiten zwischen zwölf und 34% angenommen werden. Inzwischen wurde eine größere Anzahl von Kassenarztsitzen auch für KJP genehmigt, sodass sich die ambulante psychotherapeutische Versorgung seit 2006 etwas verbessert hat. Zwischen Regionen (v. a. städtisch vs. ländlich) bestehen zum Teil deutliche Unterschiede (Reisch, Raymann & Nübling, 2007), was sich auch in entsprechend langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz niederschlägt (Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK], 2011).

In diesem Kontext sind Initiativen von großer Bedeutung, die versuchen, eine Vernetzung zwischen den Professionen in Gang zu bringen. Die im Folgenden beschriebenen Veranstaltungen in drei Schulamtsbezirken in Baden-Württemberg und deren Ergebnisse können als ein erster Schritt für eine mögliche vertiefte Zusammenarbeit verstanden werden.

Ausgangsfragen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Ergebnisse dieser Netzwerktreffen systematisch auszuwerten bzw. zusammenzufassen und damit anderen interessierten Regionen zur Verfügung zu stellen. Fragestellungen waren u. a.:

- Wie sieht die aktuelle regionale Zusammenarbeit zwischen Schule, Schulpsychologie und Psychotherapie aus, welche Erfahrungen gibt es?

- Wie kann die bestehende Zusammenarbeit bzw. wie können die bestehenden Strukturen erweitert bzw. verbessert werden? Wie und in welcher Form kann die Vernetzung ausgebaut werden?
- Welche Fragen bzw. welche Schwierigkeiten gibt es in der Zusammenarbeit und wie können diese beantwortet bzw. überwunden werden?
- Gemeinsame Erfahrungen und Möglichkeiten einer gelingenden Zusammenarbeit bei konkreten Fragestellungen wie Schulabsentismus, ADHS, Umgang mit belasteten Flüchtlingskindern – wie schätzen die Teilnehmenden die Netzwerktreffen ein?

Methodik & Durchführung

Die Schulpsychologischen Beratungsstellen (SPBS) Backnang, Aalen und Tübingen führten zwischen Dezember 2014 und Dezember 2015 in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg insgesamt drei Netzwerkveranstaltungen für ihre Beratungslehrkräfte und die im jeweiligen Schulamtsbezirk ambulant arbeitenden KJP durch. Die Organisation und Federführung der Veranstaltungen lagen bei der jeweiligen SPBS. Ziel dieser Veranstaltungen war das Kennenlernen und der Austausch der Schulpsychologen, der regionalen Beratungslehrkräfte sowie KJP. Darüber hinaus sollten Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten der Kooperation zwischen Beratungslehrkräften an Schulen und Psychotherapeuten gemeinsam diskutiert und aufgezeigt werden, um Kinder und Jugendliche beim Übergang von Beratung zu Psychotherapie besser unterstützen zu können.

In den Veranstaltungen wurden jeweils in der ersten Hälfte Impulsreferate vonseiten der Psychotherapeuten (LPK), der Schulpsychologen und der Beratungslehrkräfte gehalten, in der zweiten Hälfte fand eine intensive Diskussion der Teilnehmenden auf der Grundlage der „World-Café-Methode" (vgl. z. B. Brown, Isaacs & Bürger, 2007; Schratz, 2006; Stary, Maroscher & Stary, 2012) statt.

In den Impulsreferaten der jeweiligen SPBS wurde über deren organisatorische Einbettung ins Schulsystem, zentrale Handlungsfelder sowie die Arbeitsweise der Schulpsychologie in Baden-Württemberg informiert. Zusätzlich wurde von den Beratungslehrkräften ein Überblick über ihre Ausbildung und ihr Tätigkeitsspektrum sowie die Unterstützung durch die Schulpsychologie gegeben. Durch die Beiträge wurde das Zusammenspiel von Beratung an der SPBS und von Beratungslehrkräften an den Schulen vor Ort deutlich. Insgesamt wird ein regional weit verzweigtes und inhaltlich breit gefächertes Unterstützungssystem für die Schulen gewährleistet.

Im Impulsreferat der LPK wurde v. a. über die Tätigkeit niedergelassener KJP, über die allgemeinen rechtlichen Grundlagen von Psychotherapie, basierend auf der Berufsordnung, sowie über die verschiedenen fachlichen Ausrichtungen von Psychotherapeuten in Baden-Württemberg informiert. Darüber hinaus wurde die jeweilige regionale sowie die allgemeine Versorgungslage skizziert und insbesondere auf die unzureichende psychotherapeutische Versorgung in ländlichen Gebieten eingegangen. Es wurde betont, dass Vernetzung zwischen Beratung an Schulen und Psychotherapie zur Unterstützung der betroffenen Schüler immer stärker in die Diskussion zwischen Psychotherapeuten einbezogen wird. Bei der Netzwerkarbeit während einer laufenden Psychotherapie ergeben sich mehrere Probleme. Sie beziehen sich auf die Schweigepflicht, den geschützten Raum, den eine Psychotherapie gewährleisten muss, um Vertrauen entstehen zu lassen, und eine therapeutische Haltung, nur für den Patienten da zu sein – was manchmal gegen das Interesse von Schulen gehen kann, Informationen aus der Psychotherapie zu erhalten, die für den schulischen Alltag relevant sein könnten.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden die Teilnehmenden auf der Basis des World Cafés angeregt, miteinander ins Gespräch zu kommen. Am Ende stand eine Abschlussrunde im Plenum, bei der die Ergebnisse der Diskussionen präsentiert wurden (vgl. www.kas.de/wf/de/71.9278/; Brown et al., 2007; Schratz, 2006; Stary et al., 2012).

In den hier berichteten Veranstaltungen wurde darauf geachtet, dass an den Tischen des World Café jeweils immer sowohl Beratungslehrkräfte als auch Psychotherapeuten vertreten waren; die Rolle des Gastgebers hatten in der Regel Schulpsychologen inne. Die Leitfragen für das World Café lauteten: Welche positiven Erfahrungen und welche Schwierigkeiten gibt es in der Zusammenarbeit? Welche Wünsche bestehen bzgl. Zusammenarbeit? Welche Verbesserungsmöglichkeiten werden gesehen?

Bei der Netzwerkarbeit während einer laufenden Psychotherapie ergeben sich mehrere Probleme – sie beziehen sich u. a. auf die Schweigepflicht.

Stichprobe

An den drei Veranstaltungen nahmen ca. 170 Personen teil (Reutlingen/Tübingen: ca. 80, Aalen und Backnang je 45). Davon waren ungefähr zwei Drittel Beratungslehrkräfte und Schulpsychologen sowie ein Drittel ambulant arbeitende KJP. Entsprechend der Zuständigkeiten waren die Beratungslehrkräfte von den SPBS eingeladen worden, die Psychothera-

peuten von der LPK. Die Schulpsychologen wirkten aktiv an der Gestaltung der Netzwerktreffen mit.

Ergebnisse

Die Arbeitsergebnisse aus dem World Café wurden von den jeweiligen Kleingruppen schriftlich dokumentiert, anschließend im Rahmen eines „Gallery-Walk" vorgestellt und im Plenum zusammengeführt. Nach dieser Zusammenfassung folgte eine Diskussion mit Vertretern der LPK, der Schulpsychologie und den Beratungslehrkräften. Stellvertretend für ihre jeweilige Personengruppe bzw. Institution gab es bei der Podiumsdiskussion noch einmal Gelegenheit, sich zu den Ergebnissen aus den Austauschrunden zu äußern sowie die Themen mit den Teilnehmenden zu vertiefen.

Im Folgenden werden zunächst die Hauptergebnisse der World-Café-Diskussionsrunden, dann die Ergebnisse der Veranstaltungsevaluation dargestellt. Die Antworten wurden nach inhaltlichen Schwerpunkten gebündelt (vgl. auch Hufnagel et al., 2016).

Leitfrage 1: Positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit?

Als positive Erfahrung wurde hervorgehoben, dass es inzwischen eine wachsende Sensibilität für Psychotherapiebedarf und eine größere Psychotherapiebereitschaft gebe, sowohl bei den Schülern selbst als auch bei deren Eltern. Damit sei eine wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit gegeben. Außerdem habe es bereits in der Vergangenheit viele fruchtbare Kooperationen gegeben. Dabei seien außer Lehrkräften, Beratungslehrkräften, Schulsozialarbeitern und Schulpsychologen häufig weitere externe Fachkräfte aus Erziehungsberatungsstellen sowie Logopäden, Ergotherapeuten und, wenn örtlich vorhanden, auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließlich Klinikschule beteiligt gewesen. Inwieweit auch niedergelassene KJP in diese Vernetzung eingebunden sind, ist regional unterschiedlich. Wenn eine Zusammenarbeit stattgefunden habe, sei diese gut gewesen. Nach Klinikaufenthalten wurde vor allem ein gestuftes Vorgehen zur Wiedereingliederung an der Schule als Erfolgsfaktor benannt. Essenziell sei hier ein guter Austausch zwischen behandelnden Psychotherapeuten und Schule.

Leitfrage 2: Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit?

Hinsichtlich der Hürden in der Zusammenarbeit wurde betont, dass es Bedarf gebe an grundlegenden Informationen wie Kennenlernen der Beteiligten/voneinander wissen, Adressen, Zuständigkeiten, Arbeits- und Vorgehensweisen sowie Grenzen der schulischen und therapeutischen Möglichkeiten. Konkret wurden Probleme, Zeiträume für gemeinsame Termine zu finden, genannt; so seien oft unbekannte sowie unterschiedliche Sprechzeiten, aber auch generell fehlende finanzielle Ressourcen für Gespräche bei beiden Teilnehmergruppen ein Hindernis für die engere Zusammenarbeit. Vor allem die Vereinbarkeit von (Ganztags-)Schule mit Psychotherapieterminen bedürfe individueller Klärung. In einzelnen Fällen bereite die Aufhebung der Schweigepflicht Probleme, vor allem, wenn eine einzelne Partei (Kind, Eltern) dies nicht wolle oder die Erziehungsberechtigung unklar sei.

Leitfragen 3 und 4: Wünsche für die künftige Zusammenarbeit und Verbesserungsmöglichkeiten für die Kooperation?

Die Ergebnisse dieser beiden Leitfragen werden zusammengefasst, da es viele inhaltliche Überschneidungen gibt:

Als eine mögliche und geeignete Form der Zusammenarbeit wurden „Runde Tische" gesehen: für Netzwerkarbeit in komplexen Problemstellungen, zur Aufrechterhaltung der Motivation sowie zum besseren Verständnis der Schüler und dessen, was Psychotherapie ist und wie sie wirkt. Nach Meinung vieler Beteiligter sollten fortlaufend Informationen zwischen den Systemen (Psychotherapie, Medizin, Schule, Jugendhilfe u. a.) ausgetauscht werden bzw. mehr Informationsfluss stattfinden. Eine Kontaktaufnahme sollte dabei schnell erfolgen können, d. h. die Psychotherapeuten sollten für die Schule gut erreichbar sein (Anrufbeantworter). Die gegenseitige Kontaktaufnahme und Abstimmung wird vor allem als sinnvoll erachtet, um gemeinsam bei Eltern um Verständnis für das Kind und für die therapeutische Arbeit mit dem Kind zu werben. Alle Beteiligten formulierten ihre Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung. Ein häufig geäußerter Wunsch der Beratungslehrer war, mehr Einblick in die konkreten Psychotherapien der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen bekommen zu können, um aus den Ergebnissen bzw. Erkenntnissen aus der psychotherapeutischen Behandlung Ansätze und Empfehlungen für den schulischen Alltag zu erhalten. Da sowohl die Psychotherapie als auch die Beratung durch Schulpsychologen oder Beratungslehrer einen geschützten und vertrauensvollen Rahmen für die Patienten bieten, der durch die Schweigepflicht ermöglicht wird, kann dieser Wunsch damit in Konflikt stehen und nur begrenzt umsetzbar sein. Dies muss mit dem Patienten und dessen Sorgeberechtigten sowie allen anderen Beteiligten im Einzelfall geklärt werden. Es bestand Einigkeit, dass ein Austausch nur möglich ist, wenn die betroffenen Schüler bzw. Eltern eine Schweigepflichtentbindung erteilen. Darüber hinaus wurde auch vorgeschlagen, dass Psychotherapeuten Netzwerkarbeit untereinander sowie mit Ärzten aufbauen bzw. verstärken – auch für die Weitervermittlung von Anfragen – um Wartezeiten zu verkürzen.

Ein kritischer Punkt der Diskussion bezog sich auf die Heterogenität der KJP, die sich in ihrem Vorgehen deutlich unterscheiden. Es wurde hier deutlich, dass sich Beratungslehrer z. B. bei Schulangst von der Psychotherapie auch kurzfristig einsetzbare, konkrete Ansätze wünschen und die konzeptionellen Unterschiede der einzelnen Psychotherapieverfahren wenig bekannt sind. Bei den anwesenden Psychotherapeu-

ten bestand eine große Bereitschaft, (Beratungs-)Lehrkräfte vor, während und nach einer therapeutischen Behandlung von Schülern zu unterstützen. Für die Arbeit an Schulen vor Ort wurde die Idee eines „Psychomobils" diskutiert, z. B. in Form einer mobilen Sprechstunde in oder in unmittelbarer Nähe von Schulen, unter Berücksichtigung der rechtlichen Möglichkeiten der Berufsordnung.

Darüber hinaus wurde die vereinzelt bereits praktizierte Möglichkeit hervorgehoben, Psychotherapeuten als Experten zu einer Lehrerkonferenz bzw. die Lehrerkollegien einzuladen, z. B. zu thematischen Vorträgen und Workshops, auch unter Einbindung von Eltern und Schülern (Klassen). Dabei könnte über die psychotherapeutische Arbeit informiert und für das Thema sensibilisiert werden, etwa in Form von anonymisierten Falldarstellungen, allgemeinen Informationen über den Ablauf einer Psychotherapie, über Symptomatiken oder auch über die fachlichen Ausrichtungen von Psychotherapeuten; umgekehrt könnten die schulischen Zuständigkeiten (Beratungslehrkraft, Schulsozialarbeit) transparent gemacht werden. Es bestand der Wunsch nach einem Austausch über Strategien, die Inanspruchnahme von Psychotherapie (weiter) zu enttabuisieren bzw. zu entstigmatisieren; auch sollten Eltern ermutigt werden, Angebote wahrzunehmen.

Des Weiteren wurde die Frage „Wie finde ich einen Psychotherapeuten?" thematisiert. Hier wurde seitens der Psychotherapeuten darauf verwiesen, dass über die Suchfunktionen auf den Homepages der LPK und der Kassenärztlichen Vereinigung aktuelle Psychotherapeutenadressen recherchierbar, d. h. die regional niedergelassenen Psychotherapeuten hierüber gut erreichbar sind. Aufgrund ihrer Aktualität seien diese Suchfunktionen einer eigenständigen Listenführung vorzuziehen.

Wie können Therapiezeiten, insbesondere bei sich ausweitendem Nachmittagsunterricht, so organisiert werden, dass sie auch während des Unterrichts, also nicht nur in den späten Nachmittags- oder frühen Abendstunden stattfinden können? Zu dieser Frage wurde diskutiert, Schulen auf die Notwendigkeit aufmerksam zu machen, vor dem Hintergrund der Inanspruchnahme einer Psychotherapie vereinzelt am Nachmittag Unterrichtsfreiheit zu gewähren.

Insgesamt hielten alle Beteiligten einen weiteren Austausch für sinnvoll und dringend nötig, machten aber auch auf ihre begrenzten zeitlichen und monetären Ressourcen aufmerksam, die solche Aktivitäten eigentlich nicht vorsähen bzw. zusätzliches, nicht vergütetes Engagement bedeute; für niedergelassene Psychotherapeuten gibt es keine finanziellen Vergütungen außerhalb der Psychotherapiestunden. Für die weitere Vernetzung wird eine regelmäßige Wiederholung der Veranstaltung vorgeschlagen, mit Information über die Arbeitsfelder sowie mit Fallbesprechung. Auch die Schulsozialarbeit könnte dabei eingebunden werden. Noch lokalere bzw. noch mehr von Regionalität geprägte Veranstaltungen seien notwendig, zum Beispiel in einem Zeitrahmen von zwei bis drei Stunden. Eine Bereitschaft zur Teilnahme an solchen Veranstaltungen wurde signalisiert.

Ergebnisse der Veranstaltungsevaluation (qualitative Rückmeldungen)

Die Veranstaltungsevaluation zeigte, dass die Treffen aus Sicht der Teilnehmer (und auch der Veranstalter) ein voller Erfolg war. Mehrfach positiv hervorgehoben wurde die Veranstaltungsidee als solche, auch im Hinblick auf die Förderung der Kooperation. Die Teilnehmenden schätzten die „Expertendichte" und der Austausch wurde als konstruktiv sowie „auf Augenhöhe" erlebt. Ebenfalls häufig gewürdigt wurde die Veranstaltungsorganisation und -struktur, die zeitliche Konzeption und der Informationsgehalt, auch der Überblick über die Institutionen. Mehrmals wurde von den Teilnehmenden angegeben, dass die Veranstaltung sie zur weiteren multiprofessionellen Zusammenarbeit motivieren würde.

Insgesamt hielten alle Beteiligten einen weiteren Austausch für sinnvoll und dringend nötig, machten aber auch auf ihre begrenzten zeitlichen und monetären Ressourcen aufmerksam.

An Optimierungsvorschlägen für mögliche Folgeveranstaltungen wurde am häufigsten eine noch regionaler ausgerichtete Vernetzung genannt, also eine dienst-/arbeitsortsgebundene Zuordnung von Beratungslehrkräften zu Psychotherapeuten in Diskussionsrunden. Mehrfach geäußert wurde der Wunsch nach mehr zur Verfügung stehender Zeit, wiederum vor allem im Hinblick auf die Diskussionsrunden. Angeregt wurde auch, weitere Professionen einzubeziehen, z. B. die Schulsozialarbeit. An inhaltlichen Vorschlägen für eine Fortführung reichte die Spannbreite vom Wunsch nach allgemeinen Informationen wie am Veranstaltungstag bis zur Empfehlung, einzelne Punkte intensiver und konkreter zu besprechen.

Fazit

Aus Sicht der Veranstalter soll die mit den drei Netzwerktreffen begonnene Kooperation fortgeführt werden. Sie kann auch ausdrücklich zur Nachahmung empfohlen werden. Aktuell wird diskutiert, wie eine Fortführung inhaltlich und strategisch aussehen könnte. Hierzu finden Gespräche zwischen den beteiligten SPBS Aalen, Backnang, Tübingen und der LPK statt. Um allen 24 SPBS des Landes Baden-Württemberg das Veranstaltungskonzept bekannt zu machen und sie zur Durchführung solcher Netzwerktreffen in ihrer Region zu motivieren, erschien im Oktober 2016 im „Infobrief Schulpsycholo-

gie BW" ein gemeinsamer Artikel der SPBS Tübingen und der LPK (Hufnagel et al., 2016). Der „Infobrief Schulpsychologie" ist eine Publikation des „Kompetenzzentrum Schulpsychologie"[2] für Schulpsychologen des Landes Baden-Württemberg. Er bietet eine Plattform für den gegenseitigen Austausch von Ideen, für fachliche Informationen und Diskussionen. Auch der vorliegende Beitrag ist Teil der gemeinsamen Öffentlichkeitarbeit über die Netzwerktreffen. Außerdem wird eine Seite für die Homepage der LPK aufgebaut, auf der Informationen bzw. Links über Schnittstellen zwischen Schulpsychologie und Psychotherapie bereitgestellt werden. In einem weiteren Schritt sollen Verantwortliche des Kultus- und des Sozialministeriums des Landes angesprochen und in die Kooperation einbezogen werden. Auch eine gemeinsame Tagung zum Thema „Lehrer- und Schülergesundheit" soll die Vernetzung vertiefen.

Offen erscheint gegenwärtig, in wieweit sich durch die am 1.4.2017 in Kraft getretene neue Psychotherapierichtlinie weitere Möglichkeiten einer besseren bzw. intensiveren Zusammenarbeit u. a. im Rahmen der Sprechstunden oder der Einbindung von Bezugspersonen ergeben können. Letztere sind in den neuen Richtlinien weiter gefasst, sodass Psychotherapeuten ggf. Beratungslehrkräfte in die Psychotherapie einbinden und dies auch abrechnen können.

Wir danken allen Gästen für den konstruktiven und kritischen Dialog sowie den jeweiligen Schulämtern für die Unterstützung des Vorhabens.

Literatur

Brown, J., Isaacs, D. & Bürger, S. (2007). Das World Café. Kreative Zukunftsgestaltung in Organisationen und Gesellschaft (Management, Kommunikation, 1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag

Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK (BPtK, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html

Drewes, S. (2016). Aufgaben und Organisationsformen der Schulpsychologie in Deutschland. In K. Seifried, S. Drewes & M. Hasselhorn (Hrsg.), Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule (2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 30-43). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Dunkel, L. (2016). Schulpsychologie International. In K. Seifried, S. Drewes & M. Hasselhorn (Hrsg.), Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule (2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 108-113). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U. et al. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Kindheit und Entwicklung, 23 (4), 229-238. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000148

Huber, A. A. (2016). Mobbing unter Schülerinnen und Schülern. In K. Seifried, S. Drewes & M. Hasselhorn (Hrsg.), Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule (2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 241-250). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Hufnagel, H., Hof, J., Maier-Baudis, R., Schorr, M., Theurer, S., Nübling, R. et al. (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Hrsg.). (2016). Netzwerkveranstaltung für Beratungslehrkräfte und ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten – Gemeinsame Workshops von Schulpsychologischen Beratungsstellen und der Landespsychotherapeutenkammer. Infobrief Schulpsychologie: 16-2. Zugriff am 21.10.2016. Verfügbar unter www.kompetenzzentrum-schulpsychologie-bw.de/site/pbs-bw-new/get/params_Dattachment/4306577/HufnagelH_InfobriefSchulPsyBW16-2_Netzwerkveranstaltung.pdf

Lange, M., Butschalowsky, H. G., Jentsch, F., Kuhnert, R., Schaffrath Rosario, A., Schlaud, M. et al. (2014). Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57 (7), 747-761. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter https://doi.org/10.1007/s00103-014-1973-9

Nübling, R., Reisch, M. & Raymann, T. (2006). Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal, 5 (3), 247-257.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 871-878. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6

Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Dopfner, M., Herpertz-Dahlmann, B. et al. (2015). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. European child & adolescent psychiatry, 24 (6), 651-663. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter https://doi.org/10.1007/s00787-014-0638-4

Reisch, M., Raymann, T. & Nübling, R. (2007). Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal, 6 (2), 129-138.

Schratz, M. (2006). Das World Café – eine wirksame Methode zur Vernetzung von Wissen in großen Gruppen. Journal für Schulentwicklung, 10 (1), 98-106.

Schwenck, C. (2016). Psychische Störungen in der Schule. In K. Seifried, S. Drewes & M. Hasselhorn (Hrsg.), Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule (2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 231-240). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Stary, C., Maroscher, M. & Stary, E. (2012). Wissensmanagement in der Praxis. Methoden – Werkzeuge – Beispiele. München: Hanser Verlag.

Vries, U. de, Lehmkuhl, G. & Petermann, F. (2013). Psychische Störungen im Jugendalter. Aktuelle Therapietrends. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 62 (7), 505-522. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter https://doi.org/10.13109/prkk.2013.62.7.505

2 www.kompetenzzentrum-schulpsychologie-bw.de

Dr. Rüdiger Nübling

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

Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Dipl.-Psych. Thomas Hönig

Thomas.Hoenig@aal.ssa-gp.kv.bwl.de

Thomas Hönig, Diplom-Psychologe und Systemischer Berater (SG), ist seit 2011 als Schulpsychologe tätig. Zuvor arbeitete er mehrere Jahre in der epidemiologischen gerontologischen Forschung und in Fachdiensten verschiedener Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Dipl.-Psych. Heike Hufnagel

heike.hufnagel@ssa-tue.kv.bwl.de

Diplom-Psychologin Heike Hufnagel arbeitet als Schulpsychologin an der Schulpsychologischen Beratungsstelle Tübingen. Zusätzlich zur Beratungsarbeit koordiniert sie dort die Zusammenarbeit mit der Landespsychotherapeutenkammer sowie Fortbildungen und Supervisionen zum Thema „Flüchtlinge in der Schule – Umgang mit belasteten Kindern und Jugendlichen".

Kristiane Göpel

goepel@lpk-bw.de

Kristiane Göpel ist Diplom-Musikpädagogin, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis in Tübingen und Vorstandsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Dr. Eva Schwämmlein

eva.schwaemmlein@ssa-bk.kv.bwl.de

Dr. Dipl.-Psych. Eva Schwämmlein arbeitet als Schulpsychologin an der Schulpsychologischen Beratungsstelle in Backnang. Sie unterstützt Schüler, Eltern, Lehrer, Kollegien und Schulleiter bei der Lösung von Schwierigkeiten und Konflikten.

Dr. Dietrich Munz

munz@lpk-bw.de

Dr. Dietrich Munz,Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe und Diplom-Physiker, Psychoanalytiker, ist Präsident der Landespsychotherapeutenkammer und der Bundespsychotherapeutenkammer. Einer seiner Arbeitsschwerpunkte ist die Psychotherapie von Essstörungen.

Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie?

Gisela Wolf & Erik Meyer

Zusammenfassung: Der Artikel führt in Grundlagen der psychotherapeutischen Arbeit mit Patient_innen[1] ein, die hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung bzw. ihrer Geschlechtsidentität nicht den gewohnten Normen und Vorannahmen entsprechen, sondern sich lesbisch, schwul, bisexuell, trans* bzw. queer (LSBT*Q[2]) definieren. Es wird ein Überblick über die Lebenssituationen und wichtige Bedingungsfaktoren der Erfahrungen von LSBT*Q-Personen gegeben und es werden grundlegende Modelle zur Konzeptualisierung der Zusammenhänge mit psychischer Belastung und Erkrankung vorgestellt. Mit Bezug auf eine Übersicht des aktuellen Forschungsstands und der maßgeblichen fachlichen Leitlinien soll aufgezeigt werden, wie Psychotherapeut_innen hier fachlich fundiert und sensibel handeln können. Dabei werden konkrete Hinweise zur Gestaltung der therapeutischen Arbeit gegeben.

Jeder Mensch verfügt über eine geschlechtsbezogene Identität bzw. ein geschlechtliches Selbstverständnis sowie eine sexuelle Orientierung auf potenzielle oder reale Partner_innen. Auf verschiedene Weisen lebt und kommuniziert eine Person ihre Geschlechtlichkeit und ihre sexuelle Orientierung täglich und entwickelt diese Aspekte ihres Selbst in einem lebenslangen Prozess weiter. Menschen, die hier nicht den gewohnten Normen und Vorannahmen entsprechen, müssen sich mit ihrer gesellschaftlichen Positionierung als Minoritäten auseinandersetzen. Damit verbunden sind Benachteiligung bzw. geringere Ausstattung mit Privilegien im Vergleich zur Mehrheit. In Bezug auf die sexuelle Orientierung betrifft dies nicht heterosexuell empfindende Menschen wie z. B. Lesben, Bisexuelle, Schwule sowie Pansexuelle (für die das Geschlecht des Gegenübers keine exklusive Rolle bei der Partner_innenwahl spielt) und Asexuelle (die keine partner_innenbezogene Sexualität leben). Bezüglich Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität sind dies Menschen, die sich ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht oder nicht vollständig zugehörig fühlen. Häufig wird als Überbegriff für diese Gruppe der Begriff „Trans*" verwendet (Meyer, 2015a). Die betreffenden Personen bezeichnen sich z. B. als Transidente, Transsexuelle, Transgender, Transfrau (Mann-zu-Frau-Trans*-Person) oder Transmann (Frau-zu-Mann-Trans*-Person) oder auch Crossdresser. Manche Menschen leben gender-nonkonform und ordnen sich keinem der beiden Geschlechter zu. Sie identifizieren sich z. B. als nicht-binär (non-binary), weder-noch oder genderqueer. Menschen, die sich in diesen auf das Zweigeschlechtersystem bezogenen Kategorien nicht wiederfinden, wählen als Selbstbezeichnung zunehmend auch den Begriff „queer" (Jagose, 2001; Perko, 2005). Einige Trans*-Personen streben die rechtliche[3] und/oder medizinische Transition zu einem anderen Geschlecht an. Intersexuelle Menschen hingegen weisen körperlich sowohl männliche als auch weibliche Geschlechtsmerkmale auf (Zehnder, 2010)[4]. Personen, deren körperliche Geschlechtsmerkmale ihrer wahrgenommenen Geschlechtsidentität entsprechen, werden als „zis-geschlechtlich"[5] bezeichnet (Sigusch, 1991; 2011). Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung sind unabhängig voneinander, beziehen sich jedoch aufeinander, weil sexuelle Begehrensweisen gegenüber Partner_innen in der Regel auch geschlechtsbezogen sind (Bauer, 2015). Letztlich gibt die Art und Weise, wie sich jemand nach außen präsentiert, keinen sicheren Hinweis darauf, wie sich eine Person identifiziert und mit welchem Pronomen sie angesprochen werden möchte (z. B. er, sie, sie_er, they, ix; vgl. AK ProNa, 2016). So könnte eine bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesene Person, deren Selbstdarstellung auf viele Menschen eher „männlich" wirkt, sich selbst als Butch-Lesbe, als heterosexuelle Frau, als genderqueer oder als Transmann identifizieren.[6]

---

1 Mit dem Argument, Frauen seien „mitgemeint", wird in deutschsprachigen Publikationen häufig eine generisch „männlich" ausgerichtete Sprache verwendet. Dies erscheint als unpassend, insbesondere, weil dadurch ein Machtgefälle zwischen den Geschlechtern immer wieder bestätigt wird. Wir möchten im Text ausdrücklich eine Vielfalt der Möglichkeiten, sich geschlechtlich zu positionieren, sichtbar machen und arbeiten deshalb mit dem sogenannten „Gender-Gap" (Hermann, 2003). Dieser wird in Form eines Unterstrichs vor die Wortendungen eingefügt, die auf das Geschlecht der Personen verweisen (also z. B. „Patient_innen"), beim Sprechen wird er hörbar durch eine kurze Pause. Der Gender-Gap soll Raum geben, auch die Existenz und Lebensweise von Menschen mitzudenken, die sich nicht eindeutig einem der beiden Geschlechter zuordnen.

2 Der hochgestellte Stern drückt aus, dass verschiedene Erweiterungen des Begriffs Trans* mitgedacht werden, z. B. Transgender, Transsexuelle, Transidente. Im englischen Sprachraum ist für LSBT*Q die Abkürzung lgbtq gebräuchlich.

3 Änderung des Vornamens bzw. des Personenstands über das Transsexuellengesetz (TSG) (Bundesministerium der Justiz, 1980).

4 Die Situation von intersexuellen Menschen bringt spezifische Lebenslagen und Diskriminierungen mit sich, die eine eigene Abhandlung erfordern. Wir gehen jedoch davon aus, dass einige der hier beschriebenen Erfahrungen, insbesondere die therapeutische Haltung, auch für die Arbeit mit intersexuellen Menschen Gültigkeit haben.

5 Inzwischen hat sich die Schreibweise „cis-geschlechtlich" durchgesetzt.

6 Im Rahmen dieses Artikels ist leider nur eine kursorische Einführung in die Begrifflichkeiten in diesem Themenfeld möglich. Zahlreiche weitere wichtige Begriffe und deren Erläuterung finden Sie z. B. im Glossar des VLSP* (Wolf, Fünfgeld, Oehler & Andrae, 2015b) oder bei Meyer (2015a).

Das Empfinden der eigenen sexuellen Orientierung und Geschlechtlichkeit kann sich wandeln, ist jedoch nicht gezielt beeinflussbar (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010; Wolf, 2012). Innerhalb eines urbanen Kontextes in Deutschland können wir derzeit davon ausgehen, dass sich über 5% der Erwachsenen als „queer", „lesbisch", „schwul", „trans*", „nicht-binär" usw. bezeichnen (Daliaresearch, 2016; Deutsch, 2016), dabei wird der Anteil von Trans*-Personen, die eine rechtliche bzw. medizinische Transition durchlaufen, auf bis zu 0,2% geschätzt (Rauchfleisch, 2014). Weit mehr Menschen haben bereits Sexualität mit einem/einer gleichgeschlechtlichen Partner_in erlebt, kennen dies aus ihren Phantasien oder haben sich auch im Verlauf ihrer Biografie damit beschäftigt, wie es wäre, ein anderes Geschlecht zu haben. Aktuell befindet sich das Sichtbarwerden vielfältiger sexueller Orientierungen und Geschlechtlichkeiten in einem dynamischen soziokulturellen Entwicklungsprozess. Dieser kann je nach Perspektive als Bereicherung oder als Bedrohung der eigenen Privilegierungen empfunden werden.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für LSBT*Q-Personen

Lesbische, schwule, bisexuelle, trans* bzw. queer lebende Menschen werden in dieser Gesellschaft in eine spezifische marginalisierte Position gebracht. Zur Analyse dieser Struktur eignet sich das Konzept der *Heteronormativität* (Warner, 1991). Es beschreibt die Grundannahme von zwei klar unterscheidbaren Geschlechtern, die sich wechselseitig aufeinander beziehen (sollen). Alle Abweichungen davon werden als „nicht natürlich" angesehen. Die Gendertheoretikerin Judith Butler (1991) hat dieses gesellschaftliche Ordnungsprinzip als *heterosexuelle Matrix* bezeichnet. Der *heterosexuellen* und *cis-geschlechtlichen Vorannahme* folgend werden in der alltäglichen sozialen Interaktion Heterosexualität und eine gendernormative Lebensweise unreflektiert vorausgesetzt. Cisgeschlechtlich und heterosexuell lebende Personen können sich demnach in das soziale und kulturelle Gefüge, dem diese Matrix zugrunde liegt, selbstverständlich und nahtlos einfügen. Dabei werden sie von ihrem Umfeld in ihrer Sozialisation validiert und unterstützt, die täglichen Akte der Selbstdefinition und Selbstkonstruktion sind für sie dadurch kaum spürbar.

Beispiele:

Bei einem Gespräch unter Kolleg_innen am Arbeitsplatz erntet eine Mitarbeiterin, die darüber spricht, dass sie mit ihrem Mann im Urlaub war, freundliches Interesse und ein Gespräch darüber wird im Kolleg_innenkreis als angemessen betrachtet.

Hingegen kann, wenn ein Kollege über den Urlaub mit seinem Lebenspartner spricht, dies von Kolleg_innen als Verletzung ihrer Intimitätsgrenze empfunden werden, da diese Homosexualität (nur) mit Sexualität in Verbindung bringen.

Zum Erfahrungshintergrund einer LSBT*Q-Person gehört immer auch das Wissen, dass in der sozialen Umgebung heterosexuelle und cis-normative Lebensweisen privilegiert behandelt werden. Gesellschaftliche Marginalisierung von LSBT*Q-Personen bedeutet, dass diese regelmäßig damit konfrontiert werden, dass ihre Identitäten, ihr Selbstverständnis und ihre Lebensweisen nicht gesehen, nicht respektiert und nicht selbstverständlich mitgedacht werden. Für LSBT*Q-Personen ist es nicht selbstverständlich, Orte zu finden, an denen sie unhinterfragt und sicher sichtbar sein können und sich wertgeschätzt und zugehörig fühlen. Insbesondere in der Adoleszenz finden sie immer noch nur selten positive identitätsstiftende Vorbilder. Dementsprechend haben LSBT*Q-Personen einen erhöhten Aufwand zu leisten, um ihre Lebensweise zu entwickeln und zu kommunizieren. Interaktionen in der Öffentlichkeit, am Arbeitsplatz, in privaten Beziehungen und auch in der Psychotherapie bringen besondere Belastungen durch das Widerstehen gegen heteronormative Zuschreibungen mit sich.

Diskriminierung und Gewalt gegen LSBT*Q-Personen

LSBT*Q-Personen sind im Vergleich zu heteronorm bzw. genderkonform lebenden Personen deutlich häufiger von Diskriminierung und Gewalt betroffen (FRA, 2013; Hanafi El Siofi & Wolf, 2012). Diskriminierungen beinhalten eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung einer Person aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen oder bestimmter Merkmale. Ihnen liegen entwertende Haltungen gegenüber Menschen zugrunde, die zusammengefasst als *gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit* (Zick et al., 2012) bezeichnet werden. Für gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit gegen LSBT*Q-Personen werden heute die Begriffe *Homo-, Bi- und Trans*negativität* bzw. *Homo-, Bi- und Trans*feindlichkeit* verwendet. Der ursprünglich dafür von Weinberg (1972) entwickelte und international noch vorrangig verwendete Begriff *Homo-, Bi- und Trans*phobie* wird inzwischen kritisiert, weil entwertenden Haltungen und Handlungen gegenüber LSBT*Q-Personen weniger Ängste als Aggressionen zugrunde liegen (Göth & Kohn, 2014; Meyer, 2016). Homo-, Bi- und Trans*feindlichkeit können sich auch gegen Menschen richten, die für homo- oder bisexuell oder trans* *gehalten* werden, ohne es zu sein.

Diskriminierungen können in Form konkreter Handlungen durch konkrete Akteur_innen ausgeführt werden. Es gibt jedoch auch strukturelle Diskriminierungen (z. B. in Form von Ungleichbehandlungen in Gesetzen wie der Schlechterstellung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gegenüber der Ehe) sowie institutionell verankerte Diskriminierungen (z. B. im Gesundheitssystem). Diskriminierungen können offen oder verdeckt auftreten und unterschiedliche Ausmaße annehmen. So lassen sich hinsichtlich des Schweregrades auf der einen Seite sogenannte *Mikroagressionen* (Nadal, 2013) beschreiben. Damit sind subtile Formen von Diskriminierung gemeint, die sich jedoch in ihrer Gesamtheit ebenfalls negativ auf die physische und psychische Gesundheit der davon Betroffenen auswirken können.

Beispiele:

Als ein bisexueller Mann in der Psychotherapie über Verliebtheitsgefühle gegenüber einem Arbeitskollegen berichtet, versteift sich die Körperhaltung des Psychotherapeuten. Der Patient wechselt daraufhin das Thema.

Die Kollegin eines Schwulen berichtet bei jeder Gelegenheit von ihren „immer so tollen" schwulen und lesbischen Freund_innen, sodass er sich fragt, ob sie möglicherweise ihre eigenen Vorbehalte gegenüber LSBT*Q-Menschen überspielen möchte.

Häufig äußert sich subtile Diskriminierung im Verschweigen und Unsichtbarmachen der sexuellen Orientierung oder Genderidentität einer Person oder sie geschieht in Form von unbedachter Pseudotoleranz, z. B. in der auch von Psychotherapeut_innen gelegentlich vertretenen Ansicht: „Alles kein Problem mehr, ich behandle alle gleich" (Göth & Kohn, 2014), die eine fundierte Auseinandersetzung mit dem Gegenüber verhindert.

Beispiel:

Ein_e Patient_in, die sich als weder weiblich noch männlich (nichtbinär) definiert, kommt zum psychotherapeutischen Erstgespräch. Der Psychotherapeut geht aufgrund des ihm weiblich erscheinenden Habitus des_der Patient_in davon aus, eine „Frau" vor sich zu haben. Er vermeidet jedoch, das Thema der geschlechtlichen Selbstdefinition anzusprechen, obwohl der_die Patient_in bei der Beschreibung ihrer_seiner Sozialpartner_innen mehrfach von nicht gender-normativ lebenden Freund_innen spricht. Am Ende der Sitzung gibt der Psychotherapeut den SCL-90-R mit (der zu Beginn nur eine binäre Geschlechterbezeichnung zulässt, lediglich an einer genderbinären Stichprobe normiert wurde und im Item 21 nach „Schüchternheit und Unbeholfenheit mit dem *anderen* Geschlecht" fragt). Die_der Patient_in möchte sich einerseits kooperativ zeigen, den Bogen wie gewünscht ausfüllen, fragt sich jedoch, wie sie_er mit den für sie_ihn unpassenden Antwortvorgaben umgehen soll. Er_sie fürchtet, durch Kritik an dem Fragebogen den Psychotherapeuten zu kränken und damit die therapeutische Beziehung zu gefährden. Zuvor hat sie_er lange auf den Psychotherapieplatz gewartet und steht aufgrund einer depressiven Symptomatik unter einem erheblichen Leidensdruck.

Subtile Diskriminierungen werden von den diskriminierenden Personen oft nicht absichtsvoll ausgeübt. Vielmehr haben diese die gesellschaftlichen Verhältnisse nicht im Blick und sind sich damit weder ihrer eigenen Privilegien noch der direkten Auswirkungen ihres Handelns auf die diskriminierte Person voll bewusst.

Beispiel:

Eine heterosexuelle Person muss in Deutschland nicht damit rechnen, dass sie im Beruf oder beim Ärzt_innenbesuch aufgrund ihrer Lebensweise behindert oder diskriminiert wird. Sie muss also keine gezielten Vorsichtsmaßnahmen ergreifen, wie z. B. besonders heterofreundliche Ärzt_innen bei einer Beratungsstelle erfragen. Sie darf in allen Kontexten einen Ehering tragen, ohne dass ihr Aufdringlichkeit unterstellt wird. Wenn sie eine Psychotherapie sucht, sieht sie ihre Lebensweise auf Fragebögen, in der Anamnese und im Kompetenzprofil der Psychotherapeut_in gespiegelt und normalisiert. Sie denkt in der Regel auch nicht darüber nach, dass sie wahrscheinlich andere Erfahrungen machen würde, wenn sie beispielsweise homosexuell empfinden würde.

Aus eben dieser Position heraus ist es oft schwer, eigenes Diskriminierungshandeln zu erkennen, anzuerkennen oder sich empathisch zu überlegen, welche Hilfestellung eine diskriminierte Person benötigt. Viele Diskriminierungen erfolgen jedoch intentional, z. B. in Form von institutionell beschlossenen Kündigungsdrohungen gegenüber kirchlichen Arbeitnehmer_innen oder Ausschlüssen transidenter Schüler_innen vom Sportunterricht.

Homo- Bi- und Trans*feindlichkeit können auch in verbale, körperliche und sexuelle Gewalt gegen LSBT*Q-Menschen münden, z. B. in Herkunftsfamilien oder in der Öffentlichkeit. Trans* bzw. gender-nonkonforme Personen sind dabei in Relation zu Lesben, Schwulen und Bisexuellen besonders häufig von Gewalt betroffen. Im Extremfall äußert sich die Gewalt in Form von sogenannten *hate crimes*, die Verbrechen bis hin zum Mord an LSBT*Q-Personen umfassen (FRA, 2013; Marzullo & Libman, 2009; Transgender Europe, 2016).

Bei Entscheidungen über den Umgang mit erlebten Diskriminierungen und Gewalt ist für LSBT*Q-Menschen die Einschätzung der eigenen Handlungsspielräume von erheblicher Bedeutung. Dabei ist häufig bereits die Angst vor Diskriminierung und Gewalt belastend und mit Verhaltenskonsequenzen verbunden.

Beispiele:

Eine gefragte lesbische Computerexpertin entscheidet, sich gegenüber Auftraggeber_innen zu outen, weil sie im Falle von Diskriminierung auch den Auftraggeber verlassen und andere Aufträge annehmen kann.

Ein schwer unfallverletzter Transmann wird auf die Frauenstation eingewiesen und trotz rechtlicher Vornamensänderung durchgängig mit weiblichem Namen und Pronomen angesprochen. Er hat kaum eine Wahl, das Krankenhaus, in welchem er versorgt, aber auch diskriminiert wird, sofort und selbstbewusst wieder zu verlassen (für die Beschreibung des Falls siehe Neander, 2014a, S. 15ff.).

Ein 14-jähriger Schwuler wird auf dem Schulhof von Mitschülern beschimpft und geschlagen. Die Lehrkräfte schauen weg. Bei den Eltern kann er sich nicht outen, da er befürchtet, die Eltern würden ihn zu Hause hinauswerfen. Er spricht mit niemandem über die erlittene Gewalt.

Homo-, Bi- und Trans*feindlichkeit können auch innerhalb der LSBT*Q-Community auftreten (Meyer, 2016; Sauer & Meyer, 2016). Dies ist für die davon Betroffenen oft mit besonderem Leid verbunden, weil es den Verlust einer wichtigen identitätsstiftenden sozialen Bezugsgruppe bedeuten kann, die häufig die Funktion einer „Ersatzfamilie" übernommen hat.

Intersektionale Verschränkungen

Kommen bei den befragten LSBT*Q-Personen weitere Merkmale hinzu, gegen die sich in dieser Gesellschaft gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit richtet, z. B. Armut, Arbeitslosigkeit, Migrationserfahrung, Behinderungserfahrung, (chronische) Erkrankung, sehr junges oder hohes Alter, verschärft sich die Stärke und Frequenz diskriminierender und feindseliger Erfahrungen, weil diejenigen, die das feindselige Verhalten ausführen, dann von einem geringeren Schutz für die diskriminierte Person ausgehen. Dieses Zusammenwirken unterschiedlicher Benachteiligungen und Ausgrenzungen wird als *„Intersektionalität"* bezeichnet (Crenshaw, 1989; Winker & Degele, 2009). Aus den sich überschneidenden Diskriminierungsverhältnissen entsteht eine neue Kategorie mit eigenständigen Diskriminierungserfahrungen, denen die davon betroffene Person je nach Merkmalskombination zunehmend vulnerabler gegenübersteht. So macht eine Schwarze[7] Lesbe qualitativ andere Ausgrenzungserfahrungen als eine *weiße* Lesbe mit einer Gehbehinderung. Die intersektionale Verschränkung von Deprivilegierungen aufgrund unterschiedlicher Merkmale erklärt auch, warum auch in der Gruppe der LSBT*Q-Menschen sehr deutliche Unterschiede bestehen, wer in welcher Form von Diskriminierung und Gewalt betroffen ist.

Beispiele:

Ein finanziell gut situierter und formell hochgebildeter *weißer* schwuler Mann ist immer noch erbrechtlich diskriminiert und wird, wenn sein Schwulsein in der Öffentlichkeit sichtbar wird, eher körperlich angegriffen als ein heterosexueller Mann. Trotzdem kann er möglicherweise Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt und auf dem Arbeitsmarkt durch finanzielle und Bildungsprivilegierung weitgehend ausgleichen.

Ein Schwarzer Schwuler wird jedoch wahrscheinlich auch bei hoher formeller Bildung auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert und ist noch eher als ein *weißer* Schwuler von Gewalt bedroht.

Zusammenhänge zwischen gesellschaftlicher Ausgrenzung, Selbstkonzept und Gesundheit

Die zur Gesundheit von LSBT*Q-Personen vorliegenden Studien zeigen, abhängig vom Ausmaß an Ausgrenzungs-, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, durchgängig eine erhöhte Prävalenz von spezifischen psychischen Beeinträchtigungen in dieser Gruppe. So treten Depressionen und Angststörungen bei Lesben, Schwulen und Bisexuellen um das Eineinhalbfache häufiger auf als im Vergleich zu einer heterosexuellen Referenzgruppe (Dennert, 2006; King et al., 2008). Erschütternd sind die hohen Zahlen von Suizidalität bei LSBT*Q-Personen, insbesondere bei denjenigen, die gendernonkonform bzw. trans* leben. So lässt sich insgesamt von einer mindestens vierfach erhöhten Suizidalität ausgehen, die im engen Zusammenhang mit Gewalterfahrungen steht, vielfach insbesondere verbaler und körperlicher Gewalt in Schulen und Herkunftsfamilien (Maguen & Shipherd, 2010; Plöderl, 2006). Um die aus Marginalisierungs- und Diskriminierungserfahrungen resultierenden negativen Gefühle zu bewältigen, entwickeln offenbar überproportional viele LSBT*Q-Personen dysfunktionale körpernahe Selbstregulationsmethoden, wie z. B. Essstörungen oder Substanzmissbrauch (Institute of Medicine, 2011; Wolf & Dew, 2012; Wolf, 2015). Für junge Transmänner kann eine Essstörung auch eine Möglichkeit bieten, die Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale in der Pubertät hinauszuzögern (Hepp & Milos, 2002).

Der Psychoanalytiker Rauchfleisch (2014, S. 49f.) beschreibt „depressive Verstimmungen und andere Anpassungsstörungen, mitunter erhöhten Suchtmittelkonsum und suizidale Krisen (...) als *Reaktion* [Hervorhebung d. Verf.] auf die schwierige Situation, in der sich Trans*-Menschen in unserer Gesellschaft nach wie vor befinden". Dies lässt sich auch auf andere in Bezug auf Geschlecht und sexuelle Orientierung nonkonform lebende Menschen übertragen. In diesem Sinne differenziert das *Minderheiten-Stress-Modell* (Meyer, 1995; übersichtlich zusammengefasst in Göth & Kohn, 2015) die Wechselwirkungen äußerer Belastungen (durch Ausgrenzung, Diskriminierungen und Gewalt), der daraus resultierenden Verhaltensweisen zum Schutz vor weiteren Angriffen (z. B. Verschweigen, Vermeiden von Orten, an denen Angriffe erfolgt sind) und der entsprechenden innerpsychischen Bewältigungsmuster. Bei LSBT*Q-Personen machen Marginalisierung, Diskriminierung und Gewalt ein sorgsam überlegtes Stigma- und Identitätenmanagement notwendig. Der damit verbundene Geheimhaltungsstress führt oft zu erheblichen inneren Spannungen zwischen dem vermeintlichen Schutz, den ein Verschweigen wesentlicher Aspekte der eigenen Persönlichkeit bieten kann, und den psychischen und sozialen Folgen des Verschweigens. Dies sind u. a. unauthentisches Auftreten, Einsamkeit sowie Stress durch die Notwendigkeit, je nach Kontext eine andere Seite von sich zu zeigen (DiPlacido, 1998; Sanders, 1996; Wolf, 2004). Insbesondere dann, wenn eine Person Gewalt und Ausgrenzung in nahen Beziehungen, biografisch früh beginnend und in Form permanenter und gesellschaftlich legitimierter Praxen erfährt, kann dies entsprechend weitreichende negative Auswirkungen auf das Selbstbild haben. Die sich in dieser Konfliktlage entwickelnden Selbstentwertungsprozesse stellen dabei eine Innenwendung erfahrener Ausgrenzung dar (Mustanski et al., 2014), die in der Fachliteratur als *internalisierte Homonegativität, internalisierte Homophobie* bzw. *internalisierte Homofeindlichkeit* bezeichnet wird (Göth & Kohn, 2014). Analog wird bei Trans*-Personen der Begriff *internalisierte Trans*negativität* verwendet (auch *internalisierte Trans*phobie* bzw. *internalisierte Trans*feindlichkeit*; vgl. Meyer, 2016). Diese spezifischen Formen des Selbsthasses werden als hoch belastende Kom-

7 Im Rahmen antirassistischer Konzepte, wie z. B. *Critical Whiteness,* hat sich als Strategie etabliert, die marginalisierte Kategorie groß zu schreiben (z. B. „Schwarz") und die privilegierte Gruppe durch kursive Schreibweise zu markieren (z. B. „*weiß*"), um durch diese „Ver-Anderung" (auch: „Othering"; Reuter, 2002) die gesellschaftlich wirksamen Machtverhältnisse sichtbar zu machen (vgl. AG Feministisch Sprachhandeln, 2015).

promissbildungen verstanden, die eine Person unternimmt, um sich zu schützen: Einerseits hemmen sie den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit massiv und können damit auch andere Entwicklungsaufgaben, wie z. B. das Erreichen eines Bildungsabschlusses, ausbremsen (Sauer & Meyer, 2016). Andererseits kann eine Person durch die Wendung von Hass auf die eigene Identität und sexuelle Orientierung oder auf andere LSBT*Q-Menschen wichtige soziale Beziehungen erhalten, z. B. zu homonegativ eingestellten Angehörigen der Herkunftsfamilie oder Freund_innen. Selbstentwertungsprozesse im Zusammenhang mit verinnerlichter Homo- bzw. Trans*feindlichkeit können auch das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen, wenn z. B. eine Person davon ausgeht, nicht schützenswert zu sein und keine Einflussmöglichkeit auf ihr Leben mehr zu haben. Diese Zuschreibungen können sich in Form von risikobehafteten und selbstschädigenden Verhaltensweisen äußern, wie z. B. schädlichem Substanzgebrauch, Barebacking (Analverkehr ohne Kondom, oft auch in Zusammenhang mit Alkohol, Cristal Meth etc., vgl. Shernoff, 2006) oder dem aktiven Suchen einer Infektion z. B. mit HIV („pozzen"). In diesem Sinne lässt sich auch das Vermeiden gesundheitserhaltender Maßnahmen, z. B. Vorsorgeuntersuchungen oder notwendiger medizinischer Behandlungen, verstehen (Institute of Medicine, 2011).

Spezifische Ressourcen von LSBT*Q-Menschen

Die Anforderungen der Lebensgestaltung mit einer nichtnormativen sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität setzen die Entwicklung erheblicher Ressourcen voraus. Scholz (2013) macht dementsprechend auf die „ungewöhnlich starke Gesundheitsleistung" queerer Menschen aufmerksam, die erforderlich ist, „trotz Normierungsdruck der Gesellschaft eine für sie akzeptable Lebensform" zu entwickeln. Dies bezieht sich u. a. auf die Selbstwahrnehmung und Kommunikation eigener Bestrebungen und Entscheidungen im Bereich der Sexualität und der Partner_innenwahl sowie auf Wünsche bezüglich der Ausgestaltung der jeweils eigenen Geschlechtlichkeit (Institute of Medicine, 2011). Unterstützung und Anerkennung durch die LSBT*Q-Community bzw. individuell passende Gruppen und Räume können dabei maßgeblich bestärkend wirken (Empowerment), insbesondere wenn sich Menschen hier selbst aktivistisch engagieren (Bariola et al., 2015; Raj, 2007; Rojas Castro, 2012). Eine wichtige Rolle spielen hier auch community-basiertes Wissen und die Entwicklung eigener Begrifflichkeiten, um die eigenen Erfahrungen möglichst gut benennen zu können (AK ProNa, 2015; kollektiv sternchen & steine, 2012).

Schwierigkeiten von LSBT*Q-Personen in der Psychotherapie

LSBT*Q-Personen stellen eine Bevölkerungsgruppe mit relativ starker Psychotherapienutzung dar (Institute of Medicine, 2011). Trotzdem werden sie in psychotherapeutischen Settings oft nicht mit ihren spezifischen Bedarfen wahrgenommen. Gerade das Nichtberücksichtigen der Handlungsweisen, mit denen wir alle uns selbst und andere täglich hinsichtlich sexueller Orientierung und Geschlechtlichkeit darstellen und einordnen, wie z. B. das unbedachte Referieren auf *heterosexuelle* und *cisgeschlechtliche Vorannahmen*, stellt eine Basis für Beziehungsstörungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie von LSBT*Q-Menschen dar. Darüber hinaus fehlt es Psychotherapeut_innen häufig an Wissen und therapeutischem Handwerkszeug im Umgang mit den (teilweise sehr unterschiedlichen) Bedürfnissen von LSBT*Q-Patient_innen (Göth & Kohn, 2014; Wolf et al., 2015a). Dies gilt in ganz besonderer Weise für die psychotherapeutische Arbeit mit Trans*- und nicht-binär lebenden Personen (Meyer, 2015a; Sauer & Meyer, 2016).

Beispiel:

Wird eine Trans*-Person in ihrer Lebensweise im Gesundheitssystem sichtbar, erfährt sie vielfach, dass ihr professionelles Gegenüber sie als „besonders" und in ihrer Selbstdarstellungsweise als „nicht passend" wahrnimmt und befangen auf sie reagiert. So kann sie erleben, dass im Krankenhaus Angehörige des Personals über ihren Körper spotten. Oder die wegen einer Depression aufgesuchte Psychotherapeutin meldet ihr zurück, sie müsse unbedingt zu einem Spezialisten, da sie mit ihrer Transidentität noch ein „anderes Problem" habe, dem sich die Psychotherapeutin nicht gewachsen fühle.

Sigusch (2011) hat für diese Einstellungen und Verhaltensweisen transidenten Personen gegenüber die Bezeichnung *zissexuelle Abwehr* geprägt. Im Gesundheitssystem wirkt sich diese Dynamik dahingehend aus, dass Trans*-Personen, die im Rahmen ihrer Transition medizinische Leistungen benötigen, sich einerseits dafür nach den Richtlinien des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS, 2009) unabhängig von ihrem Bedarf mindestens ein bzw. eineinhalb Jahre psychotherapeutisch behandeln lassen müssen, andererseits in der Psychotherapie vielfach auf Irritation und Unsicherheit seitens der Psychotherapeut_in treffen, nicht fachgerecht behandelt und abgewertet werden. Dementsprechend sind Trans*-Personen vielfach mit ihren Psychotherapien unzufrieden (Fuchs et al., 2012; Sauer & Meyer, 2016), finden jedoch angesichts des Mangels an entsprechend gut qualifizierten Psychotherapeut_innen keine Alternativen.

Zu den zahlreichen Entwertungen und Verletzungen, die LSBT*Q-Menschen im Gesundheitssystem erleben, gehört auch die Psychopathologisierung ihrer Lebensform. Homo- und Bisexualität wurden seit Ende des 19. Jahrhunderts als „Krankheiten" oder „Störungen" eingeordnet und erst 1992 in der ICD-10 entpathologisiert (Wolf, 2013). Inzwischen wird davon ausgegangen, „dass Homosexualität nichts mit psychischer Gesundheit und Krankheit zu tun hat, sondern wie die Heterosexualität in sich das ganze Spektrum von Gesundheit und Krankheit enthält" (Rauchfleisch, 2014, S. 26). Auch bei Trans*-Personen wird heute international davon ausgegan-

gen, dass ihre Geschlechtsidentität an sich keine psychische Erkrankung darstellt (WMA, 2015). Nach wie vor müssen sie jedoch in Deutschland für die Kostenübernahme medizinischer Behandlungen im Rahmen der Transition in Kauf nehmen, dass ihre geschlechtliche Selbstdefinition mit der Diagnose „Transsexualismus" (ICD-10, F 64.0) versehen wird, auch wenn bei ihnen ansonsten kein psychisches Leiden besteht. Hier stehen Psychotherapeut_innen vor dem Dilemma, dass einerseits die Vergabe dieser Diagnose an Trans*-Patient_innen den Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen, wie z. B. Hormontherapie, Epilation[8] oder Operationen, ermöglicht, andererseits dadurch die geschlechtliche Identität dieser Personen (psycho-)pathologisiert wird. Es ist zu hoffen, dass in der ICD-11 der Schritt gelingt, Transgeschlechtlichkeit aus dem Kapitel der psychischen Störungen herauszunehmen und eine alternative Diagnosemöglichkeit zu schaffen, die die Kostenübernahme geschlechtsangleichender medizinischer Maßnahmen sicherstellt. Eine deutliche Verbesserung für die Behandlung von transidenten Menschen wird mit der „S3-Leitlinie zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie" (AWMF online, 2012) erwartet, die Ende 2017 fertig gestellt werden soll.

Die früher praktizierten sogenannten „reperativen Therapien" mit dem Ziel der „Konversion" einer homosexuellen in eine asexuelle oder heterosexuelle Orientierung haben sich als schädlich erwiesen und werden inzwischen auch von den psychologischen und medizinischen Fachgesellschaften als ethisch nicht vertretbar verurteilt (Wolf, 2012). Auch die Psychotherapie mit Trans*-Personen ist von den sogenannten „Umstimmungsversuchen" der 1970er-Jahre zu einer begleitenden und unterstützenden Psychotherapie übergegangen (Rauchfleisch, 2014).

Möglichkeiten unterstützender Psychotherapie mit LSBT*Q-Menschen

Wir möchten an dieser Stelle die Leser_innen einladen, den am Beispiel einer Fallvignette auftretenden Bildern, Gefühlen und Fragen nachzuspüren und sich zu überlegen, wie sie der geschilderten Patientin in ihrer aktuellen Lebenssituation als Psychotherapeut_in begegnen möchten:

Fallvignette:

Als die Patientin mit der Psychotherapie beginnt, ist sie 30 Jahre alt. Sie wurde bei ihrer Geburt dem männlichen Geschlecht zugewiesen. Sie berichtet, die Eltern seien beide hochgebildet. Der Vater habe sie als Kind vielfach körperlich misshandelt und angeschrien, weil sie seinen Vorstellungen eines Jungen nicht entsprochen habe. Bereits im Kindergarten habe sie sich als „anders" wahrgenommen. Sie habe schon damals massive Schwierigkeiten gehabt, sich in eine Gruppe Gleichaltriger einzufügen. Die Schule habe sie mit Abitur verlassen, bislang jedoch keine Ausbildung abschließen können. Sie lebt von Hartz IV und engagiert sich ehrenamtlich in einem sozialen Projekt.

Ihre inneren Auseinandersetzungen mit ihrer Transidentität beschreibt sie als sehr anstrengenden und von Angst geprägten Prozess. Sie trauert um die dabei verlorene Lebenszeit. Wenn sie heute in den Spiegel schaue, sehe sie eine Frau, die jedoch unter Hormonwirkung vermännlicht worden sei. In der Öffentlichkeit würde sie oftmals nicht entsprechend ihrem weiblichen Identitätsgeschlecht wahrgenommen und erlebe immer wieder Beschimpfungen als „Transe". Obwohl sie sich nach einer Liebes- und auch sexuellen Beziehung sehne, habe sie noch nie eine Partner_innenschaft erlebt.

Sie leidet an einer depressiven Erschöpfungsreaktion, hin und wieder trinkt sie Alkohol in erheblichem Ausmaß. Obwohl sie sich einerseits sehr geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen wünscht, befürchtet sie, durch Hormoneinnahmen und Operationen gesundheitlich beeinträchtigt zu werden, sie möchte auch ihre Zeugungsfähigkeit erhalten. Besonders dringlich ist für sie eine Epilation.

Die Aufgabe von Psychotherapeut_innen in der Therapie mit LSBT*Q-Personen liegt zuallererst im Angebot einer respektvollen, wertschätzenden und damit tragfähigen Beziehung. Wesentlich ist dabei ein (so weit wie möglich) diskriminierungsfreier und sicherer Raum, in dem die Patient_innen ihre Lebensweisen und Identitäten sanktionsfrei sichtbar machen können. Dies ermöglicht ihnen, sich dem eigenen Befinden aufmerksam zuzuwenden und erfahrene Diskriminierungen und Gewalt so einordnen zu lernen, dass sie Selbstachtung erhalten bzw. wiedererlangen können.

Die Entscheidung für eine Sprache, die unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Geschlechtlichkeiten benennbar macht, ist von zentraler Bedeutung für die Psychotherapie mit LSBT*Q-Personen: So macht es einen Unterschied, ob eine Psychotherapeutin ihren Patienten fragt, ob dieser „eine Partnerin" habe (und damit Heterosexualität impliziert), oder ob sie ihn fragt, ob er in einer Beziehung sei. Gerade wenn Menschen darum ringen müssen, für ihre Geschlechtlichkeit bzw. sexuelle Orientierung anerkannt zu werden, ist es wichtig, die von ihnen gewählten und mühevoll erarbeiteten Selbstbezeichnungen zu respektieren. Ansonsten kann der Zugang zu den Erfahrungen der Patient_innen deutlich erschwert werden (Günther, 2015). Dies bedeutet auch, die verwendeten Therapiematerialien entsprechend auf die darin verwendete Sprache zu prüfen. Es sollte selbstverständlich sein, entsprechend dem Wunsch des_der Patient_in die Anrede im Identitätsgeschlecht mit dem gewünschten Namen zu wählen und dabei auch zu besprechen, in welchem Kontext ein_e Patient_in welche Anrede wünscht. Dies gilt auch gegenüber Kindern und Jugendlichen sowie in der Korrespondenz mit der Krankenkasse und im Therapieantrag, auch dann, wenn ein rechtliches Verfahren zur Vornamens- und Personenstandsänderung (noch) nicht initiiert worden ist.

8 Epilation ist die Entfernung unerwünschter Körperbehaarung (z. B. der Barthaare) durch Nadel- oder Lasertechnik. Hier gibt es bei Trans*-Personen i. d. R. große Schwierigkeiten der Finanzierung durch die Krankenkassen, was für die davon Betroffenen psychisch sehr belastend ist (Neander, 2014b; 2016).

In der Psychotherapie mit LSBT*Q-Menschen ist ein Verständnis der gesellschaftlichen Bedingungen, die zu psychischer Belastung und möglicherweise dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und Selbstentwertungsprozessen führen können, wesentlich (Meyer, 2015b; Meyer, 2016). Die Patient_innen sollten unterstützt werden, möglicherweise zu erwartender Ausgrenzung selbstwertschützend zu begegnen. Dabei können die oben genannten Konzepte wie Minderheiten-Stress-Modell und internalisierte Homo-, Bi- und Trans*feindlichkeit hilfreich sein und ihnen im Rahmen von Psychoedukation zur Verfügung gestellt werden.

Für viele LSBT*Q-Menschen sind die langen Zeiten, in denen sie ihre sexuelle Orientierung und Genderidentität aufgrund von erlittener Gewalt, dem Ringen um Zugehörigkeit zu homo- und trans*feindlichen Bezugspersonen, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und reaktiver Belastungssymptomatik nicht leben konnten, mit Scham verbunden. Das Aufgeben gesundheitsschädigender Handlungen als wirksames Mittel, sich vor belastenden Gefühlen zu schützen, kostet Energie. Im sicheren Raum der Psychotherapie können weniger schädigende Möglichkeiten zum Umgang mit gesellschaftlicher Ausgrenzung entwickelt werden. Auch ist häufig der Aufbau eines die sexuelle Orientierung und Genderidentität wertschätzenden sozialen Netzwerkes empfehlenswert. Hierfür ist es erforderlich, dass sich Psychotherapeut_innen über die LSBT*Q-Infrastruktur vor Ort informieren und ggf. Kontakte zu entsprechenden Anlaufstellen aufbauen.

Die psychotherapeutische Begleitung von LSBT*Q-Menschen erfordert neben dem therapeutischen Bündnis auch spezifisches Wissen über die Vielfalt von LSBT*Q-Lebensweisen und möglichen damit verbundenen Themen. Dieses Fachwissen liegt mittlerweile verdichtet in mehreren Überblicksarbeiten vor, die hier kurz vorgestellt werden sollen:

Standards der Psychotherapie mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Patient_innen

- Die *Guidelines der American Psychological Association (APA)* zur Psychotherapie mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen (APA, 2011) vermitteln Grundlagenwissen und gehen auch auf intersektionale Aspekte ein.
- Die *Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen* des VLSP* (Wolf et al., 2015) orientieren sich an der Struktur der APA-Guidelines, ergänzt um die deutschsprachige Literatur zum Thema, und gehen spezifisch auf die soziokulturelle Situation in Deutschland ein. Die intersektionalen Aspekte wurden um Ausgrenzungen aufgrund des Geschlechts und der Geschlechtspräsentation erweitert (Wolf, 2016).

Standards der Psychotherapie mit transgeschlechtlichen und gender-nonkonformen Patient_innen

- Die *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People* (American Psychological Association, 2015) unterstreichen die Bedeutsamkeit trans*-akzeptierender Gesundheitsversorgung und sozialer Unterstützung für eine gute Prognose und gehen differenziert auf die spezifischen Lebenssituationen von und auf die gesellschaftlichen Barrieren gegen Trans*-Menschen ein. Psycholog_innen werden aufgerufen, sich für die Verbesserung der Situation entsprechend gesellschaftlich zu engagieren.
- Die *Standards of Care* der World Professional Association of Transgender Health (WPATH, 2011) sprechen sich in der aktuellen 7. Version für die flexible und selbstbestimmte Gesundheitsversorgung von transgeschlechtlichen und gender-nonkonformen Personen aus und bieten zahlreiche Informationen zur Begleittherapie in der Transition.
- Ein vertieftes Verständnis der medizinischen Behandlungsbedarfe von Trans*- und nicht-binären Patient_innen eröffnen darüber hinaus die *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People* (Deutsch, 2016).
- Um die Formalia bei den erforderlichen Stellungnahmen einzuhalten, empfiehlt sich für Psychotherapeut_innen transgeschlechtlicher Personen in Deutschland, die eine Kostenübernahme der Krankenkassen für medizinische Maßnahmen ihrer Transition wünschen, derzeit noch die gute Kenntnis der o. g. *Richtlinien des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen* (MDS, 2009). Leider kann diese Begutachtungsanleitung wegen mangelnder Evidenzbasierung inhaltlich nicht als brauchbarer Standard für die Gesundheitsversorgung von Trans*-Menschen betrachtet werden.

Affirmative psychotherapeutische Zugänge aus unterschiedlichen Therapieschulen

Bezüglich der verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze ist grundsätzlich zu sagen, dass jede „Schule" spezifische Chancen, teilweise aber auch Gefahren beinhaltet. Insbesondere die Verhaltenstherapie und die Psychoanalyse weisen eine von Diskriminierungen und Gewalt geprägte Historie gegenüber homo- und bisexuellen sowie transidenten Patient_innen auf.

Unterdessen finden sich jedoch in den meisten Therapierichtungen auch affirmative Zugänge zur Psychotherapie mit LSBT*Q-Patient_innen, z. B. für die Verhaltenstherapie im Lehrbuch von Göth & Kohn (2014), für die Tiefenpsychologie

und Psychoanalyse bei García Núñez et al. (2015), Rauchfleisch et al. (2002) und Rauchfleisch (2014). Aus dem Bereich der Humanistischen Psychotherapie hat Fritz (2013) Potenziale der Gestalttherapie konkret für die Beratung von Trans*-Personen ausgearbeitet. Systemische affirmative Ansätze für die therapeutische Unterstützung von Trans*-Personen finden sich bei Günther (2015) und Meyer (2015a) sowie sehr umfassend und mit Gendertheorien verknüpft bei Grubner (2014). Zur Analyse der für LSBT*Q-Personen individuell relevanten gesellschaftlichen Bedingungen erscheint es darüber hinaus sinnvoll, Methoden und Konzepte der (queer)feministischen Psychotherapie, wie z. B. Macht- und Geschlechterrollenanalyse, und der Kritischen Psychologie einzubeziehen (siehe Konzept der „Trans*affirmativen Beratung", Meyer, 2015a). Für die vertiefte Auseinandersetzung zum therapeutischen Umgang mit intersektionalen Ausgrenzungserfahrungen bei Patient_innen empfiehlt sich das Lehrbuch von Das Nair & Butler (2012).

Community-basiertes Wissen

Beim vorrangigen Bezug auf Fachliteratur besteht bei der Psychotherapie mit LSBT*Q-Menschen die Schwierigkeit einer einseitigen und unvollständigen Wissensbildung: In Themenfeldern, die eine vertiefte Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozessen und eigenen Erfahrungen von Privilegierung und Diskriminierung sowie das bewusste Umlernen von erlernten Vorurteilen erforderlich machen, zeigen sich Selbsterfahrung sowie die Wertschätzung und Einbeziehung des innerhalb der marginalisierten Communitys erzeugten Wissens als grundlegend.

Neben den Angeboten der LSBT*Q-Community bzw. der Selbsthilfe bestehen Beratungsangebote durch Fachleute mit Community-Bezug wie z. B. AIDS-Hilfe, Lesbenberatung oder Trans*beratung (vgl. Meyer, 2017; Tietz, 2004), an manchen Stelle werden auch qualifizierte Lai_innen als sogenannte Peerberater_innen eingesetzt. Psychotherapeut_innen sollten deshalb Kontakt zu den Communitys vor Ort pflegen, z. B. öffentliche Veranstaltungen dort besuchen und sich mit LSBT*Q-Personen bzw. -Organisationen auszutauschen. Eine Schnittstelle bieten im LSBT*Q-Bereich engagierte Psychotherapeut_innen, die, auch über Fachorganisationen,[9] entsprechendes Wissen zusammentragen und Fortbildungsveranstaltungen durchführen.

Lernprozesse bei Psychotherapeut_innen

Die Psychotherapie mit LSBT*Q-Menschen verändert auch die Psychotherapeut_innen: Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen gesellschaftlichen Positionierung in Selbsterfahrung und Intervision, die regelmäßige Reflexion der Beschränkungen und Privilegierungen, denen wir alle in dieser Gesellschaft begegnen, können Psychotherapeut_innen viel lernen. Im Wissen um das Leid, das LSBT*Q-Patient_innen in therapeutischen Settings vielfach zugefügt wurde, ist es wichtig, dazu Stellung zu beziehen und im therapeutischen Vorgehen sehr transparent zu arbeiten, um den Patient_innen Selbstbestimmung zu ermöglichen. Hilfreich ist auch, wenn Psychotherapeut_innen eigene Unsicherheit angemessen thematisieren können und die Fähigkeit aufweisen, sich zu entschuldigen. Denn gerade auf dem Terrain, auf das uns die Sozialisation innerhalb der heterosexuellen Matrix denkbar schlecht vorbereitet hat, unterlaufen uns Fehler – wobei auch Psychotherapeut_innen, die selbst einen LSBT*Q-Hintergrund haben, nicht frei davon sind. Im Interesse der Patient_innen ist es wünschenswert, wenn sich Psychotherapeut_innen aus ihrer soziokulturell machtvollen und privilegierten Position heraus sowohl individuell als auch über Berufsverbände und Fachgesellschaften gesellschaftlich für die Interessen von LSBT*Q-Personen einsetzen, indem sie sich beispielsweise für eine deutlich verbesserte, barriere- und diskriminierungsarme Gesundheitsversorgung für LSBT*Q-Personen durch kompetente und wertschätzende Fachkräfte engagieren.

Die Autor_innen danken herzlich Dipl.-Psych. Carolin Sandrock und Dipl.-Psych. Stephan Baerwolff für ihre fundierten Rückmeldungen zum Manuskript.

Literatur

AG Feministisch Sprachhandeln. (2015). Was tun? Sprachhandeln – aber wie? W_Ortungen statt Tatenlosigkeit! (2. Aufl.). Zugriff am 04.03.2017. Verfügbar unter http://feministisch-sprachhandeln.org/wp-content/uploads/2015/10/sprachleitfaden_zweite_auflage_281015.pdf

AK ProNa. (2015). Mein Name ist: _ Mein Pronomen ist:_. Zugriff am 01.10.2016. Verfügbar unter www.meinnamemeinpronomen.wordpress.com/downloads

American Psychological Association (APA). (2011). Practice Guidelines for LGB Clients. Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. Zugriff am 08.03.2011. Verfügbar unter www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx

American Psychological Association (APA). (2015). Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychologist, Dez. 2015. Zugriff am 29.03.2016. Verfügbar unter www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf

AWMF online. (2012). Angemeldetes Leitlinienvorhaben. Geschlechtsdysphorie: Diagnostik, Beratung und Behandlung. Zugriff am 29.09.2016. Verfügbar unter www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/138-001.html

Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P. & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. American Journal of Public Health, 105 (10), 2108-2116.

Bauer, R. (2015). Queer BDSM Intimacies. Critical Consent and Pushing Boundaries. New York: Palgrave Macmillan.

Bundesministerium der Justiz. (1980). Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG). Zugriff am 14.09.2014. Verfügbar unter www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tsg/gesamt.pdf

Butler, J. (1991). Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Clarke, V., Ellis, S. J., Peel, E. & Riggs, D. R. (2010). Lesbian, Gay, bisexual, trans and Queer Psychology. An Introduction. Cambridge: University Press.

9 z. B. VLSP* (Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie), www.vlsp.de

Crenshaw, K. M. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. The University of Chicago Legal Forum, 1, 139-167.

Daliaresearch. (2016). Counting the LGBT population. Zugriff am 08.11.2016. Verfügbar unter daliaresearch.com/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt

Das Nair, R. & Butler, C. (2012): Intersectionality, Sexuality and Psychological Therapies. Blackwell: British Psychological Society and John Wiley & Sons.

Dennert, G. (2006). Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 38 (3), 559-576.

Deutsch, M. (Hrsg.). (2016). Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. San Francisco: University of California. Zugriff am 08.11.2016. Verfügbar unter transhealth.ucsf.edu/protocols

DiPlacido, J. (1998). Minority Stress Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. A Consequence of Heterosexism, Homophobia, and Stigmatization. In G. M. Herek (Hrsg.), Stigma and Sexual Orientation. Understanding Prejudice Against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues (Vol. 4). (S. 138-159).Thousand Oaks: Sage Publications.

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Hrsg.). (2013). EU LGBT survey. European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Results at a glance. Wien. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter www.fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-results-at-aglance_en.pdf

Fritz, V. (2013). Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik. Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven, 27 (1), 135-147.

Fuchs, W. Ghattas, D. C., Reinert, D. & Widmann, C. (2012). Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. Zugriff am 28.11.2015. Verfügbar unter www.trans-nrw.de/wp-content/uploads/2013/12/2012_05_07_E-Studie.pdf

García Núñez, D., Sandon, P., Burgermeister, N., Schönbucher, V. & Jenewein, J. (2015). Protektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In W. Driemeyer, B. Gedrose, A. Hoyer & L. Rustige (Hrsg.), Grenzverschiebungen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft (S. 217-231). Gießen: Psychosozial.

Göth, M. & Kohn, R. (2014). Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung. Berlin: Springer.

Grubner, A. (2014). Geschlecht therapieren. Andere Erzählungen im Kontext narrativer systemischer Therapie. Heidelberg: Carl Auer.

Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* – Erfahrung, Haltung, Hoffnung. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 47 (1), 113-124.

Hanafi El Siofi, M. & Wolf, G. (2012). Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen/bisexuellen Frauen und Trans*Menschen – eine Studienübersicht. Zugriff am 28.11.2015. Verfügbar unter www.vlsp.de/system/files/GewaltDiskriminierung_von-lsb_FT.pdf

Hepp, U. & Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 32, 473-478.

Hermann, S. K. (2003). Performing the Gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. Arranca!, 28, 22-26.

Institute of Medicine. (2011).The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, DC: The National Academies Press.

Jagose, A. (2001). Queer Theory. Eine Einführung. Berlin: Querverlag.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelvuk, D. & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry, 18, 8-70. Zugriff am 24.04.2017. Verfügbar unter https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-70

kollektiv sternchen & steine. (Hrsg.). (2012). Begegnungen auf der Trans*fläche. Münster: edition assemblage.

Maguen, S. & Shipherd, J. C. (2010). Suicide risk among transgender individuals. Psychology & Sexuality, 1, 34-43.

Marzullo, M. A. & Libman, A. J. (2009). Research Overview: Hate Crimes and Violence against lesbian, Gay, Bisexual and transgender People. Washington, D. C.: Human RightsCampaignFoundation.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). (2009). Grundlagen der Begutachtung – Begutachtungsanleitung – Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Zugriff am 23.03.2015. Verfügbar unter www.mds-ev.org/media/pdf/RL_Transsex_2009_Anlagen.pdf

Meyer, E. (2015a). Trans*affirmative Beratung. Schwerpunktthema: Geschlecht und Psychotherapie. Psychosozial, 38 (2), 71-85.

Meyer, E. (2015b). Trans*beratung als „dritte Säule" in der Versorgung transidenter Menschen? In W. Driemeyer, B. Gedrose, A. Hoyer & L. Rustige (Hrsg.), Grenzverschiebungen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. (S. 201-216). Gießen: Psychosozial.

Meyer, E. (2016). „Damit habe ich nichts zu tun …" Über das Phänomen der internalisierten Trans*feindlichkeit. In P. l'Amour laLove (Hrsg.), Selbsthass & Emanzipation. Das Andere in der heterosexuellen Normalität (S. 195-204). Berlin: Querverlag.

Meyer, E. (2017). Trans*beratung zwischen Selbsthilfe und Professionalisierung. In J. Hoenes und M. Koch (Hrsg.), Transfer und Interaktion. Wissenschaft und Aktivismus an den Grenzen heteronormativer Zweigeschlechtlichkeit (S. 163-173). Oldenburg: Bis-Verlag.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health Sciences and Social Behavior, 36 (March), S.38-56.

Mustanski, B., Kuper, L. & Greene, G. J. (2014). Development of sexual orientation and identity. In D. L. Tolman & L. M. Diamond (Hrsg.), APA handbook of sexuality and psychology. Vol. 1: Person-based approaches (S. 597-628). Washington, DC: American Psychological Association.

Nadal, K. L. (2013). That´s so gay! Microagressions and the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Community. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Neander, K.-D. (2014a). „Sich als Mann oder Frau fühlen …". Zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege. Brake: Prodos Verlag.

Neander, K.-D. (2014b). Zermürbungstaktik der Krankenkassen. Transidentität und der Kampf um Kostenübernahme am Beispiel der Epilation. Forum Recht, 32 (4), 120-122.

Neander, K.-D. (2016). Transidenten und ihre Rechte gegenüber Krankenkassen. Welt der Krankenversicherung, 5 (11), 286-288.

Perko, G. (2005). Queer Theorien. Ethische, politische und logische Dimensionen plural-queeren Denkens. Köln: PapyRossa.

Plöderl, M. (2006). Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Weinheim: Beltz.

Raj, R. (2007). Transactivism as a Therapy: A Client Self-Empowerment Model Linking Personal and Social Agency. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 11 (3-4), 77-98.

Rauchfleisch, U., Frossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K. & Roth, W. (2002). Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rauchfleisch, U. (2014). Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reuter, J. (2002). Ordnungen des Anderen.Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden. Bielefeld: transcript.

Rojas Castro, D., Coquelin, V., Sempe, S., Jablonski, O., Le Gall. J. M., Andreo, C. & Spire, B. (2012). Barebacking and sexual health in the French setting: ,,NoKondom Zone" workshops. AIDS Care, 24 (7-8), 1046-1051.

Sanders, G. L. (1996). Die Liebe, die ihren Namen zu nennen wagt: Von der Heimlichkeit zur Offenheit bei schwuler und lesbischer Neigung. System Familie, 9, 153-166.

Sauer, A. & Meyer, E. (2016). Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde. Lebenssituationen und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland. Bundesverband Trans* (BVT): Berlin.

Scholz, J. (2013, November). Queers als gesunde Normverweiger_innen. Poster präsentiert auf dem 1. LSBTI*-Wissenschaftskongress der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld, Berlin.

Shernoff, M. (2006). Condomless Sex. Gay Men, barebacking, and Harm Reduction. Social Work, 51 (2), 106-113.

Sigusch, V. (1991). Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. Zeitschrift für Sexualforschung, 4 (4), 309-343.

Sigusch, V. (2011). Zissexuelle und Transsexuelle: Über ein Neogeschlecht. In V. Zugig (Hrsg.), Auf der Suche nach der sexuellen Freiheit (S. 124-144). Frankfurt a. M.: Campus.

Tietz, L. (2004). Gay Counseling. Schwulen- und lesbenakzeptierende Therapie. In L. Tietz (Hrsg.), Homosexualität verstehen. Kritische Konzepte für die psychologische Praxis (S. 60-91). Hamburg: Männerschwarm Skript Verlag.

Transgender Europe (TGEU) (2016). TMM IDAHOT 2016 Update. Zugriff am 06.10.2016. Verfügbar unter transrespect.org/en/idahot-2016-tmm-update

Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. Social Text, 29, 3-17.

Weinberg, G. (1972). Society and the Healthy Homosexual. New York: St. Martin's Press.

Winker, G. & Degele, N. (2009). Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheit. Bielefeld: transcript.

WMA (World Medical Association). (2015). WMA Statement on Transgender People. Adopted by the 66th General Assembly, Moscow, Russia, Octobre 2015. Zugriff am 25.02.2016. Verfügbar unter www.wma.net/en/30publications/10policies/t13

Wolf, E. C. M. & Dew, B. J. (2012).Understanding Risk Factors Contributing to Substance Use Among MTF Transgender Persons. Journal of LGBT Issues in Counseling, 6, 237-256.

Wolf, G. (2004). Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess. Pfaffenweiler: Centaurus.

Wolf, G. (2012). Konversionsbehandlungen. Zugriff am 06.11.2013. Verfügbar unter www.vlsp.de/system/ files/konversionsbehandlungen.pdf

Wolf, G. (2013). Psychopathologisierungsprozesse von LSBT*I-Lebensweisen in DSM-5 und ICD 10, Kapitel F. Zugriff am 09.10.2016. Verfügbar unter www.hirschfeld-kongress.de/images/download/publikationen/Psychopathologisierungsprozesse%20von%20LSBT-I-Lebensweisen%20in%20DSM-5%20und%20ICD%2010,%20Kapitel%20F%20-%20Gisela%20Wolf.pdf

Wolf, G. (2015). Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 47 (1), 101-112.

Wolf, G. (2016). Psychotherapeutische Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung. Psychotherapie-Wissenschaft, 2, 100-108.

Wolf, G., Fünfgeld, M., Oehler, R. & Andrae, S. (2015a). Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 47 (1), 21-48.

Wolf, G., Fünfgeld, M., Oehler, R. & Andrae, S. (2015b). Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen: Glossar. Mannheim: VLSP. Zugriff am 16.11.2016. Verfügbar unter:www.vlsp.de/files/pdf/zu_vpp1-15_s2_empfehlungen_glossar.pdf

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). Standards of Care for the health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7. Revision. Zugriff am 09.11.2011. Verfügbar unter www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf

Zehnder, K. (2010). Zwitter beim Namen nennen. Intersexualität zwischen Pathologie, Selbstbestimmung und leiblicher Erfahrung. Berlin: transcript.

Zick, A., Hövermann, A. & Krause, D. (2012). Die Abwertung von Ungleichwertigen. Erklärung und Prüfung eines erweiterten Syndroms der Gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit. In W. Heitmeyer (Hrsg.), Deutsche Zustände (Folge 10, S. 64-86). Berlin: Suhrkamp.

Dr. phil. Gisela Wolf

gisela.wolf.fr@googlemail.com

Dr. Gisela Wolf, Dipl.-Psych., arbeitet als Psychologische_Psychotherapeut_in (Verhaltenstherapie) in einer Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft in Berlin mit dem inhaltlichen Schwerpunkt psychotherapeutische Arbeit mit/für LSBT*Q-Menschen und den Behandlungsschwerpunkten Essstörungen und Traumatisierungsfolgen. Sie arbeitet im Vorstand des Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VSLP* e. V.) mit und bietet Weiterbildungen zum Thema LSBT*Q-Gesundheit an.

Erik Meyer

e.mey@transberatung-nord.de

Erik Meyer, Dipl.-Psych., ist systemischer Berater und in Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Vorstandsmitglied im VLSP* e. V. Er berät in Hamburg über den Verein Transberatung Nord e. V. Menschen mit Fragen zu Geschlecht und Identität nach seinem Ansatz der „Trans*affimativen Beratung" und führt Fortbildungen zu „Queering Therapy" (Psychotherapie und Beratung von trans* und queeren Menschen) durch.

Familiengründung durch Keimzellspende – psychotherapeutische Erfahrungen in die ethische Debatte!

Ein Zwischenruf

Anne Meier-Credner

Im Februar 2017 fanden in Berlin erstmalig die „Kinderwunsch-Tage" statt, eine Verbrauchermesse, auf der größtenteils ausländische Reproduktionskliniken für in Deutschland verbotene Reproduktionsverfahren wie die Eizellspende, die kombinierte Samen- und Eizellspende sowie für Leihmutterschaft warben (für Definitionen und Erläuterungen siehe Kasten). Die Reproduktionsmedizin ist ein boomender Markt. Vieles ist möglich; die bestehenden rechtlichen Grenzen scheinen von vielen Menschen nicht mehr als verbindlich angesehen zu werden. Eine Diskussion über die ethischen Verbotshintergründe wäre wichtig, um die Grenzen neu auszuloten, die wir uns als Gesellschaft – auch rechtlich – setzen möchten, um unser Handeln langfristig verantworten zu können. Bislang findet diese Diskussion – wenn überhaupt – eher am Rande und sehr vordergründig statt.

Gegenwärtig sind bei dieser Debatte vorwiegend diejenigen engagiert, die ein unmittelbares emotionales oder finanzielles Interesse an der weiteren Grenzöffnung haben, also Wunscheltern und diejenigen, die sich mit ihnen identifizieren, sowie die kommerziellen Dienstleister der Reproduktionsmedizin. Die bestehenden Verbote werden dabei immer wieder als Diskriminierung bestimmter Personengruppen (z. B. homosexueller Menschen, unfruchtbarer oder alleinstehender Frauen) ausgelegt. Diese Menschen sind sicherlich vielen Abwertungserfahrungen ausgesetzt, die schmerzliche Kränkungen sind. Den bestehenden Verboten liegt jedoch ursprünglich der Schutz der entstehenden Menschen zugrunde. Laut Embryonenschutzgesetz ist zum Beispiel die Eizellspende verboten, um entstehenden Menschen nicht zuzumuten, sich biologisch nicht eindeutig einer Mutter zuordnen zu können, weil dies als große Herausforderung für die eigene Identitätsfindung eingeschätzt wurde. Anders als bei der Samenspende tragen bei der Eizellspende zwei Frauen entscheidend und biologisch zur Entstehung eines Menschen bei, sodass der betroffene Mensch keine klare Unterscheidung in genetische und soziale Mutter vornehmen kann. Es liegen bislang keine Untersuchungen vor, die die durch Eizellspende im Ausland bereits entstandenen Menschen direkt befragt hätten, wie diese ihre Entstehungsweise selbst erleben und welche Veränderungen sich möglicherweise im Verlauf des Lebens entwickeln. Die Leihmutterschaft ist verboten, weil es mit der Würde eines Menschen unvereinbar ist, verkauft (oder verschenkt) zu werden.

Die Reproduktionsmedizin ist ein boomender Markt – die bestehenden rechtlichen Grenzen scheinen von vielen Menschen nicht mehr als verbindlich angesehen zu werden.

Um die entstehenden Menschen geht es in der aktuellen Debatte so gut wie gar nicht. Wie ein Freibrief wird lediglich immer wieder das Argument vorgebracht, dass es sie ohne Samenspende/Eizellspende/Leihmutterschaft/… gar nicht gäbe – wodurch sich letztlich jede noch so fragwürdige Erzeugungsweise rechtfertigen ließe, solange am Ende ein Mensch entsteht. Die Untersuchungen um die britische Forscherin Susan Golombok, denen zufolge viele Familien nach Keimzellspende „gut funktionieren" und die Kinder sich nicht psychisch auffällig zeigten,[1] werden dankbar angenommen. Zum einen kann damit einer kritischen Prüfung der Ergebnisse aus dem Weg gegangen werden, zum anderen müssen möglicherweise doch vorhandene Schwierigkeiten nicht zur Kenntnis genommen werden. Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit möglichen Problemen und ethischen Bedenken wird auch dadurch unterbunden, dass jegliche Kritik entweder als fortschrittsfeindlich, homophob oder religiös motiviert eingeordnet und dadurch indirekt disqualifiziert wird. Durch diese Umgehung einer echten Auseinandersetzung mit den gegebenen Kritik-

1 Vgl. bspw. Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G. & Jadva, V. (2013). Children Born Through Reproductive Donation: A Longitudinal Study of Psychological Adjustment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 54 (6), 653–660; Blake, L., Casey, P., Jadva, V. & Golombok S. (2013). 'I Was Quite Amazed': Donor Conception and Parent–Child Relationships from the Child's Perspective. Children & Society, 28 (6), 425-503; Murray, C., MacCallum, F. & Golombok, S. (2006). Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years. Fertil Steril, 85 (3), 610–618.

punkten wird eine Konfrontation mit der Frage vermieden, welche ethischen Grenzen bei der persönlichen Wunscherfüllung respektiert werden sollen. Sich mit dieser Frage auseinanderzusetzen, bedeutet ggf., schmerzhafte Grenzen der eigenen Wunscherfüllung wahrnehmen und aushalten zu müssen.

Zu den psychologischen Auswirkungen der Familiengründung mithilfe eines Menschen als Keimzellspender(in) gibt es kaum empirische Untersuchungen, auch, weil die Beteiligten nicht zentral erfasst werden und der Mantel des Schweigens in vielen Familien über das Thema Unfruchtbarkeit gebreitet wird. Was es jedoch gibt, sind praktische Erfahrungen mit der Thematik, die sich auch im psychotherapeutischen Alltag zeigen können, sowie zum Beispiel familiensystemische Erklärungsansätze, die mögliche Schwierigkeiten aufzeigen und erklären können.

Sicherlich haben einige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits Erfahrungen mit den systemischen oder individuellen Auswirkungen in Familien nach einer Keimzellspende gemacht. Manche haben vielleicht auch direkten Kontakt zu Menschen, die durch eine Samen- oder Eizellspende oder auch durch Leihmutterschaft entstanden sind. Oder sie sind anderen Menschen mit fremdem genetischen Anteil und möglicherweise auch ungeklärter Herkunft begegnet. Keimzellspenden erfolgen im Ausland häufig immer noch anonym, obwohl das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung auch aus Artikel 8 der europäischen Menschenrechtskonvention[2] abgeleitet wird und in der UN-Kinderrechtskonvention[3] verankert ist.

Grundsätzlich stellt sich bei der Keimzellspende die Frage, inwieweit es psychisch möglich und wünschenswert ist, genetische Elternschaft und Verantwortung für das entstehende Kind voneinander zu trennen. Menschen, die ihre Keimzellen zur Verfügung stellen, mögen aus ihrer eigenen Perspektive und häufig auch aus der der Wunscheltern die funktionale Rolle eines „Keimzellspenders"/einer „Keimzellspenderin" innehaben. Aus der Perspektive der Kinder sind sie jedoch ein genetischer Elternteil. Spenderkinder erleben es teilweise als kränkend, dass einen ihrer genetischen Elternteile ihre Existenz nicht interessiert und von diesem auch kein Interesse an einer emotionalen Beziehung zum Kind besteht. Die Wortwahl „Spender" oder „Spenderin" und die Beschreibung dessen, was da passiert, als „Kinderwunschbehandlung", helfen dabei, diese Menschen auf ihre vereinbarte Funktion zu reduzieren. Aus psychotherapeutischer Perspektive ist deshalb eine Aufklärung im doppelten Sinne notwendig: Zum einen ist es wichtig, dass Wunscheltern ihre Kinder über deren Entstehungsweise aufklären und das Recht auf Kenntnis ihrer Abstammung respektieren. Die andere Seite der Aufklärung betrifft die Wunscheltern und die Menschen, die ihre Keimzellen zur Verfügung stellen. Es geht dabei darum, bewusst zu machen, dass diese Form der Familiengründung keine Behandlung von Unfruchtbarkeit ist, sondern eine Familiengründung zu dritt. Durch die „Spende" wird nicht etwas isoliert für sich Stehendes weitergegeben bzw. angenommen, sondern durch sie entsteht gerade eine neue, unauflösbare Beziehung – wenn auch eine genetische und zunächst unsichtbare.

Alle Beteiligten in diesem Familiensystem sind Menschen, Subjekte, die sowohl soziale als auch genetische Verbindungen zu anderen Menschen haben. Sich dies bewusst zu machen, ist ebenso wichtig für die Menschen, die ihre Keimzellen zur Verfügung stellen: Leben sie in einer Partnerschaft mit weiteren Kindern, dann haben diese Halbgeschwister, ihre Eltern weitere Enkelkinder und Partner oder Partnerin müssen sich damit auseinandersetzen, dass die Kinder, die durch die Keimzellspende entstanden sind, vermutlich früher oder später Kontakt aufnehmen werden.[4] Die Kinder stehen vor der Herausforderung, alle Beteiligten in ihr Familiensystem zu integrieren, wobei Loyalitätskonflikte auf der Hand liegen sowie die Gefahr der Parentifizierung besteht, wenn ein Kind die eigenen Bedürfnisse zurückstellt, weil es sich verantwortlich für das Wohlgefühl der Erwachsenen fühlt.

Zur gesellschaftlichen Aufklärung darüber, was Entstehung und Familiengründung durch Keimzellspende familiensystemisch bedeuten, können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihrem Fachwissen wesentlich beitragen.

Zu dieser Form der gesellschaftlichen Aufklärung darüber, was Entstehung und Familiengründung durch Keimzellspende familiensystemisch bedeuten, können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihrem Fachwissen und ihrer Übung darin, die Perspektive zu wechseln, beitragen. Ich möchte im psychotherapeutischen Fachkreis sehr dazu ermutigen, bestehende Erfahrungen in die gegenwärtige Dis-

2 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4.11.1950, BGBl. 1952 II, S. 685, 953 (bereinigte Übersetzung von 1998).
3 UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989, BGBl. 1992 II, S. 122. – Art. 7 Abs. 1 und Art. 8 der UN-Kinderrechtskonvention gestehen dem Kind ein Recht zu, seine Eltern zu kennen, sowie auf Wahrung seiner Identität. Eine detailliertere Darstellung bietet Ulrike Riedel in ihrem Beitrag zur anonymen Geburt bei Babyklappen: Riedel, U. (2007). Erinnerung an das geltende Recht – verfassungsrechtliche Perspektiven. In Terre des hommes Deutschland e.V. (Hrsg.), Babyklappen und anonyme Geburt – ohne Alternative? (aktualis. Aufl.) (S. 45-52). Osnabrück: terre des hommes. Verfügbar unter www.tdh.de/fileadmin/user_upload/inhalte/04_Was_wir_tun/Themen/Weitere_Themen/Babyklappe.pdf [09.05.2017]
4 Über 80% der aufgeklärten Spenderkinder würden gerne Kontakt zu ihrem unbekannten genetischen Elternteil aufnehmen: Beeson, D., Jennings, P. & Kramer, W. (2011). Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process. Human Reproduction 9 (26), 2415–2424; Hertz, R., Nelson, M. & Kramer, W. (2013). Donor conceived offspring conceive of the donor: The relevance of age, awareness, and family form. Social Science & Medicine 86, 52-65; Scheib, J., Riordan, M. & Rubin, S. (2005). Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12–17 year olds. Human Reproduction 1 20, 239-252.

kussion einzubringen und dadurch stärker in Richtung eines umfassenden, gesellschaftlichen Diskurses zu bewegen, der auch kritische Aspekte aufgreift.

Auch wenn die „Kinderwunsch-Tage" vorerst abgeschlossen sind, geht die Debatte weiter: Im März 2017 beschäftigte sich der Deutsche Ethikrat in einer öffentlichen Veranstaltung mit der Frage, welche Konsequenzen die Eizellspende im Ausland für das Inland hat. Dabei standen die Schwierigkeiten im Mittelpunkt, denen betroffene Paare, Keimzellspenderinnen und die entstehenden Menschen unter der aktuellen Praxis ausgesetzt sind: Kinderwunschpaare erleben sich als ins Ausland und in die Illegalität gezwungen, Spenderinnen werden häufig unzureichend über die gesundheitlichen Risiken aufgeklärt und die entstehenden Menschen haben bei anonymen Keimzellspenden große Schwierigkeiten, ihre Herkunft herauszufinden. Die bestehenden Probleme bei der Eizellspende, wie zum Beispiel die Risiken für die Spenderin sowie fehlende Langzeitstudien zu den gesundheitlichen und psychischen Folgen für alle Beteiligten, wurden zwar benannt, die vorgeschlagene Abhilfe bestand jedoch überwiegend in guter Beratung, einem offenen Umgang statt Anonymität

Unterschiedliche Reproduktionsmethoden

- **Keimzellen** (Synonym: Gameten) sind die Geschlechtszellen, also bei Frauen die Eizellen und bei Männern die Spermien/Samenzellen.

- Unter einer **Samenspende** (Synonyme: heterologe oder donogene Insemination) versteht man die Übertragung von Spermien eines meist fremden Mannes, des sogenannten „Spenders", in die Gebärmutter einer Frau, um eine Schwangerschaft einzuleiten. Während bei der ärztlich-vermittelten Samenspende der Spender den Wunscheltern in der Regel unbekannt ist, wird bei der privat-organisierten Samenspende häufig ein den Wunscheltern bekannter Spender gewählt.

  Die ärztlich-vermittelte Samenspende ist in Deutschland seit 1970 erlaubt. Rechtswidrigerweise wurde Samenspendern jahrzehntelang Anonymität zugesichert, sodass durch Samenspende entstandene Menschen große Schwierigkeiten haben, die Identität ihres genetischen Vaters zu erfahren. Momentan berät der Bundestag über einen Gesetzentwurf, der die Verwaltung künftiger Daten über Samenspenden für 110 Jahre durch eine zentrale Stelle vorsieht.

- Bei der **Eizellspende** werden die Eierstöcke einer Frau, der sogenannten „Spenderin", durch Hormongaben stimuliert, um mehrere Eizellen in einem Zyklus heranreifen zu lassen. Diese werden anschließend operativ entnommen, durch In-vitro-Fertilisation mit dem Sperma des Wunschvaters befruchtet und der Wunschmutter eingesetzt oder für einen späteren Transfer eingefroren. Die Wunschmutter ist mit dem Kind also nicht genetisch verwandt, trägt es aber aus.

  Eizellspende ist in Deutschland nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 **Embryonenschutzgesetz** verboten. Grund hierfür ist vor allem, dass Schäden für das Kindeswohl befürchtet wurden, wenn sich die Mutterschaft auf eine biologische/genetische Mutter (die Eizellspenderin) und eine biologische/soziale Mutter (die austragende Mutter, die durch die Schwangerschaft ebenfalls biologisch existenziell zur Entstehung des Kindes beiträgt) verteilt. Während bei der Samenspende eine eindeutige Trennung zwischen biologischer und sozialer Vaterschaft möglich ist, kann bei der Eizellspende nicht klar zwischen biologischer und sozialer Mutterschaft unterschieden werden. In vielen europäischen Ländern ist die Eizellspende erlaubt. Während Tschechien und Spanien Eizellspenden in der Regel anonym vermitteln, können die Kinder z. B. in den Niederlanden, Großbritannien und Österreich die Identität ihrer genetischen Mutter erfahren.

  Ebenfalls in Deutschland verboten ist die **kombinierte Samen- und Eizellspende**.

- Bei der **Embryonenadoption** (teilweise auch als **Embryonenspende** bezeichnet) werden Embryonen, die bei einer In-vitro-Fertilisation aus den Keimzellen eines Paares mit Kinderwunsch erzeugt wurden, einer anderen Frau mit Kinderwunsch eingesetzt. Laut Stellungnahme des Deutschen Ethikrates ist dieses Verfahren in Deutschland rechtlich zulässig, wenn die Embryonen ursprünglich von der genetischen Mutter ausgetragen werden sollten und das beginnende Leben durch die Weitergabe geschützt werden kann. Nicht mit dem Embryonenschutzgesetz vereinbar ist demnach jedoch die Weitergabe imprägnierter Eizellen, sogenannter 2-PN-Zellen oder Vorkernstadien. Bei diesen hat das Spermium die Eihülle durchdrungen, die Zellkernverschmelzung ist aber noch nicht abgeschlossen. Bei diesen Zellen im Vorkernstadium handelt es sich im rechtlichen Sinne noch nicht um Embryonen.

- **Leihmutterschaft** beschreibt eine Vereinbarung, bei der eine Frau ein Kind für ein anderes Paar oder eine Einzelperson austrägt und es nach der Geburt dieser überlässt. Dazu kann die Eizelle der Wunschmutter oder einer Spenderin verwendet werden, die dann mit dem Sperma des Wunschvaters oder eines Spenders befruchtet und der Leihmutter eingesetzt wird.

  Leihmutterschaft und deren Vermittlung ist in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz und dem Adoptionsvermittlungsgesetz strafbar. Strafbar machen sich Personen, die bei einer Leihmutter eine künstliche Befruchtung durchführen oder ihr einen Embryo übertragen (§ 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG). Ebenso machen sich Personen strafbar, die Leihmütter vermitteln oder hierfür einen Vermögensvorteil erhalten oder sich versprechen lassen (§ 14b Abs. 1-2 AdVermiG). Nicht bestraft werden allerdings die Wunscheltern und die Leihmutter (§ 1 Abs. 3 Nr. 2 ESchG bzw. § 14b Abs. 3 AdVermiG). Abgesehen davon können Verträge über Leihmutterschaft in Deutschland rechtlich nicht durchgesetzt werden, weil sie das entstehende Kind zum Handelsobjekt machen. In einigen europäischen Ländern wie Großbritannien und Griechenland ist die nicht-kommerzielle Leihmutterschaft erlaubt. In einigen anderen Ländern wie den USA und der Ukraine ist kommerzielle Leihmutterschaft erlaubt. Es hat sich ein weltweiter Markt entwickelt. Einige Länder wie Thailand und Indien versuchen Leihmutterschaft für ausländische Wunscheltern zu verbieten.

und Entstigmatisierung durch Legalisierung.[5] Es ging in der Diskussion viel um das Thema formale Gerechtigkeit. Psychologische Aspekte wie die Bedeutung gezielter Auftrennung sozialer und genetischer Elternschaft für das Kind, mögliche familiensystemische Auswirkungen, auch in Verbindung mit der Tatsache, dass die Familiengründung durch Keimzellspende in der Regel nicht das ursprünglich Gewünschte ist, sowie die Ergründung dessen, was da eigentlich gewünscht wird, wurden ebenso wenig wie grundlegende ethische Aspekte, wie wir als Menschen miteinander umgehen möchten,[6] vertieft. Es gibt von vielen Seiten Bestrebungen, die Eizellspende, die bislang durch das Embryonenschutzgesetz verboten wird, auch in Deutschland zu erlauben.[7]

Für eine umfassende Debatte darüber, welche Formen der Entstehung von Menschen wir in Deutschland als Gesellschaft für ethisch verantwortbar halten und gesetzlich legitimieren wollen, wäre es sehr wichtig, auch das psychotherapeutische Wissen zu berücksichtigen. Ich möchte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausdrücklich dazu einladen, den Sprung aus der Praxis in die Gesellschaft zu wagen und ihre Erfahrung und ihr Wissen aktiv in die Debatte einzubringen.

5 So z. B. die Medizinethikerin Claudia Wiesemann, Mitglied des Ethikrates: „Die Zulassung der Eizellspende in Deutschland ermöglicht es uns, diese Gerechtigkeitsprobleme zu beheben." (S.25) Simultanmitschrift der Vorträge mit anschließender Diskussion beim Forum Bioethik (22.03.2017): Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland. Verfügbar unter: www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb-22-03-2017-simultanmitschrift.pdf [19.04.2017]. Kritisch äußerte sich hingegen die Ethnologin Michi Knecht: „Das Einzige, was gerade noch eindämmt, dass der rasende Markt alles definiert, sind die Verbote im Embryonenschutzgesetz. Wenn wir die einfach weglassen, ist an dem Gerechtigkeitsproblem gar nichts verändert." Ebd., S.27.

6 Die Philosophin Susanne Lettow warnte davor, vorschnell nach reproduktionstechnischen Lösungen zu suchen, und wies darauf hin: „Gerade in dem Wunsch und in dem Sehnen (…) liegt eine ethische Brisanz und Sprengkraft, die es aus meiner Sicht erforderlich machen würde, eine breitere gesellschaftliche, politische und ethische Diskussion über das, was in dem Kinderwunsch eigentlich gewünscht wird, zu führen." Ebd., S.23f.

7 Bereits 2013 äußerte die ehemalige Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) auf einem reproduktionsmedizinischen Symposium „‚An die Eizellspende müssen wir ran', […] ‚Man fragt sich, weshalb die Unfruchtbarkeit von Frauen härter bestraft wird als die von Männern', sagte Zypries. Das Embryonenschutzgesetz von 1990, das die Samenspende erlaubt, aber die Eizellspende mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bedroht, gehöre geändert." (taz.archiv, 25.11.2013). Wird die Eizellspende bald legalisiert? Verfügbar unter: www.taz.de/!427860/ [03.04.2017]. Der Deutsche Ethikrat griff auf seiner Jahrestagung 2014 u. a. die Frage auf, ob die Eizellspende in Deutschland erlaubt sein soll. Siehe als Übersicht dazu die in diesem Rahmen erstellte Argumentkarte unter: www.ethikrat.org/dateien/pdf/jt-22-05-2014-eizellspende.pdf [17.04.2017]. Der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands befürwortet die Legalisierung der Eizellspende in Deutschland: tagesspiegel.de, (31.01.2017). Verbände warnen vor Geldmacherei bei Publikumsmesse. Verfügbar unter: www.tagesspiegel.de/berlin/kinderwunschtage-in-berlin-verbaende-warnen-vor-geldmacherei-bei-publikumsmesse/19324824.html [06.04.2017].

Dipl.-Psych. Anne Meier-Credner

anne.meier-credner@uni-goettingen.de

Dipl.-Psych. Anne Meier-Credner ist als Psychotherapeutin ambulant tätig und forscht an der Universität Göttingen im Bereich der pädagogischen Psychologie. Als Gründungs- und Vorstandsmitglied des Vereins Spenderkinder setzt sie sich ein für die Rechte und Bedürfnisse von durch Keimzellspende entstandenen Menschen sowie für die Wahrnehmung der mit dieser Form der Familiengründung verbundenen psychologischen Herausforderungen.

Fortsetzung der Reihe: Die Versorgungswerke stellen sich vor

Das Psychotherapeutenversorgungswerk für Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Hessen

Werner Köthke

Zusammenfassung: Das Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) wurde als erste eigene berufsständische Versorgung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten[1] Deutschlands 2002 von der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) ins Leben gerufen. Es ist eine vom Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) selbst gestaltete und selbst verwaltete Körperschaft des öffentlichen Rechts. Ihm haben sich in der Folge die Bundesländer Bremen (2004), Hamburg (2005), Rheinland-Pfalz (2005) und Hessen (2006) per Staatsvertrag mit dem Land Niedersachsen angeschlossen. Insgesamt vertritt das PVW damit die Mitglieder von fünf Psychotherapeutenkammern. Das PVW erbringt im Rahmen eines versicherungsaufsichtsrechtlich genehmigten Finanzierungsverfahrens beitragsbezogene Versorgungsleistungen in Form von Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente und Hinterbliebenenversorgung.

Leistungen

Das PVW erbringt beitragsbezogene Versorgungsleistungen in Form von Altersrente ab dem 62. Lebensjahr (auch in Form aufgeschobener Altersrente mit versicherungsmathematischen Zuschlägen bis zum 70. Lebensjahr), Berufsunfähigkeitsrente vor Vollendung des 62. Lebensjahres und Hinterbliebenenversorgung (Witwen-/Witwerrente und Partnerrente sowie Halb- und Vollwaisenrente), außerdem Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen. Im PVW gibt es bei Berufsunfähigkeit einen fiktiven Beitrag, der rückwirkend ab Beginn der Berufsunfähigkeit angerechnet wird. Bei Anträgen auf Berufsunfähigkeitsrente entscheidet der Verwaltungsrat des PVW auf Empfehlung seines Leistungsausschusses.

Mitglieder

Für selbstständige PVW-Mitglieder besteht die Pflicht, Beiträge ins Versorgungswerk einzuzahlen. Ausnahme: Wenn Psychotherapeuten bereits Mitglieder einer Kammer waren, als diese das Versorgungswerk gegründet hat bzw. per Staatsvertrag dem PVW beigetreten ist, gehörten sie zum „Anfangsbestand". Sofern Mitglieder des Anfangsbestandes bei Mitgliedsbeginn das 45. Lebensjahr bereits vollendet hatten, können sie ihr Beitragszehntel mit Gesundheitsprüfung nach dem 31.12.2014 bis max. 5/10 erhöhen. Mitglieder des Anfangsbestandes, die bei Mitgliedsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, können immer bis auf maximal 10/10 erhöhen. Wenn sie zum Erhöhungszeitpunkt das 45. Lebensjahr vollendet hatten, benötigen sie eine Gesundheitsprüfung. Ansonsten entfallen Gesundheitsprüfungen beim Beginn der Mitgliedschaft.

Psychotherapeuten, die erst nach Gründung des PVW Kammermitglieder geworden sind, sind Pflichtmitglieder im PVW. Die Pflichtmitgliedschaft entsteht automatisch mit Beginn der Mitgliedschaft in der jeweiligen Psychotherapeutenkammer bzw. mit Aufnahme der beruflichen Tätigkeit im räumlichen Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Versorgungswerks Kraft Heilkammergesetzes. Mitglieder, die ausschließlich angestellt oder verbeamtet sind, können sich jedoch von der Mitgliedschaft im PVW befreien lassen, da sie bereits anderweitig versorgt sind und für Angestellte eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen der „Friedensgrenze" nach § 6 Abs. 1 SGB VI nicht möglich ist. Wird von dem Befreiungsrecht kein Gebrauch macht, kann das PVW als Zusatzversorgung genutzt werden.

Enthält das Heilkammergesetz der entsprechenden Psychotherapeutenkammer den Passus, dass Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) schon ab der zweiten Ausbildungshälfte Pflichtmitglieder der Kammer sind oder der Kammer als freiwilliges Mitglied beitreten können, beginnt ihre Pflichtmitgliedschaft im PVW ebenfalls schon ab die-

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

sem Zeitpunkt. Die Mitgliedsunterlagen erhält jedes Kammermitglied automatisch vom PVW zugesandt.

Falls die Mitgliedschaft in einer der genannten fünf Psychotherapeutenkammern (z. B. durch Wegzug) endet, kann die Mitgliedschaft im PVW freiwillig fortgesetzt werden. Wird die Mitgliedschaft nicht fortgesetzt, bleibt die erworbene Anwartschaft aus der Pflichtmitgliedschaft dennoch kostenlos aufrechterhalten und wird später als Altersrente ausgezahlt. Sogar die Berufsunfähigkeit bleibt in gewissem Umfang bestehen. Zwischen dem PVW und den Versorgungswerken „Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung", dem „Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen" sowie dem „Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein" bestehen (unterschiedliche) Überleitungsabkommen für den Fall des Umzugs aus dem einen in den anderen Versicherungsbereich.

Mitglieder, die nach dem 01.01.2015 dem PVW beigetreten sind, können sich nur noch dann von der Mitgliedschaft befreien lassen, wenn sie ausschließlich verbeamtet oder angestellt sind. Alle selbstständigen (auch teilselbstständigen) Mitglieder, die nach dem 01.01.2015 dem PVW beigetreten sind, müssen sich für Beiträge zwischen fünf und zehn Zehnteln entscheiden.

Mitgliederentwicklung

Das PVW hat seit seinem Bestehen einen stetigen Mitgliederzuwachs. Zum 06.04.2017 verfügte das PVW über 8.100 Mitglieder (aktive Mitglieder und Rentner gesamt). Davon waren 1.601 Mitglieder männlich und 6.499 Mitglieder weiblich.

Mitgliederverwaltung

Der Geschäftsstelle des PVW obliegt v. a. die Mitgliederverwaltung. Ein Verwaltungskostensatz von 3,5% ist bereits in die Bewertungsprozentsätze eingearbeitet. Ein Unterschreiten dieses Satzes führt im Jahresabschluss zu einem Verwaltungskostengewinn. Der Verwaltungskostensatz lag seit Gründung des PVW bis heute immer unter dem Verwaltungskostensatz von 5% (bis 31.12.2016). Dieser reduzierte sich prozentual seit 2011 kontinuierlich und lag 2015 bei 2,68% der Beiträge.

Vermögen

Das Vermögen des PVW beträgt zum Ende des Jahres 2016 ca. 200 Millionen €. Etwa 25% der jährlichen Beitragseinnahmen sind freiwillige Mehrzahlungen. Dieser Tatbestand drückt das große Vertrauen der Mitglieder in ihr Versorgungswerk aus.

Das PVW verwaltet nach der 2003 erreichten „Teilrechtsfähigkeit" nicht mehr ein Vermögen der PKN, sondern sein eigenes Vermögen. Es haftet damit nicht für Verbindlichkeiten der PKN und die PKN nicht für Verbindlichkeiten des PVW.

Durch die 2008 erreichte „weitgehende Rechtsfähigkeit" wurde der Delegiertenversammlung des PVW auch die Satzungshoheit verliehen, sodass seither nicht mehr die Kammerversammlung der PKN, sondern die Delegiertenversammlung des PVW das Beschlussorgan für Satzung und Wahlordnung des PVW ist.

Vermögensverwaltung

Die Beiträge der Mitglieder des PVW werden zinsgünstig entsprechend der internen Anlagerichtlinie des PVW angelegt. Die Vermögensanlage erfolgt überwiegend konservativ, d. h. in mittel- bis langfristigen Geldanlagen im festverzinslichen Bereich. Der Verwaltungsrat des PVW hält trotz der anhaltenden Niedrigzinsphase weiterhin an seiner klaren und defensiv ausgerichteten Anlagepolitik fest. Der deutlich überwiegende Teil des Gesamtportfolios ist in Schuldscheindarlehen und anderen rein festverzinslichen Anlagen investiert. Daneben bestehen Investitionen in Investmentfonds. Inzwischen wird auch in moderatem Umfang in substanzstarke Aktienwerte investiert. Investitionen in Grundstücke und Immobilien, die vom PVW erworben werden, schließen das Portfolio ab.

Wegen der anhaltenden Niedrigzinsphase musste die Delegiertenversammlung beschließen, den Rechnungszins ab dem 01.01.2017 von 3,5% auf 2,5% abzusenken. In den bisherigen Bewertungstabellen wurde eine jährliche Rendite auf die eingezahlten Beiträge von 3,5% unterstellt, die zur Erfüllbarkeit der satzungsmäßigen Leistungen erforderlich sind. Aufgrund der Niedrigzinsphase konnte dieser Wert nicht mehr mit ausreichender Sicherheit erreicht werden, sodass eine Anpassung erforderlich wurde.

Finanzierung

Durch Beschluss der Delegiertenversammlung wurde das bis Ende 2016 angewandte reine Anwartschaftsdeckungsverfahren zum modifizierten Anwartschaftsdeckungsverfahren unter Einbezug der künftigen Beiträge des vorhandenen Mitgliederbestandes geändert. Nach dem bisherigen Finanzierungsverfahren wurden lediglich die Anwartschaften und Renten einbezogen, die aus zum Bilanzstichtag bereits geleisteten Beiträgen erworben worden sind. Da die Bewertungsprozentsätze nach § 29 Abs. 3 der Satzung des PVW grundsätzlich stets vorsichtig kalkuliert sein müssen, führt der Einbezug künftiger Beitragszahlungen und der daraus resultierenden Versorgungsleistungen zu einer bilanziellen Entlastung. Dieser Einbezug künftiger Beitragszahlungen ist durch die bestehende Pflichtmitgliedschaft sachlich gerechtfertigt.

Aufsicht

Die Rechtsaufsicht über das PVW erfolgt durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Die Versicherungsaufsicht erfolgt über das Nieder-

sächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr. Das PVW ist verpflichtet, der Versicherungsaufsicht vierteljährliche Berichte über die Vermögensverwaltung sowie den Lagebericht, den Wirtschaftsplan und den Jahresabschluss vorzulegen.

Beiträge

Das PVW legt die Beitragshöhe und die sich aus den Beiträgen ergebenden Rentenanwartschaften auf der Grundlage eines versicherungsmathematischen Gutachtens der Fa. Heubeck unter Beachtung der Bedürfnisse ihrer Mitglieder fest.

Grundlage für die Berechnung der Beiträge ist in allen Versorgungswerken die Beitragsbemessungsgrenze und der Beitragssatz in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV). D. h., die Beiträge können sich jährlich ändern. Zu hohe Beiträge behindern die Mitglieder in ihren aktuellen finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten. Im PVW orientieren sich daher die Beiträge nicht nur an der Beitragsbemessungsgrenze der GRV, sondern wahlweise auch am individuellen Berufseinkommen.

1. Selbstständige und teilselbstständige Mitglieder zahlen 2017 mindestens den Fünf-Zehntel-Beitrag, wahlweise auch einkommensbezogen, d. h. 9,35% des Gewinns (vor Steuern) aus der selbstständigen Tätigkeit oder den, nach der Beitragsbemessungsgrenze der GRV errechneten, festen Fünf-Zehntel-Beitrag von mtl. 593,73 €. Wahlweise kann auch der Sechs-, Sieben-, Acht-, Neun- oder Zehn-Zehntel-Beitrag fest oder einkommensbezogen gewählt werden. Eine Verringerung des einmal gewählten Zehntels ist nicht möglich. Jederzeit (zum Folgemonat) ist aber ein Wechsel zwischen der festen und der einkommensbezogenen Beitragszahlung möglich.

2. Ausschließlich angestellte und verbeamtete Mitglieder haben die Wahlmöglichkeit zwischen Ein-, Zwei-, Drei-, Vier- oder Fünf-Zehntel-Beiträgen. Auch hier sind die feste Beitragszahlung oder die einkommensbezogene Beitragsvariante sowie ein Wechsel zwischen beiden möglich. Bei einkommensbezogener Beitragsberechnung wird das beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt bzw. die Bruttovergütung zugrunde gelegt. Eine Verringerung des einmal gewählten Zehntels ist nicht möglich.

3. Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) haben als Kammermitglieder bis zum Ende ihrer Ausbildung kein Befreiungsrecht im PVW. Ihre Beitragspflicht ruht aber satzungsgemäß, wenn sie sich nicht für eine Beitragszahlung entscheiden. Sie haben die Wahlmöglichkeit zwischen Ein-, Zwei-, Drei-, Vier- oder Fünf-Zehntel-Beiträgen. Auch hier sind die feste Beitragszahlung oder die einkommensbezogene Beitragsvariante sowie ein Wechsel zwischen beiden möglich. Bei angestellten und verbeamteten PiA wird bei einkommensbezogener Beitragsberechnung das beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt bzw. die Bruttovergütung zugrunde gelegt. Eine Verringerung des einmal gewählten Zehntels ist nicht möglich.

In allen drei Fällen können darüber hinaus freiwillige Mehrzahlungen geleistet werden. Sie können zusätzlich in Höhe des Eineinhalbfachen des jährlichen Regelpflichtbeitrags geleistet werden.

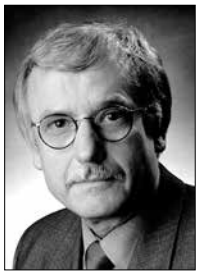
4. Mitglieder, die keinerlei Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit haben, werden beitragsfrei gestellt.

Rentenhöhe

Die Rentenhöhe ist abhängig von der Höhe der eingezahlten Mitgliedsbeiträge. Verfügt das Versorgungswerk nach Bedienung der Deckungsrückstellung und der Sicherheitsrücklage über einen Überschuss, kann die Delegiertenversammlung die Erhöhung der Rentenanwartschaften und der zu zahlenden Renten beschließen. Die Höhe der Renten ist in keinem Versorgungswerk garantiert. Sie ist abhängig von der Art und Weise, wie das Versorgungswerk wirtschaftet. Das PVW konnte von 2002 bis Ende 2016 seinen Rechnungszins von 3,5% halten. Ab dem 01.01.2017 musste es – wegen der anhaltenden Niedrigzinsphase – seinen Rechnungszins auf 2,5% absenken.

Service

Das PVW informiert seine Mitglieder über den Stand und die bisherige oder voraussichtliche Entwicklung ihrer erworbenen Rentenanwartschaften mit einem jährlichen Kontoauszug, mit regelmäßigen Mitteilungen über die Rentendynamisierung sowie Rentenvorausberechnungen auf Anfrage. Das PVW ist Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke e. V." (ABV). Wer sich auf unserer Homepage (www.p-v-w.eu) informieren möchte, erhält dort Auskunft über die meisten Fragen. Unsere Stärke ist aber v. a. die individuelle Beratung unserer Mitglieder durch die Mitarbeiter unserer Geschäftsstelle (Tel. 0511-897 565-0).



Dipl.-Psych. Werner Köthke

Psychotherapeutische Praxis
Buchenring 56
38154 Königslutter

Sauerbruchstr. 13
38440 Wolfsburg
(angestellt)

Werner Köthke ist als PP und KJP (VT) u. a. in eigener Praxis und angestellt sowie an einem universitären Ausbildungsinstitut als Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter tätig. Seit 2002 ist er Verwaltungsratsvorsitzender des PVW.

Interview

Frauen in die Berufspolitik – Was können wir in puncto Frauenförderung von den Grünen lernen?

Mareke de Brito Santos-Dodt & Cornelia Beeking im Gespräch mit Gesine Agena

Der Frauenanteil in unserem Beruf steigt stetig an und liegt bei den unter 35-jährigen Kammermitgliedern bei 90%. In den Gremien der Selbstverwaltung bildet sich das allerdings nicht ab. Welche Maßnahmen sind nötig, damit sich in Zukunft mehr Frauen in der Berufspolitik engagieren? Geht es nur mit einer Frauenquote? Und einer Selbstverpflichtung zur Frauenförderung? Mareke de Brito Santos-Dodt und Cornelia Beeking sprachen mit Gesine Agena, frauenpolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen.

Mareke de Brito Santos-Dodt und Cornelia Beeking (PTJ): Frau Agena, Sie sind die frauenpolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen. Hat in Ihrer Partei mit dem Frauenstatut von 1986 eine Erfolgsgeschichte begonnen? Was können wir in puncto Frauenförderung von Ihrer Partei lernen?

Gesine Agena: Das Frauenstatut von 1986 war tatsächlich der Beginn einer Erfolgsgeschichte. Die Grünen sind ja auch aus der feministischen Bewegung der damaligen Zeit entstanden. Die Frauen in der Partei haben damals mit dem Frauenstatut dafür gesorgt, dass Macht zwischen Männern und Frauen gleichberechtigt verteilt wird. Das Frauenstatut beinhaltet die Frauenquote für Ämter und Mandate, quotierte Redelisten und die Verankerung von Frauen-Gremien in der Partei. Es ist Bestandteil der Satzung und verpflichtet die Partei zur Gleichberechtigung. Das ist das Erfolgsrezept.

> Das Frauenstatut ist Bestandteil der Satzung und verpflichtet die Partei zur Gleichberechtigung. Das ist das Erfolgsrezept.

Die Verpflichtung zur Gleichberechtigung – was hat sich dadurch konkret verändert?

Ich mache die Erfahrung, dass das Frauenstatut ganz stark dazu beiträgt, dass es bei den Grünen einen anderen Umgang miteinander gibt als in anderen Kontexten. Durch die quotierten Redelisten ändert sich beispielsweise die Diskussionskultur. Wenn nicht nur Männer sprechen, sondern Frauen und Männer abwechselnd, bildet das Pluralität ab. Und es verhindert, dass Debatten nur von Männern geführt werden. Debatten können bei uns auch beendet werden, wenn keine Frauen mehr auf der Redeliste stehen. Denn das ist meistens ein Zeichen dafür, dass alles Relevante gesagt wurde. Außerdem unterscheidet sich natürlich die Zusammensetzung der Grünen Vorstände und Fraktionen: Durch die Frauenquote sitzen automatisch viele Grüne Frauen im Bundestag, in den Landtagen und in den Kommunalparlamenten. Damit haben die Grünen auch die Repräsentanz von Frauen in der Politik deutlich gestärkt.

Unser Ziel ist es ja auch, eine stärkere Repräsentanz von Frauen in den Kammergremien zu erreichen. Was ändert sich, wenn eine paritätische Besetzung der Ämter gelingt?

Das ist eine Frage von Demokratie. Etwa die Hälfte der Bevölkerung ist weiblich. Es ist nur demokratisch, dass auch die Hälfte der politischen Repräsentanz weiblich ist. Frauen können auf diesem Wege ihre Interessen in die Politik tragen und somit die Themensetzung verändern. Bei den Grünen machen Frauen heute selbstverständlich Verteidigungs-, Sicherheits- oder Wirtschaftspolitik. Aber das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wäre sicher nicht so stark auf der Agenda, wenn Frauen sich dafür nicht eingesetzt hätten.

Welche Frau möchte schon eine Quotenfrau sein? Die Frauenquote ist ja immer noch durchaus umstritten – was aber hat sie bewirkt und warum ist sie weiterhin nötig?

Ich finde, wir sollten den Begriff „Quotenfrau" positiv besetzen. Ich bin gerne eine Quotenfrau. Ohne Frauenquote ist es

ja auch andersherum: Da werden Männer ausgesucht, weil sie Männer sind. Nicht, weil sie automatisch qualifiziert sind. Die Frauenquote trägt dazu bei, dass nicht automatisch immer nur Männer von Männern gefördert werden. Sondern dass Frauen in verantwortungsvolle Positionen kommen und im besten Fall dazu beitragen, weitere Frauen zu unterstützen.

bei, weil dadurch zum Beispiel reine Männerrunden verhindert werden.

Ich finde, wir sollten den Begriff „Quotenfrau" positiv besetzen. Die Frauenquote trägt dazu bei, dass Frauen in verantwortungsvolle Positionen kommen und dazu beitragen können, weitere Frauen zu unterstützen.

Die Quote ist also auch ein wichtiges Instrument, um Frauen für die politische Arbeit zu gewinnen und ihnen das Hineinwachsen in Führungspositionen zu ermöglichen. Was ist darüber hinaus nötig zur Frauenförderung?

Wenn keine Frauen da sind, bringt eine Frauenquote natürlich wenig. Und nicht jede Frau möchte unbedingt ein politisches Amt übernehmen, weil Politik eben oft noch ein Ellenbogengeschäft ist. Darum kommt es darauf an, dass Frauen die Möglichkeiten bekommen, sich an Politik zu beteiligen. Wir haben beispielsweise Mentoringprogramme oder auch Coachings, in denen Frauen Erfahrungen sammeln können, die sie für die Politik brauchen. Bei uns tauschen sich Frauen in eigenen Frauennetzwerken aus und stärken sich so gegenseitig den Rücken. Außerdem kommt es darauf an, die politische Kultur zu verändern. Wer sitzt schon gern in endlosen abendlichen Sitzungen, in denen die Rednerinnen und Redner nie zum Punkt kommen und in denen es nicht respektvoll zugeht? Professionelle Sitzungsleitung und Moderation, ein Bewusstsein für Sexismus, das Angebot von Kinderbetreuung und die Abhaltung von Veranstaltungen zu familienkompatiblen Zeiten führen dazu, dass Politik sowohl für Männer als auch für Frauen interessanter und attraktiver wird.

Welche Hindernisse stehen Ihrer Erfahrung nach einem politischen Engagement von Frauen entgegen?

Frauen tragen heute oft eine Doppel- und Dreifachbelastung durch Beruf, Familie und Pflege. Daher ist politisches Engagement für sie oft nicht drin. Es kommt darauf an, dass wir die partnerschaftliche Aufteilung von Familie und Beruf fördern. Und wir können natürlich auch die Strukturen der Politik verändern, sodass Mütter und Väter besser partizipieren können. Uns geht es außerdem darum, die politische Kultur zu verändern. Keine Frau hat Lust, sich sexistische Sprüche oder Machogehabe anzutun. Darum sollten wir hier ansetzen und Sexismus bekämpfen. Dazu trägt übrigens das Frauenstatut

Wie werden Frauen in der Familiengründungszeit in ihrer politischen Arbeit unterstützt? Welche Konzepte gibt es diesbezüglich vielleicht schon in Ihrer Partei?

Natürlich setzen wir uns politisch dafür ein, dass Frauen und Männer sich die Erwerbsarbeit und die Familienarbeit partnerschaftlich aufteilen können. Aber auch bei uns in der Partei versuchen wir durch die Organisation von Kinderbetreuung und Sitzungszeiten, zu denen auch Eltern teilnehmen können, die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Engagement zu verbessern. Auch das haben wir schon 1986 in der Satzung der Partei verankert. Es gab damals eine Debatte darüber, ob die Förderung von Vereinbarkeit Teil des Frauenstatuts sein sollte. Das Ergebnis der Debatte war, dass es ein eigenes Statut zur Gleichstellung gab, weil Vereinbarkeit eben kein Frauenthema, sondern auch ein Thema für Männer sein sollte. Aber ganz selbstkritisch: Gerade bei diesem Thema haben auch wir Grüne noch einiges zu tun.

Frau Agena, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Foto: © BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesine Agena

Büro Gesine Agena
buero.agena@gruene.de

Gesine Agena ist seit Oktober 2013 Mitglied des Bundesvorstands und frauenpolitische Sprecherin von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Im Juni 2014 gründete sie zusammen mit anderen grünen Feministinnen das Blog „Grün ist Lila". Sie ist außerdem Mitinitiatorin des Bündnisses #ausnahmslos und Mitgründerin des Femnistischen Netzwerks #FemNetz.

Buchrezensionen

Außergewöhnlich modern

Searles, H. F. (2016). Die Welt der Dinge – Die Bedeutung der nichtmenschlichen Umwelt für die seelische Entwicklung. Herausgegeben und übersetzt von Jürgen Hardt und Antje Vaihinger. Gießen: Psychosozial, 318 Seiten, 34,90 €

Der US-amerikanische Psychoanalytiker Harold F. Searles (1918-2015) war in den 1980er-Jahren auch in der deutschen Fachöffentlichkeit durchaus bekannt und geschätzt. Von 1952 bis 1964 arbeitete er in dem berühmten Sanatorium Chestnut Lodge in Washington, D.C., unter anderem gemeinsam mit Frieda Fromm-Reichmann. Seine 1965 erschienenen „Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects" wurden 1992 bei Klett-Cotta und 2008 im Psychosozial-Verlag auf Deutsch veröffentlicht. Völlig zu Recht gilt Searles mittlerweile als einer der wichtigsten klinischen wie theoretischen Vertreter einer psychoanalytischen Behandlung Psychosekranker und hatte einen intensiven Austausch mit Donald W. Winnicott und Hans W. Loewald. Heute generell akzeptierte Themen wie die Bedeutung der Gegenübertragung, des Wechsels von Stützen und Deuten in der Behandlung und des aktiven Einbezugs des stationären wie ambulanten Alltags sowie kreativer und künstlerischer wie auch körperbezogener Elemente formulierte er in einer Zeit, als „klassische" Psychoanalytikerinnen und -analytiker dies als nicht vereinbar mit analytischem Vorgehen ablehnten – was auch die zeitlich stark verzögerte Rezeption in Europa wesentlich erklärt.

Eine kleine Geschichte in der Einleitung der beiden Herausgeber Jürgen Hardt und Antje Vaihinger, denen für ihr Werk Lob und Anerkennung gebührt, führt sehr passend in die Zielsetzung des Buches ein: Eine offensichtlich zur Sicherheit im Rahmen des Produktionsprozesses unbrauchbar gemachte Gabel aus der Klinik, in der Hardt Anfang der 1970er-Jahren arbeitete, machte einem chronisch Kranken klar, dass er jetzt verrückt sei. Verrücktheit existiert auch in der realen Außenwelt. Hardt fragte bei der Herstellerfirma nach und diese berichtete, ihr sei es nicht nachvollziehbar, weshalb die Gabel vor ihrer Fertigstellung aus dem Werk gelangt sei. In der psychiatrischen Klinik fand sich noch eine zweite solche Gabel. Die „unvollständig gefertigte" Gabel ziert auch den Buchumschlag. Wir alle leben in unserer Umwelt, Psychosekranke gehen oft sensibler mit ihr um als Gesunde, haben es oft schwerer, sich von ihr abzugrenzen.

Searles schildert ausführlich diese Beziehungen. Der Umgang mit Natur und dem vom Menschen Geschaffenen entwickelt sich während der Kindheit und Jugend. Unser Bild von der Erde korrespondiert mit unserem Bild von uns selbst. Wer früh Verwahrlosung und verantwortungslosen Umgang mit der Ökologie erfährt, wird psychisch beeinträchtigt. Searles benutzt selbst den Begriff der ökologischen Bezogenheit, ist auch damit seiner Zeit weit voraus. Umso schrecklicher ist es, dass bis heute viele Institutionen für psychisch Kranke in Raumgestaltung und Alltag eher diese Verwahrlosung weiterführen, anstatt hier im Sinne „korrigierender emotionaler Erfahrungen" einen Kontrast zu setzen. Gerade die Industrialisierung habe laut Searles den Menschen immer mehr von der Natur entfremdet, Naturmetaphern stellten dennoch weiterhin wichtige Bestandteile der Sprache dar, insbesondere wenn Gefühle benannt würden. Searles greift immer wieder auf Philosophen wie Martin Buber oder Dichter wie Henry David Thoreau zurück, um die intensive Begegnung zwischen Mensch und Umwelt als notwendigen gesundheitsfördernden Prozess zu beschreiben – außergewöhnlich modern, wenn man an aktuelle Konzepte wie Achtsamkeit oder ökologische Psychotherapie denkt. Searles erweitert das dialogische Ich-Du-Konzept auf den Umgang des Menschen mit seiner Umwelt.

Eindrucksvoll lesen sich auch die Fallvignetten. Der Autor lässt sich mit unermesslicher Geduld auf zähe paranoide Prozesse ein, die Patientinnen und Patienten reagieren letztlich durchaus positiv darauf. Heilung bedeutet bei der Behandlung solch schwer Kranker nicht Verschwinden der Symptome, sondern ein etwas Mehr an innerem Frieden. Regressionen in Therapien werden zugelassen, auch wenn sie viel Zeit in Anspruch nehmen – ein interessanter Kontrapunkt zu aktuellen, an schnellem Erfolg orientierten Diskursen.

Dem Werk ist eine breite Resonanz zu wünschen, nicht nur in der akademischen Psychotherapie, sondern auch in Sozialarbeit und Pflege (immerhin wird auch eine Pionierin der psychoanalytischen Pflege Geisteskranker zitiert, Gertud Schwing). Sehr bedauerlich ist, dass viele Zitate und auch Fallvignetten des originalen Werkes offensichtlich aus finanziellen Erwägungen des Verlages nicht übersetzt wurden. Es stehen lediglich die Hinweise im Text, was ausgelassen wurde. Sowohl die theoretische wie die klinische Fülle des Autors sind in der deutschen Übersetzung somit nur mit störenden Kürzungen wiedergegeben – was in einer hoffentlich folgenden nächsten Auflage korrigiert werden wird.

Prof. Dr. med. Klaus Hoffmann,
Reichenau

Ein Kompendium der Gruppenentwicklung

Rubner, A. & Rubner, E. (2016). Unterwegs zur funktionierenden Gruppe. Die Gestaltung von Gruppenprozessen mit der Themenzentrierten Interaktion. Gießen: Psychosozial, 172 Seiten, 19,90 €

Wer den Titel des vorliegenden Buchs wörtlich nimmt, könnte zu der Annahme verführt werden, es handle sich um einen wohlfeilen Ratgeber, wie man eine Gruppe zum „Funktionieren" bringt. Aber diese Auffassung würde der Intention der Autoren nicht gerecht, wie sie selbst im Vorwort betonen. Angelika Rubner und Eike Rubner bieten vielmehr ein gleichermaßen theoretisch fundiertes wie praxisrelevantes Kompendium der Entwicklungsphasen und -potenziale von Gruppen aller Art, seien sie psychotherapeutisch, pädagogisch oder beruflich ausgerichtet. Ihre Zielgruppe sind Fachleute aus Psychotherapie, Supervision und Beratung sowie aus Schule, Hochschule und Teamentwicklung, die solche Gruppen leiten oder supervidieren.

Das Autorenteam – beide sind seit Jahrzehnten als Klinische Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten/Psychoanalytiker tätig – entwickelt hier ein neues, eigenständiges Modell von Gruppen, dem wissenschaftlich betrachtet eine anspruchsvolle Synthese psychoanalytischer, gestaltpsychologischer und interaktionistischer Sichtweisen auf Gruppenprozesse zugrunde liegt. Gerahmt und fundiert wird die Position von den methodischen Postulaten der Themenzentrierten Interaktion (TZI), einer Gruppentheorie, die der humanistischen Psychologie zuzurechnen ist. Präzise grenzen die Autoren den Begriff „Gruppe" gegen andere Konstellationen ab (S. 17-23), erläutern anschaulich die Notwendigkeit und die Leistungen unterschiedlicher „Rollen" in Gruppen (S. 24-39), führen historisch und systematisch in das Modell der TZI ein (S. 41-64) und bieten einen verdichteten Abriss relevanter Zentralbegriffe wie Projektion, Übertragung, Widerstand, Krise oder Störung, der auch die tiefenpsychologische Bedeutung von Träumen für die Gruppenentwicklung berücksichtigt (S. 65-100).

Das Herzstück des Buchs bildet das genuine Modell der sechs „Entwicklungsphasen in Gruppen" der Autoren (S. 101-167), das sich nun auf dieser Theoriebasis als *idealtypischer dynamischer Gruppenverlauf* und nicht als normativ gesetzte Abfolge notwendiger Ereignisse lesen lässt. Die Erläuterungen der Phasen und ihrer Charakteristika durchleuchten einerseits die *Makroprozesse* eines Gruppengeschehens, das sich von der Orientierung und Annäherung über die – auch konfliktträchtige – Verdichtung in den antagonistischen Strebungen der Zusammengehörigkeit und Abgrenzung bis hin zu vertrauensvollem Zusammenwirken und gelingendem Auseinandergehen entfaltet. Andererseits trägt das Modell erheblich dazu bei, auch *Mikroprozesse* individueller Aktionen, Interaktionen und Kontraaktionen besser zu verstehen, indem man Beiträge und Verhaltensweisen von Gruppenmitgliedern unter dem Blickwinkel der Gruppenphase und der in ihr besonders virulenten psychischen Mechanismen betrachtet. Hier gibt das Buch wichtige Impulse, die angemessene (Selbst-)Reflexionen und Interventionen für Leiter bzw. Supervisoren und weiterführende Prozessschritte anregen können.

Unverkennbar argumentieren Rubner und Rubner, der eigenen professionellen Basis und der Genese der TZI entsprechend, überwiegend von einem psychoanalytischen Standpunkt aus: Es geht ihnen immer um *das vertiefte, behutsam aufdeckende Verstehen* intrapsychischer und interpersoneller Prozesse, die sich in der Begegnung von Menschen ereignen. Dass sie hierbei der Figur des Leiters eine zentrale Aufgabe als Projektionsfläche, Modell und steuernde Instanz zuweisen, ist nicht nur eine Folge der Adressatenorientierung des Buchs, sondern auch des theoretischen Ansatzes, mit dem sie die von der TZI propagierte partizipative Teilhabe des Leiters am Gruppengeschehen mit einem konturierten Rollenverständnis füllen.

In seiner Neuartigkeit und Kompaktheit ist das Buch ein großer Gewinn für alle professionellen Praktiker, die Entwicklungen von Gruppen sowohl tiefer verstehen als auch besser (an-)leiten können wollen. Es bietet darüber hinaus auch jenen, die sich theoretisch mit Gruppenprozessen auseinandersetzen, zahlreiche intellektuelle Anregungen und macht sie mit einem aus der Gruppenpraxis und der Gruppentheorie abgeleiteten plausiblen Modell vertraut. In diesem Kontext erscheinen einige Aspekte jedoch auch durchaus diskussionsbedürftig: So die Figur des „Gegners" als für die Gruppenbildung konstitutives Element in dem herangezogenen Interaktionsmodell von Schindler (S. 21, 24 u. ö.), dessen Terminologie jedoch trotz aller (Um-)Deutungen als „Gegenüber", „Begegnendes" oder schlicht als „Aufgabenstellung" in Spannung zur Konsens-Orientierung des humanistischen Ansatzes steht; ähnliches ließe sich auch gegen die Verwendung der gestaltpsychologischen „Figur-Hintergrund"-Dichotomie (S. 65 ff.) einwenden. Auch wäre es vor dem antifaschistischen Hintergrund der TZI interessant, die aus einem vergleichbaren Begründungskontext entstandene Phänomenologie der „Masse" bei Canetti den Positionen von Le Bon und Freud (S. 20 f.) gegenüberzustellen. Diese Einwände schmälern jedoch den Wert des Buchs keineswegs, sondern zeigen auf, in welch gewinnbringender Weise sich die angestoßene Diskussion weiterführen ließe.

Prof. Dr. Gerhard Härle,
Heidelberg

Psychoanalytisches Verstehen – die Konfliktachse der OPD-KJ-2

Seiffge-Krenke, I., Dietrich, H., Adler-Corman, P., Timmermann, H., Rathgeber, M., Winter, S. & Röpke, Ch. (2016). Die Konfliktachse der OPD-KJ-2. Ein Fallbuch für die klinische Arbeit (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 164 Seiten, 19,99 €

Nachdem die erste Auflage des 2014 erschienenen „Fallbuch für die klinische Arbeit", so der Untertitel zu dem Buch „Die Konfliktachse der OPD-KJ-2", schnell vergriffen war, ist im Jahr 2016 eine zweite unveränderte Auflage erschienen. Das ist aus mehreren Gründen erfreulich. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) ist ein kommunikationsförderndes Instrument im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie, das es ermöglicht, interdisziplinär miteinander in einen nachvollziehbaren Austausch über Diagnose, Indikation und Behandlung zu kommen. Ursprüngliches Anliegen der interdisziplinär arbeitenden Arbeitsgruppe OPD-KJ war 1996 die Verbesserung der Reliabilität und Validität psychodynamischer Diagnostik durch Operationalisierung ihrer zugrunde liegenden Konstrukte (vergl. OPD-KJ-2, 2013, S. 15). Der Zugang der OPD-KJ ist entwicklungspsychologisch, d. h., sie verbindet in der Diagnostik entwicklungspsychologische mit klinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Perspektiven (2014, S. 11). Der psychodynamische Ansatz ermöglicht über die Feststellung von Symptomen hinaus auch die Formulierung von Erklärungen dahingehend, warum eine Patientin oder ein Patient ein Symptom zu einem bestimmten Zeitpunkt entwickelt und dieses aufrechterhält. Die OPD-KJ generell ist nicht ohne Kritik unter psychoanalytisch arbeitenden Kollegen und Kolleginnen geblieben, die bemängeln, dass ein Manual dem Zugang zum dynamischen Unbewussten abträglich sei.

Dass psychoanalytisch und tiefenpsychologisch ausgebildete Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendpsychiater anhand klinischer Fallvorstellungen zeigen, wie sie das Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik zur Einschätzung der Diagnose, Indikation und Behandlung gewinnbringend für ihre analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Arbeit nutzen, könnte die Skeptiker vielleicht positiver stimmen.

Auf insgesamt 164 Seiten veranschaulichen die Autorinnen anhand vieler klinischer Beispiele den diagnostischen Zugang, das psychotherapeutische Arbeiten mit Babys, Kindern, Jugendlichen und die dazugehörige begleitende Arbeit mit den Eltern. Dabei liegt der Fokus auf der „schwierigsten und psychodynamischsten" der vier Achsen, auf der Konfliktachse. Aber auch der Stellenwert der Strukturachse sowie die Bedeutung der anderen zwei Achsen Beziehung und Behandlungsvoraussetzungen werden hervorgehoben.

Im ersten Viertel des Buches gehen die Autorinnen auf zwei wichtige Fragen ein: einmal darauf, ob sich die OPD-KJ-2 auch für Babys eignet, und dann auf die Frage, ob auch gesunde Kinder und Jugendliche intrapsychische, entwicklungshemmende Konflikte haben. Beide Fragen werden differenziert behandelt. Angesichts der Tatsache, dass die Altersfenster bei der OPD-KJ-2 aus nachvollziehbaren Gründen erst mit dem 3. Lebensjahr beginnen (Alterstufe 1, 3-5 J.), halte ich es für einen großen Verdienst der Autorinnen, dass sie sich mit der OPD auch in Hinblick auf Babys beschäftigt haben.

Wichtig zu wissen ist, dass die Konfliktachse danach eingeschätzt wird, um welchen zeitlich überdauernden intrapsychischen und entwicklungshemmenden unbewussten Konflikt es geht und nach welchem Modus, passiv oder aktiv, dieser verarbeitet wird. Bei Babys kann es einen solchen Konflikt noch nicht geben, da sich das Ich des Säuglings sowie seine psychische Struktur in Austausch mit den Bezugspersonen erst entwickelt und viele Symptome, die die anfängliche Entwicklung begleiten, den Charakter von Durchgangssymptomen haben (2014, S. 21). In zwei Beispielen wird anschaulich gezeigt, welche Konfliktvorläufer bei Babys in Zusammenhang mit ihren Eltern vorkommen können, was transgenerationale Weitergabe in diesem Zusammenhang bedeutet und von welchen Vorgehensweisen Baby und Eltern profitieren.

Weitere Abschnitte beschäftigen sich mit der OPD-KJ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis und Implikationen für die Arbeit in der Jugendhilfe sowie dem Verlauf einer tagesklinischen Behandlung.

Hilfreich ist das Fallbuch auch bei der oft schwierigen Arbeit der Berichterstattung an den Gutachter. Wobei kritisch anzumerken ist, dass der Ableitung der Psychodynamik ausgehend vom szenischen Verstehen gern mehr Raum hätte gegeben werden können. Dem Aspekt der OPD-KJ-2 in der Antragstellung, Supervision und Intervision ist ein eigenes 13-seitiges Kapitel gewidmet.

In einer dreiseitigen Tabelle sind die Konfliktthemen sowie die Verarbeitungsmodi noch einmal übersichtlich dargestellt. Für alle, die in der Lehre tätig sind, eine hilfreiche Vorlage. Für praktisch Tätige wie für Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, die sich für psychodynamisches Verstehen interessieren, ist das kleine blaue Buch als Kompendium empfehlenswert.

Dipl.-Päd. Ulrike Held,
Potsdam

Körpererleben als Basis des Selbsterlebens

Geuter, U. (2015). Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer, 379 Seiten, 49,99 €

Es gibt wohl keine Psychotherapieform, die so komplex ist wie die Körperpsychotherapie. Auch gibt es keine andere Psychotherapieform, die so viele unterschiedliche Schulen hervorgebracht hat. Psychotherapeutinnen und -therapeuten nehmen irritiert zur Kenntnis, dass sehr viele Ansätze der Körperpsychotherapie jeweils etwas anderes gleichwohl Bedeutsames zum Verständnis der menschlichen Existenz und der Heilung menschlicher Probleme beizutragen haben. Man ist geneigt zu resignieren, wenn man sich vor Augen führt, dass man das alles verstehen müsste: entwicklungspsychogische, charaktertypologische, tiefenpsychologische, anthropologische, physiologische, ausdruckpsychologische, energetische und spirituelle Aspekte, Achtsamkeit, Aktivierung, Atmung, Bewegung, Embodiment, somatische Marker und hundert hochinteressante Details. Man steht ratlos davor und fragt sich, wie das alles zusammenhängt. Zumal viele Autoren behaupten, die eigentlich wahre Körperpsychotherapie formuliert zu haben.

Ulfried Geuter ist es in einem großartigen Wurf gelungen, die theoretische und methodische Vielfalt der Körperpsychotherapien auf wenige allgemeinpsychologische Grundprinzipien der Wahrnehmung, des Körpererlebens, Gedächtnisses, Affekts, der Entwicklung, Abwehr und Kommunikation zurückzuführen. Es ist, als würden sich bei der spannenden Lektüre des Buches die Nebel lichten und einen klaren Blick auf die komplexe Materie frei geben. Begünstigt wird die leicht verdauliche Präsentation durch eine gute didaktische Aufarbeitung des Stoffes, mit vielen Fallbespielen und therapeutisch-methodischen Hinweisen.

Geuter stellt die Körperpsychotherapie als ein erlebniszentriertes Psychotherapieverfahren vor. Ausgehend vom Paradigma des *Embodied Mind*, das heute in vielen wissenschaftlichen Disziplinen rezipiert wird, begründet er, warum er den Menschen als erlebendes und handelndes Subjekt in den Mittelpunkt seiner körperpsychotherapeutischen Theorie stellt.

Das Buch beginnt mit einem Kapitel zur Definition der Körperpsychotherapie als ein Verfahren, das sich psychischer und körperlicher Mittel der Behandlung bedient. Die beiden folgenden Kapitel widmen sich der Geschichte und einigen historisch gewachsenen „Denkfiguren" der Körperpsychotherapie sowie ihren unterschiedlichen Schulen. Im Unterschied zu anderen Darstellungen stellt Geuter die Bezüge der Geschichte zu lebensphilosophischen Gedanken heraus. Ihnen folgen drei Kapitel, in denen er das erlebniszentrierte und phänomenologische Herangehen begründet, ein Modell von drei Schichten des Erlebens vorstellt, einer vegetativen, einer muskulär-motorischen und einer kognitiven, und erläutert, warum er das Körpererleben als Basis des Selbsterlebens ansieht.

Die folgenden Kapitel widmen sich den genannten allgemeinpsychologischen Prinzipien. Leserinnen und Leser erfahren dabei unter anderem, welche klinischen Schlüsse sich aus der Embodiment-Forschung ziehen lassen oder welche psychotherapeutischen Aufgaben man aus psychologischen Modellen der Emotionen ableiten kann. Geuter stellt dabei immer wieder die Verbindung zwischen theoretischen Überlegungen und therapeutischer Anwendung her.

In weiteren Kapiteln fasst er u. a. die Theorie der affektmotorischen Schemata von Downing zusammen, die er als Muster der Organisation von Erfahrung betrachtet, oder die Theorie der Charakterstrukturen, die er als Stile des Umgangs mit Erfahrungen vorstellt. Interessant und ungewöhnlich für ein Buch über Psychotherapie ist auch ein Kapitel über die körperliche Kommunikation in der therapeutischen Beziehung, an das sich Überlegungen zum körperpsychotherapeutischen Verständnis von Prozessen der Übertragung und Resonanz anschließen.

Es gibt zurzeit kein anderes Buch, das diesen wertvollen, weil umfassenden psychotherapeutischen Ansatz den Lesenden so systematisch, klar und verständlich nahebringt.

Prof. Dr. med. Dirk Revenstorf,
Tübingen

Focusing – erlebnisfördernde Interventionen

Renn, K. (2016). Magische Momente der Veränderung – was Focusing bewirken kann. München: Kösel, 335 Seiten, 24,99 €

Das bewährte emotionszentrierte Verfahren „Focusing" stammt aus dem personzentrierten Kontext und hat inzwischen Eingang in verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Ansätze gefunden. In diesem Lehrbuch stellt Klaus Renn, einer der bekanntesten Focusing-Ausbilder im deutschsprachigen Raum, die Methode in ihren aktuellen Weiterentwicklungen dar. Anhand von Transkripten aus Therapiesitzungen und mithilfe von für Leserinnen und Leser geeigneten Wahrnehmungsübungen, die von Zeit zu Zeit in den Text eingestreut sind, stellt Renn die dem Focusing eigene Art der Prozessbegleitung dar. Theoretische Erklärungen und Einordnungen sind kurz gehalten. Das Buch wendet sich an klinisch arbeitende Psychotherapeuten, die erfahren wollen, wie Focusing im konkreten Therapieprozess angewandt wird.

In den ersten vier Kapiteln werden die therapeutischen Grundhaltungen focusingorientierten Begleitens (Absichtslosigkeit, Präsenz) und die wichtigsten Grundkonzepte (FreiRaum, körperlicher *felt sense*, organismischer Prozess, implizites und explizites Erleben) vermittelt. Anschließend erhalten die Leserinnen und Leser Hinweise zu den Hauptstrategien der Prozessbegleitung (*Listening, Guiding*) mit einer Vielzahl konkreter Formulierungshilfen für unterschiedliche Situationen des Gesprächs. Ergänzt werden diese ersten Kapitel um Leitfäden für das kollegiale sowie auch das Selbst-Focusing. Die Kapitel fünf bis 13 sind psychotherapeutischen Themen gewidmet und der spezifischen Herangehensweise der Focusing-Therapie. Folgende Themen werden anwendungsbezogen dargestellt: Selbstfürsorge und bifokale Aufmerksamkeit des Psychotherapeuten, Unterbrechen unproduktiven Verbalisierens, Markieren bedeutungsvollen Erlebens, Modalitätenwechsel, Ermutigung von Handlungsschritten, Arbeit mit inneren Anteilen (z. B. dem „inneren Kind" oder dem „inneren Kritiker"), Umgang mit Gegenübertragungsprozessen (*Responding, Refilling*), Arbeit mit strukturgebundenem Erleben (festgefahrenen Mustern), Arbeit mit traumabedingten Erlebensweisen.

Wer an Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit oder zur Indikation für Focusing-Therapie interessiert ist, wird dazu in diesem Buch keine Hinweise finden (empfohlen seien entsprechende Publikationen von Rainer Sachse oder Leslie S. Greenberg). Renn ist einem dialogischen Modell der psychotherapeutischen Interaktion verpflichtet und lehnt eine diagnostische Herangehensweise ab. So versucht er, mit den Leserinnen und Lesern in einen Dialog zu treten, seine Sprache ist anschaulich, konkret und persönlich. Auch auf Berührungspunkte der Focusing-Therapie zu anderen Psychotherapieformen (speziell der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie) geht Klaus Renn leider nur sehr kurz ein. Neuere Entwicklungen wie Schematherapie sowie achtsamkeits- und mentalisierungsbasierte Ansätze kommen nicht zur Sprache. Gerade hier wäre aufgrund zahlreicher Gemeinsamkeiten und Überschneidungen eine ausführlichere Diskussion interessant gewesen.

Psychotherapeutinnen und -therapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierung, die interessiert sind, ihr Repertoire an erlebnisfördernden Interventionen zu erweitern, werden in dem Buch eine Fülle von Anregungen und praxisorientierten Hinweisen finden.

Christian Bartmann,
Berlin

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Nach der Bundestagswahl: Reform der Ausbildung und der Bedarfsplanung umsetzen

Der 30. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) sprach sich mit überwältigender Mehrheit für die Reform der Psychotherapeutenausbildung aus. Diese Reform gehört zu den wichtigsten Forderungen der Profession für die nächste Legislaturperiode.

v. l. n. r.: Roman Rudyk, Cornelia Rundt, Dr. Dietrich Munz

Wachsender Bedarf an Psychotherapie

Die niedersächsische Sozialministerin Cornelia Rundt betonte in ihrem Grußwort, wie wichtig es sei, dass jeder Patient sich sicher sein könne, verlässlich und in der angemessenen Qualität versorgt zu werden. Roman Rudyk begrüßte die Delegierten als Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und wies auf die Bandbreite der Psychotherapie in Deutschland hin. Trotz der beeindruckenden Heterogenität der Berufsgruppe ziehe die Profession in zentralen Fragen an einem Strang.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Zur Reform der Psychotherapeutenausbildung beschrieb Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), eingangs, wie in den zurückliegenden zwei Jahren vom Kompetenzkatalog für das Approbationsstudium über die Details einer Approbationsordnung, den Eckpunkten der Weiterbildung und ihrer Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich das dem DPT vorliegende Gesamtkonzept entwickelt wurde.

Inhalte und Strukturen des Approbationsstudiums

Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsident der BPtK, stellte die angestrebten Inhalte und Strukturen des Approbationsstudiums vor. Ziel ist ein Approbationsstudium auf Masterniveau, das mit einem Staatsexamen abschließt. Delegierte betonten, dass Psychotherapeuten sowohl wissenschaftlich als auch praktisch qualifiziert werden und lernen sollten, wissenschaftlich zu denken. Weiterhin sollte es auch ausreichend Freiräume für individuelle Schwerpunkte geben. Lernprozesse erforderten aber auch praktisches Handeln; ausreichende Praktika während des Studiums seien unverzichtbar, mahnten die Delegierten.

Inhalte, Strukturen und Finanzierung der Weiterbildung

Dr. Andrea Benecke, Wolfgang Schreck und Peter Lehndorfer stellten für den BPtK-Vorstand die Konzepte zu Inhalt, Strukturen und Finanzierung der Weiterbildung vor. An das Approbationsstudium soll sich eine fünfjährige Weiterbildung in hauptberuflicher Stellung anschließen, in der sich Psychotherapeuten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen spezialisieren und sich für ein psychotherapeutisches Verfahren qualifizieren. Die Weiterbildung soll sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stattfinden, um sicherzustellen, dass sich die Tätigkeitsschwerpunkte der Psychotherapeuten in der Weiterbildung wiederfinden. In der Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Suchthilfe oder in der Gemeindepsychiatrie liegen weitere wichtige Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten, sodass optional auch dort eine Weiterbildung von bis zu einem Jahr ermöglicht werden soll. Das Konzept fordert, dass in allen Bereichen die Organisation und Finanzierung der Weiterbildung gesichert werden. Im stationären Bereich sieht es Parallelkonstruktionen zur ärztlichen Weiterbildung vor. Im ambulanten Bereich sollen Organisations- und Finanzierungsmodelle realisiert werden, die es den heutigen staatlich anerkannten Ausbildungs-

stätten erlauben, künftig vergleichbare Aufgaben als so genannte Weiterbildungsinstitute in angemessener und darlegungsfähiger Qualität zu erfüllen. Sowohl zur stationären als auch zur ambulanten Weiterbildung enthält das Konzept konkrete Vorschläge für Organisations- und Finanzierungsmodelle. Für den komplementären Bereich soll eine Expertise in Auftrag gegeben werden, sodass die Profession auch hier ein schlüssiges Organisations- und Finanzierungskonzept vorlegen kann.

Intensiv diskutierten die Delegierten den Umfang der ambulanten Weiterbildung, der von derzeit 600 Stunden in der Ausbildung auf 1.600 Stunden in der ambulanten Weiterbildung steigen soll. Dem Argument, die heutige Ausbildung habe eine gute Qualität und müsse daher nicht so deutlich in der zukünftigen Weiterbildung ausgeweitet werden, wurde entgegengehalten, dass man Ausbildung nicht mit Weiterbildung verwechseln dürfe. Künftig lerne man während der Weiterbildungszeit im Rahmen einer Berufstätigkeit. Dies sei eine grundsätzlich andere Situation, die es ermögliche, ein breiteres Qualifikationsprofil zum Inhalt der ambulanten Weiterbildung zu machen. Der Vorschlag, für die stationäre Weiterbildung ebenfalls differenzierte Anforderungen vorzusehen, traf auf große Zustimmung. In der stationären Weiterbildung entstehe ein geschützter Raum, in dem Psychotherapeuten lernen können, in einem Team schwierige Behandlungssituationen zu bewältigen und sich in komplexe Behandlungsprozesse einzubringen.

Dr. Andrea Benecke

Reform der Bedarfsplanung überfällig

Im Bericht des Vorstandes skizzierte Dr. Munz die Notwendigkeit, so schnell wie möglich die Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu reformieren. Dank der Psychotherapie-Richtlinie erhalten Patienten künftig zwar zeitnah einen Termin in einer psychotherapeutischen Sprechstunde. Sie wissen danach, ob sie psychisch krank sind und welche Behandlung der Psychotherapeut ihnen empfiehlt. Wenn sie jedoch keine Akutbehandlung benötigen, also weder von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind noch ansonsten eine Krankenhauseinweisung notwendig wäre, werden Patienten voraussichtlich noch länger als in der Vergangenheit auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie warten müssen.

Krankenkassen und „alternative Fakten“

Dr. Munz erinnerte daran, dass der Gesetzgeber eigentlich die Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie und parallel die Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegeben hatte. Der G-BA hat jedoch die gesetzlich vorgegebene Frist für die Reform der Bedarfsplanung nicht eingehalten. Der BPtK-Präsident machte deutlich, dass man sich wenig Hoffnung machen könne, dass im G-BA zeitnah eine Lösung für die psychotherapeutischen Versorgungsprobleme gefunden werde. Die Kassen seien nicht bereit, die Versorgungslage mit monatelangen Wartezeiten zur Kenntnis zu nehmen. Die Krankenkassen blieben bei der These, dass es über 4.000 abbaubare Praxissitze gebe und die Lösung des Problems darin bestehe, pauschal Praxissitze ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent abzubauen. Die Kassen versuchten mit alternativen Fakten eine sachgerechte Reform der Bedarfsplanung zu verhindern.

Dr. Dietrich Munz

Vorgaben des Gesetzgebers notwendig

Wenn man trotzdem eine Reform wolle, brauche man Vorgaben des Gesetzgebers. Ziel der BPtK sei es daher, den Gesetzgeber davon zu überzeugen, zu Beginn der nächsten Legislaturperiode den G-BA mit einer vorgezogenen Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu beauftragen. Vorteil sei, dass man dann Lösungen für die spezifischen Probleme der psychotherapeutischen Versorgung finden könne. Die BPtK habe mit Unterstützung des IGES-Instituts und Prof. Dr. Frank Jacobi ein umsetzungsreifes Konzept vorgelegt, mit dem man sowohl die Morbidität als auch die Sozialstruktur in den einzelnen Regionen bei der Planung der psychotherapeutischen Versorgungsdichte berücksichtigen könne – so wie es vom Gesetzgeber gefordert wird. Er hoffe, dass man mit diesem Konzept die Politik überzeugen werde, dem G-BA eine angemessene Lösung für die psychotherapeutische Versorgung ins Stammbuch zu schreiben. Ziel sei auch zu verhindern, dass die jetzige „Soll“-Reglung zum Abbau von Psychotherapeutensitzen in eine „Muss“-Regelung umgewandelt wer-

de. Die von den Krankenkassen vorgeschlagene Pauschallösung komme einem Kahlschlag in der psychotherapeutischen Versorgung gleich.

Probleme in Ballungsgebieten

Der DPT begrüßte den Ansatz, regionale Veränderungen der Morbiditäts- und Sozialstruktur und den damit verbundenen Behandlungsbedarf empirisch zu ermitteln und in der Bedarfsplanung abzubilden. Es wurde kritisch angemerkt, dass auch mit dem Bedarfsplanungskonzept der BPtK, selbst wenn Mitversorgungseffekte berücksichtigt würden, in Ballungsgebieten Versorgungsgrade ausgewiesen werden, die den Erfahrungen der Psychotherapeuten und Patienten vor Ort erheblich widersprechen. Während das Konzept Versorgungsgrade über 140 Prozent und damit nominell eine Überversorgung ausweise, warteten die Patienten auch in den Ballungsgebieten monatelang auf einen Therapieplatz und müssten eine Versorgung im Wege der Kostenerstattung suchen, weil sie keinen zugelassenen Psychotherapeuten finden. Der Vorstand sagte zu, gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern und den Vertretern der Psychotherapeuten in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) weiter nach gangbaren Lösungen für die betroffenen Regionen zu suchen, wie zum Beispiel durch die Prüfung weiterer versorgungsrelevanter Indikatoren, und erarbeitete Ergebnisse bei der Entwicklung einer Gesamtkonzeption einzubinden.

Unterversorgung in ländlichen Regionen

Der Vorstand gab dabei zu bedenken, dass das Bevölkerungswachstum in Ballungsgebieten bereits heute durch die Systematik der Bedarfsplanung und die spezifische Morbidität und Sozialstruktur in den Großstädten durch den Bedarfsindex erfasst werde. Worüber man nun nachdenken müsse, sei, wie man die Versorgungsrelevanz von Praxen angemessen belege und ob man den Aufsatzpunkt des Bedarfsindex, also letztlich eine Verhältniszahl, anders definieren könne. Man dürfe jedoch bei all dem die prekäre und vielerorts nicht

Versammlungsleitung: Jürgen Golombek, Birgit Gorgas, Johannes Weisang

hinnehmbare Versorgungssituation in ländlichen Gebieten nicht aus den Augen verlieren. Ein zentraler Vorteil des BPtK-Konzeptes sei, dass sich dort die Versorgung nachhaltig verbessern würde. Hier fehlten für eine annähernd angemessene Versorgung tausende Psychotherapeuten. Häufig verzichteten Patienten dort auf eine psychotherapeutische Behandlung, weil Patienten und Ärzte von der gravierenden Unterversorgung entmutigt seien. Kostenerstattung als Ventil für eine unzureichende Bedarfsplanung werde in ländlichen Regionen kaum angeboten. Für psychisch kranke Menschen auf dem Land bedeutet das, dass sie nicht einmal ansatzweise mit dem Ausreichenden, Zweckmäßigen und Notwendigen versorgt würden.

Frauen in der Berufspolitik

Dr. Andrea Benecke stellte für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Frauen in der Berufspolitik" erste Arbeitsergebnisse vor. 72 Prozent der Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern seien Frauen und 28 Prozent der Mitglieder Männer, aber diese Geschlechteraufteilung spiegele sich in den Gremien der Landeskammern und der Bundeskammer nicht wider. Die Verteilung der Delegierten in den Vertreterversammlungen bzw. im DPT sei noch annähernd pari, aber sie ändere sich schrittweise zu Ungunsten der Frauen mit steigender Relevanz der Gremien. Nur 25 Prozent der Landeskammerpräsidenten seien Präsidentinnen und der Anteil der Frauen im Bundesvorstand der BPtK mache nur 20 Prozent aus. Vor diesem Hintergrund plane man, dem nächsten DPT eine Quotenregelung vorzuschlagen, mit der eine angemessene Repräsentanz der Geschlechter in allen Gremien der BPtK erreicht werde. Man wolle für den fünfköpfigen Bundesvorstand festlegen, dass mindestens zwei Frauen und mindestens zwei Männer vertreten sein müssten. Eine Geschlechterquote solle auch für das Präsidium (Präsident und Vizepräsidenten) eingeführt werden.

Psychotherapie bei Diabetes – Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Dr. Bruno Waldvogel erläuterte für die Kommission Zusatzqualifizierung den Vorschlag zur Erweiterung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) um den Bereich „Psychotherapie bei Diabetes". Diabetes sei eine weit verbreitete Stoffwechselerkrankung, die hohe Anforderungen an das Selbstmanagement der Patienten stelle. Dies führe zu psychosozialen Belastungen und psychischen Erkrankungen, die für die Patienten mit dem Risiko erheblicher gesundheitlicher Folgekomplikationen verbunden seien. Deshalb forderten auch einschlägige Leitlinien eine psychosoziale, psychologische und auch psychotherapeutische Behandlung von Diabetespatienten, die aufgrund psychischer Belastungen oder Störungen dem nötigen Selbstmanagement nicht

30. Deutscher Psychotherapeutentag

nachkommen können. Die Behandlung von Menschen mit Diabetes in interdisziplinären Teams stelle an die Psychotherapeuten spezifische Anforderungen für die in der Psychotherapeutenausbildung nicht ausreichend Kenntnisse vermittelt würden. Es gehe um ein spezifisches Wissen zu den physiologischen und medizinischen Grundlagen des Diabetes und den damit verbundenen Anforderungen an eine patientenorientierte Psychotherapie. Der DPT stimmte dem Vorschlag zu und erweiterte die MWBO um den Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes". Die aktualisierte MWBO kann über die Homepage der BPtK heruntergeladen werden: www.bptk.de/recht/satzungen&ordnungen.

Politik für psychisch kranke Menschen – Positionen für die 19. Legislaturperiode

Der 30. DPT diskutierte die Anregungen der Psychotherapeutenschaft für die Politik der nächsten Legislaturperiode. Eingangs verdeutlichte Dr. Munz nochmals, dass die Politik viele Gründe habe, sich mit der Versorgung psychisch kranker Menschen zu beschäftigen. Psychische Erkrankungen, so Munz, sind immer noch die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit und nahezu jede zweite Frühverrentung wird durch psychische Erkrankungen verursacht. Darauf müsse man auf verschiedenen Ebenen reagieren. Die gute Nachricht sei: Psychotherapie ist eine sehr wirksame Behandlung. In den letzten Jahrzehnten sei belegt worden, dass bei fast allen psychischen Erkrankungen Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie das geeignete Mittel ist. Die schlechte Nachricht jedoch sei: Psychotherapie steht den Patienten nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung – weder im ambulanten noch im stationären Bereich. Psychisch kranke Menschen werden im deutschen Gesundheitssystem nicht mit dem Ausreichenden, Zweckmäßigen und Notwendigen versorgt, obwohl sie – wie somatisch kranke Menschen – darauf einen Anspruch haben, betonte Dr. Munz. Die Gesundheitspolitik sehe dieses Problem. In der zu Ende gehenden Legislaturperiode habe sie den G-BA beauftragt, die Bedarfsplanung zu reformieren und Mindeststandards für ausreichendes Personal in Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln. In beiden Fällen habe sie von der Notwendigkeit gesprochen, insbesondere eine psychotherapeutische Versorgung besser sicherzustellen. Aber im G-BA bewege sich wenig. Deshalb sei es so wichtig, dass die Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode durch detailgenaue Fristen und eine enge Begleitung der Arbeit des G-BA die Umsetzung der Gesetze sicherstelle.

Der Deutsche Psychotherapeutentag verabschiedete einstimmig fünf Resolutionen:

- Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge sicherstellen
- Absoluter Schutz psychotherapeutischer Gespräche notwendig – Bundeskriminalamtgesetz dringend überarbeiten
- Bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung sichern
- Wissenschaftliche Grundlage unverzichtbar!
- Respekt zeigen, Toleranz leben, Demokratie schützen

Den ausführlichen DPT-Bericht finden Sie auf der Homepage der BPtK: www.bptk.de.

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zu neuen Leistungen

BPtK fordert Beanstandung

Am 29. März 2017 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss mit den Stimmen der Krankenkassen und des Unparteiischen Vorsitzenden gegen die Stimmen der KBV die Vergütung der neuen Leistungen der Sprechstunde und der Akutbehandlung beschlossen. Der Beschluss konterkariert die Intentionen des Gesetzgebers, Patienten flächendeckend einen schnelleren Zugang zum Psychotherapeuten zu verschaffen und eine bessere Akutversorgung zu ermöglichen. Seit Jahren wehren sich die Krankenkassen dagegen, ausreichend Behandlungsplätze für psychisch kranke Menschen zu schaffen. Die gesetzliche Frist für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung ist jüngst zum Jahreswechsel verstrichen. Gleichzeitig verweigern die Krankenkassen eine angemessene Honorierung psychotherapeutischer Leistungen.

Die Durchführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung beinhaltet für die Psychotherapeuten einen deutlich höheren zeitlichen Aufwand, insbesondere für die Vor- und Nachbereitung, als z. B. eine normale Behandlungsstunde. Dennoch haben die Krankenkassen eine im Vergleich um 3,5 Prozent niedrigere Vergütung durchgesetzt. Diese schlechtere Vergütung wurde mit einem vermeintlich geringeren zeitlichen Aufwand für diese Leistungen begründet.

Auch die Strukturzuschläge, deren Abschaffung die KBV gefordert hatte, bleiben bestehen. Zwar wurde für die Sprechstunde und die Akutbehandlung ein eigener Strukturzuschlag eingeführt und diese Leistungen werden auch in die Berechnung der Höhe der Zuschläge einbezogen. Andere zeitgebundene, nicht-genehmigungspflichtige Leistungen, wie Probatorik, übende Interventionen und die zehnminütige Gesprächsziffer, die für eine niederschwellige Versorgung von psychisch Kranken besonders bedeutsam sind, bleiben aber weiterhin unberücksichtigt. Auch die Kalkulation der Höhe der Zuschläge bleibt weitgehend unverändert. Somit werden die Kosten für Praxispersonal auch künftig selbst für maximal ausgelastete Praxen nur unvollständig refinanziert. Die Berechnung der Strukturzuschläge für das Praxispersonal ist aus Sicht der BPtK eindeutig rechtswidrig. In einem Urteil vom März dieses Jahres hatte auch das Sozialgericht Marburg bereits festgestellt, dass die seit 2012 geltenden Strukturzuschläge nicht den Vorgaben des Bundessozialgerichts entsprechen.

Die BPtK hat daher in einem Offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eine gesetzliche Klarstellung gefordert, die dem Bewertungsausschuss eindeutige Vorgaben macht, wann und nach welchen Kriterien er die Entwicklung der psychotherapeutischen Honorare überprüfen und anpassen muss. Zudem hat die BPtK in einem gesonderten Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit die formelle Beanstandung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gefordert.

Im April hat der Bewertungsausschuss im schriftlichen Verfahren eine neue Vergütungssystematik für die Gruppenpsychotherapie beschlossen. Danach wird zum 1. Juli 2017 die Vergütung für die gruppenpsychotherapeutischen Leistungen mit Ausnahme der kleinen Gruppen mit drei oder vier Teilnehmern substanziell angehoben. Die Höhe der Vergütung hängt künftig von der tatsächlichen Teilnehmerzahl in einer Gruppentherapiesitzung ab und schwankt pro Patient und 100-minütiger Therapieeinheit zwischen 51,07 Euro bei neun Teilnehmern und 88,03 Euro bei drei Teilnehmern. Ausführliche Informationen zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie und zu den Honorarbeschlüssen finden sich in der Praxis-Info „Psychotherapie-Richtlinie“ und auf der Homepage der BPtK.

Neue Entgeltordnung des TVöD

Die Tarifpartner im kommunalen Bereich haben sich auf eine neue Entgeltordnung geeinigt. Diese sieht eine Eingruppierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Entgeltgruppe 14 vor. Bisher wurden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Tarifvertrag grundsätzlich in die Entgeltgruppe 11 und Psychologische Psychotherapeuten in die Entgeltgruppe 13 eingruppiert. Vielfach haben Arbeitgeber aber schon bisher Psychotherapeuten nach einer höheren Entgeltgruppe und auch außertariflich vergütet. Der Überleitungstarifvertrag sieht vor, dass eine Höhergruppierung nur auf Antrag erfolgt. In der Regel ist ein Antrag auf Höhergruppierung, die dann rückwirkend zum 1. Januar 2017 erfolgt, sinnvoll. Ein solcher Antrag kann bis Ende des Jahres 2017 (nachweisbarer Eingang beim Arbeitgeber) gestellt werden. Im Einzelfall kann es aber sinnvoll sein, auf einen Antrag auf Höhergruppierung zu verzichten. Das kann so sein, wenn das Erreichen der nächsten Stufe unmittelbar bevorsteht und dort das Entgelt höher ist als in der Stufe, die man bei einer Höhergruppierung erreichen würde. Es empfiehlt sich, sich vor Antragstellung durch eine kompetente Stelle, wie z. B. eine Gewerkschaft oder einen entsprechend spezialisierten Rechtsanwalt, beraten zu lassen.

Die Gewerkschaft ver.di hatte in den Tarifverhandlungen die Eingruppierung von Psychotherapeuten in die Entgeltgruppe 15 gefordert. Diese konnte jedoch in den Verhandlungen mit den kommunalen Arbeitgebern nicht durchgesetzt werden. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer hält für Psychotherapeuten

mindestens die Entgeltgruppe 15 für erforderlich, um Psychotherapeuten adäquat im Tarifrecht abzubilden. Psychotherapeuten sind im Anschluss an ihre Approbation auf Facharztniveau tätig. Eine Einordnung in die Entgeltgruppe 14 bildet dies nicht ansatzweise ab. Aus Sicht der BPtK ist hier eine Nachbesserung dringend erforderlich.

Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Der G-BA hat eine Gruppe von Wissenschaftlern der Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer der TU Dresden (GWT-TUD GmbH) unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen mit der Durchführung einer Studie zur aktuellen Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik beauftragt. Die Vergabe der Studie erfolgte im Rahmen eines europaweiten Ausschreibungsverfahrens. Die Ergebnisse der Studie sollen im Herbst 2018 vorliegen.

Ziel der Studie ist es, repräsentative, empirische Daten zu erheben, die über die bestehende Personalausstattung in den Krankenhäusern und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie Aufschluss geben. Das ist notwendig! Aktuelle und differenzierte Daten zu Art und Anzahl des eingesetzten Personals in den Einrichtungen und des damit realisierten Leistungsspektrums fehlen.

Anlass für die Studie ist der gesetzliche Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), bis zum 1. Januar 2020 neue und verbindliche Mindestanforderungen zur Personalausstattung zu erarbeiten, die eine leitliniengerechte Versorgung in den stationären Einrichtungen ermöglicht. Die Ergebnisse der Studie sollen nicht der Ableitung der neuen Personalanhaltszahlen dienen: Sie sind als empirischer Orientierungs- und Referenzrahmen gedacht, um in einem expertengestützten Prozess zur normativen Festlegung der Personalanforderungen zu kommen.

Neben der Ist-Situation der Personalausstattung soll die Studie auch das konkrete Tätigkeitsspektrum und den Zeitaufwand verschiedener Berufsgruppen für einzelne Tätigkeiten, differenziert nach Patientengruppen, abbilden. Diese Daten können z. B. helfen besser einzuschätzen, welchen Anteil heute Tätigkeiten wie Dokumentation oder Besprechungen im Vergleich zu den unmittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten (Behandlung) ausmachen.

Parallel zur Studie wird der G-BA in den nächsten beiden Jahren Fachgespräche zu den Anforderungen an eine leitlinienorientierte Behandlung verschiedener Patientengruppen durchführen. Hieraus sollen Erkenntnisse dazu gewonnen werden, welche Personalausstattung zur Umsetzung dieser Therapiekonzepte erforderlich ist.

Die BPtK begrüßt die Studie ausdrücklich und wird die Durchführung bestmöglich unterstützen. Aus Sicht der BPtK kann die Studie relevante Erkenntnisse zur Struktur- und Prozessqualität in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen liefern. Sie schließt damit eine wichtige Datenlücke, die von der BPtK schon häufig bemängelt wurde. Auf der Basis der dann vorliegenden Erkenntnisse kann die Anpassung der Personalanforderungen an den heutigen wissenschaftlichen Standard erfolgen.

Studie zur Erhebung und Analyse des Ist-Zustandes der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

Interview mit Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Herr Professor Wittchen, Sie sind vom G-BA damit beauftragt worden, repräsentative Daten zur aktuellen Personalausstattung in den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik zu erheben. Wie werden Sie hierfür vorgehen?

Zunächst sollte ich klarstellen, dass diese äußerst herausfordernde und politisch brisante Studie nicht von mir, sondern einem großen Team von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verant-

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

wortet wird. Dazu gehören im Steering Board neben mir vor allem ausgewiesene Fachleute aus vielen Bereichen, wie die Professoren Dr. Heinrich Kunze (Psychiatrie), Dr. Jörg Fegert (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Dr. Jürgen Wasem (Gesundheitsökonomie und Personalbemessung), Dr. Gerhard Bühringer (Sucht), Dr. Katja Beesdo-Baum (Psychotherapie) und Dr. Gereon Heuft (Psychosomatik), aber auch internationale Experten, wie Prof. Dr. Jürgen Rehm (Toronto). Diese werden von einem breiten Netzwerk von Experten,

wie z. B. Prof. Dr. Renate Schepker, Dr. Markus Hoffmann und vielen anderen unterstützt.

Wir haben nach monatelangen Vorarbeiten entschieden, eine bundesweit repräsentative, nach Merkmalen geschichtete Zufallsstichprobe von Klinikstandorten mit jeweils zwei bis drei Stationen und Funktionsbereichen – also z. B. auch tagesklinischen und ambulanten Angeboten – zu untersuchen. Die merkmalsorientierte Auswahl der Einrichtungen erfolgt im Rahmen einer umfassenderen Vorstudie (Sommer bis Winter 2017), bei der essenzielle Basisdaten der jeweiligen einschlägigen Kliniken durch Befragung der Träger und Leitungsgremien erhoben werden.

Auf dieser Grundlage werden per Zufall 120 Einrichtungen mit jeweils zwei bis drei Stations- bzw. Funktionsbereichen ausgewählt und um Teilnahme an der Hauptstudie (Oktober 2017 bis März 2018) gebeten. Das heißt, wir werden ca. 360 Stationseinheiten aller Art mit dem zugehörigen Personal untersuchen und jeweils auch die dortigen Patienten charakterisieren; allerdings wird aus ethischen und datenschutzrechtlichen Gründen keine direkte Patientenuntersuchung erfolgen. Die Mitteilung, welche Einrichtungen und welche Stationen und Funktionsbereiche ausgewählt wurden, erfolgt im September 2017.

In der Hauptstudie bitten wir die ausgewählten Stationen/Funktionsbereiche, uns zu erlauben, für ca. eine Woche als Gast auf den ausgewählten Stationen bzw. Funktionsbereichen die Hauptstudie durchzuführen. Diese einwöchigen Erhebungsphasen werden durch geschulte Feldteams von je zwei Personen durchgeführt, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz verpflichtet sind. Sie beurteilen standardisiert und persönlich das am Patienten tätige Personal zu Qualifikation, Aufgaben und Tätigkeiten. Dabei kommen neben der Befragung und Beurteilung verschiedene Methoden zum Einsatz: z. B. regelmäßige Smartphone-Abfragen mit sog. „Event Moment Sampling (EMS)“ sowie standardisierte Stationsrundgänge („Multi-Moment Aufnahmen“, MMA), bei denen unsere Feldteams kodieren, was das jeweilige Personal gerade macht. Aus diesen Daten wird dann je nach Funktionsbereich und Personalgruppe der Minutenaufwand von Tätigkeiten kalibriert berechnet.

Alle Informationen werden strikt vertraulich und anonym erhoben. Die Daten erlauben keinen Rückschluss auf Klinik und Person! Und natürlich ist die Teilnahme freiwillig!

Welche Berufsgruppen werden bei der Erhebung berücksichtigt? Und wie planen Sie, innerhalb der Berufsgruppe der „Psychologen“ nach Psych-PV zu differenzieren?

Wir untersuchen alle Berufsgruppen sowohl aggregiert wie auch differenziert entsprechend ihrer verschiedenen Qualifikationen und Ausbildungen. Dies gilt natürlich auch und im Besonderen für die Berufsgruppe der PsychologInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen. Hier differenzieren wir – um die PsychologInnen als Beispiel zu nehmen – hinsichtlich Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen in Ausbildung, Klinischen PsychologInnen (Dipl.-Psych bzw. MA) und anderen PsychologInnen (MA und BA) jeweils mit ihren weitergehenden Qualifikationen. Diese – über die üblichen Konventionen hinausgehenden – Differenzierungen erscheinen uns ebenso erforderlich, wie überhaupt erstmals vertiefend die Ausweitung psychotherapeutischer Interventionen in stationären und teilstationären Behandlungen durch viele Berufsgruppen abzubilden, die sich z. B. auch in z. T. bereichsspezifischen Differenzierungen von Spezialtherapeuten (z. B. Suchttherapeuten) widerspiegelt.

Werden außer den Personalzahlen noch weitere Daten, z. B. zum Tätigkeits- und Leistungsspektrum, erhoben werden?

Ja – wir versuchen insbesondere, um ein Beispiel zu nennen, die heterogene und dynamische Tätigkeitsstruktur der Stations- und Funktionsbereiche soweit wie möglich mit zu berücksichtigen. Die Behandlung in diesen Einrichtungen wird ja weitgehend von einem koordinierten Zusammenspiel des gesamten Teams bestimmt, von der Leitung über die Therapeuten bis hin zu Pflege- und psychosozialen Mitarbeitern. Deshalb werden wir z. B. dem Aufwand hinsichtlich Absprachen und Koordination des Behandlungsgeschehens besondere Aufmerksamkeit schenken. Zudem ist der Behandlungsprozess eines Patienten ja zumeist nicht auf eine Funktionseinheit beschränkt. Deshalb werden wir auch den Übergängen und Prozessen von stationär zu teilstationär sowie zu ambulanten Aufgaben, wie dem Zusammenspiel mit den psychiatrischen Institutsambulanzen, Home Treatment sowie Psychotherapiepraxen, niedergelassenen Fachärzten etc., und ihren Implikationen für das Tätigkeits- und Aufwandsspektrum nachgehen.

Warum sollten sich die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen an der Studie beteiligen?

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland eine sehr heterogene und vielschichtige Versorgungslandschaft entwickelt mit vielen Varianten psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser, die sich z. T. erheblich unterscheiden. Als Beispiele können wir die Größe, die therapeutischen Konzepte und Versorgungsaufträge, die regional unterschiedlichen Strukturen hinsichtlich Spezialisierung und Prozessen anführen. Kurzum, man kann psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen nicht „über einen Kamm scheren“. Unsere Studie kann nur hilfreich und aussagekräftig sein, wenn wir dieses heterogene Spektrum auch angemessen abbilden und unsere Datenauswertung diese Differenzierungen berücksichtigt.

Der Gesetzgeber wird seinem Auftrag, Personalmindeststandards einzuführen, nachkommen. Mit der normativen Festlegung der verbindlichen Mindeststandards für das erforderliche therapeutische Personal wurde per Gesetz der G-BA beauftragt (§ 136a SGB V). Die Studie ist eine entscheidende Möglichkeit, durch belastbare empirische Daten die Ausgangslage – also den Ist-Zustand – möglichst differenziert zu beschreiben

und damit den G-BA zu unterstützen, möglichst differenzierte Mindestvorgaben einzuführen: „Die Mindestvorgaben (...) sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen." Und, um nochmals zu betonen, es ist NICHT unser Auftrag, diese Personalbemessungsstandards zu entwickeln. Unsere Aufgabe ist es, einheitliche, aktuelle und zuverlässige Daten zu erheben, die den wesentlichen G-BA-Konsultationsprozess zur Entwicklung der Vorgaben unterstützen.

Es sollte im Interesse aller Krankenhäuser und des Personals liegen, uns durch ihre Studienteilnahme zu ermöglichen, zum Erreichen dieses Ziels beizutragen.

Höhere Vergütung für die Behandlung von Soldaten in Privatpraxen

Psychotherapeuten in Privatpraxen, die Soldaten behandeln, können seit dem 1. März 2017 den 2,2-fachen Satz nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten in Rechnung stellen. Die BPtK konnte eine Anpassung der Gebührensätze erreichen. Grundsätzlich wird die Behandlung von Soldaten im Rahmen der Freien Heilfürsorge durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Psychotherapeuten mit Kassenzulassung rechnen daher die Behandlung von Soldaten über die Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Soldaten stehen aufgrund der fehlerhaften Bedarfsplanung vor dem gleichen Problem wie gesetzlich Krankenversicherte. Sie finden häufig keinen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung oder müssten dazu unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen.

Um die Behandlung von Soldaten auch in Privatpraxen zu ermöglichen, hat die BPtK mit dem Bundesministerium der Verteidigung 2013 eine Vereinbarung geschlossen. Die Vereinbarung legt das Verfahren und die Vergütung für die Behandlung in Privatpraxen fest. Daneben haben beide Vertragsparteien vereinbart, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen, an denen bisher etwa 1.000 Psychotherapeuten teilgenommen haben. Ziel der Fortbildungsveranstaltungen ist insbesondere, Psychotherapeuten einen Einblick in das soldatische Leben und die Anforderungen des Soldatenberufs zu geben. Die nächste Fortbildungsveranstaltung findet voraussichtlich im Herbst 2017 in Berlin statt.

Aufgrund von Honoraranpassungen im vertragspsychotherapeutischen Bereich ist es zu größeren Divergenzen zwischen der Vergütung dort und der Vergütung für die Behandlung von Soldaten in Privatpraxen gekommen. Die BPtK und das Bundesministerium der Verteidigung haben daher die Anpassung der Vergütungsregel vereinbart.

Praxis- und Leitlinien-Info der BPtK

Praxis-Info Psychotherapie-Richtlinie

Die Praxis-Info Psychotherapie-Richtlinie übersetzt die juristischen und administrativen Regelungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie in praktische Anleitungen für Ihre tägliche Arbeit. Sie bietet aber auch eine fachliche Bewertung der neuen Vorschriften. Die Sprechstunde löst zum Beispiel nicht das Problem, dass weiterhin Patienten in vielen Regionen zu lange auf eine Behandlung beim Psychotherapeuten warten werden. Sie stärkt aber wesentlich die Lotsenfunktion des Psychotherapeuten für psychisch kranke Menschen und damit den Stellenwert der Psychotherapie im Gesundheitswesen.

Praxis-Info Jobsharing

Diese Praxis-Info informiert über alte und neue Regelungen zum Jobsharing. Sie gibt einen guten pragmatischen Überblick für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger, genauso wie für Praxisinhaberinnen und -inhaber.

Leitlinien-Info Unipolare Depression

Mit der Leitlinien-Info zur Unipolaren Depression möchte die BPtK die Leitlinienempfehlungen praxisorientiert für Psychotherapeuten verfügbar machen. Die Leitlinien-Info bietet übersichtlich die wesentlichen Inhalte der aktuellen Leitlinie, stellt zentrale Abläufe bei Diagnostik und Therapie in Abbildungen dar und beinhaltet auch die Broschüre „Informationen für Patienten", die ergänzend zur mündlichen Aufklärung den Patienten ausgehändigt werden kann.

Alle Broschüren stehen für Sie auf der Homepage der BPtK zum Download bereit.

Geschäftsstelle

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

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die neue Psychotherapierichtlinie hat bei vielen kassenzugelassenen Kolleginnen und Kollegen Unzufriedenheit und Ärger ausgelöst, der durch die Vereinbarung der unzureichenden Vergütung noch größer wurde. Diese Reaktion ist verständlich und auch die Vertreterversammlung der LPK BW hat sich mit diesem Thema beschäftigt und hierzu eine Resolution verabschiedet. Die kassenärztliche Bundesvereinigung hat zwischenzeitlich von ihrer Möglichkeit Gebrauch gemacht, gegen den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses zu klagen. Manche Regelungen der neuen Richtlinie, insbesondere aber auch die Vergütung der neuen Leistungen erschweren das angestrebte Ziel, psychisch kranken Menschen eine bessere psychotherapeutische Versorgung anbieten zu können.

Wir werden gemeinsam mit anderen Psychotherapeutenkammern untersuchen, mit welchen Schwierigkeiten die Umsetzung der neuen Richtlinie verbunden ist. Die Ergebnisse werden wir in Veranstaltungen mit den Kammermitgliedern erörtern und Lösungsmöglichkeiten diskutieren und hieraus Forderungen an die Politik erarbeiten, welche Verbesserungen dringend erforderlich sind.

Nach den Sommerferien finden die Bundestagswahlen statt. Wir möchten Sie bitten, sich neben anderen Themen kundig zu machen, wie sich die einzelnen Parteien und deren Vertreter für die Verbesserungen der Hilfen für kranke Menschen und insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den nächsten Jahren einsetzen wollen. Hierbei darf nicht übersehen werden, dass Menschen aus sozialen Randgruppen häufiger psychisch erkranken, worunter ihre Lebensqualität noch mehr leidet, was aber auch häufig unsere Gesellschaft belastet.

Wir haben schon darauf hingewiesen, dass die Digitalisierung unseres Gesundheitssystems eine wichtige zukünftige Herausforderung sein wird, der auch wir uns stellen müssen. Deshalb auch an dieser Stelle unsere herzliche Einladung zu unserem Landespsychotherapeutentag am 1. Juli 2017 unter dem Motto „Liegt die Zukunft der Psychotherapie im Internet?“

Mit den besten Wünschen für eine schöne und erholsame Sommerzeit,

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung am 1. April 2017

Ein Schwerpunkt der Vertreterversammlung (VV) war die Diskussion einer möglichen Änderung der Wahlordnung der Landespsychotherapeutenkammer. Dazu begann Prof. Behnke, Lehrstuhlinhaber für Politikwissenschaften an der Zeppelin Universität Friedrichshafen, mit seiner Einschätzung, dass das aktuelle Wahlsystem der LPK BW sehr gut sei und sich bewährt habe, sodass größere Veränderungen nach seiner Expertise nicht zwingend notwendig seien. Die VV-Mitglieder hätten sich aber mehrheitlich dafür ausgesprochen, dass durch mehr Stimmen als der bislang möglichen einzigen eine größere Auswahl unter den Kandidaten ermöglicht werden solle.

Behnkes Vorschlag zur Änderung des Wahlsystems sei als praktikable Lösung anzusehen: Wie bisher könne nur eine Stimme auf eine Liste abgegeben werden, sodass das Panaschieren der Stimmen auf unterschiedliche Listen unzulässig sei. Innerhalb der gewählten Liste könnten dann aber noch bis zu drei weitere Stimmen auf Kandidaten dieser Liste vergeben werden. Auf diese Weise könne eine stärkere Präferenz für einzelne Kandidaten zum Ausdruck gebracht werden, als dies nach dem aktuellen Wahlsystem möglich ist.

Prof. Behnke skizzierte auch die Besonderheiten alternativer Wahlsysteme wie dem baden-württembergischen Kom-

Plenum der Vertreterversammlung

munalwahlrecht. Er erläuterte die Auswirkungen auf die Stimmenabgabe und Sitzverteilung. Diese Wahlsysteme seien nach seiner Auffassung im Rahmen einer Briefwahl nicht zu bewältigen, hierfür wäre eine elektronische Wahl und Auszählung erforderlich.

Nach eingehender Diskussion beauftragte die VV den Kammervorstand, einen Antrag zur Änderung der Wahlordnung im vorgelegten Sinne vorzubereiten und in die nächste VV einzubringen.

Im Bericht des Vorstandes ging Dr. Munz insbesondere auf den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Honorierung der neuen Leistungen nach der neuen Psychotherapierichtlinie ein. Mit der im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie geringeren Vergütung der Sprechstunde und der Akutversorgung konterkariere der EBA den gesetzgeberischen Willen einer Verbesserung des Patientenzugangs zu einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, weil eine geringe Vergütung wenig Anreize für die Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten zur Erbringung dieser Leistungen biete. Die VV verabschiedete dazu eine Resolution (www.lpk-bw.de/node/364; siehe Kasten).

Vortrag Dr. Dietrich Munz

Resolution der Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg vom 01.04.2017

Die Vertreterversammlung kritisiert den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung der neuen Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung. Durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit Aufnahme dieser beiden Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen wurde die strukturelle Grundlage geschaffen zur Umsetzung der von Kassen und Politik seit Langem geäußerten Forderung nach einer schnelleren Abklärung und Versorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten. Nun torpedieren die Kassen die Umsetzung der Reform durch eine mangelhafte Vergütung. Beide neuen Leistungen erfordern einen deutlich höheren Aufwand zur Behandlungskoordination, -organisation und -dokumentation im Vergleich zur genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapie. Damit hätte auch die Vergütung entsprechend höher angesetzt werden müssen. Diese Forderung wurde auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konsequent vertreten. Stattdessen wurden die Leistungen nun niedriger bewertet.

Zudem wurde versäumt, die Chance für eine Abschaffung der sogenannten Strukturzuschläge zugunsten einer rechtskonformen Systematik zu nutzen, bei der alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig vom Auslastungsgrad ihrer Praxis in jeder Leistung die Kosten für Personal bzw. entsprechende Bürotätigkeiten vergütet bekommen. Dies ist umso unverständlicher, als das Sozialgericht Marburg nur wenige Tage zuvor dieser Zuschlagssystematik eine klare Rechtswidrigkeit bescheinigt hatte.

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg kritisiert, dass damit der Wille des Gesetzgebers nicht umgesetzt wird und bittet das BMG um Beanstandung dieses Beschlusses, der eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten verhindert.

Anschließend führte der Vizepräsident Martin Klett in die Diskussion um die Anzahl der Sitze im Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) ein. Er schilderte verschiedene Modelle einer Sitzbegrenzung und deren Auswirkungen. Am 13. Mai wird der DPT erneut dazu beraten und wenn möglich einen Beschluss fassen. Hintergrund der Diskussion ist die durch den stetigen Zuwachs an Mitgliedern bei allen Kammern steigende Zahl der Delegierten, was u. a. die Kosten steigen lässt. Beim nächsten DPT im Mai würden bereits mehr als 140 Delegierte erwartet. Es liege ein Antrag zur Beschlussfassung vor, welcher die Zahl auf 120 begrenzen möchte. Der Widerstand gegen eine solche Reduktion sei aber erheblich. Es würden voraussichtlich Änderungsanträge gestellt, die den Status quo weitgehend erhalten, eine weitere Ausweitung aber verhindern wollen. Bei einer als von der Mehrheit der Versammlung als sinnvoll erachteten Begrenzung der Sitzzahl stelle sich für die Vertreter der kleineren Listen der Kammerversammlung die Frage nach ihrer Repräsentanz. Nach ausführlicher Diskussion wurde der Vorstand beauftragt, eine Kommission einzuberufen, die bis Frühjahr 2018 Vorschläge zu einer zukünftigen Entsendung der Delegierten in den DPT und die Listenrepräsentanz erarbeiten soll.

Neben Änderungen der Entschädigungs- und Reiskostenordnung, welche eine finanzielle Unterstützung von jungen Kolleginnen und Kollegen bei der Kinderbetreuung oder der Pflege von Familienangehörigen während Gremiensitzungen gewährleisten soll, wurden noch Änderungen der Gebührenordnung beschlossen, nach denen für die künftige Ausgabe des Heilberufeausweises eine Gebühr erhoben werden kann.

EU-Dienstleistungsrichtlinie – Besuch der Präsidenten der Heilberufekammern bei EU-Parlamentariern

Im Rahmen der EU-Dienstleistungsrichtlinie soll die Mobilität von Dienstleistern und Dienstleistungen innerhalb der EU gefördert werden. In diesem Zusammenhang sollen berufsrechtliche gesetzgeberische Maßnahmen auf nationaler Ebene zukünftig im Vorfeld einer Prüfung nach einem von der Kommission vorgegebenen Prüfraster unterworfen werden und nachweisen müssen, ob sie mit Blick auf die Förderung von Wachstum und Beschäftigung im Binnenmarkt gerechtfertigt und verhältnismäßig sind.

(v. l. n. r.): Nikolaus Melcop, Europabeauftragter der BPtK sowie die Präsidenten und Vizepräsidenten Dr. Dietrich Munz (LPK/BPtK), Dr. Günther Hanke (Landesapothekerkammer LAK), Silke Laubscher (LAK), Dr. Torsten Tomppert (Landeszahnärztekammer LZK), Dr. Norbert Struß (LZK), Dr. Matthias Fabian (Landesärztekammer LÄK), Dr. Thomas Steidl (Landestierärztekammer) und Dr. Ulrich Clever (LÄK)

Das vorgesehene Prüfschema sieht hier als mögliche Hürden für den europäischen Binnenmarkt z. B. Tätigkeitsvorbehalte parallel zu geschützten Berufsbezeichnungen, Standesregeln, Pflichtmitgliedschaften in einer Kammer und Anforderungen an Sprachkenntnisse.

Das Prüfraster erweckt den Eindruck, die Selbstorganisation und -verwaltung der verkammerten Berufe würden insgesamt infrage gestellt. Deren Organisation ist jedoch Beispiel für sinnvolle und effiziente Umsetzung des europäischen Grundsatzes der Subsidiarität. Die Aufgaben werden durch die Kammern auf der unteren Ebene in der Selbstverwaltung nah an der Praxis wahrgenommen.

Wir, d. h. die LPK BW, die BPtK und die anderen Heilberufekammern halten vor diesem Hintergrund ein starres Rechtfertigungsschema für regulierte Berufe insgesamt für verfehlt. Dies gilt in verstärktem Maße für Gesundheitsberufe. Die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitsberufe dienen in erster Linie der sicheren, qualitativ hochwertigen und wirksamen Versorgung der Patienten. Sie müssen natürlich immer auch wirtschaftlich sein. Die Vorschläge der Kommission gefährden die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung und sind mit erheblichen bürokratischen Kosten verbunden.

Die Heilberufekammern Baden-Württemberg haben bei einem Besuch bei Mitgliedern des EU-Parlaments in Straßburg dieses Thema aufgegriffen und die Parlamentarier gebeten, darauf hinzuwirken, dass die Kommission vom Richtlinienvorschlag Abstand nimmt oder jedenfalls die Gesundheitsberufe ausgenommen werden. Dies wurde auch in einem Brief an die baden-württembergischen Minister Lucha (Soziales) und Wolf (Justiz) unterstrichen. Die Herausnahme würde die Priorität des Schutzes der öffentlichen Gesundheit vor wirtschaftlichen Zielen dokumentieren. Berufsrechtliche Regelungen müssen auch ohne starres Prüfschema mit europäischem Recht vereinbar sein. Es bedarf keiner weiteren aufwendigen bürokratischen Vorgaben auf europäischer Ebene.

An den Gesprächen bei einem gemeinsamen Mittagessen im Europäischen Parlament nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Landtagsfraktionen der Grünen, der SPD und der CDU teil. Die Parlamentarier äußerten Verständnis für das Anliegen der Heilberufekammern und sagten zu, sich um eine Lösung im Sinne der Kammern zu bemühen.

Liegt die Zukunft der Psychotherapie im Internet? Landespsychotherapeutentag am 1. Juli 2017 in Stuttgart

Die Anwendung elektronischer Medien und digitaler Techniken sowie deren Vernetzung hat in nahezu alle Bereiche unseres Alltags Einzug gehalten. Die Auswirkungen dieser Entwicklung werden unter verschiedenen Aspekten diskutiert, wobei wir gerade auch im Bereich des Gesundheitssystems den Beginn technischer Neuerungen erleben, deren weitere Entwicklung und Zukunft wir nur schwer absehen können.

PROGRAMM
Landespsychotherapeutentag 2017

„Liegt die Zukunft der Psychotherapie im Internet?"

Samstag, 01.07.2017 – Hotel Pullmann Stuttgart Fontana, Vollmoellerstr. 5, Stuttgart

10:30 Begrüßung (*Dr. Dietrich Munz, Präsident der LPK BW und BPtK*)
Grußwort (*Manne Lucha, Minister für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*)
11:00 Psychotherapie in der zweiten Postmoderne – schlanke Gesundheitsleistung oder was kann eine virtuelle Beziehung leisten? (*Jürgen Hardt, private Praxis Wetzlar*)
11:30 Internetbasierte psychotherapeutische Interventionen: Wirksamkeit und Beziehungserleben (*Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, FU Berlin*)
12:00 Blended Therapy: Integration neuer Medien in den psychotherapeutischen Alltag *(Prof. Dr. Harald Baumeister, Universität Ulm)*
12:30 Pause (Imbiss)
13:30 Verbesserung der Versorgungskontinuität durch internetbasierte Interventionen *(PD Dr. Stephanie Bauer, Univ.-Klinikum Heidelberg)*
14:00 eHealth – neue Chancen für die frühzeitige Versorgung psychisch kranker Menschen? *(Andreas Vogt, Techniker Krankenkasse)*
14:30 Position der BPtK zu internet- bzw. softwareunterstützten Psychotherapie *(Dr. Dietrich Munz, Präsident der LPK BW und BPtK)*
15:00 Diskussion mit den Referenten (*Moderation: Cornelia Wanke, Berlin)*
16:30 Ende – Open End bei Suppe und Fingerfood

In der Psychotherapie wird bereits die Nutzung elektronischer Medien zur Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sich an anderen Orten aufhalten, ebenso entwickelt und erprobt wie auch die Nutzung von Computerprogrammen innerhalb von Therapien sowie zur eigenständigen Beratung oder auch Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden.

Beim diesjährigen Landespsychotherapeutentag werden die unterschiedlichen Aspekte, Entwicklungen und Positionen vorgestellt. Auch der von der BPtK erarbeitete Standpunkt „Internet in der Psychotherapie" wird dargestellt. Wir sind als gesamte Profession gefordert, uns vertieft mit diesen Entwicklungen auseinanderzusetzen und einen eigenen Standpunkt zu finden und zu vertreten.

Wir haben genügend Zeit eingeplant, um mit Ihnen ausführlich diskutieren zu können. Wir würden uns sehr freuen, wenn dieser Landespsychotherapeutentag Ihr Interesse finden würde und wir Sie dort begrüßen dürften. Weitere Informationen finden Sie unter www.lpk-bw.de). Das Programm entnehmen Sie dem Kasten nebenan.

Veranstaltungen

Update Schematherapie – Konzept und Anwendung im stationären Setting. Kammeröffentliche Fortbildung am 05.07.2017 von 14.00-16.30 Uhr in Weinsberg.

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

Bekanntmachungen

Fünfte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

vom 05.05.2017

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 01. April 2017 aufgrund des § 10 Nr. 15 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), die nachfolgende Fünfte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg beschlossen:

Artikel 1
Änderung der Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Die Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg in der Fassung vom 08. März 2008 (Psychotherapeutenjournal 02/2008, S. 153, Einhefter S.1, zuletzt geändert durch die Vierte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung vom 12.12. 2016 (Psychotherapeutenjournal 1/2017, Einhefter S. 2-3), wird wie folgt geändert:

1. § 10 erhält folgende Änderungen:

a.) Es wird folgende Überschrift vorangestellt: „§ 10 Gebühren für die Ausstellung des elektronischen Heilberufeausweises"

b.) Es wird folgender Satz eingefügt: „Die Gebühren für die Ausstellung des elektronischen Heilberufeausweises (§ 4 Abs. 1 Nr. 12 HBKG) richten sich nach Abschnitt VII. der Anlage zur Gebührenordnung."

2. Abschnitt VII. der Anlage zu der Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird wie folgt geändert:

a.) Es wird folgende Überschrift vorangestellt: „VII. Gebühren für die Ausstellung des elektronischen Heilberufeausweises

b.) Es wird folgender Satz eingefügt: Für den Verwaltungsaufwand bei der Prüfung und Ausstellung des elektronischen Heilberufeausweises erhebt die Kammer eine Gebühr in Höhe von 20,- Euro je ausgegebenen Heilberufeausweis."

Artikel 2
Ermächtigung zur Neubekanntmachung

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

Artikel 3
In-Kraft-Treten

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft. Vorstehende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 27.04.2017, Az.: 3-5415.5-001/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 05.05.2017
gez. Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Dietrich Munz
Präsident

Achte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung

vom 05.05.2017

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 01. April 2017 aufgrund der §§ 9, 10 Nr. 11 Heilberufe-Kammergesetz Baden-Württemberg in der Fassung vom 16.03.1995 (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) die nachfolgende achte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der LPK BW beschlossen:

Artikel 1
Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der LPK BW

Die Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 01.07.2006 (Psychotherapeutenjournal 3/2006, S. 286, Einhefter S. 8), zuletzt geändert durch die siebte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 12.12.2016 (Psychotherapeutenjournal 1/2017, Einhefter S. 3), wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt D wird zu Abschnitt E.

2. Abschnitt E wird zu Abschnitt F.

3. Es wird einer neuer Abschnitt D mit folgender Überschrift und den Absätzen 1 bis 4 eingeführt:

D. Entschädigung für die notwendige Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen

„(1) Vorstandsmitglieder, VV-Mitglieder und Mitglieder von Ausschüssen erhalten eine Entschädigung für die Kosten einer notwendigen Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, die zu ihrem Haushalt gehören, in Höhe von 15,00 Euro pro Stunde, maximal 150,00 Euro pro Tag. Satz 1 gilt entsprechend für die Kosten einer notwendigen Betreuung von Angehörigen, die nach dem SGB XI anerkannt pflegebedürftig sind.

(2) Die Betreuung ist notwendig, wenn der Antragsteller aufgrund der Teilnahme an Sitzungen des Vorstandes, der Vertreterversammlung, des Deutschen Psychotherapeutentages oder der Ausschüsse an der Betreuung verhindert war und deshalb eine Betreuung des Kindes oder pflegebedürftigen Angehörigen beauftragt hat.

(3) Die Entschädigung für die notwendige Betreuung nach Absatz 1 wird nur gewährt, wenn vor der Sitzung, die die Betreuung notwendig macht, ein Antrag beim Kammervorstand gestellt worden ist. Dem Antrag ist eine Selbsterklärung beizufügen, in der die Notwendigkeit der Betreuung glaubhaft zu machen ist. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen (Geburtsurkunde, Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit). Es sind die voraussichtliche Sitzungszeit sowie die voraussichtliche Dauer der Betreuung anzugeben. Ist der Antragsteller Mitglied des Kammervorstandes, so ist der Antrag abweichend von Satz 1 dem Haushaltsausschuss vorzulegen."

Artikel 2
Ermächtigung zur Neubekanntmachung

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

Artikel 3
Inkrafttreten

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft. Vorstehende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 27.04.2017, Az.: 3-5415.5-001/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 05.05.2017
gez. Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Dietrich Munz
Präsident

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

BY

Die vierte Delegiertenversammlung der PTK Bayern ist gewählt

Die Mitglieder der PTK Bayern haben die Delegierten der 4. Amtsperiode gewählt. Wahlberechtigt waren insgesamt 5540 Psychologische Psychotherapeut/innen (PP) und 1430 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP). 4064 Kammermitglieder gaben ihre Stimmen ab, was einer Wahlbeteiligung von 58,31% entspricht. Es wurden 3877 gültige Stimmzettel abgegeben.

Wahlvorschlag 1: Psychotherapeuten-Bündnis	Anzahl Stimmen
Dr. Nikolaus Melcop	3017
Dr. Anke Pielsticker	2790
Rudolf Bittner	2787
Birgit Gorgas	2325
Dr. Andreas Rose	2310
Lisa Arnold	2114
Dr. Franz Dumbs	1782
Dr. Sabine Zaudig	1754
Klemens Funk	1573
Dr. Fatma Sürer	1502
Micheline Geldsetzer	1220
Gabriele Tavan	1079
Kamil Arslanalp	963
Jens Ulshöfer	948
Dr. Anja Gottschalk	947
Wahlvorschlag 2: Bayerns Vielfalt. Vereinte PsychotherapeutInnen	**Anzahl Stimmen**
Dr. Heiner Vogel	1442
Dr. Markos Maragkos	1316
Dr. Maria Gavranidou	1156
Rainer Knappe	1075
Dr. Rudi Merod	941
Dr. Monika Sommer	794
Dr. Birsen Kahraman	794
Dr. Judith Siegl	781

Wahlvorschlag 3: Integrative Liste Wahlvorschlag 3: Integrative Liste Psychotherapie	Anzahl Stimmen
Dr. Bruno Waldvogel	2119
Benedikt Waldherr	1611
Barbara Sacher	1160
Dr. Jürgen Thorwart	1153
Almut Gessler-Engelbrecht	1146
Dr. Lisa Koch	1139
Dr. Herbert Ühlein	1064
Hakan Evcin	1040
Rainer Cebulla	1017
Stefanie Hermsdörfer	953
Wahlvorschlag 4: Qualität durch Vielfalt	**Anzahl Stimmen**
Prof. Dr. Karin Tritt	640
Agnes Mehl	517
Helga Füßmann	478

PP: Die 36 neu gewählten Delegierten

Der Stimmzettel der PP umfasste wie 2012 vier Wahlvorschläge.

- Wahlvorschlag 1: Psychotherapeuten-Bündnis (40,24% der Stimmen)
- Wahlvorschlag 2: Bayerns Vielfalt. Vereinte PsychotherapeutInnen (22,98% der Stimmen)
- Wahlvorschlag 3: Integrative Liste Psychotherapie (27,16% der Stimmen)
- Wahlvorschlag 4: Qualität durch Vielfalt (9,62% der Stimmen)

Die wahlberechtigten PP konnten insgesamt 36 Stimmen vergeben.

Im Unterschied zur Kammerwahl 2012 (zwei Wahlvorschläge) umfasste der

Wahlvorschlag 2: Bündnis KJP Bayern	Anzahl Stimmen
Peter Lehndorfer	1096
Gabriele Melcop	596
Dr. Silvia Corso	573
Maria Böttcher	570
Martin Czajka	466
Silke von der Heyde	458
Peter Drißl	390
Wahlvorschlag 3: Bayerns Vielfalt. Vereinte KJP	**Anzahl Stimmen**
Willi Strobl	283
Anne Knappe	229

KJP: Die 9 neu gewählten Delegierten

Stimmzettel für die KJP dieses Mal drei Wahlvorschläge.

- Wahlvorschlag 1: Kinderpsychotherapie stärken (4,21% der Stimmen)
- Wahlvorschlag 2: Bündnis KJP Bayern (75,79% der Stimmen)
- Wahlvorschlag 3: Bayerns Vielfalt. Vereinte KJP (20,01% der Stimmen)

Die wahlberechtigten KJP konnten 9 Stimmen vergeben.

Bei der Verteilung der zu vergebenden Sitze auf mehrere Wahlvorschläge wurde, wie es die Wahlordnung vorschreibt, das Verfahren nach Hare/Niemeyer angewendet. Die nach diesem Verfahren berechneten Sitze erhalten diejenigen Bewerber/innen, die im betreffenden Wahlvorschlag die meisten Stimmen bekommen haben.

Wahlleiter Achim Prölß resümiert: „Die Zusammenarbeit von Wahlausschuss

und Geschäftsstelle verlief erneut reibungslos. Aufgrund der ausgezeichneten Zusammenarbeit konnte das Wahlergebnis problemlos ermittelt werden." Der Vorstand dankt dem Wahlleiter RA Achim Prölß, dem stellvertretenden Wahlleiter Johannes Oettl und den Mitgliedern des Wahlausschusses und ihren Stellvertretern Matthias Obereisenbuchner, Hermann Hennermann, Brigitte Kissinger und Sigrid Böer-Müller sowie den Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle für ihr Engagement bei der Durchführung der Wahl und der Wahlauszählung.

BY

Konstituierende Delegiertenversammlung: Vorstand, Versammlungsleiter und Bundesdelegierte neu gewählt

Bei der 30. Delegiertenversammlung der PTK Bayern am 4. Mai 2017 standen die Wahl des Vorstandes, der Versammlungsleitung sowie der Bundesdelegierten im Mittelpunkt. Dr. Nikolaus Melcop wurde als Präsident wiedergewählt, Dr. Bruno Waldvogel und Peter Lehndorfer als Vizepräsidenten, Dr. Anke Pielsticker, Birgit Gorgas und Dr. Heiner Vogel als weitere Vorstandsmitglieder. Neu im Vorstand ist Dr. Monika Sommer. Benedikt Waldherr ist nach 10 Jahren Vorstandstätigkeit aus dem Amt geschieden. Die Delegiertenversammlung dankte ihm für seinen großen persönlichen Einsatz für die Interessen der bayerischen Psychotherapeutenschaft. Klemens Funk wurde Versammlungsleiter, Agnes Mehl seine Stellvertreterin.

Der neu gewählte Vorstand der PTK Bayern für die 4. Amtsperiode: (hintere Reihe v. l.) Präsident Dr. Nikolaus Melcop, Birgit Gorgas, Dr. Heiner Vogel, (vordere Reihe v. l.) Dr. Anke Pielsticker, Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel, Vizepräsident Peter Lehndorfer und Dr. Monika Sommer. (Foto: Studio SX Heuser)

Im Rahmen des Berichts des Vorstands ging Nikolaus Melcop auf die Arbeit der vergangenen fünf Jahre ein, immer verknüpft mit einem Ausblick auf zukünftige Herausforderungen. Insbesondere berichtete Melcop über die neuen Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie, begrüßte diese im Grundsatz, kritisierte aber den damit verbundenen Mehraufwand bei der praktischen Umsetzung. Die Kammer werde sich auch weiterhin für eine bessere psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene einsetzen. Außerdem betonte er, dass die Novellierung der Ausbildung ein zentraler Schwerpunkt aller Psychotherapeutenkammern in Bund und Land bleibt und stellte den aktuellen Stand des Projekts „Transition" dar. Nikolaus Melcop rief alle Mitglieder dazu auf, die Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit zu nutzen, sowohl durch den aktiven Dialog mit Standesvertretern als auch durch politisches und bürgerschaftliches Engagement. Birgit Gorgas berichtete über die Bund-Länder AG zum Thema „Frauen in der Berufspolitik" und die Geschlechterverteilung in den Gremien auf Landes- und Bundesebene.

Die Delegiertenversammlung wählte ferner den Finanzausschuss sowie die Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag und deren Stellvertreter/innen. Im Vorfeld der Delegiertenversammlung hatten sich die Vertreter/innen der Wahllisten darauf verständigt, den Delegierten bei dieser Wahl vorzuschlagen, dass jede Liste die Zahl an Delegierten erhält, die ihren Anteil in der DV der PTK Bayern entspricht.

Außerdem wurden die Berichte aus den Ausschüssen der Kammer für Einsprüche, Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und aus der Kommission Psychotherapie in Institutionen vorgetragen. Danach informier-

Die Bundesdelegierten der PTK Bayern für den Deutschen Psychotherapeutentag			
Rudolf Bittner	Dr. Nikolaus Melcop	Dr. Jürgen Thorwart	Dr. Fatma Sürer
Birgit Gorgas	Dr. Anke Pielsticker	Prof. Dr. Karin Tritt	Maria Böttcher
Rainer Knappe	Dr. Andreas Rose	Dr. Heiner Vogel	Rainer Cebulla
Peter Lehndorfer	Dr. Monika Sommer	Benedikt Waldherr	Dr. Markos Maragkos
Gabriele Melcop	Willi Strobl	Dr. Bruno Waldvogel	

ten die satzungsgemäßen Vertreter der Psychotherapeut/innen in Ausbildung sowie der Ausbildungsinstitute über ihre Tätigkeit des letzten Halbjahres.

Die Delegiertenversammlung diskutierte einen Antrag zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung. Dieser wurde einstimmig angenommen.

Gespräch mit Gesundheitsministerin Melanie Huml

Am 8. März 2017 fand ein Gesprächstermin des Präsidiums des Verbands Freier Berufe (VFB) mit Staatsministerin Melanie Huml im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege statt. Bruno Waldvorgel, Vizepräsident der PTK Bayern und des VFB, nahm daran teil und brachte die für Psychotherapeut/innen wichtigen Themen ein. Es wurde u. a. über den Stand der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes gesprochen. Waldvogel dankte der Ministerin und dem Ministerium für die Mitwirkung im Begleitgremium des BMG zur Novellierung des PsychThG.

Die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege Melanie Huml mit dem Präsidium des Verbands Freier Berufe (v. l.): Vizepräsident Josef Kammermeier, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Präsident Michael Schwarz und Vizepräsident Rüdiger V. Esebeck. (Foto: Verband Freier Berufe)

16. Suchtforum: „Von der Schlafstörung über Schlafmittel zur Sucht?!“: Fast 400 Teilnehmer/innen in München

Die Expert/innen der Kooperationspartner bei der Pressekonferenz des 16. Suchtforums (v. l.): Dr. Heiner Vogel, Ulrich Koczian, Vizepräsident BLAK, Prof. Felix Tretter, Vorstand BAS, und Dr. Heidemarie Lux, Vizepräsidentin BLÄK. (Foto: Luisa Hiller)

Unter dem Titel „Von der Schlafstörung über Schlafmittel zur Sucht?! Erkennen, begleiten → erholsamer Schlaf!“ fand am 29. März 2017 im Zentrum für Pharmaforschung Großhadern, München, das 16. Suchtforum statt. Die Kooperationspartner des Suchtforums – PTK Bayern, Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS e. V., Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) sowie Bayerische Landesapothekerkammer (BLAK) – wollten beim diesjährigen Suchtforum die Berührungsbereiche zwischen Suchtmedizin und Schlafmedizin beleuchten. Dabei wurden wissenschaftliche Erkenntnisse über den Zusammenhang von Schlafstörungen und Suchterkrankungen dargestellt sowie medizinische Ursachen von Schlafstörungen, empfehlenswerte Medikamente und vor allem die Schlafhygiene und die Gestaltung der Lebensführung erörtert.

Vor Beginn des Suchtforums fand auf dem Campus Großhadern eine Pressekonferenz statt, bei der die Expert/innen der Kooperationspartner u. a. darauf hinwiesen, dass chemische Schlafmittel, welche ein hohes Suchtpotenzial bergen – wenn überhaupt – nur zur Kurzzeittherapie eingesetzt werden dürfen.

Illegales Behandlungsverfahren: Gefahren der Psycholyse

Im April bat der Bayerische Rundfunk Präsident Nikolaus Melcop um ein Interview zum Thema „Psycholyse“ im Rahmen eines TV-Berichts über „Illegale Substanzen in der Psychotherapie“.

BY

Bei der sogenannten Psycholyse werden mit der Zielsetzung einer vertieften Selbsterkenntnis bewusstseinsverändernde Substanzen, z. B. LSD oder MDMA („Ecstasy") eingesetzt. Diese Substanzen sind nach dem Betäubungsmittelgesetz als illegal eingestuft. Ihre Nutzung birgt erhebliche Risiken: Neben den schwer einschätzbaren sowie lebens- und gesundheitsgefährdenden (Neben-)Wirkungen der eingesetzten Substanzen besteht auch die Gefahr, dass die Patient/innen in ein Abhängigkeitsverhältnis zu dem/der Therapeut/in kommen, dies möglicherweise ausgenutzt wird und eine angemessene Therapie nicht mehr durchgeführt werden kann. Zudem handelt es sich bei der Psycholyse nicht um ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren.

Bei Hinweisen auf die Ausübung der Psycholyse oder die öffentliche Werbung für dieses Verfahren durch Mitglieder muss die PTK Bayern in ihrer berufsaufsichtlichen Funktion dagegen vorgehen.

Der Einsatz von zugelassenen Medikamenten kann hingegen im Rahmen der Psychotherapie bei diversen Störungsbildern hilfreich sein. Forschungsergebnisse zeigen, dass bei Schizophrenie, Depression, Dysthymie, Bipolaren Störungen, Panikstörung, sozialer Phobie, Opiatabhängigkeit und Bulimie eine Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Medikamenten positive Effekte haben kann. Ein solcher Einsatz von Medikamenten im Rahmen der Psychotherapie erfordert begleitende ärztliche Kontrolle und Betreuung.

Kurznachrichten

Gespräch mit MdB Stephan Mayer zum BKA-Gesetz

Am 01.03.2017 trafen sich Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Geschäftsführer Alexander Hillers mit Stephan Mayer, MdB und Innenpolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, zu einem Gespräch über die Änderung des Bundeskriminalamt-Gesetzes. Von der Novellierung des BKA-Gesetzes, welches vor dem Hintergrund der Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus dem Bundeskriminalamt zusätzliche Befugnisse bei Überwachungen einräumt, sind auch Berufsgeheimnisträger wie Psychotherapeut/innen betroffen. Die Kammer brachte u. a. ein, dass bei psychotherapeutischen Behandlungen besondere Vertrauensschutzbedürfnisse herrschen und dass, entgegen dem Zweck des Gesetzes, der Weg zur präventiven Intervention gerade gefährdet würde, wenn Psychotherapien abgehört werden dürften.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 a SGB V am 07.03.2017; Arbeitstagung d. bay. Gesundheitsministerium: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz am 08.03.2017; Treffen der Bund-Länder-AG zur Förderung der Repräsentanz von Frauen in den Gremien der BPtK am 09.03.2017; 15. Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates am 13.03.2017; Außerordentliche Mitgliederversammlung des Verbands Freier Berufe am 15.03.2017; Geschäftsführertagung der Heilberufekammern Bayern am 20.03.2017; Bay. Gesundheitsministerium: 1 Jahr Bündnis für Prävention am 20.03.2017; 4. Sitzung der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung am 21.03.2017; 5. Weiterbildungskonferenz der Landeskammern & der BPtK am 22.03.2017; Round-Table-Gespräch der BPtK „Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten" am 23.03.2017; BKK Tag „Wissen: schafft Möglichkeiten" am 27.03.2017; 5. Bayerischer Tag der Telemedizin: Vernetzte Zukunft am 28.03.2017; Staatsempfang „Psychische Gesundheit: Depression" am 28.03.2017; Round-Table-Gespräch der BPtK & NAKOS „Selbsthilfe und Psychotherapie" am 28.04.2017; Informationsveranstaltung der PTK Bayern für neue Mitglieder & AtP am 29.04.2017

Feststehende Veranstaltungen der PTK Bayern in 2017

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

Umgang mit Gewaltimpulsen in der Psychotherapie Termin: **23.09.2017** 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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Nach einem Anschlag – Aufgaben von PsychotherapeutInnen in einer verwundeten Gesellschaft

Bericht über eine Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer Berlin

Am 16.02.2017 wurde für die Mitglieder der PTK Berlin eine Veranstaltung durchgeführt, die schon im vorigen Herbst geplant und vorbereitet worden war und durch den Anschlag am Breitscheidtplatz in Berlin am 19.12.2016 jedoch auf noch größeres Interesse stieß als erwartet. Als überaus kompetente Referentin war die norwegische Psychologin Renate Grønvold-Bugge eingeladen. Der Beauftrage für Psychiatrie (und u. a. auch für den Bereich psychosoziale Versorgung im Großschadensfall) bei der Senatsverwaltung für Gesundheit Dr. Thomas Götz und der Delegierte und Vertreter des Berliner Krisendienstes Gerd Pauli waren ebenfalls anwesend. Als Moderatorin konnte die Delegierte Dorothee von Tippelskirch-Eissing gewonnen werden.

In seiner Begrüßung nahm der Präsident Michael Krenz Bezug auf die traurige Aktualität des Themas der Veranstaltung und stellte die sich verändernden Schwerpunkte und Aufgaben für PsychotherapeutInnen in der psychosozialen Notfallpsychologie dar: Ging es bei Frage nach einer professionellen Beteiligung und den Aufgaben der Heilberufe in der Vergangenheit in erster Linie darum, für die einzelnen Betroffenen Behandlungsplätze bereitzustellen, so gilt es heute, diese Konzepte zu überprüfen und neue zu entwickeln. Es wird darum gehen, Räume und Settings zu schaffen – nicht nur primär kurativ tätig zu sein, sondern im nichtklinischen Feld das heilkundliche, klinische Wissen anzuwenden.

Frau Renate Grønvold-Bugge arbeitet seit 1986 als Leitende Psychologin und Koordinatorin für die Krisenarbeit bei Großschadensereignissen in Norwegen, zuletzt im Rahmen des Attentats auf der Insel Ütoya im Jahr 2011.

Renate Grønvold-Bugge

In ihrer Einführung in das Thema nannte die Referentin zunächst drei Bereiche, in die sich psychosoziale Arbeit nach einer Katastrophe, einem großen Unglück, gliedert und die betrachtet werden müssen:

- die **akute Arbeit** – dies führte sie konkret an den Angeboten nach dem Attentat 2011 aus,
- die **Organisationsperspektive** – wobei sie insbesondere abhob auf den Wandel von einer Alltags- zu einer Notfallorganisation, die Entscheidungen fällen muss, deren Konsequenzen nicht nur für die unmittelbar Betroffenen, sondern für eine ganze Nation von Bedeutung sind,
- **kollektive Verankerungen:** Betroffene dürfen nicht allein gelassen werden mit ihrer Trauer, es müssen Gelegenheiten und Orte geschaffen werden, um die Bewältigung zu erleichtern.

Anhand der Aktivitäten nach dem Ütoya-Attentat mit seinen 69 Todesopfern, 66 Verletzten und 32 Schwerverletzten stellte Frau Grønvold-Bugge dar, wie die akute Arbeit im ersten und in den folgenden Jahren gestaltet wurde:

Die Gespräche und Anrufe bei betroffenen Angehörigen wurden vorbereitet, mit den Medien wurde in enger Zusammenarbeit die angemessene Berichterstattung begleitet. Die Aufgaben der Polizei wurden genau festgelegt, z. B., dass persönliche Gegenstände der Opfer aufbewahrt und nicht entsorgt wurden, dass die Tatorte nicht verändert wurden (z. B. Möbelstücke mit Einschusslöchern am selben Ort verblieben).

Vier Wochen nach dem Attentat wurde eine zentrale Gedenkveranstaltung in der größten Arena des Landes durchgeführt. Für die Angehörigen wurde zentral ein „Wochenende der Trauer" durchgeführt, bei dem jede Familie betreut wurde. Auch für die Überlebenden wurde ein spezielles Angebot erarbeitet, in dem versucht wurde, durch aktuelle Fotos von der Insel die inneren Terrorbilder zu „übermalen".

In den folgenden Jahren wurden die regionalen Gesundheitsämter einbezogen und diese führten jeweils vier Wochenenden mit den Angehörigen durch, die zum Ziel hatten:

- die Bedeutung der Gruppe herauszustellen,
- soziale Unterstützung zur Selbstermächtigung anzubieten sowie
- Hilfe zu leisten, den Verlust ins eigene Leben zu integrieren.

Für die Kinder wurden eigene Gruppen angeboten, um Coping-Strategien zu entwickeln.

Bedeutsam für die gesamte Arbeit waren immer auch Symbole wie z. B. einzelne Blumen, die zu einem Strauß oder zu einem Herz gebündelt wurden. Finanziert wurde die Arbeit durch die norwegischen Ministerien.

Anhand der dargestellten Aktivitäten fasste Grønvold-Bugge die Grundlagen für Notfallpsychologie zusammen:

- die (Katastrophen-)Situation schnell normalisieren,
- für die Hinterbliebenen Angebote vorhalten,
- Verantwortung der Gesellschaft zur Aufklärung darstellen,
- Stärkung von Potenzialen,
- Verbesserung zukünftiger Systeme.

Ein Jahr proaktive Unterstützung ist notwendig – nach einem Monat bereits erfolgt die Rückkehr in den Alltag. Die kollektive Verarbeitungsdauer beträgt eineinhalb Jahre, den Betroffenen muss Unterstützung angeboten werden während eines Gerichtsprozesses.

Für die Akutphase wichtig zu beachten sind

- die Information der Betroffenen – auch über zu erwartende psychische Reaktionen,
- die Anerkennung durch die Behörden,
- die Anerkennung durch die Gesellschaft – für öffentliche Trauer muss Raum geschaffen werden.

Im Anschluss an diesen Vortrag wurden Frau Grønvold-Bugge viele Fragen nach dem angemessenen Verhalten in Einzelsituationen wie der Gestaltung von Erstgesprächen, Begleitung zur Identifikation toter Angehöriger, Umgang mit Helfern u. a. gestellt.

Unter Einbezug der vorhandenen Angebote des Berliner Krisendienstes und der derzeitigen Aufgabendefinition von Katastrophenhilfe ließen sich Schwerpunkte definieren, die auch die Arbeit der Kommission Notfallpsychologie in der PTK bestimmen werden:

- Es müssen Netzwerke gebildet werden, um die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben zu bewältigen.
- Eine Koordinierungsstelle für die spezifischen Versorgungsbedarfe in Berlin ist notwendig, hierfür bedarf es Rahmenvereinbarungen.
- Es muss stärker präventiv gearbeitet werden.
- Strukturierte Vernetzung ist auch für Helfer wichtig.
- Für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sollen spezifische Fortbildungen durchgeführt werden und auf einer Liste geführt werden, die an Behörden und Institutionen versandt wird.

Dorothee Hillenbrand

Der Tavistock-Ansatz

1947 wurde in London das Tavistock Institut gegründet, das bis heute auf der Grundlage eines sozialpsychologischen Ansatzes Forschungen und Beratungen zur (Weiter-) Entwicklung von Einzelnen, Gruppen und Organisationen durchführt. Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie, die Lewinsche Feldtheorie und die Systemtheorie bilden u. a. die theoretische Basis der Arbeit. Bekannt sind die „Organisationslaboratorien", bei denen im Rahmen eines Planspiels in verschiedenen Gruppen eines Systems die persönlichen Anteile jeder einzelnen Person, die Gruppendynamik und die Entwicklung der Großgruppe aufeinander bezogen, immer wieder unter Anleitung reflektiert und so die Entwicklung des Gesamtsystems beobachtet, ausgewertet und gesteuert werden. Macht und Führung, Hierarchie und ihre Wirkung auf Menschen, Prozesse und Ergebnisse sind dabei zentrale Auswertungskriterien. Die „Nazareth-Konferenzen" sind weltweit bekannt geworden und arbeiten mit dem Gruppendesign des Tavistock-Ansatzes.

(weiterführende Infos: www.tavinstitute.org)

Gruppentherapie und Gruppen(-psycho-)therapie Wenn etwas in der Mitte fehlt …

Ein leidenschaftliches Plädoyer für begriffliche Genauigkeit

Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie erweitert unter anderem die Möglichkeiten der Gruppentherapie. Bislang machen gruppentherapeutische Leistungen weniger als zwei Prozent der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus. Damit wird, so die Beteiligten an dem Entscheidungsprozess, das Versorgungspotenzial der Gruppentherapie nicht ausreichend ausgeschöpft. Die Erweiterung sieht eine Flexibilisierung bei der Kombination der Behandlungsformen Einzel- und Gruppentherapie in den Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie analog den Regelungen für die Verhaltenstherapie vor. Im Laufe dieser Neuregelung ist jedoch die Gruppenpsychotherapie verloren gegangen. In der einschlägigen Literatur wird die soziale Gruppe folgendermaßen definiert: Sie ist eine Ansammlung von Individuen, umfasst drei bis ca. 20 Mitglieder (von einer Großgruppe spricht man ab ca. 20 Mitgliedern), hat eine gemeinsame Aufgabe oder ein gemeinsames Ziel, bietet die Möglichkeit der direkten (*face-to-face*) Kommunikation und soll eine gewisse zeitliche Dauer (von drei Stunden bis zu vielen Jahren) umspannen. Darüber hinaus entwickeln soziale Gruppen mit der Zeit ein Wir-Gefühl der Gruppenzugehörigkeit und des Gruppenzusammenhalts, ein System gemeinsamer Normen und Werte als Grundlage der Kommunika-

tions- und Interaktionsprozesse, ein Geflecht aufeinander bezogener sozialer Rollen, die auf ein Gruppenziel gerichtet sind. **Aber: Gruppentherapie ist keine Gruppenpsychotherapie!**

Gruppentherapie ist die Behandlung einer sozialen Gruppe mit psychologischen Elementen. Gruppentherapie nutzt die in einer Gruppe auftretende soziale und psychologische Dynamik, um Therapieziele schneller und effizienter zu erreichen. Dazu zählen Selbstsicherheitstraining, studentische Schreibgruppen, die Nachsorgetherapie, Nichtrauchergruppen oder Gruppen für Tumorpatienten.

Gruppenpsychotherapie nutzt sowohl die in einer sozialen Gruppe auftretenden speziellen Gruppenphänomene wie bewusste und unbewusste Gruppendynamik als auch psychologische Mechanismen wie Übertragung und Gegenübertragung. Gruppenpsychotherapie ist die Behandlung einer sozialen Gruppe mit psychotherapeutischen Elementen. Die Gruppenpsychotherapie ist die Therapieform, die ganz speziell die interpersonale Situation psychotherapeutisch nutzt.

Der Ansatz von S. H. Foulkes – ein kurzer etymologischer Exkurs

Foulkes war einer der Wegbereiter der modernen Gruppenpsychotherapie und sein Ansatz ist der einflussreichste. Während seiner Zeit in Wien nahm er gestaltpsychologische Impulse auf, später fokussierte er sich auf das Analysieren gesellschaftlicher Prozesse und beobachtete, dass Gruppenbeziehungen viel stärker mit dem Alltagsleben und den Alltagsbeziehungen verbunden sind, als es in der Einzelpsychotherapie möglich ist. Er unterscheidet deshalb zwischen der operativen oder sogenannten Lebensgruppe – eine natürliche Gruppe, aus der Probleme oder Konflikte entstehen – und einer Gruppe, die sich aus besonderen Gründen bildet.

Gruppenpsychotherapie ist nach S. H. Foulkes (1898-1976) eine Art Psychotherapie der Gruppe durch die Gruppe, einschließlich ihres Leiters.

Gerade das Aufeinandertreffen mit dem Fremden, das die Teilnehmer füreinander darstellen, die Tatsache der zusammengewürfelten Personen, hat für ihn eine wesentliche therapeutische Wirkung. Diese Pluralitätssituation fordert den Einzelnen heraus, sich unter Vielen als Teil der Vielheit und gleichzeitig als einzigartig zu definieren. Als Fremde unter Fremden, müssen alle Teilnehmer zunächst Interesse und Verständnis füreinander entwickeln.

Gruppenmatrix

Dieses Verständnis kann sich nach Foulkes in einem fließenden, unbewussten Prozess ereignen, da sich in einer Gruppenpsychotherapie alle Beziehungen und Begegnungen untereinander als Teil einer umfassenden Matrix entwickeln. Nach Foulkes ist diese das transpersonale Netzwerk, das sich aus den psychischen Prozessen der Individuen in einer Gruppe ergibt. Es ist das psychische Medium, in dem sich alle seelischen Prozesse der Gruppe treffen, sich modifizieren, polarisieren, miteinander kommunizieren und interagieren. Hier werden vielfältige intra- und interpersonale Dynamiken erfasst, fließen alle verbalen und nichtverbalen Kommunikationsprozesse zusammen und bebildern das Gesamt-Psychische der Gruppe.

Die vielschichtigen Dynamiken zwischen den offenen Mitteilungen und zugrundeliegenden Grundorientierungen der Personen, der Einfluss der Gruppenleitung auf die Gruppe und das Oszillieren zwischen individueller Lebensgeschichte und Gruppenübertragungen können darin erfasst werden.

Dadurch kann gegenwartsbezogen mit den sogenannten horizontalen Übertragungen auf die einzelnen Gruppenmitglieder (z. B. Geschwisterkonflikte) und den sogenannten vertikalen Übertragung auf den Gruppenleiter (z. B. Autoritätskonflikte) gearbeitet werden.

Damit ist Gruppenpsychotherapie eine effiziente und umfassende psychotherapeutische Leistung im Versorgungssystem neben der ebenso wichtigen Gruppentherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppentherapie sollten jedoch klar unterschieden werden. Die begriffliche Genauigkeit in der Differenzierung zwischen Gruppentherapie und Gruppenpsychotherapie muss in die fachpolitische Diskussion einfließen. Es geht um patientenorientierte Verfahrensvielfalt. (Die Kombination zwischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie wird kontrovers diskutiert und es gibt keine einheitliche Position der Gruppenpsychotherapeuten hierzu.)

Die Förderung der **Gruppentherapie** in der Psychotherapie-Richtlinie bedeutet im wesentlichen Förderung von Nachsorge, Fokal-Gruppe und Psychoedukation. Dies ist unbestritten wertvoll, sinnvoll und war überfällig. Aber: Dies ist die eine Seite. Die andere Seite ist die Förderung und Entwicklung der **Gruppenpsychotherapie**.

Das Fehlen der Mitte mag sich ohne Absicht eingeschlichen haben und doch, es geht mir um den Moment der begrifflichen Genauigkeit. Wenn etwas in der Mitte – oder in der Matrix – fehlt, bleibt das Ganze im Kern unvollständig.

Dr. Bernd Heimerl

BE

„Aus der Praxis für die Praxis“: Veranstaltungsreihe zur Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie

Am 19.04.2017 startete die Psychotherapeutenkammer Berlin eine Veranstaltungsreihe zur Information ihrer Mitglieder über die Neuerungen im Zusammenhang mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie: „Aus der Praxis für die Praxis“.

In unserer Veranstaltung zur G-BA-Richtlinie – im voll besetzten Hörsaal der FU Berlin – erläuterten Dieter Best und Jürgen Doebert die Bewertung der neuen psychotherapeutischen Leistungen und deren Auswirkungen in der Praxis der PP und KJP. Dipl.-Psych. Dieter Best ist Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), Mitglied der Vertreterversammlung und des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Er ist zudem Mitglied der Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer und Gebührenordnungsbeauftragter des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer. Dipl.-Psych. Jürgen Doebert ist kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp Bundesverbandes, Mitglied in der Vertreterversammlung und im Satzungsausschuss der KBV sowie Sachverständiger im Bewertungsausschuss.

Jürgen Döbert, Dieter Best, Michael Krenz (v. l. n. r.)

Bis Ende des Jahres soll in insgesamt sechs „Foren“ für ca. 500 TeilnehmerInnen über die Neuerungen informiert worden sein. Die Themen im Einzelnen:

- Bewertung der neuen psychotherapeutischen Leistungen und deren Auswirkungen in der Praxis der PP und KJP
- Empfehlungen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten: Psychosoziale Hilfen in Berlin
- Sprechstunde: Erwachsene
- Sprechstunde: Kinder- und Jugendliche
- Akutbehandlung
- Befugniserweiterung/Verordnungen

Zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten des komplementären Bereiches in Berlin für Patienten, für die keine unmittelbare psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, hat die Kammergeschäftsstelle Berlin **Informationen sowie Kontaktadressen** (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen u. a.) aufbereitet, die sie online zur Verfügung stellt: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/themen/psychotherapierichtlinie/index.html.

Daniela Allalouf

Geschäftsstelle

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

PK BREMEN
PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BREMEN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

„Es gibt viel zu tun" – Podiumsdiskussion zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Menschen

Unter dem Motto „Wie gelingt eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen und eine angemessene Gestaltung des psychotherapeutischen Berufes" hatte der Vorstand der PK Bremen am 09.05.2017 zu einer Podiumsdiskussion mit Vertretern der Bremer Politik eingeladen. Alle in der Bremischen Bürgerschaft vertretenen Fraktionen hatten ihre Teilnahme zugesagt; an der Diskussion teil nahmen Stephanie Dehne (SPD), Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Die Grünen), Rainer Bensch (CDU) sowie Dr. Magnus Buhlert (FDP) in ihrer Funktion als gesundheitspolitische Sprecherinnen und Sprecher ihrer Parteien. Der Vertreter der Linken, Peter Erlanson, war trotz Zusage leider nicht erschienen.

Podiumsdiskussion mit den Gesundheitsexperten der Parteien

Versorgung psychisch kranker Menschen

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde eröffnete Karl Heinz Schrömgens die Diskussion mit der Frage, wie die politischen Forderungen der letzten Jahre mit der tatsächlichen Ausgestaltung der Versorgung psychisch kranker Menschen im Lande Bremen vereinbar seien. Er nahm dabei Bezug auf einen 2013 von allen Fraktionen verabschiedeten Beschluss zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform, während gleichzeitig in den letzten Monaten zentrale Einrichtungen der Versorgung, wie etwa der Krisendienst, geschlossen wurden und das Klinikum Bremen Ost aufgrund von eklanten Mängeln in der Versorgungsqualität dauerhaft in der Kritik stand.

Zunächst ergriff Frau Kappert-Gonther das Wort und erläuterte, dass die Verabschiedung des Bürgerschaftsentschlusses ein wichtiger und zentraler Schritt dahin war, Anliegen psychisch kranker Menschen in der Politik sichtbar zu machen. Gleichzeitig räumte sie ein, dass alle Fraktionen die Entscheidung, den Krisendienst zu schließen, mitgetragen hätten. Frau Dehne und Herr Bensch erläuterten dazu weiter, dass im Haushaltsnotstandsland Bremen dafür auch ökonomische Überlegungen eine wichtige Rolle gespielt hätten. Gleichzeitig habe eine Bewertung des Krisendienstes ergeben, dass dieser die gesetzten Ziele nicht hinreichend erfüllt habe. Herr Bensch betonte, dass mit dem Nacht-Café jetzt eine Alternative zum Krisendienst geschaffen werden konnte, die nach den ersten Eindrücken gut angenommen werde. Herr Buhlert warf ein, dass es in der Folgezeit darum gehen werde, dieses Angebot großflächig in Bremen zu implementieren. Frau Kappert-Gonther führte weiter aus, sie sehe zwei wesentliche Bedingungen solcher Krisenanlaufstellen: Das eine sei die Schaffung eines niederschwelligen Angebotes, wie es durch das Nacht-Café jetzt erreicht werde, das andere seien aufsuchende Hilfen. Hierzu schien es jedoch noch keine konkreten Überlegungen zu geben. Bezogen auf die geplante Evaluation der neuen Projekte zeigte sich auf Nachfrage aus dem Plenum, dass es dazu bislang kein Konzept gibt.

Darüber hinaus forderten die teilnehmenden Politiker einhellig eine stärkere Vernetzung und eine Regionalisierung von stationärem, teilstationärem und ambulantem Sektor. Insbesondere Patienten mit komplexem Hilfebedarf bedürfen einer stärkeren Kontinuität im Behandlungsverlauf. Der Einwand aus dem Auditorium, dass entsprechende Vernetzungsleistungen aktuell nicht honoriert würden, wurde von allen anerkannt und als Ansatzpunkt für weitere Verbesserungen genannt. Vorstandsmitglied Amelie Thobaben wies darauf hin, dass auch im ambulanten Bereich eine Reihe von Versorgungsproblemen bestünden, insbesondere in Bezug auf lange Wartezeiten bei gleichzeitigem Abbau von Kassensitzen durch die KV. Auch hier gab es Zustimmung aus den Reihen der Politik.

Ein weiteres Thema war die Situation in stationären Einrichtungen. Einerseits würden Studien zeigen, dass die Versorgungsqualität in diesem Bereich entscheidend mit durch das psychotherapeutische Angebot bestimmt wird,

andererseits würde dies in der Planung und in der Eingruppierung psychotherapeutischer Leistungen nicht berücksichtigt. Der Ärztemangel sei insbesondere in der Psychiatrie spürbar, wodurch zunehmend Psychotherapeuten gefordert werden, diese Leerstellen aufzufüllen. Dabei sollte jedoch auch eine gleichwertige Eingruppierung und Bewertung psychotherapeutischer und ärztlicher Leistungen erfolgen. Frau Kappert-Gonther sprach sich dafür aus, dass auch Psychotherapeuten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Verordnungen für Ambulante Psychiatrische Pflege sowie für Ergo- und Logotherapie ausstellen können.

Etwas differenzierter wurde die Situation zu fremdsprachigen Ärzten in der Psychiatrie diskutiert. Während die Bedeutung eines geteilten sprachlichen und kulturellen Hintergrunds als Voraussetzungen für eine gelingende psychotherapeutische Arbeit einhellig geteilt wurde, warf Herr Buhlert ein, dass auch fremdsprachige Ärzte und Therapeuten vor dem Hintergrund der immer größeren Diversivität der Bevölkerung wichtig seien, um Versorgung zu gewährleisten. Hier solle man weniger auf Bescheinigungen und formale Qualifikationen achten, sondern stärker darauf, was wo gebraucht würde. Auch Frau Dehne votierte dafür, dass die Äquivalenzprüfungen in diesem Bereich überdacht werden müssten, um hochqualifizierte Personen mit Migrationshintergrund stärker einbinden zu können.

Reform der Psychotherapie – Ausbildung und Vergütung psychotherapeutischer Arbeit

Kurz wurden auch die Reform der Ausbildung und die Vergütung von Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angerissen. Zur Reform der Ausbildung äußerten die Fraktionsabgeordneten einhellig ihr Bedauern, dass dies entgegen des Koalitionsvertrages nicht in dieser Legislaturperiode realisiert werden konnte. Herr Bensch verwies in diesem Zusammenhang auf die lange Zeitdauer, die die Reform der Pflegeausbildung in Anspruch genommen habe; bei solchen Vorhaben sei häufig aufgrund ihrer Komplexität und der Vielzahl betroffener gesetzlicher Regelungen „ein dickes Brett zu bohren". Frau Kappert-Gonther betonte, dass sie die Reform hin zu einem grundständigen Psychotherapie-Studium mit Abschluss Approbation für „richtig und wichtig" halte, um prekären Ausbildungssituationen vorzubeugen und die Arbeit der Psychotherapeuten entsprechend ihrer Qualifikation zu würdigen.

Herr Schrömgens richtete zum Abschluss der Podiumsdiskussion den Appell an die Politik, die Psychotherapeuten bei Forderungen einer gerechten Entlohnung ihrer Arbeit zu unterstützen. Hier habe die Selbstverwaltung ihre Grenzen erreicht; Psychotherapeuten könnten nicht den gleichen Druck aufbauen wie andere Berufsgruppen und seien in den letzten Jahren bei Tarifvereinbarungen und Honoraranpassungen stets benachteiligt worden. Hier gab es von allen Seiten viel Verständnis; Herr Bensch äußerte sich überrascht über die deutliche Diskrepanz zwischen den Gehältern von Ärzten und Psychotherapeuten, dies sei ihm bislang nicht so klar gewesen und er stimme der Forderung zu, dass es hierzu Anpassungen im SGB V geben müsse. Frau Kappert-Gonther bemerkte auch aus eigener Perspektive als ärztliche Psychotherapeutin, dass sie nicht nachvollziehen könne, warum seit Jahren probatorische Sitzungen und jetzt auch die Sprechstunden, die einen höheren Aufwand bedeuten als reguläre Therapiestunden, geringer vergütet werden. Ähnliches gelte auch für die Gesprächsziffer, die häufig in akuten Krisen zur Anwendung komme. Herr Schrömgens ergänzte, dass auch eine allgemeine Aufwertung der Gesprächsleistungen in die Diskussion gebracht werden sollte.

Insgesamt zeigte sich in den politischen Auffassungen zur Gesundheitspolitik eine große Einigkeit zwischen den Fraktionen. Alle Teilnehmer betonten, dass einerseits bedeutsame Mängel in der Versorgung bestehen, andererseits aber auch vieles auf den Weg gebracht werde. Die Politik sei sich der Bedeutung der Versorgung psychisch kranker Menschen bewusst. Frau Dehne sagte in ihrem Abschluss-Statement zu, das Positionspapier der Kammer, das sie als sehr hilfreich erlebt habe, in ihrer Partei auch auf Bundesebene diskutieren zu wollen. Herr Bensch wolle sich des Themas Kostenerstattung annehmen und darüber mit Vertretern der Kassen ins Gespräch kommen. Insgesamt bewerteten alle Teilnehmer die Diskussion als konstruktiv und fruchtbar.

Themen der 36. Kammerversammlung

Im Anschluss an die fast zweistündige Podiumsdiskussion fand die 36. Kammerversammlung statt. Neben dem Tätigkeitsbericht des Vorstands tauschten sich die Anwesenden zu bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der neuen Psychotherapierichtlinie aus. Zwei Kolleginnen lobten die Veränderungen in der Antragstellung und im Bericht an den Gutachter, die echte Arbeitserleichterungen bedeuten würden. Eine weitere Kollegin beklagte, dass sie durch die Sprechstunde zunehmend in die Situation käme, für Psychotherapie geeignete und bedürftige Patienten wegschicken zu müssen, ohne Möglichkeiten für eine zeitnahe Versorgung benennen zu können. Amelie Thobaben wies darauf hin, dass in solchen Fällen auf der individuellen Patienteninformation nicht die Indikation für eine Akutbehandlung gestellt, sondern dass im Freitext auf die hohe Dringlichkeit und den Bedarf für Richtlinientherapie verwiesen werden sollte. Dies könne den Kollegen in der Kostenerstattung helfen, wieder in der Versorgung tätig zu werden und Patienten schnell in eine benötigte Behandlung zu bringen.

Abschließend verabschiedete die Kammerversammlung mit großer Mehrheit eine Resolution zur „Politik für psychisch kranke Menschen 2017–2021", mit der der Vorstand legitimiert wurde, weitere Schritte in Richtung der im Positionspapier angesprochenen gesundheitspolitischen Anliegen zu unternehmen. Das Positionspapier ist auf der Homepage der PK Bremen abrufbar.

Wie immer klang der Abend mit angeregten Diskussionen bei Saft und Sekt aus.

Informationsveranstaltungen zur Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie: Kammer informiert über Neuerungen in Leistungsumfang und Vergütung

Die PK Bremen hat in drei Veranstaltungen über 200 Kammermitglieder über die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie und deren Implikationen für die praktisch-therapeutische Arbeit informiert. Der Informationsbedarf der Kammermitglieder zeigte sich in hohen Anmeldezahlen: Mit 130 Teilnehmern war der Vortragssaal der Kassenärztlichen Vereinigung, in dem die erste Veranstaltung am 06.04.2017 stattfand, fast bis auf den letzten Platz besetzt. Zu dieser Veranstaltung war als Gast auch der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Dr. Jörg Hermann, geladen.

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens umriss in seinem Vortrag zunächst die politischen Rahmenbedingungen, unter denen die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie entstanden war. Im Anschluss informierte er über die verschiedenen inhaltlichen Veränderungen. Nach jedem thematischen Schwerpunkt gab es die Möglichkeit, nachzufragen und Bewertungen abzugeben. Viele Teilnehmer machten davon regen Gebrauch. Die Punkte „Telefonische Erreichbarkeit", „Psychotherapeutische Sprechstunde" und „Psychotherapeutische Akutbehandlung" als neue Aufgabenstellungen in der Versorgung nahmen dabei den größten Raum ein.

Terminservice-Stelle für Psychotherapeuten

Kontroversen gab es, als die Regelungen zur Terminservice-Stelle (TSS) der KVHB vorgestellt wurden. Karl Heinz Schrömgens betonte noch einmal die Freiwilligkeit der Terminmeldungen für die Akutbehandlung, warb aber zugleich für eine gute Kooperation mit der TSS. Dr. Hermann erläuterte in der Diskussion, dass die TSS eine gesetzliche Vorgabe sei, der die KV nachkommen müsse. Er wies auch auf den gesetzlichen Auftrag hin, jährlich die Erfüllung der Versorgungsaufträge zu überprüfen.

In verschiedenen Plenumsbeiträgen zeigte sich, dass viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits Sprechstundentermine und Akutbehandlungsmöglichkeiten der TSS gemeldet hatten. Gleichwohl wurde noch einmal deutlich, dass im Hinblick auf langfristige Verbesserungen der Versorgung diese Maßnahmen skeptisch gesehen werden.

links: Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens; rechts: KV-Vorsitzender Dr. Jörg Hermann

Im Anschluss wurden die veränderten Antrags- und Genehmigungsverfahren und die neuen Formblätter vorgestellt, zu denen es viele Detailfragen gab. Gesonderte Blöcke waren der Gruppenpsychotherapie und der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vorbehalten.

Neufassung des EBM

Nach diesen inhaltlichen und formalen Punkten ging Karl Heinz Schrömgens zu den neuen Vergütungsregelungen über. Die neuen Leistungen (Sprechstunde, Akutbehandlung) seien jeweils als 25-Minuten-Leistungen mit einem Betrag in Höhe von 42,75 € legendiert. Er verwies auf die Stellungnahme der Kammer zu den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses und auf die zahlreichen Protestnoten aus Kammern und Verbänden und rief die Anwesenden auf, ihren Unmut über diese Regelungen gegenüber dem Gesundheitsministerium, dem Spitzenverband der Krankenkassen und der KBV sowie Gesundheitspolitikern auszudrücken. Kopfschütteln löste die Begründung der Kassen aus, dass diese Leistungen weniger aufwendig seien als eine reguläre Psychotherapiesitzung. Das Gegenteil sei der Fall. Der Koordinierungs- und Dokumentationsaufwand liege in der Anfangsphase deutlich höher.

Zum Schluss der zweieinhalbstündigen Veranstaltung wurden noch die neuen Möglichkeiten des Job-Sharings erläutert und auf die jetzt verabschiedeten Richtlinien zu Krankenhauseinweisung, Medizinischer Rehabilitation, Soziotherapie und Krankentransporten verwiesen. Das Inkrafttreten sei in Kürze zu erwarten, sodass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bald mit diesen Befugnissen ihr Handlungsspektrum in der Praxis erweitern können.

Weitere Veranstaltungen in Bremerhaven und Bremen

Karl Heinz Schrömgens informierte in einem vergleichbaren Vortrag auch Kolleginnen und Kollegen in Bremerhaven über die Neuerungen. An der Veranstaltung am 27.04.2017 im Zentrum für seelische Gesundheit nahmen etwa 25 psychotherapeutische, aber auch ärztliche Kolleginnen und Kollegen teil, die die präsentierten Informationen mit Interesse verfolgten.

Aufgrund der hohen Nachfrage fand auch in Bremen am 04.05.2017 eine weitere Informationsveranstaltung statt. Hier kamen noch einmal etwa 50 Kammermitglieder zusammen. Für die kompakte und strukturierte Darstellung gab es zu Ende jeder Veranstaltung Applaus und viele anerkennende Worte.

Bedauerlich war, dass sich zu jeder der Veranstaltungen mehr Kammermitglieder angemeldet hatten, als tatsächlich teilnahmen. Dieses unsolidarische Verhalten führte dazu, dass anderen Interessenten aufgrund der begrenzten Kapazitäten von der Geschäftsstelle eine Absage erteilt werden musste.

HB

Empfang der Heilberufe

Am 26.04.2017 fand der alljährliche Empfang der Heilberufe jetzt schon zum dritten Mal im neuen Format in der Kunsthalle Bremen statt. Ausrichter war in diesem Jahr die KVHB. Sie hatte den österreichischen Kabarettisten (und Psychotherapeuten) Professor Ludwig eingeladen, der sich in launischer Form mit gesundheitlichen Fragen beschäftigte. Deutlich zu spüren war seine herausfordernde Art, die u. a. auf Frank Farrally und seine Provokative Psychotherapie zurückgeht. Die Resonanz im Publikum war recht unterschiedlich, wie man später in den Gesprächen feststellen konnte.

Vertreter der Heilberufekammern und der KV

Die Begrüßung nahm Dr. Jörg Hermann vor. Er warb für die Nutzung patientenbezogener elektronischer Datenverarbeitung in der Medizin. Die Vision, dass der Krankenhauspatient mit seinem Tablet oder Smartphone der Ärztin mit einer Papierkrankenakte gegenüber sitzt und online die Behandlungsvorschläge der Ärztin im Netz zur Diskussion stellt, hielt er für eine indiskutable Perspektive. Anders als bei den ersten beiden Veranstaltungen war der Vortragssaal bis zum letzten Platz besetzt. Mehr als 20 Mitglieder der PK Bremen nahmen an der Veranstaltung teil. Bei delikatem Fingerfood, alkoholischen wie nichtalkoholischen Getränken nutzten die zahlreichen Gäste aus der Politik, darunter die Senatorin Frau Quante-Brandt, sowie Vertreter von Kassen, KVen und Kammern den Rahmen für angeregte Gespräche.

Erster Bremer „Lauf gegen Depression“

Das Bremer Bündnis gegen Depression veranstaltete am 06.05.2017 den ersten Bremer „Lauf gegen Depression“. Start war am Klinikum Bremen-Ost. Dort wurde die Finnbahn einmal umrundet. Von dort führte die Strecke durch Osterholz bis zur Ameos Klinik Dr. Heines. Nach einer weiteren Finnbahnrunde an diesem Standort gab es Obst und Wasser. Am Start wurden die Teilnehmenden von Chefarzt PD Dr. Kuhnigk (KBO) begrüßt und auf die Strecke geschickt. Nachdem der letzte Teilnehmer im Ziel war, sprach der Chefarzt des Ameos Klinikums Professor Uwe Gonther anerkennende Worte. Die Strecke war mehr als drei Kilometer lang und es nahmen mehr als 50 Menschen teil. Alle bekamen ein T-Shirt mit dem Logo des Bremer Bündnisses gegen Depression.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Hans Schindler, 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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer HAMBURG

Bericht von der 65. Delegiertenversammlung am 01.03.2017
Neue Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit verabschiedet

Empfang anlässlich des 70. Geburtstages des Gründungspräsidenten

Am 01.03.2017 fand die 65. Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg im Rudolf-Steiner-Haus in Rotherbaum statt. Im Vorfeld der Versammlung lud der Vorstand alle Gremienmitglieder zu einem Sektempfang anlässlich des 70. Geburtstages des Gründungspräsidenten Prof. Dr. Rainer Richter ein. Nach den anregenden Gesprächen bei einem kleinen Buffet fiel es nicht leicht, um 19:45 Uhr auf den arbeitsreichen Teil des Abends überzugehen.

Tagesordnung der 65. Delegiertenversammlung

Auf der Agenda standen Berichte aus Vorstand, Ausschüssen und Kommissionen, Arbeitskreisen sowie der Geschäftsstelle. Anschließend wurde der Jahresabschluss 2016 sowie der Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses vorgestellt und der Vorstand durch die Delegiertenversammlung entlastet.

Vierte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung

In einem weiteren Tagesordnungspunkt wurde die vierte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung vorgestellt, die die Gebühren in Zusammenhang mit der neu verfassten Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit sowie der künftigen Fachsprachenprüfung beinhaltet. Nachdem die Gebühren erläutert und diskutiert wurden, hat die Delegiertenversammlung die Änderungen einstimmig beschlossen.

Die Delegierten der 65. Delegiertenversammlung

Die neue **Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit** sowie die **vierte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung** finden Sie als Hamburger Kammermitglied in der **Mitte dieser PTJ-Ausgabe** sowie auf der Homepage: www.ptk-hamburg.de.

Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit

Der Vorstand stellte die gerade erwähnte Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit vor, die von der Versammlung diskutiert und unter Berücksichtigung einer Ergänzung ebenfalls einstimmig beschlossen wurde. Die Richtlinie regelt die Anforderungen an die Anerkennung als Sachverständige von Mitgliedern der Psychotherapeutenkammer Hamburg und dient der Sicherung der Fähigkeit einer entsprechenden gutachterlichen Tätigkeit.

Beide verabschiedete Dokumente wurden am 19.04.2017 von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz genehmigt und treten am Tage nach Veröffentlichung dieser Ausgabe in Kraft.

Auf der Homepage der PTK Hamburg (www.ptk-hamburg.de) finden Sie übrigens alle Ordnungen und Satzungen unter der Rubrik „Die Kammer/Rechtliches“.

Wahlen

Im letzten Tagesordnungspunkt wurden ein neues Haushaltsausschussmitglied (Herr Dr. Klaus Michael Reininger) sowie drei stellvertretende Rechnungsprüfungsausschussmitglieder (Dipl.-Psych. Kerstin Sude, Dipl.-Psych. Jörn Koltermann, Gitta Tormin) gewählt.

BW

4. Tag der seelischen Gesundheit am 29.03.2017

Zum vierten Mal fand der Tag der seelischen Gesundheit am 29.03.2017 in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg statt. Im bis auf den letzten Platz gefüllten Saal informierten sich 200 Teilnehmerinnen über Krisen und Bewältigungsstrategien junger Erwachsener.

Nach den Grußworten von Prof. Dr. Montgomery (Präsident der Ärztekammer Hamburg und der Bundesärztekammer), Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz) sowie Dipl.-Psych. Heike Peper (Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg) wurden zwei spannende und sehr lebhafte Vorträge gehalten.

Teilnehmerinnen des vierten Tages der seelischen Gesundheit

Dr. med. Peter Strate (Chefarzt der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll) referierte zu „Suchtverhalten und anderen Krisen in der Adoleszenz". Er erläuterte dabei die Hintergründe der Entstehung von Süchten bei Jugendlichen und die Verbreitung von Suchtmitteln wie Alkohol, Cannabis und Tabak bei jungen Menschen sowie deren Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Anschließend gab Frau Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke (Professorin für Medizinische Psychologie, Universität Mainz) in ihrem Vortrag „Emerging Adulthood: Entwicklungsaufgaben und -risiken zwischen 20 und 30 und deren klinische Relevanz" einen umfassenden Einblick in die Lebenswelt junger Erwachsener. Sie schilderte anhand von Studienergebnissen den Einfluss von Eltern und Gesellschaft auf deren Entwicklung sowie ihre Probleme und Herausforderungen bei der Identitätsentwicklung. Schließlich widmete sie sich der Fragestellung, warum das Erwachsenwerden heute später erfolgt als noch vor einigen Jahrzehnten.

Der Nachmittag gestaltete sich in sechs unterschiedlichen Workshops. Themen waren „Depression, Ängste und Zwänge", „Abhängigkeit und Sucht", „Essstörungen oder Erwachsenwerden", „Gruppentherapie mit jungen Erwachsenen", „Sexualität" und „Mobbing".

v. l. n. r. Dr. Ramm, Dipl.-Psych. Peper, Senatorin Prüfer-Storcks, Dr. Montgomery, Dr. Strate, Prof. Dr. Seiffge-Krenke

Nach den Workshops fanden sich die Teilnehmenden in zwangloser Atmosphäre bei Kaffee und Gebäck zusammen, um sich über die Inhalte und Erkenntnisse der Workshops auszutauschen. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg bedankt sich bei der Ärztekammer Hamburg für die gute Zusammenarbeit sowie bei den Referentinnen und Referenten, die die Veranstaltung zu einem sehr lebhaften, interessanten und abwechslungsreichen Tag gemacht haben.

Sollten Sie Interesse an den Präsentationen von Dr. Strate und/oder Prof. Dr. Seiffge-Krenke haben, wenden Sie sich gern die Geschäftsstelle.

BW

Beschluss der Landeskonferenz zum Thema „Sexualisierte Gewalt und Gesundheit"

Auf Initiative der PTK hatte sich eine Arbeitsgruppe der Landeskonferenz Versorgung (§ 90a-Gremium) mit der Verbesserung des Informations-, Beratungs- und Behandlungsangebots für Menschen, die sexuelle Gewalterfahrungen erlebt haben, beschäftigt.

Beteiligt an der Arbeitsgruppe waren neben der Gesundheitsbehörde (BGV) und der Sozialbehörde (BASFI) die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer sowie die KV Hamburg und Vertreterinnen der Krankenkassen. Als Expertinnen nahmen Mitarbeiterinnen

von Fachberatungsstellen an den Sitzungen der AG teil.

In dem von der Arbeitsgruppe entwickelten Maßnahmenpaket sind eine verbesserte Auffindbarkeit und Aufbereitung von Informationen für Betroffene, Angehörige und Fachleute, eine Öffentlichkeitskampagne in verschiedenen Medien sowie verstärkte Fortbildungsangebote der Kammern vorgesehen. Weiterhin soll die Vernetzung und Kooperation zwischen den Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich gefördert werden, auch die Schulbehörde soll einbezogen werden. Bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes soll das Thema der sexualisierten Gewalt durch geeignete Projekte aufgegriffen werden.

Das Plenum der Landeskonferenz ist der Beschlussempfehlung der AG einstimmig gefolgt, so dass die Maßnahmen nun auf den Weg gebracht werden können.

HP

Kurznachrichten – Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Gespräche zur Reform der Psychotherapieausbildung

Das Präsidium führte in den vergangenen Monaten mit Vertreterinnen verschiedener Einrichtungen Gespräche zur Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. Unter anderem gab es Gespräche mit Prof. Bernd Löwe und Prof. Martin Härter (UKE), Prof. Tania Lincoln und Dr. Anne-Katharina Fladung (Uni Hamburg) sowie mit den Abgeordneten der Hamburgischen Bürgerschaft Dr. Wieland Schinnenburg (gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion), Sylvia Wowretzko (gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion), Dr. Sven Tode (wissenschaftspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion) und René Gögge (wissenschaftspolitischer Sprecher der Grünen-Fraktion).

HP

RECOVER – ein Modell der sektorenübergreifenden-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen

Die PTK Hamburg ist als Kooperationspartnerin an diesem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt, das unter der Federführung des UKE Hamburg entwickelt wurde, beteiligt. RECOVER hat sich zum Ziel gesetzt, die vorhandenen Ressourcen der Regelversorgung durch eine bessere sektorenübergreifende und interdisziplinäre Steuerung, Koordination und Zusammenarbeit effizienter zu gestalten. Die Versorgung soll durch evidenzbasierte Interventionen für leicht, mittelgradig und schwer Erkrankte durch eine koordinierte Vernetzung verbessert werden und ergänzt sie durch innovative Versorgungsansätze aus den Bereichen e-Health, Arbeitsintegration, migrationsspezifische Angebote sowie Patienten- und Angehörigenbeteiligung. Der Kammervorstand hat sich entschieden, durch die Mitarbeit das Projekt kritisch-konstruktiv zu begleiten und mitzugestalten.

HP

Psychotherapeutenkammer unterstützt Projekt zur Versorgungsforschung HAM-NET

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg unterstützt das am UKE Hamburg angesiedelte Kooperationsnetz HAM-NET („Hamburg Network Health Services Research"), das vom BMBF mit einer Strukturförderung von EUR 2,5 Mio. in den nächsten drei Jahren gefördert wird. Das Netzwerk soll die Akteure der Versorgungsforschung in Hamburg enger zusammenführen sowie wichtige Impulse für die Gestaltung der Versorgungssituation in Hamburg geben. Eine Besonderheit wird sein, dass auch nichtwissenschaftliche Unterstützerinnen und Fördererinnen Forschungsfragen und -vorhaben in das Netzwerk einreichen können.

Neben dem Aufbau des Kooperationsnetzwerkes wurde vom BMBF das Projekt COMET („Collaborative and Stepped Care in Mental Health by Overcoming Treatment Sector Barriert") bewilligt; es schließt in einer klinischen Studie 750 Patientinnen aus 50 Hausarztpraxen ein und untersucht und berät die Versorgungsketten von Patientinnen mit Depressionen, Angststörungen und Alkoholsucht. Hausärztinnen, Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen werden im Umgang geschult, an Fachleitlinien orientierte Behandlungspfade erprobt und die Wirksamkeit überprüft.

Im Rahmen der ersten Mitgliederversammlung der Unterstützerinnen am 04.04.2017 stellten sich alle Beteiligten vor. Vonseiten der PTK Hamburg trug Geschäftsführer Düring vor, die besondere Rolle Hamburgs als Metropolregion mit Versorgungsaufgaben in andere Bundesländer bei der Versorgungsforschung zu berücksichtigen.

Folgeveranstaltungen sind eine Konferenz im Rahmen der Petersburger Gespräche am 01.06.2017 sowie ein Symposium am 13.06.2017 zur Weiterentwicklung des Forschungsnetzwerkes unter Podiumsbeteiligung unserer Präsidentin Dipl.-Psych. Heike Peper.

CD

Klausurtagung des Kammervorstandes

Am 15.02.2017 trafen sich Kammervorstand und Geschäftsführer zu einer ganztägigen Klausurtagung, um die Aktivitäten des ersten Jahres der laufenden Amtsperiode zu reflektieren und die Umsetzung der für 2018 anstehenden Projekte und Aufgaben zu planen.

HP

Prüfungskommission Neuropsychotherapie benannt

Der Vorstand der Hamburger Psychotherapeutenkammer hat eine Prüfungskommission zur Erlangung des Weiterbildungstitels Neuropsychologische Therapie benannt. Vorschläge zur Be-

setzung waren zuvor von den beiden Hamburger Weiterbildungsstätten für Neuropsychologische Therapie erfragt worden.

In einer ersten gemeinsamen Sitzung am 08.03.2017 in der Geschäftsstelle der PTK Hamburg wurden die Anwesenden von Kammerpräsidentin Heike Peper begrüßt, die sich ausdrücklich für die Bereitschaft der Anwesenden bedankte, sich ehrenamtlich für die Kammer zu engagieren. Ein erster Prüfauftrag wurde vergeben.

Der Prüfungskommission gehören drei ordentliche Mitglieder sowie drei Stellvertreterinnen an. Eine Vorsitzende wurde benannt. Über das Procedere der Antragszuleitung und -bearbeitung wurde vereinbart, aus Datenschutzgründen die Anträge nur als verschlüsselte E-Mail oder Briefpost zu versenden. Angestrebt wird eine höchstens vierwöchige Bearbeitungszeit von Antragstellung bis zur Bescheidung. Die Verständigung wird zunächst per E-Mail erfolgen, gemeinsame Sitzungstermine sollen je nach Bedarf eingeplant werden.

TB

Gespräch mit der Leiterin der TK-Landesvertretung

Mit Maren Puttfarcken, Leiterin der Landesvertretung der Techniker-Krankenkasse, und Herrn Hoffmann, Leiter der Abteilung Vertragswesen, führte das Präsidium am 22.03.2017 ein Gespräch zu den Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie und den Terminservicestellen sowie über neue Versorgungsmodelle.

HP

Ende der Amtsperiode – Treffen mit den ehrenamtlichen Richterinnen des Heilberufegerichts

Zum Ende ihrer Amtszeit hat sich das Präsidium am 26.04.2017 mit den ehrenamtlichen Richterinnen des Heilberufegerichts zum Erfahrungsaustausch in der Geschäftsstelle getroffen. Neben dem Dank für ihr Engagement standen hier Fragen der Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Heilberufegericht, den hauptamtlichen Richterinnen und die wechselseitige Information im Vordergrund. Im Austausch auf den jährlich stattfindenden Berufsrechtskonferenzen der Landeskammern war deutlich geworden, dass das gegenseitige Verständnis der jeweiligen Arbeitsfelder die Rechtssicherheit und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen deutlich verbessern kann. In diesem Sinne wird das Präsidium ebenfalls ein Gespräch mit den hauptamtlichen Richterinnen suchen.

TM

Fachsprachenprüfung

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) ist an die PTK Hamburg herangetreten mit dem Wunsch, die Fachsprachenprüfungen (FSP) für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen durchzuführen. Über den erfolgreichen Abschluss einer FSP müssen PP und KJP aus nicht deutschsprachigen Ländern die notwendige Sprachkompetenz für die Berufsausübung in Deutschland nachweisen.

Der Vorstand hat diese Aufgabe für PP und KJP übernommen. Mit der Berliner Psychotherapeutenammer wurde eine Kooperationspartnerin gefunden, die sich ebenfalls mit der Umsetzung der FSP beschäftigt hatte. Vier von der PTK Hamburg beauftragte Mitglieder haben an einer gemeinsamen Schulung in Berlin teilgenommen.

Die FSP selbst wird in Hamburg vorgenommen. Die Gruppe arbeitet bei der Vorbereitung und Durchführung der FSP in Anlehnung an das Berliner Schulungsmaterial.

GK

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Thomas Bonnekamp, Christoph Düring, Gabriela Küll, Torsten Michels, Heike Peper, Birte Westermann.

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

HH

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Dr. Heike Winter, Präsidentin

die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung der neuen psychotherapeutischen Leistungen kann nicht anders denn als enttäuschend bezeichnet werden. Ein Beschluss war nur unter Einbeziehung des Unparteiischen möglich geworden, der sich auf die Seite der Krankenkasse gestellt hat. Die KBV hat angekündigt, gegen diesen Beschluss zu klagen. Der Vorsitzende der KV Hessen, Frank Dastych, kommentierte diesen Vorgang in seinem Grußwort auf dem 9. Hessischen Psychotherapeutentag mit den Worten „Willkommen im echten Leben" und meinte damit die negativen Erfahrungen der Ärzteschaft mit Vergütungsverhandlungen. Heißt im Klartext: „Jammern hilft nicht!". Es kann nicht sein, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen schlechter versorgt werden als Menschen mit somatischen Erkrankungen. Es kann nicht sein, dass wirksame psychotherapeutische Behandlungsangebote nur einem Teil der Bevölkerung zugutekommen, weil die Bedarfsplanung eine Überversorgung vorgaukelt, wo in Wahrheit deutlich Mangel herrscht. Hier müssen wir gemeinsam unsere politischen und rechtlichen Möglichkeiten ausschöpfen, gegen die Absenkung der Vergütung unserer Leistungen vorgehen und klare Forderungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stellen für die Neuberechnung der Bedarfsplanung, die im Frühjahr nächsten Jahres vorgelegt wird. Aufklärung und Information unserer Patienten, Presse, Gespräche mit Politikern, Unterstützung unserer KBV-Vertreter, Unterstützung der Verbände, Proteste. Es gibt viel zu tun!

Mit herzlichen Grüßen

Heike Winter
Präsidentin

HE

Ausbildungsverantwortung in der Praktischen Tätigkeit

Karl Wilhelm Höffler

Die „Praktische Tätigkeit" ist Teil der Psychotherapieausbildung. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen formuliert dazu u. a.: „Die praktische Tätigkeit umfasst mindestens 1.800 Stunden und ist in Abschnitten von jeweils mindestens drei Monaten abzuleisten. Hiervon sind 1. mindestens 1.200 Stunden an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung … und 2. mindestens 600 Stunden an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung, in der Praxis eines Arztes mit einer ärztlichen Weiterbildung in der Psychotherapie oder eines Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP/KJP) zu erbringen."

Während der Praktischen Tätigkeit werden psychotherapeutische Leistungen von approbierten Kolleginnen, PP und KJP (oder auch entsprechend qualifizierten Fachärztinnen), an nichtapprobierte Ausbildungsteilnehmerinnen (PiA) delegiert. Diese Delegation unterliegt Regeln, die bereits seit 2008 dokumentiert sind und die mit folgenden Begriffen beschrieben werden können: (a) Verantwortung, (b) Auswahlpflicht und Anleitungspflicht, (c) Überwachungspflicht, (d) Beachtung der höchstpersönlich zu erbringenden Leistungen.

Verantwortung: Was „Verantwortung" meint, lässt sich in dem Satz formulieren: „Die Fälle der PiA sind immer die Fälle der ausbildungsbeauftragten Psychotherapeutin." Dies impliziert, dass es seitens der Klinik eine schriftliche Ausbildungsbeauftragung gibt, die (so die Forderung der Psychotherapeutenkammern) mit einer entsprechenden Vergütung zu verbinden wäre: Mindestens TVöD E15. Die PP/KJP sollten sich bestätigen lassen, dass ihre Tätigkeit innerhalb der Ausbildung in die Unternehmenshaftpflicht einbezogen ist. Im Rahmen des Qualitätsmanagements der Einrichtung sollte der Prozess „Praktische Tätigkeit" in einer Verfahrensanweisung beschrieben sein und Tätigkeitsbeschreibungen für PP/KJP und PiA sollten bestehen.

Auswahlpflicht und Anleitungspflicht: Die PP/KJP müssen prüfen und dokumentieren, ob die PiA aufgrund ihrer Fähigkeiten ab einem bestimmten Zeit-

punkt für die Delegation geeignet ist. Die PiA muss zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistungen dokumentiert angelernt werden.

Überwachungspflicht: Auch im weiteren Fortgang der Praktischen Tätigkeit muss die PiA bei ihren Aufgaben zunächst regelmäßig und dann stichprobenartig überwacht werden.

Beachtung der höchstpersönlich zu erbringende Leistungen: Dieser Punkt ist besonders wichtig im Ausbildungsprozess der Praktischen Tätigkeit. Bestimmte Leistungen können von einem Heilberuf nicht delegiert werden! Dies sind: Anamnese, Indikationsstellung, psychotherapeutische Untersuchung der Patientin, Stellen der Diagnose, Aufklärung und Beratung der Patientin und Entscheidung über die Psychotherapie. Hierbei gilt die Analogie der fachärztlichen Verantwortung für die Tätigkeit der Assistenzärztinnen in Kliniken und Praxen. Damit wird auch die Bedeutung des Satzes deutlich: „Die Fälle der PiA sind immer die Fälle der ausbildungsbeauftragten Psychotherapeutin." Der Zeitaufwand zur Betreuung einer PiA, und damit zugleich die Betreuung der Patientinnen der PiA, wurde vom Deutschen Krankenhausinstitut im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer erhoben und liegt, bezogen auf eine einzelne PiA, bei etwa sieben Stunden pro Woche.

Noch ein Punkt wäre zu erwähnen: Wer soll den psychotherapeutischen Bericht unterschreiben? Nur mit der Mit-Unterschrift einer PP/KJP wird der Bericht zu einem Bericht, der dem Facharztstandard entspricht. Wenn im Klinik-Entlassungsbericht der psychotherapeutische Bericht wie ein Konsil zitiert wird und Namen dabei genannt werden, wäre der Name der anleitenden PP/KJP auch immer mit zu nennen.

Die Anleitung von PiA während der Praktischen Tätigkeit ist eine verantwortungsvolle Tätigkeit. Unsere Profession verfügt über die Kompetenz dazu und sollte diese Verantwortung in den Kliniken auch wahrnehmen.

Karl-Wilhelm Höffler
Mitglied des Vorstands

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Die neue Psychotherapie-Richtlinie ist sicherlich ein Kompromiss. Er markiert eine bedeutende Wende in der gesundheitspolitischen Geschichte der Psychotherapie. Die Regelungen, die nach langer Verhandlung im Feld von Politik, Leistungserbringern und Kostenträgern getroffen wurden, entsprechen dem Versorgungsbedarf und dem Wunsch nach einer Verbesserung des Arbeitsalltags von uns Psychotherapeuten aber nicht vollkommen.

Erreichbarkeit und Sprechstunde erleichtern den Zugang zum Psychotherapeuten, Wartezeiten werden reduziert. Die Reform schafft allerdings keine neuen Behandlungskapazitäten. Die Bedarfsplanung bleibt weiter defizitär und zieht die Frage nach sich, ob hier ein „Flaschenhals" zur Weiterbehandlung geschaffen wurde. Ein positiver Effekt der Sprechstunde und der erweiterten sozialrechtlichen Befugnisse der PP und KJP ist, dass die diagnostische Kompetenz der Psychotherapeuten im Versorgungssystem besser abgebildet wird und die Wahrnehmung der Psychotherapeuten unter den anderen Arztgruppen gestärkt wird. Psychotherapeuten können so stärker als in der Gesundheitsversorgung verankert wahrgenommen werden.

Die Honorarverhandlungen sind nicht Gegenstand dieser Richtlinie: Die Bewertung der neuen Leistungen erfolgte in einem eigenen Schritt durch den Bewertungsausschuss und muss daher auch getrennt davon beurteilt werden.

Veranstaltungsreihe „Informationen zur Psychotherapie-Richtlinie"

Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat im Februar und März d. J. hessenweit insgesamt sechs Informationsveranstaltungen zur Psychotherapie-Richtlinie angeboten, um ihre Mitglieder über die anstehenden Neuerungen, die am 1. April 2017 in Kraft getreten sind, zu informieren. Das Interesse an dieser Veranstaltungsreihe war hoch, die Veranstaltungen mit insgesamt rund 600 Anmeldungen sehr schnell ausgebucht. Mindestens ein Mitglied des Kammervorstands informierte jeweils über die anstehenden Änderungen: Einführung der Akutbehandlung, telefonische Erreichbarkeit, psychotherapeutische Sprechstunde, Neuerungen

Dr. Heike Winter (Präsidentin) und Else Döring (Vizepräsidentin), PTK Hessen

Auditorium Frankfurt, Uni-Campus Westend

in Hinblick auf Kurzzeit- und Langzeittherapie sowie auf die entsprechenden Antragsverfahren, Rezidivprophylaxe, Gruppentherapie sowie über die Auswirkungen dieser Neuerungen auf die Versorgung psychisch kranker Menschen. Zur Information über die Vermittlung von Sprechstundenterminen durch die neuen Terminservicestellen war zu jeder Veranstaltung ein Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen geladen – so konnte ein sehr direkter Informationsfluss gewährleistet werden.

Ilka Heunemann für die KV Hessen

Die Diskussion war intensiv, besonders beschäftigte die Mitglieder verständlicherweise die Umsetzung der Neuerungen in den Praxisalltag.

Es wurde auch Unmut über Teile der Reform zum Ausdruck gebracht, die nicht durchgehend als sinnvoll empfunden wird. Das Risiko einer nicht gelingenden Reform sei, so die Referenten, dass institutionellen Anbietern noch mehr Verantwortung übertragen und die ambulante Versorgung damit geschwächt würde. Am Ende zeigten sich die Teilnehmenden insgesamt sehr zufrieden mit der Veranstaltungsreihe.

Bundeskriminalamtgesetz schränkt Berufsgeheimnis ein

Der Deutsche Bundestag hat mit den Stimmen der Koalition das Gesetz zur Neustrukturierung des Bundeskriminalamtgesetzes („BKA-Gesetz") beschlossen, nachdem das Bundesverfassungsgericht die alte Regelung als in weiten Teilen verfassungswidrig angesehen hatte. Aber auch das neue Gesetz begegnet erheblichen Bedenken, da das Berufsgeheimnis der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten massiv eingeschränkt wird, indem es das Abhören von Therapiegesprächen erlaubt und das Auskunftsverweigerungsrecht der Psychotherapeuten beschneidet.

Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat wiederholt die politischen Entscheidungsträger darauf hingewiesen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler eines uneingeschränkten Schutzes bedarf und eine rechtliche Gleichstellung mit Strafverteidigern und Seelsorgern gefordert. Leider blieb eine Aufforderung an alle hessischen Vertreter im Bundesrat, dem Gesetz ihre Zustimmung zu verweigern, erfolglos.

Olaf Diederichs
Geschäftsführer

Berufsfeld: Klinische Neuropsychologie

Die Kammer hat einen neuen Flyer zum Bereich der Klinischen Neuropsychologie aufgelegt. In diesem wichtigen Berufsfeld herrscht großer Bedarf an qualifizierten Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die hessische Weiterbildungsordnung enthält eine eigene Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie, mit der bereits parallel zur Approbationsausbildung begonnen werden kann. Der Flyer fasst die wichtigsten Informationen und finanziellen Fördermöglichkeiten zusammen. Sie können den Flyer auf unserer Homepage abrufen und ihn zur Weitergabe, solange der Vorrat reicht, in Papierform in unserer Geschäftsstelle anfordern.

9. Hessischer Psychotherapeutentag: „GEFÜHLSSACHE – Emotionen in der Psychotherapie"

Unter dem Motto „GEFÜHLSSACHE" widmete sich der 9. Hessische Psychotherapeutentag (9. HPT) ganz den „Emotionen in der Psychotherapie" und beleuchtete dieses Thema aus der Blickrichtung unterschiedlicher Therapieverfahren und in unterschiedlichen Altersgruppen. Der 9. HPT fand auch in diesem Jahr in den schönen historischen Gebäuden des Campus Westend der Goethe-Universität statt und war mit über 450 Anmeldungen die bisher größte Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer Hessen. Wir freuen uns sehr über diese großartige Resonanz.

Dr. Heike Winter, Kammerpräsidentin, eröffnete die Veranstaltung. Die weiteren Grußworte sprachen **Prof. Enrico Schleiff**, Vizepräsident der Goethe-Universität, sowie **Frank Dastych**, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Den sehr anregenden, gehaltvollen und gleichzeitig unterhaltsamen Festvortrag am Freitagabend mit dem Titel „Die Chancen der Politik in einer Gesellschaft der Angst" hielt der Kasseler **Professor** für Makrosoziologie **Heinz Bude**. **Else Döring**, Vizepräsidentin der Hessischen Kammer, eröffnete das Hauptvortragsprogramm am Samstag. **Prof. Matthias Berking** (Universität Erlangen-Nürnberg), **PD Fernanda Pedrina** (Zentrum für Entwicklungspsychotherapie Zürich), **Dr. Ernst Kern** (Psychiatrische Klinik Sonnenberg) und **Prof. Maria Borcsa** (Hochschule Nordhausen) gestalteten mit ihren Hauptvorträgen den Samstagvormittag. Der

9. HPT schloss mit sieben parallelen Workshops am Nachmittag, teils vertiefend zu den Hauptvorträgen, teils mit weiteren Schwerpunkten gehalten von **Dr. Saskia Lang** (Universität Heidelberg), **Alfons Aichinger** (Beratungsstelle der Caritas, Ulm), **Prof. Heinz Weiß** (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart), **Dr. Christof Loose** (Universität Düsseldorf).

Den ausführlichen Veranstaltungsbericht finden Sie auf unserer Homepage, Präsentationen aus Vorträgen und Workshops sind im Mitgliederbereich eingestellt.

Bildergalerie 9. HPT:

Vorveranstaltung: Treffen der Hessischen Psychotherapeut/-innen in Ausbildung

Vorveranstaltung: Round-Table für angestellte Psychotherapeut/-innen

Vorveranstaltung: Perspektiven nach der Approbation

Festredner Prof. Heinz Bude

Auditorium 9. HPT

Teilnehmer/-innen eines Workshops

3. Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer

Am 5. und 6. Mai 2017 tagte die dritte Delegiertenversammlung (DV) der laufenden Wahlperiode in Wiesbaden.

In einer interessanten fachöffentlichen Vorveranstaltung am Freitagabend sprachen Dipl.-Psych. Eva Küstner und Prof. Bernhard Kulzer zur **psychotherapeutischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus**. Beide Referenten verfügen über langjährige Erfahrung im Bereich der Psychodiabetologie und verdeutlichten, welchen großen Einfluss die psychotherapeutische Mitbehandlung Diabeteskranker auf den Krankheitsverlauf und die Prognose hat.

Die Versorgungslage dieser Patienten ist extrem schlecht. Es fehlen spezifische Behandlungsangebote und entsprechend fort- oder weitergebildete Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Vor diesem Hintergrund beauftragte die Delegiertenversammlung den Kammerausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung mit der Erarbeitung einer Weiterbildungsordnung „Psychotherapie bei Diabetes“ für Hessen. Mit Abschluss einer solchen akkreditierten Weiterbildung könnten Psychotherapeut/-innen eine ankündigungsfähige Zusatzbezeichnung „Psychodiabetologie“ erwerben. Ziel der Implementierung einer Weiterbildung in diesem Bereich ist einerseits eine Verbesserung der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Diabetes und andererseits die Erschließung neuer Arbeitsfelder für junge Kolleginnen und Kollegen. Die konkreten Ergebnisse der Ausarbeitung sollen auf der Herbst-DV vorgestellt und diskutiert werden. Der Kammervorstand machte deutlich, dass man mit einem eigenen kritischen Blick diesen Bereich bearbeiten und nicht die Beschlüsse der Bundeskammer oder der Fachverbände unbesehen übernehmen wolle.

Die Folien zu den beiden Vorträgen befinden sich im Mitgliederbereich der Homepage der Kammer.

Die **Finanzlage** der Kammer lässt erfreulicherweise erstmals seit fünf Jahren eine Beitragssenkung möglich erscheinen. Die Kammer verfügt über ausreichend Rücklagen, um auch unvorhersehbare politische Projekte schultern zu können. Der Finanzausschuss wurde beauftragt, die Beitragsordnung mit dem Ziel einer Beitragssenkung zu überarbeiten. Ein entsprechender Antrag des Vorstandes wurde einstimmig befürwortet.

Aufgrund vielfacher Mitgliederrückmeldungen wurde ein Antrag des Vorstands zur Veränderung der **Fortbildungsordnung** gestellt. Er sieht vor,

dass eine Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen und Kongressen und Hospitationen mit mehr Fortbildungspunkten als bisher honoriert wird. Damit werden jetzt Tagungen, Symposien und Kongresse, z. B. der Hessische Psychotherapeutentag, mit einem Fortbildungspunkt pro Fortbildungseinheit (vorher maximal sechs Punkte) und Hospitationen mit maximal zehn Fortbildungspunkten (vorher sechs Punkte) zertifiziert.

Intensiv diskutierte die Delegiertenversammlung einen Antrag zum Thema „**Parallelbehandlung**" im Bereich der Erwachsenen-Psychotherapie (§7 Abs. 5 der **Berufsordnung**). Es wurde mehrheitlich beschlossen, die Formulierung aus der Musterberufsordnung zu übernehmen, da sie sprachlich klarer und transparenter ist. Im Vergleich zu der bisherigen Formulierung wurde dabei der verantwortlichen Abwägung der/des Psychotherapeutin/-en ein größerer Stellenwert eingeräumt. Die neue Formulierung lautet: „Die Übernahme einer zeitlich parallelen oder nachfolgenden Behandlung von Eheleuten, Partnerinnen und Partnern, Familienmitgliedern oder von in engen privaten und beruflichen Beziehungen zu einer Patientin oder einem Patienten stehenden Personen ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen." Damit wurde auch die bisher sprachlich missverständliche Formulierung korrigiert, nach der die Prüfung der Sorgfalt sich nur auf eine mögliche Anschlussbehandlung bezog.

Der Antrag zur **Satzungsänderung** der Integrativen Liste (IL), der eine Abbildung des Listen-Proporzes bzw. des Kräfteverhältnisses der Listen in der Delegiertenversammlung auch in den Kammerausschüssen herstellen soll, wurde erneut beraten. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass eine genaue Abbildung des Listen-Proporzes in allen Ausschüssen die Anzahl der dazu notwendigen Mitglieder fast verdreifachen und damit zu einer signifikanten Kostensteigerung führen würde. Eine Abbildung des Kräfteverhältnisses gemäß eines Sitzzuteilungsverfahrens, das nicht zu einer Ausschussvergrößerung führt, wie bspw. Hare/Niemeyer, hätte zur Folge, dass kleine Listen in Ausschüssen generell nicht berücksichtigt würden. Bisher erfolgte die Besetzung der Ausschüsse nach der Kammerwahl in einem transparenten Prozess politischer Diskussion zwischen den Listen. Der Kammervorstand machte deutlich, dass es in dieser Wahlperiode keine Veranlassung zu einer Änderung der Regelung der Besetzung der Ausschüsse gibt, da alle Listen und Listenbündnisse eine ihrer Größe entsprechende Berücksichtigung bei der Ausschussbesetzung gefunden haben. Der Antrag wurde abgelehnt.

Zu §13 der **Berufsordnung „Abstinenzregelung"** wurde ein Antrag des Vorstands diskutiert und positiv beschieden, den Absatz 8 zu streichen, in dem das Verhältnis von Supervisoren/-innen und Supervisanden analog dem Verhältnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Patient/-innen behandelt wurde. Die Supervision eines/-r PiA durch eine Fachaufsicht oder durch einen Lehrpraxisinhaber bedeutete nach Absatz 8 einen regelmäßigen Verstoß gegen das Abstinenzgebot. Zudem erweckte die besondere Hervorhebung der Abstinenz in der Supervision, die sich nur unter dem Paragraphen zur Abstinenz fand, den Anschein, alle anderen Berufspflichten seien für die Supervision irrelevant. Der Absatz 8 war eine hessenspezifische Regelung, die sich weder in den Berufsordnungen anderer Psychotherapeutenkammern noch in der Musterberufsordnung findet. Das Erfordernis der Beachtung berufsethischer Standards für Psychotherapeuten in der Ausbildung und in der Lehre, bleibt durch §29 der Berufsordnung weiterhin unberührt. Die Regeln der Abstinenz gelten danach für Supervisoren und Supervisorinnen entsprechend.

Im Hinblick auf die Psychotherapeut/-innen in Ausbildung (PiA) machte die Delegiertenkonferenz erneut deutlich, dass die PiA im zweiten Ausbildungsabschnitt gleichberechtigte Mitglieder der hessischen Kammer sind und diese selbstverständlich als solche bei der Bundeskammer gemeldet sind. Durch die Meldung wird den PiA auch auf Bundesebene eine Stimme verliehen.

Zu aktuellen politischen Entwicklungen beschloss die Delegiertenversammlung drei **Resolutionen**: „Neue Psychotherapierichtlinie – Honorargerechtigkeit!", „BKA-Gesetz" und „Wissenschaftliche Grundlage unverzichtbar!". Die Resolutionen sind auf der Homepage der Kammer einzusehen.

HE

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Renate Wilms-Klöckner, Frankfurt

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring, Dr. Wiebke Broicher

Geschäftsstelle

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Bericht der vierten Kammerversammlung dieser Wahlperiode am 29.04.2017

Am 29. April 2017 fand die vierte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Anwesend waren dreiunddreißig der vierzig Mitglieder der Kammerversammlung, als Gäste Herr Dr. Horn als Vertreter des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung, Herr Prof. Schöttke als Vertreter der Hochschulen, die PiA-Vertreterinnen Frau Becker und Frau Müller sowie der Geschäftsführer Dr. Kaufmann und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Frau Weiher, Frau Sieb und Frau Peter.

Kammerversammlung am 29. April 2017

Grußwort von Herrn Dr. Horn

Herr Dr. Horn übermittelt Grüße der Ministerin und geht wesentlich auf den Diskussionsstand bei der Ausbildungsreform ein. Er berichtet aus der Arbeitsgruppe, in der das Bundesministerium für Gesundheit mit den Wissenschafts- und Gesundheitsministerien der Länder nach gemeinsamen Lösungen sucht. Dabei stellt er u. a. dar, dass die Gesundheitsministerien der Länder sich dafür aussprechen, dass alle Heilberufe an demselben Hochschultyp gelehrt werden sollten.

Gedenken an Frau Dr. Erna Duhm

Nach der anschließenden Feststellung der Beschlussfähigkeit gedenkt die Kammerversammlung der am 10. April 2017 in Göttingen im Alter von 94 Jahren verstorbenen Frau Prof. Dr. phil. Erna Duhm. Herr Prof. Leibing erinnert an ihre Verdienste für unsere Profession. Bereits 1949 gründete sie das heutige Therapie- und Beratungszentrum an dem Institut der Psychologie an der Universität Göttingen. 1989 erhält sie das Bundesverdienstkreuz für ihren Einsatz bei der Hilfe für behinderte Kinder, hier insbesondere dem Ausbau des Chistophorushaus in Göttingen. Sie leistete einen maßgeblichen Beitrag zur Professionalisierung der Psychotherapie.

(v. links:) Dr. Horn, A. Kretschmar und J. Hermann

Neuer Geschäftsführer

Seit dem 1. April 2017 hat die Kammer nach knapp viermonatiger Vakanz wieder eine Geschäftsführung. Herr Dr. Kaufmann stellt sich der Kammerversammlung vor und wird von ihr herzlich willkommen geheißen. Mehr zu seiner Person kann dem Interview mit ihm in diesen Länderseiten entnommen werden.

Vorstandsbericht und Aussprache

Im Vorstandsbericht werden von den Mitgliedern des Vorstands die Planungen zur Weiterentwicklung der Geschäftsstelle, die Mitwirkung am Landespsychiatrieplan, die Veranstaltungsplanung, die Mitwirkung in Gremien der KBV und die Aktivitäten der Kammer bezüglich der TVöD-Verhandlungen dargestellt. In der Aussprache werden u. a. die Honorarbeschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zu Sprechstunde und Akutbehandlung sowie die Rolle der Kulturmittler/Dolmetscher in Behandlungen von Flüchtlingen und Migranten thematisiert.

Reform der Beitragsordnung

Einen großen Raum nahmen die Diskussionen zu der in diesem Jahr noch notwendigen Reform der Beitragsordnung ein. Der Vorstand erläutert die grundlegenden Fragestellungen, zu denen er gerne bereits in dieser Kammerversammlung Meinungsbilder einholen möchte, um dann in die Versammlung im Herbst eine entsprechend überarbeitete Beitragsordnung zur Abstimmung einzubringen.

Bezüglich der Fragestellung, ob zukünftig auch PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) Mitgliedsbeiträge entrichten sollen, ergab sich ein sehr klares Votum dafür, von den PiA auch zukünftig keine Beiträge zu erheben. Die ab 2018 ca. 45.000 Euro hinzukommenden Beitragszahlungen für die PiA an die BPtK sollen von den approbierten Mitgliedern mitgetragen werden. Im Weiteren wird die Frage diskutiert, ob auch zukünftig von rein angestellt tätigen KollegInnen ein geringerer Beitrag zu entrichten sei. In dieser Frage ergab das Meinungsbild, dass die Mehrheit der Kammermitglieder hierfür keine Notwendigkeit mehr sieht.

Roman Rudyk, Präsident der PKN

F. Michaelis, Vizepräsidentin der PKN, und Dr. Jens D. Kaufmann, Geschäftsführer

Schließlich wurde diskutiert, ob es eine grundsätzliche Umstellung von dem jetzigen System mit einem Festbeitrag und Ermäßigungen auf Antrag zu einem gestaffelten, einkommensabhängigen Beitragssystem gewünscht ist. Zu diesem Punkt wünscht sich die Kammerversammlung mehr Informationen. Da einige Teile der Beitragsordnung aufgrund akut bestehenden Handlungsbedarfes im Herbst geändert werden müssen, soll zum Herbst auf jeden Fall eine Beitragsordnung vorliegen, die hier Abhilfe schafft.

Ausschüsse und Kommissionen

Zwei Themen aus den Ausschuss- und Kommissionsberichten sollen hier Erwähnung finden:

Zum einen wurde vom Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik eine Änderung der Berufsordnung eingebracht und von der Versammlung auch angenommen, mit der die bisher bestehende Pflicht der niedergelassenen Mitglieder, der Kammer gegenüber einen Vertreter im Verhinderungsfall zu nennen, entfällt.

Zum anderen hat der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung nochmals erläutert, dass er sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt gegen die Aufnahme von weiteren Weiterbildungen in die Weiterbildungsordnung ausspricht. Diesem Votum hatte sich der Vorstand bereits im Vorfeld angeschlossen.

30. Deutscher Psychotherapeutentag in Hannover

Im Zusammenhang mit dem zwei Wochen später in Hannover stattfindenden 30. DPT werden abschließend zwei Punkte diskutiert. Zum einen wird erneut die Frage einer möglichen Reduzierung der Delegiertensitze am Deutschen Psychotherapeutentag angesprochen. Hierzu gibt es Überlegungen des Vorstands, dass wenn es zur Reduzierung der Delegiertensitze kommen sollte, die Möglichkeit besteht, dass diejenigen, die ihren Sitz verlieren würden, dann mit Übernahme der Fahrt- und Übernachtungskosten weiterhin als Gäste am DPT teilnehmen könnten.

Zum anderen wurde der gegenwärtige Stand der Planungen zur Ausbildungsreform dargestellt und erörtert.

Der Vorstand bedankte sich ausdrücklich für die konstruktiven Diskussionen.

Die nächste Kammerversammlung wird am 4. November 2017 stattfinden.

Roman Rudyk
Präsident

Im Gespräch: Dr. Jens D. Kaufmann

Dr. Jens D. Kaufmann, Geschäftsführer

Die PKN hat seit April mit Dr. Jens D. Kaufmann einen neuen Geschäftsführer. Eine Neubesetzung war nötig geworden, nachdem die bisherige Geschäftsführerin eine neue Herausforderung gesucht hat. So ergab sich eine „geschäftsführungslose" Übergangszeit mit einigen Engpässen in der Geschäftsstelle, auch, da die Assistentin der Geschäftsführung in Elternzeit ist. Vonseiten der MitarbeiterInnen wurde diesen Entwicklungen jedoch mit großem Einsatz und Engagement begegnet, sodass die PKN diese Zeit gut überstanden hat. Über seinen Start, vor allem aber über seine bisherigen beruflichen Erfahrungen und die Motivation, sich bei der PKN zu bewerben, sprach Vorstandsmitglied Jörg Hermann mit Dr. Jens D. Kaufmann.

Welche Eindrücke haben Sie in den ersten Wochen gewonnen?

Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne. Das wusste schon Hermann Hesse. Abgesehen davon konnte ich schon nach gut einem Monat eine Reihe positiver Eindrücke sammeln. Neben der sehr freundlichen Aufnahme durch MitarbeiterInnen, KollegInnen und Vorstandsmitglieder bin ich von der offenen Art der ersten Kontakte und Diskussionen mit den Kammermitgliedern bei verschiedenen Anlässen (Kammerversammlung, DPT, …) sehr angetan. Die neuen Aufgaben sind dabei zahlreich und komplex.

Worin besteht diese Komplexität?

Die Psychotherapeutenkammer muss als Körperschaft des öffentlichen Rechts etliche gesetzlich definierte Aufgaben wahrnehmen. Unser Anspruch ist es, aber gleichermaßen serviceorientiert die Interessen unserer Mitglieder wahrzunehmen. Zwischen diesen beiden Polen die Balance zu finden, ist generell anspruchsvoll.

Konkret gilt es dabei unter anderem, rechtliche Rahmenbedingungen, berufspolitische Aspekte, regionale Bedingungen, persönliche Belange der Mitglieder und auch die Ressourcen der Kammer angemessen zu berücksichtigen.

Beschreiben Sie unseren Mitgliedern doch kurz Ihren bisherigen beruflichen Werdegang. Auf wen kann sich die PKN einstellen?

Durch den Zivildienst beim Rettungsdienst wurde mein Interesse an der Medizin geweckt. Nach dem Studium der Medizin in Deutschland und einem Teil des Praktischen Jahres in Griechenland habe ich einige Jahre als Arzt in französischen Krankenhäusern gearbeitet. Dabei wurde mein Interesse an einer Tätigkeit im organisatorischen Bereich gestärkt, was in dem „Postgraduiertenstudiengang Gesundheitswissenschaften" mit dem Schwerpunkt Epidemiologie mündete. Das erworbene Wissen habe ich dann bei Tätigkeiten in der DAK-Zentrale in Hamburg, bei der KV Bremen und beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Berlin angewendet.

Was reizt Sie an Ihrer neuen Aufgabe?

Das Image von Verwaltungen ist tendenziell schlecht. Viele Menschen können Verwaltungsentscheidungen nicht nachvollziehen. Aus meiner Sicht besteht die Herausforderung darin, das Notwendige rechtssicher umzusetzen und dabei die Belange der Kammermitglieder so weit wie möglich zu berücksichtigen. Daraus resultiert als Aufgabe der kritische Blick auf die eigenen Abläufe und eine entsprechende Ausgestaltung der Prozesse, die transparent, effizient und mitgliederorientiert sein sollen.

Lösungen zu finden, die die zahlreichen Einzelaspekte sinnvoll zusammenführen, und die Umsetzung zu gestalten, empfinde ich als interessant, reizvoll und es macht mir Spaß.

Ärzte und Psychotherapeuten stehen mitunter in einem Konkurrenzverhältnis. Wie kriegen Sie Ihre berufliche Herkunft und Ihre aktuelle Aufgabe unter einen Hut?

Es gibt da aus meiner Sicht kein Spannungsfeld, denn die unterschiedlichen Heilberufe haben letztlich alle das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten im Fokus. Sie verfolgen dieses gemeinsame Ziel mit unterschiedlichen Mitteln, Strategien und Selbstverständlichkeiten. Meine bisherigen beruflichen Stationen in mehreren Ländern und bei den verschiedenen Playern im Gesundheitswesen haben mir die teilweise sehr unterschiedlichen Perspektiven der jeweils Beteiligten nahe gebracht. Bei nüchterner Betrachtung lassen sich die oftmals diametral anmutenden Positionen in den Regel gut nachvollziehen.

Gibt es etwas, was Sie auf diesem Weg den Mitgliedern gern mitteilen möchten?

Die Aufgaben der Psychotherapeutenkammern und die internen Abläufe sind nicht selbsterklärend.

Das Angebot an dieser Stelle: Wir verbessern die Transparenz und prüfen selbstkritisch die eigenen Prozesse, überarbeiten diese soweit möglich und versuchen Entscheidungen besser zu erklären. Konstruktive Ideen, die aus dem Austausch mit unseren Mitgliedern resultieren, greifen wir gerne auf. Darüber hinaus wollen wir unsere Mitglieder umfassend informieren und unterstützen, soweit unsere Kapazitäten es zulassen. Damit die Pflichtmitgliedschaft mehr als nur eine Pflicht ist.

Lieber Herr Kaufmann, vielen Dank für das Gespräch und viel Spaß und Erfolg für Ihre neuen Aufgaben.

(Fotos: PKN)

Bekanntmachungen

Änderung der Satzungsordnungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 29. April 2017 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

- Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Kammersatzung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat diese Satzungen am 14.06.2017 auf ihrer Internetseite bereitgestellt. Die Satzungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 14.06.2017

Roman Rudyk
Präsident

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44

Sprechzeiten:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Wahlen und Beschlussfassungen gehörten zu den zentralen Themen auf der Kammerversammlung am 5. Mai 2017 in Dortmund

Die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) begrüßt ein neues Mitglied in ihrem Vorstand: Mechthild Greive, Fraktion dgvt, wurde am 5. Mai 2017 von der Kammerversammlung in einer Ergänzungswahl mit 57 Ja- zu acht Nein-Stimmen und acht Enthaltungen zur Beisitzerin gewählt. Sie löst damit Wolfgang Schreck ab, der im April aus persönlichen Gründen seinen Rücktritt erklärt hatte.

Mechthild Greive und Gerd Höhner

Die 61-jährige Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Juristin engagierte sich bisher im Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation" der Kammer. Sie arbeitete mehr als 25 Jahre lang angestellt in leitenden Positionen im behördlichen Bereich, in der Jugendhilfe, der Psychiatrie und im Krankenhaus, zuletzt als Hauptgeschäftsführerin am Klinikum Dortmund. Seit Ende 2012 arbeitet sie selbstständig als Beraterin und Coach. In ihrer Arbeit setzt sie Schwerpunkte in Verhaltens- und Gesprächstherapie, systemischer Beratung und Coaching. Ihre ehrenamtlichen gesundheitspolitischen Aktivitäten sind geprägt von ihrem Engagement für Frauen als Leistungsträgerinnen und in der Situation als Patientinnen. „Im Rahmen meiner Vorstandsarbeit möchte ich mich insbesondere für eine gute, gemeindenahe und niederschwellige psychotherapeutische Versorgung einsetzen", erklärte Mechthild Greive auf der Kammerversammlung. „Auch in der Reform der Psychotherapeutenausbildung möchte ich das Stichwort ‚Versorgungsqualität' hochhalten."

Wolfgang Schreck war seit September 2014 Beisitzer im Vorstand der PTK NRW. „Ich habe mit dem Vorstand, den Ausschüssen und der Geschäftsstelle stets sehr positiv und harmonisch zusammengearbeitet und werde sicher etwas vermissen", sagte er der Kammerversammlung. „Berufliche Veränderungen stehen jedoch dem entgegen, im Vorstand weiterhin so mitarbeiten zu können, wie es die berechtigten Erwartungen anderer und meine eigenen Ansprüche an mich verlangen." Wolfgang Schreck hatte Ende letzten Jahres die offizielle Leitung des Referats Erziehung und Bildung der Stadt Gelsenkirchen übernommen und bleibt Beisitzer im Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, dankte seinem Kollegen für die durchgehend anregende, konstruktive und verlässliche Zusammenarbeit.

Wolfgang Schreck und Gerd Höhner

Eindeutige Wahlergebnisse

Weitere Wahlen standen auf der Tagesordnung. Oliver Staniszewski, Vorsitzender des Ausschusses „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen", wurde für die Fraktion Bündnis KJP als Delegierter zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) gewählt. Als stellvertretende Delegierte zum DPT wurden Matthias Fink, ebenfalls Fraktion Bündnis KJP, und Franz-Josef Kanz von der Fraktion dgvt gewählt. In einer weiteren Abstimmung votierten die Kammversammlungsmitglieder für Franz-Josef Kanz als stell-

vertretendes Mitglied im Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation".

Herausforderungen in der Bedarfsplanung

Zu Beginn des Tages gedachte die Kammerversammlung in einem Schweigemoment dem verstorbenen Kammerversammlungsmitglied Thomas Fischer.

In seinen mündlichen Ausführungen zum Bericht des Vorstandes blickte Gerd Höhner zunächst auf die Bedarfsplanung und skizzierte einige der in Abstimmung mit den Landeskammern entwickelten Schlaglichter der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). „Wesentlich ist, dass es bundeseinheitliche Verhältniszahlen geben soll. Damit würde sich die Gesamtzahl der Psychotherapeutensitze ändern", hob er hervor. Als neuen Stichtag für Westdeutschland nennt das BPtK-Konzept für eine bedarfsgerechte und wohnortnähere Bedarfsplanung den 31. August 2004. „Unter Berücksichtigung dieses Datums ergibt sich kein Minus von 4.292 Sitzen, sondern ein Plus von 353 Sitzen", informierte Gerd Höhner. Entscheidend sei zudem, dass die regionale Anpassung der bundesweiten Verhältniszahl anhand der Morbiditäts- und Sozialstruktur, von Mitversorgungseffekten und der regionalen Versorgungssituation vorgenommen werde solle.

Weiterentwicklung psychotherapeutischer Angebote

Der Kammerpräsident stellte zudem die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Versorgungsangebote als eine wichtige Aufgabe für den Berufsstand heraus. „Es gibt weiterhin kein brauchbares Angebot für die Versorgung von älteren Menschen. Auch über psychotherapeutische Angebote für Menschen mit Intelligenzminderung müssen wir reden – nicht zwingend in methodisch-fachlicher Richtung, aber als Erweiterung des Settings. Denn diese Patienten werden nicht an unsere Praxistür klopfen. Ebenso müssen uns psychotherapeutische Angebote für Menschen beschäftigen, die an einer chronischen Erkrankung wie zum Beispiel Diabetes leiden und Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung haben."

In der Aussprache wurden mehrfach die Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie kritisch kommentiert. Es bliebe letztlich unklar, wie das vorgesehene System funktionieren solle, formulierte ein Kammerversammlungsmitglied. Gerd Höhner betonte, die Kammer habe den gesundheitspolitischen Sprechern der Parteien klar zu verstehen gegeben, dass die Neuerungen die Versorgung nicht verbessern würden. Die Idee, in der Kammerversammlung ein Meinungsbild zur Sinnhaftigkeit der Änderungen zu erstellen, wurde verworfen. Es sei dafür zu früh und zugleich ratsam, die Erhebung der BPtK hierzu abzuwarten. Hinsichtlich der Bedarfsplanung regte ein Kammerversammlungsmitglied an, sich an einem gesonderten Termin ausführlicher dazu auszutauschen. Mit Blick auf die Versorgung geflüchteter Menschen wurde festgehalten, dass es weiterhin keine Bundesmittel für adäquate Versorgungangebote vor Ort gäbe. „Auf den Regionalversammlungen berichten uns Kolleginnen und Kollegen, dass sie gar keine Patienten bekommen", sagte Gerd Höhner. „Wir sehen hier ein Beispiel, wie eine fehlende Finanzierung vorhandene Versorgungsangebote austrocknet."

Wirtschaftliche und berufliche Lage der Kammermitglieder

Die Kammerversammlung hatte am 31. Oktober 2015 beschlossen, dass die PTK NRW einen Bericht zu der wirtschaftlichen und beruflichen Lage ihrer Mitglieder erstellen möge. Ein Fokus sollte auf der Situation von Frauen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Neuapprobierten liegen. Vizepräsident Andreas Pichler stellte eine Zusammenschau der Daten und einige mögliche Schlussfolgerungen vor. Er verwies auch auf die Einschränkungen, mit denen das vorliegende Datenmaterial zu betrachten sei. So konnte beispielsweise nicht das tatsächliche Einkommen, sondern nur das aus psy-

Oliver Staniszewski

Matthias Fink

Franz-Josef Kanz

Andreas Pichler

chotherapeutischer Tätigkeit erfragt werden. Ebenso seien keine Aussagen zum Beschäftigungs- oder Tätigkeitsumfang möglich.

Die Analyse der Daten zeige einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern und Berufsgruppen, referierte Andreas Pichler. „Frauen erzielen aus psychotherapeutischer Tätigkeit im Mittel 74-76% des Einkommens der Männer, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten kommen im Schnitt auf 83,3% der Einkommen aus psychotherapeutischer Tätigkeit der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten." Neuapprobierte würden in dem Jahr nach ihrer Approbation Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen, die eher im niedrigen Bereich der Einkommensklassenverteilung angesiedelt seien; erst in ihrem zweiten Jahr würde das Einkommen dann in den mittleren Bereich ansteigen. Auch in dieser Gruppe würden Frauen deutlich weniger aus psychotherapeutischer Tätigkeit einnehmen als männliche Kollegen. Der Blick auf die Tätigkeitsprofile der Mitglieder zeige eine große Heterogenität auf, so der Vizepräsident weiter. „Neben Mitgliedern, die nur angestellt beziehungsweise niedergelassen tätig sind, arbeiten viele in einer Mischform. Aus den Angaben zu einer Teilzeittätigkeit lesen wir ab, dass wesentlich mehr Frauen als Männer in Teilzeit arbeiten."

In der Diskussion wurde festgehalten, dass man sich mit der Unterstützung gerade von Frauen in ihrer Berufsausübung befassen müsse. Auch sei das Engagement der Kammer in Fragen der Vergütung sowohl im ambulanten wie auch im Bereich der Angestellten nach wie vor dringend geboten. Angeregt wurde, die Analyse in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen, um Entwicklungen aufzeigen und politisch nutzen zu können.

Anträge der Fraktionen

Es lag ein Antrag der Fraktion Kooperation starke Kammer zur Veröffentlichung von Unterlagen aus der Kammerversammlung auf der Homepage der PTK NRW vor. Die Fraktion begründete den Antrag damit, dass sich so alle Kammermitglieder nicht zuletzt für ihre Wahlentscheidungen einen weitgehenden Einblick in die Arbeit von Gremien und Versammlungsmitgliedern verschaffen könnten. In der Aussprache wurden Argumente für und wider des Antrags vorgetragen; schließlich wurde der Antrag in offener Abstimmung zur weiteren Bearbeitung an den Ausschuss „Satzung und Berufsordnung" überwiesen.

Die Kammerversammlung beschloss mit wenigen Enthaltungen einen Antrag des Ausschusses „Fort- und Weiterbildung" der PTK NRW zur Änderung der Gebührenordnung. Vorgeschlagen war, für Fortbildungsveranstaltungen, die vom Veranstalter für die Teilnehmer kostenfrei angeboten werden, keine Akkreditierungsgebühr zu erheben – vornehmlich als Reaktion auf die Kritik von Veranstaltern, die im Verhältnis zu hohe Gebühren und generell den Verwaltungsaufwand bei der Akkreditierung bemängelt hatten.

Ein zweiter Antrag des Ausschusses „Fort- und Weiterbildung" zielte darauf, die Fortbildungsordnung der Kammer für den reflexiven Bereich zu ändern. Supervision durch akkreditierte Supervisoren soll dabei in Zukunft höher bepunktet werden. Hierzu kamen verschiedene Fragen auf. Die Ausschussvorsitzende Anni Michelmann nahm die vorgetragenen Anregungen auf und zog den Antrag zur weiteren Diskussion im Ausschuss zurück. Kammerpräsident Gerd Höhner teilte mit, das Thema im Länderrat zu besprechen.

Berichte aus den Ausschüssen

Alfons Bonus, Vorsitzender des Finanzausschusses, skizzierte unter anderem die Entwicklung des Kammerhaushaltes 2016. Durch weniger besetzte Stellen als vorgesehen, geringere Kosten für die Rechtsberatung sowie höhere Einnahmen als erwartet ergäbe sich ein Überschuss für dieses Haushaltsjahr. Auch 2017 sei für das erste Quartal ein Plus zu verbuchen.

Oliver Staniszewski betonte, wie bedeutend eine gute Vernetzung gerade für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sei und dass der Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen" gut mit Schulen, Kliniken und anderen Institutionen zusammenarbeite.

Verabschiedete Resolutionen

Die Kammerversammlung der PTK NRW verabschiedete am 5. Mai zwei Resolutionen. Die Resolution „Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 29.03.2017 nachbessern!" wurde von der Fraktion Kooperative Liste vorgelegt. Die Kammerversammlung NRW fordert darin die Vertragspartner Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen auf, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 29.03.2017 zu korrigieren, diese Leistungen schlechter zu vergüten als die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Ebenfalls fordert die Kammerversammlung NRW das Bundesministerium für Gesundheit auf, den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses zu beanstanden. Darüber hinaus kritisiert die Kammerversammlung mit ihrer Resolution, dass die neuen Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutversorgung nicht als Grundversorgung definiert werden.

Die Resolution „Bedarfsplanung Psychotherapie im Ruhrgebiet korrigieren" wurde von der Kooperativen Liste vorgelegt. Sie gründet darauf, dass die neuen Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutversorgung im Ruhrgebiet nur dann eine Verbesserung in der Versorgung schaffen,

Abstimmung in der Kammerversammlung

wenn die Behandlungskapazitäten in der Region deutlich erweitert werden. „Wir fordern die Landespolitik und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Krankenkassen auf, sich im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für eine deutliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im Ruhrgebiet einzusetzen", heißt es in der Resolution. „Die Sonderregelung sollte außer Kraft gesetzt werden, um ein Versorgungsniveau zu schaffen, das zumindest dem vergleichbarer Planungsbereiche entspricht."

Beide Resolutionen wurden einstimmig verabschiedet. Sie können auf der Kammerhomepage (www.ptk-nrw.de) heruntergeladen werden.

Großer Ratschlag zur Ausbildungsreform

Mit dem „Großen Ratschlag" am 5. April war der Vorstand der PTK NRW dem Wunsch der Kammerversammlung nachgekommen, ein Forum zu schaffen, in dem man sich intensiver mit den Konzepten zu und den Ansprüchen an die Reform der Psychotherapeutenausbildung befassen könne, als es in der Kammerversammlung zeitlich möglich sei. Einen Überblick über den Verlauf der Reformdebatte und das Gesamtkonzept gab Dr. Johannes Klein-Heßling, wissenschaftlicher Referent der BPtK. Dr. Walter Ströhm von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträger erläuterte an dem Nachmittag in Neuss die zentralen Erkenntnisse des EsFoMed-Gutachtens zur möglichen Organisation und Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. In die rege Diskussion über offene Fragen und notwendige Schritte floss ein, dass zunächst die Grundlagen für eine Finanzierung zu klären und wesentliche Arbeitspakete zu schnüren seien. Kammerpräsident Gerd Höhner betonte zum Ende der allseits informativ und fruchtbar empfundenen Veranstaltung, dass die Profession gute Arbeitsergebnisse vorzuweisen habe und es gelungen sei, trotz vieler differenzierter Ansichten sehr geschlossen und zielstrebig aufzutreten.

Regionalversammlungen in Düsseldorf

In der Reihe von Regionalkonferenzen hatte der Vorstand der PTK NRW Ende März die Kammermitglieder im Regierungsbezirk Düsseldorf eingeladen. Aufgrund der hohen Mitgliederzahl in dieser Region fanden zwei Konferenzen zu den gleichen Themen statt. Gut 200 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten waren der Einladung gefolgt. Im Zentrum der Diskussion standen die Änderungen zur Psychotherapie-Richtlinie und der aus Kammersicht deutlich zu kritisierende Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung der neuen Leistungen. Vizepräsident Andreas Pichler informierte zum Kammerhaushalt und zu der Umsetzung der Beitragsordnung. Aktuelle Aufgaben in der Bedarfsplanung und gesundheitspolitische Aktivitäten der Kammer skizzierte Präsident Gerd Höhner. Einen Überblick über die Reform der Psychotherapeutenausbildung gab Vorstandsmitglied Wolfgang Schreck. Gerd Höhner betonte abschließend, dass der Vorstand sich über die positive Resonanz der Mitglieder auf das Angebot „Kammer vor Ort" freue und man den gelungenen lebendigen Austausch fortsetzen wolle.

Regionalversammlung in Düsseldorf

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Thomas Fischer, Wahlkreis Arnsberg, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „DGVT" ist am 21. März 2017 verstorben und damit aus der 4. Kammerversammlung der PTK NRW ausgeschieden.

Nachgerückt ist Herr Franz-Josef Kanz, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „DGVT".

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche
Psychotherapeutenkammer

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

OPK als erste länderübergreifende Heilberufekammer Deutschlands seit 10 Jahren sehr erfolgreich: Ein Rückblick auf die Feierlichkeiten

Im Jahr 2017 feiert die OPK ihr zehnjähriges Bestehen. Auf den Tag genau 10 Jahre nach der ersten konstituierenden Kammerversammlung, die 2007 im Hotel Westin in Leipzig stattfand, lud die OPK Mitbegründer, Mitstreiterinnen, Freunde und Partner aus Politik und Berufspolitik dazu ein, dieses Ereignis gemeinsam zu feiern. Für viele psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen, für unsere Partner in Politik, den Verbänden und Institutionen der östlichen Flächenbundesländer ist die Kammer längst ein vertrauter Akteur, ein verlässlicher Ansprechpartner geworden.

Am 30.03.2017 kamen aus diesem Anlass neben den Kolleginnen und Kollegen diese Partner erneut nach Leipzig. Musikalisch untermalt und aufgelockert wurde der Abend von den Improvisationen auf dem Cello von Stephan Braun. Ein passender Rahmen, da die ungewöhnliche Darbietung hör- und erlebbar machte, dass auch ungewöhnliche Ideen funktionieren. Genauso wie auch die OPK als erste und einzige länderübergreifende Heilberufekammer Deutschlands mit dieser ungewöhnlichen Idee seit zehn Jahren erfolgreich ist.

Die sächsische Staatsministerin für Soziales, Barbara Klepsch, überbrachte ihre Glückwünsche zum Geburtstag der OPK.

OPK-Präsidentin Andrea Mrazek wünscht sich eine Themen reflektierende Kammer und den Mut für die nächsten 10 Jahre.

OPK als Garant einer hohen Versorgungsqualität

Die sächsische Staatsministerin für Soziales, Barbara Klepsch, überbrachte ihre Glückwünsche und betonte die wichtige Bedeutung, die die Psychotherapie zunehmend in der Gesellschaft hat. Die OPK sei der Garant dafür, dass die psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau gesichert werde und die Stellung der Psychotherapeuten Gehör finde. Auch der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Dr. Dietrich Munz, betonte die wichtige und besondere Rolle, die die OPK als jüngste Psychotherapeutenkammer auf Bundesebene im stetigen Gespräch

mit den anderen Psychotherapeutenkammern spielt. Für das Meistern der Herausforderungen, die für die Psychotherapeutenschaft in den nächsten Jahren anstehen – wie etwa eine sinnvolle Ausgestaltung der Reform des Psychotherapeutengesetzes oder die Weiterentwicklung und Flexibilisierung der ambulanten Psychotherapie – brauche es starke und innovative Gesprächspartner. Die OPK habe hier eine wichtige Rolle. Dr. Albrecht Kloepfer, Publizist, Herausgeber des gesundheitspolitischen Briefes und langjähriger Kenner der Gesundheitspolitik, beleuchtete in einer sowohl persönlichen, wie auch gelehrten Festrede, was psychische Erkrankungen für Betroffene und deren Angehörige bedeuten können und wie wichtig die Psychotherapie für das Schicksal der betroffenen Menschen sei. Er mahnte jedoch auch, dass die Akteure der Selbstverwaltung nicht aus den Augen verlieren sollten, dass ihre zentrale Aufgabe sei, im Sinne der Gesamtgesellschaft den Rahmen für eine hochwertige Versorgung der Bevölkerung zu stecken. Allzu groß kann mitunter die Versuchung sein, sich nur noch mit sich selbst zu beschäftigen und die eigentliche Aufgabe in den Hintergrund treten zu lassen. Die OPK sei bisher glücklicherweise nicht dieser Gefahr erlegen. Zum 10-jährigen Jubiläum wünschte er ihr, dass dies auch so bleiben möge.

Andrea Mrazek, die bereits seit Beginn als Präsidentin die Arbeit der OPK mitgestaltet hat, führte in ihrem Impulsvortrag „Gestalten statt Verwalten" aus, dass Kammerarbeit immer vor allem eine kritische Auseinandersetzung der einzelnen Kolleginnen und Kollegen mit den Themen ist, die sie als Psychotherapeuten bewegen. Dabei müssen die einzelnen gewählten Vertreterinnen und Vertreter dafür einstehen, dass sich die Situation der Psychotherapeuten verbessere und die Kammeraufgaben auch tatsächlich gestaltet werden. Denn nur, wenn die gemeinsamen Themen kritisch diskutiert und weitergebracht würden, könne die Kammer das berufliche Wirken der Psychotherapeuten auch tatsächlich verwalten. Sie wünscht sich eine junge und reflektierte Kammer und den Mut für die weiteren 10 Jahre. Nach den nachdenklichen und zum Nachdenken anregenden Worten von Herrn Dr. Kloepfer und Frau Mrazek klang der Abend in geselliger Runde aus.

Gemeinsames Erinnern an die Gründungszeit

Der nächste Abend der Festlichkeiten stand dann im Anschluss an die 21. Kammerversammlung ganz im Zeichen eines familiären Zusammenkommens, des gemeinsamen Erzählens. Die Gründungsmitglieder aus den fünf Bundesländern teilten gemeinsam mit den Mitgliedern des Vorstandes und allen ehemaligen und aktuellen Delegierten ihren ganz persönlichen, oft heiteren und manchmal nachdenklichen Blick auf die Gründungszeit der OPK mit den anwesenden Gästen. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen unseren Gästen für ihr Kommen und für die gelungene Feier bedanken. Wir freuen uns auch in Zukunft auf einen lebendigen Austausch und eine konstruktive Zusammenarbeit.

Dr. Andrea Walter
Wissenschaftliche Referentin

Faktencheck Psychotherapeuten 2016: Mögliche Basis für politischen Diskussionsprozess zur Bedarfsplanung gesetzt

Die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten war Gegenstand einer Studie im Auftrag von BPtK und der Bertelsmann Stiftung an das IGES-Institut und die Psychologische Hochschule Berlin. Die zusammengefassten Ergebnisse präsentierte Diplom-Psychologin Julia Thom von der Psychologischen Hochschule Berlin auf der 21. Kammerversammlung der OPK.

Hintergrund ist der Auftrag des Gesetzgebers nach einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen, vertragsärztlichen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung. Dabei wurden verschiedene Szenarien untersucht, welche Konsequenzen bestimmte Stellschrauben (einheitliche Verhältniszahl, Bedarfsindex etc.) für die Versorgung – vor allem der psychotherapeutischen – hätte.

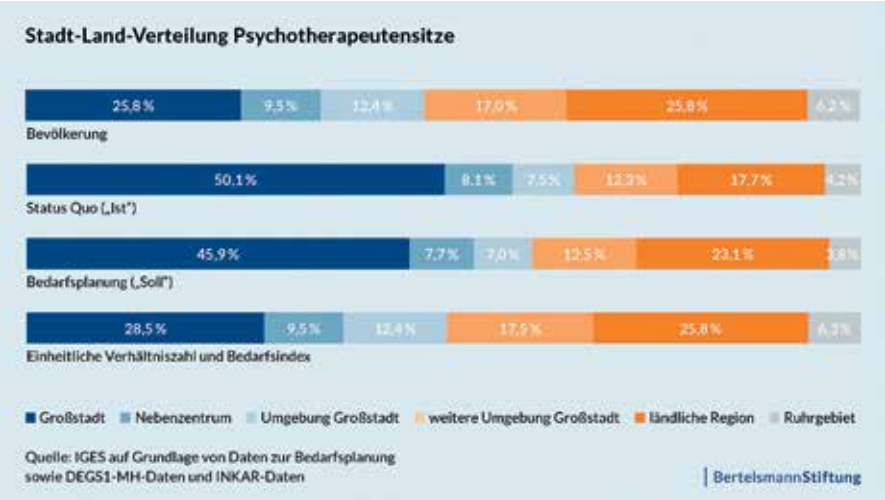


Abbildung: Prävalenzadjustierter Bedarfsindex

Die Studie nähert sich einem möglichem Ergebnis in zwei Teilen. Im ersten werden unterschiedliche Szenarien in Bezug auf die allgemeine Verhältniszahl durchgespielt, um eine bevölkerungs-

relevante Verteilung der Psychotherapeuten zu erreichen. Neben der Anpassung der Stichtagsregelung auf den 31.12.2004, ist die Planung auf Ebene der Mittelbereiche statt einer Kreisebene eine Option sowie eine einheitliche Verhältniszahl und der Wegfall der „Sonderregion Ruhrgebiet".

Die Forderungen des Gesetzgebers gehen aber über diese Aspekte hinaus. Dieser fordert eine Einbeziehung der Sozial- und Morbiditätsstruktur in die Bedarfsplanung. Anhand verschiedener Kriterien, wie Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Erwerbsstatus und Kreistyp, ist es möglich, einen prävalenzadjustierten Bedarfsindex zu ermitteln. Die daraus resultierende Stadt-Land-Verteilung der Psychotherapeutensitze entspricht der annähernd reellen Verteilung der Bevölkerung in Deutschland (Abbildung).

In der sich anschließenden Diskussion mit den Delegierten wurde deutlich, dass die Bedarfsermittlung immer normativ bleiben wird, da eine wissenschaftliche Beantwortung der Frage nach dem realistischen Bedarf in der ambulanten Psychotherapie nie zu hundert Prozent möglich sein wird. Die in die Rechenmodelle einfließenden Faktoren sind ständigen Schwankungen unterlegen, wie zum Beispiel verändertem Inanspruchnahmeverhalten oder veränderten Präferenzen der Bevölkerung.

Mit der Studie von IGES und der Psychologischen Hochschule Berlin wurde eine wissenschaftliche Basis für den weiteren politischen Diskussionsprozess geliefert. Eine Reform der Bedarfsplanung wird es in dieser Legislaturperiode auf Bundesebene nicht mehr geben. Es ist aber anzunehmen, dass dies auf der Agenda der nächsten Regierung weiterhin ganz oben steht.

Gerne können Sie den „Faktencheck Psychotherapeuten 2016" hier abrufen: https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-psychotherapeuten/ergebnis-ueberblick/

Nadine Mahnecke-Windhövel
Fachreferentin Koordination Länderarbeit

Was ist die Approbation den Arbeitgebern wert? – OPK-Veranstaltung „Selbstverwaltung für Angestellte" vom 10. Mai 2017

Das Interesse war wieder groß: mit über 40 PP und KJP aus Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Beratungsstellen, MVZ oder öffentlichen Gesundheitseinrichtungen war der Konferenzraum im Leipziger Mediencampus voll besetzt. Der OPK-Ausschuss für die Angelegenheiten angestellter Psychotherapeuten informierte über seine Arbeit und regte die Diskussion darüber an, wie die Interessen der Psychotherapeuten in den verschiedenen Institutionen wirksamer vertreten werden können.

In der OPK üben 37% der Mitglieder ihren Beruf in einem Anstellungsverhältnis aus. Seit 2011 gibt es den Ausschuss, der speziell deren Anliegen in die Arbeit der Kammerversammlung einbringt. In der laufenden Wahlperiode sind allerdings nur drei von 35 Mitgliedern der Kammerversammlung Angestellte (Jürgen Golombek, Dr. Andrea Keller, Dr. Gregor Peikert), sodass als zusätzliche Mitglieder Dr. Sabine Gollek, Dagmar Mokansky und Wolfgang Ritz in den Ausschuss hinzugewählt wurden.

Nach Begrüßung durch die Präsidentin Andrea Mrazek gaben der Vorsitzende des Ausschusses, Jürgen Golombek, und Dr. Gregor Peikert, der diesen Bereich im OPK-Vorstand vertritt, einen Überblick über Struktur und Aufgaben der OPK. Dr. Sabine Gollek berichtete dann über die bisherigen Ziele und Projekte der Ausschuss-Arbeit. Im letzten Vortrag leitete Dr. Peikert in eine rege Diskussion über die Stellung des angestellten Psychotherapeuten ein. Gerade der Wille, Leitungsfunktionen zu übernehmen, eine angemessene Vergütung und die bestehende Fortbildungspflicht waren hierbei zwei wesentliche Inhalte der intensiven Gespräche.

Breiten Raum nahm die Diskussion der Probleme an, denen die Kollegen in ihrer täglichen Arbeit begegnen. Mehrfach zur Sprache kam die Ungerechtigkeit in den Tarifsystemen. Viele Arbeitgeber beschäftigen KJP und PP in der Patientenversorgung, bezahlen sie aber als „Psychologen" oder „Sozialpädagogen". Andere gewähren für Approbation oder Leitungstätigkeit nur minimale Zuschläge. Hier wird noch ein langer Atem für eine bessere tarifliche Eingruppierung notwendig, den die OPK und auch die Bundespsychotherapeutenkammer unterstützen möchten. Leider kümmern sich Gewerkschaften bisher kaum um Psychotherapeuten, auch wegen der geringen Anzahl von Gewerkschaftsmitgliedern aus diesen Berufen.

Ein ausgebuchter Angestellten-Workshop, bei dem in Diskussionen viele Probleme zur Sprache kamen.

OPK

Arbeitgeber und Vorgesetzte auf rechtliche Situation hinweisen

Viele Kollegen bewegte auch die unzureichende Abgrenzung psychotherapeutischer Verantwortungsbereiche von denen anderer Berufsgruppen. Während es berufsrechtlich klar ist, dass Feststellung, Heilung und Linderung krankheitswertiger psychischer Störungen unter dem Vorbehalt der Approbation stehen, machen viele Klinikbetreiber bisher keine Unterschiede zwischen approbierten PP und nicht approbierten Angehörigen anderer Berufe. Berufsrechtlich und gegebenenfalls auch haftungsrechtlich kann zum Problem werden, wenn beispielsweise Psychologen ohne psychotherapeutischen Ausbildungsabschluss in Ambulanzen oder auf Stationen ohne ausreichende Supervision und Anleitung psychisch Kranke untersuchen und behandeln. Hier sollten PP und KJP Vorgesetzte und Arbeitgeber immer wieder auf die rechtliche Situation und auf ihre Berufsordnung hinweisen. Letztere sieht auch vor, dass Psychotherapeuten in Anstellung keine Weisungen von Vorgesetzten ausführen dürfen, die der Berufsordnung der OPK widersprechen.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Erfüllung der Fortbildungspflicht. Psychotherapeuten in Beratungsstellen beispielsweise müssen immer wieder gegen Widerstände bei ihren Arbeitgebern kämpfen, psychotherapeutische Fortbildungen wahrnehmen zu dürfen oder die angebotenen Fortbildungen bei der Kammer zertifizieren zu lassen. Dazu wurden verschiedene Lösungswege diskutiert. Wichtig bleibt, den Arbeitgebern die Notwendigkeit von Fortbildung für Angehörige der psychotherapeutischen Heilberufe zu verdeutlichen.

Fazit der angeregten Diskussion war, dass einerseits Kommunikation und Informationsvermittlung für Angestellte innerhalb der OPK weiterentwickelt werden müssen, um Kolleginnen und Kollegen besser auf dem aktuellen Kenntnisstand zu halten, beispielsweise über einen eigenen Angestellten-Bereich im Online-Magazin. Andererseits muss die Interessenvertretung gegenüber den Arbeitgebern gestärkt werden. Es wurde klar, dass hier noch ein langer Weg berufspolitischer Auseinandersetzungen vor uns liegt, bis unsere Heilberufe angemessen wahrgenommen und tariflich gerecht bewertet werden.

Bereits kurz nach der Veranstaltung beteiligten sich Teilnehmer aktiv mit Beiträgen und Rückmeldungen an der Umsetzung der Vorschläge. Für diese sehr erfreuliche Resonanz möchte sich der Angestellten-Ausschuss bei Ihnen bedanken.

Dr. Gregor Peikert
Vorstandsmitglied im
Angestellten-Ausschuss

OPK bietet Fortbildung „Personzentrierte Gesprächsführung“ im November 2017 an: Noch Anmeldungen möglich

Die unter „Gesprächspsychotherapie“ bekannte Psychotherapie gründet auf der Humanistischen Psychologie und der Theorie Carl Rogers und hat die Erkundung des Selbst über die Selbstexploration und die Entwicklung der Person über die Selbstaktualisierung im Fokus. Triebkraft dafür ist eine erlebte Inkongruenz zwischen kognitiver, emotionaler und handlungsregulatorischer Ebene, die über ein erhöhtes psychovegetatives Arousal im schweren Falle zu behandlungsrelevanten psychischen Symptomen, ab er auch zu Spannungen in der interpersonalen Regulation, speziell zu schwierigen, konflikthaften Gesprächssituationen führen kann.

Die praxisorientierte Fortbildung bietet die Analyse und die therapeutische Auflösung von Konfliktsituationen an. Ziel ist die Vermittlung der sogenannten Basisvariablen der Gesprächspsychotherapie: Empathie, positive Wertschätzung, Kongruenz des/der Therapeut/in. Im Zentrum steht die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, die zu einer Verbesserung der Selbstanalyse des Patienten und zur Generierung eigener Ressourcen zur Bewältigung konflikthafter Situationen führt.

Die Weiterbildung beginnt mit einer Einführung zu den theoretischen Grundpostulaten der Konzeption von Carl Rogers, die sich aus der humanistischen Psychologie mit den Grundannahmen zum humanistischen Menschenbild generieren.

Im praktischen Teil wird zunächst ein Diskriminationstraining von Patientenäußerungen angeboten, es folgen Übungen zur Wahrnehmung und zum Ausdruck eigener Gefühle im therapeutischen Prozess bis hin zu mündlichen Gesprächsübungen mit Tonband- und Videoanalyse in konkreten therapeutischen Situationen.

Anhand des Handlungsdreiecks für Konfliktlösungen nach Frido Mann werden kritische therapeutische Situationen beleuchtet.

Die Fortbildung im Überblick:
Personzentrierte Gesprächsführung
Datum: 06. bis 09.11. 2017
Zeit: jeweils von 09.00 bis 16.30 Uhr
Ort: Marriott Hotel Leipzig, Am Hallischen Tor 1, 04109 Leipzig
Fortbildungspunkte: 32
Teilnehmergebühr: 640 €
Zimmer: 99 €, bis zum 08.10.2017 unter dem Stichwort „OPK“ abrufbar (Tel. 069 50985449)
Lehrmaterial: alle Teilnehmer erhalten ein Manual, mit dem während der gesamten Fortbildung gearbeitet wird

Dr. Sabine Gollek
Referentin der Fortbildung

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Über 150 Zuhörer informierten sich über neue Psychotherapie-Richtlinie

Wohl kein anderes Thema brennt den Psychotherapeuten derzeit so auf den Nägeln wie die neue Psychotherapie-Richtlinie, die am 1. April 2017 in Kraft getreten ist. Die geänderte Richtlinie bringt viele Neuerungen für den Praxisalltag mit sich und wirft noch zahlreiche Fragen auf.

Daher lud die LPK RLP am 8. März 2017 zu einem Informationsabend zum Thema **„Die neue PT-Richtlinie und die neuen sozialrechtlichen Befugnisse“** ein. Das Interesse der Mitglieder war enorm und die Veranstaltung nach kurzer Zeit ausgebucht. Über 150 Teilnehmer fanden sich schließlich im ZDF-Konferenzzentrum in Mainz ein.

Die Veranstaltung war nach kurzer Zeit ausgebucht

Mit dem Referenten **Dieter Best** konnte ein Experte gewonnen werden, der den Zuhörern den aktuellen Stand der Verhandlungen zur neuen PT-Richtlinie aus erster Hand berichten konnte. Der approbierte Psychologische Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut war in den letzten Jahren Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV mit langjähriger Erfahrung in den Gremien der Selbstverwaltung und hat den Entstehungsprozess der Richtlinie über weite Strecken begleitet. Nachvollziehbar also, dass der Referent von **LPK-Präsident Peter Brettle** bei der Eröffnung der Veranstaltung scherzhaft als „Mr. Therapierichtlinie“ ankündigt wurde.

Dieter Best stellte in seinem zweistündigen Vortrag die Gründe für die Reform und die Entstehungsgeschichte der neuen Psychotherapie-Richtlinie dar. Außerdem erläuterte er ausführlich alle wesentlichen Neuerungen, die die neue Richtlinie mit sich bringt, und beantwortete zahlreiche Fragen aus dem Publikum. Er stellte dabei Vor- und Nachteile der Reform dar und betonte, dass eine endgültige Bewertung noch nicht möglich sei – zumal die Ergebnisse der Verhandlungen über die Vergütung der Sprechstunde und der Akutbehandlungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt waren.

Insgesamt vermittelte Dieter Bests Vortrag eine eher optimistische Sicht auf die anstehenden Änderungen. Als positive Neuerung lobte Best die Flexibilisierung der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und die Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens. Außerdem geht er davon aus, dass die Sprechstunde die Wahrnehmung der diagnostischen Kompetenz der Psychotherapeuten unter den anderen Arztgruppen stärken wird. Die Befugnisse und die Verantwortung der Psychotherapeuten über den Gesamtbehandlungsplan würden durch die Reform erweitert und die Psychotherapie noch stärker im Gesundheitswesen

Peter Brettle (rechts) überreicht dem Referenten Dieter Best das Mikrofon

verankert. Best rief dazu auf, die Umsetzung der Reform konstruktiv mitzugestalten und die neue PT-Richtlinie als Chance zu begreifen, gegenüber der Politik die Reformfähigkeit der Psychotherapeutenschaft unter Beweis zu stellen.

Die wichtigsten Änderungen, die die neue PT-Richtlinie mit sich bringt, haben wir für Sie auf unsere Homepage im Info-Portal kompakt zusammengefasst: **www.lpk-rlp.de/info-portal/die-neue-pt-richtlinie.html.**

LPK-Vorstandsmitglied Sabine Maur zur neuen PT-Richtlinie im TV

Die Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie wurde in verschiedenen Rundfunkbeiträgen thematisiert, unter anderem im **ZDF „heute-journal“**.

In dem am 31. März 2017 ausgestrahlten Beitrag erläutert Psychotherapeutin Sabine Maur, Mitglied des Vorstandes der LPK RLP, ihre kritische Sicht auf die Reform.

Sabine Maur

Auch in der ZDF-Sendung **„Volle Kanne“** und bei **„SWR Aktuell“** konnte Maur, die in ihrer Praxis vor allem Kinder und Jugendliche behandelt, die Perspektive der Psychotherapeuten auf die neue Richtlinie verdeutlichen.

Die Links zu den genannten Sendungen finden Sie auf unserer Homepage im Bereich „Aktuelle Informationen der LPK RLP“.

LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke hält Rede im Namen aller Kammern

Am 7. Februar 2017 war es wieder so weit: Die LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz sowie die übrigen Kammern der Freien Berufe und die Wirtschaftskammern luden zum Jahresempfang der Wirtschaft. Gastredner beim größten Neujahrsempfang der regionalen Wirtschaft in Deutschland war dieses Jahr Herr Dr. Jens Weidmann, Präsident der Deutschen Bundesbank. **Im Anschluss sprach Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der LPK RLP, im Namen aller Kammern der Freien Berufe in der vollbesetzten Rheingoldhalle.**

In ihrer Rede thematisierte sie die momentan schwierige Lage der berufsständischen Versorgungswerke. Einige Kammern treibe zudem die Sorge vor der Beschneidung der Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit um.

Auch die aktuelle politische Situation fand Eingang in Frau Dr. Beneckes Rede:

LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke spricht auf dem Jahresempfang

Sie appellierte an alle Zuhörer, sich Populismus und der Verbreitung von „alternativen Fakten“ entgegenzustellen und für die Wahrheit einzutreten. Zum gesamten Text der Rede von LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke gelangen Sie über unsere Homepage im Bereich „Aktuelle Informationen der LPK RLP“.

ACHTUNG!

Immer noch erreicht uns fast täglich Post über unseren Nachsendeauftrag, die an die alte Anschrift gesendet wurde. Bitte nutzen Sie unsere neue Adresse und die entsprechenden aktualisierten Antragsformulare, die auf unserer **Homepage** zum Download zur Verfügung stehen. Danke!

Endbericht zur Projekt-Evaluation erschienen: Laufen hilft!

Das Laufen in der Gruppe hatte positive Effekte auf die Projektteilnehmer (Foto: Halfpoint/ Shutterstock)

„Ein offener regionaler Lauftreff, geleitet von einem Übungsleiter/einer Übungsleiterin und einem Psychotherapeuten/ einer Psychotherapeutin, scheint für Menschen mit einer Depression ein sinnvoller und hilfreicher Ansatz mit vielen motivierenden Aspekten zu sein. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sprechen unbedingt für eine Fortführung der Laufgruppen sowie eine Ausweitung auf andere Regionen." Dies ist das positive Fazit des nun vorliegenden Endberichts zur wissenschaftlichen Evaluation des von der LPK RLP initiierten Modellprojekts „Der Depression Beine machen". Seit Herbst 2015 wurden an den drei Standorten Koblenz, Mainz und Landau Laufgruppen für Menschen mit Depression erprobt. Jede Gruppe wurde von einer sportfachlichen und einer psychotherapeutischen Begleitperson unterstützt, die Teilnahme war kostenlos. Die Evaluation erfolgte durch das Zentrum für empirische pädagogische Forschung der Universität Koblenz-Landau.

Über das Modellprojekt haben bereits die *Ärztezeitung* und die *Allgemeine Zeitung* berichtet. Am 7. April 2017 sendete auch der SWR einen Beitrag über das Projekt. Der Bericht erklärt die positiven Auswirkungen des Laufens auf die Teilnehmer und lässt sowohl die Läufer als auch die Begleitpersonen zu Wort kommen.

Links zum SWR-Video und dem vollständigen, von Frau PD Dr. Gabriele Dlugosch verfassten Endbericht finden Sie auf unserer Homepage (www.lpk-rlp.de) im Bereich „Aktuelle Informationen der LPK-RLP".

Landesärztekammer und Landespflegekammer zu Gast bei der LPK

von links nach rechts: Dr. Günther Matheis, Dr. Andrea Benecke, Peter Brettle

Im April waren zunächst der Präsident der Landesärztekammer, Dr. Günther Matheis, und drei Wochen später der Präsident der Landespflegekammer, Dr. Markus Mai zu Gast in der Geschäftsstelle der LPK RLP.

Bei einem angenehmen und konstruktiven Gespräch vereinbarten Dr. Günther Matheis, LPK-Präsident Peter Brettle und LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke, zukünftig im Bereich der seelischen Gesundheit eng zusammenzuarbeiten.

Bei einem kollegialen und ebenfalls sehr konstruktiven Treffen tauschten sich Peter Brettle, LPK-Geschäftsführerin Petra Regelin und Dr. Markus Mai über die Kammerarbeit aus. Auch Landespflegkammer und LPK möchten zukünftig eng zusammenarbeiten, um ihre gemeinsamen Interessen zu vertreten.

von links nach rechts: Peter Brettle, Petra Regelin, Dr. Markus Mai

LPK RLP engagiert sich weiterhin für die psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen: Neue Schulungstermine

Nach wie vor viel Verbesserungsbedarf

„Die Einführung der Ermächtigung für die Behandlung von traumatisierten, psychisch kranken Geflüchteten war ein wichtiger und richtiger Schritt, für das Ziel einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung dieser besonders schutzbedürftigen Personengruppen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass der Geltungsrahmen dieser neuen Regelung derart eingeschränkt ist, dass ein Großteil der geflüchteten Menschen mit Behandlungsbedarf strukturell von der Versorgung über die Ermächtigung ausgeschlossen ist." Zu diesem Ergebnis kommt die *Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF)* in einem aktuellen Bericht zur psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter.

Bundesweite Erhebungen ergaben, dass bis Ende 2016 zwar 90 Ermächtigungen ausgestellt wurden, diese jedoch regional sehr ungleich verteilt sind und zudem in der Praxis wenig bewirken können: zu eng ist das Zeitfenster, in dem die Psychotherapien über die Ermächtigungen abgerechnet werden können, zu selten werden Psychotherapien genehmigt und Kosten für dringend benötigte Sprachmittler übernommen. Auch müssen bereits begonnene Psychotherapien abgebrochen werden, wenn sich der Leistungsträger aufgrund des Aufenthaltsstatus der Geflüchteten ändert. Nach wie vor gibt es also bei der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten viel Verbesserungsbedarf.

© fotolia

Runde Tische und Schulungen

Um die Situation zu verbessern, sucht die LPK RLP das Gespräch mit politischen Entscheidungsträgern: Wie bereits 2016 lud die Kammer am 17. Mai 2017 zu einem runden Tisch in die Geschäftsstelle ein. Für das Treffen, das wieder in Kooperation mit dem *Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz* und der *Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz* organisiert wurde, konnten Herrn **Dr. Elias Bender**, Referatsleiter Rechtsfragen der Flüchtlingspolitik, Spätaussiedler und jüdische Emigrierte und Frau **Astrid Becker**, Referatsleiterin Flüchtlingspolitik und Migrantenaufnahme im Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz als Referenten gewonnen werden. Psychotherapeuten, die sich für die Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen einsetzen, wurde beim runden Tisch die Möglichkeit geboten, ihre Erfahrungen wichtigen Entscheidern zu Gehör zu bringen und gemeinsam mit diesen nach Lösungsmöglichkeiten für die geschilderten Probleme zu suchen. Unter dem Motto „Wie kann Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen gelingen?" wird außerdem die im Vorjahr begonnene Schulungsreihe fortgeführt, die die LPK RLP und die Koordinierungsstelle gemeinsam veranstalten. Die ersten beiden Schulungen widmen sich Fragen der therapeutischen Behandlung von traumatisierten geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Sie finden inhaltlich gleich an zwei Veranstaltungsorten jeweils von 14-18 Uhr statt:

21.06.17 in Koblenz
23.08.17 in Ludwigshafen

Thematisiert werden die rechtliche und psychosoziale Situation von geflüchteten Kindern und Jugendlichen sowie flüchtlingsspezifische Aspekte und abrechnungsrelevante Rahmenbedingungen in der Therapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen.

Zwei weitere Schulungen sind in Planung. Die Veranstaltungen sind von der LPK RLP mit fünf Fortbildungspunkten zertifiziert. Es fallen keine Teilnehmerbeiträge an. Anmeldung bis spätestens zwei Wochen vor Veranstaltung per E-Mail, telefonisch oder per Post:

Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e. V.
IN TERRA Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems,
Mehrgenerationenhaus St. Matthias
St.-Veit-Str. 14
56727 Mayen
Malin Reusch
Tel. 02651-9869183,reusch-m@caritas-mayen.de

Unter www.facebook.com/LPKRLP finden Sie uns jetzt auch bei Facebook!

Dort präsentieren wir Ihnen Nachrichten, Fotos und Veranstaltungsankündigungen. Wir freuen uns über Ihren Besuch auf unserer Seite und über Ihr Feedback!

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

Die Entgeltordnung im TVöD – für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein Erfolg?

Hintergrund

Am 29.04.2016 haben sich die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) und die Vertreter der Gewerkschaften ver.di (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft) und dbb (Deutscher Beamtenbund) in der dritten Verhandlungsrunde auf einen Tarifabschluss in der Einkommensrunde 2016 verständigt. Neben den linearen Anhebungen in den Gehältern wurde eine Einigung auch auf eine neue Entgeltordnung (EGO) mit der VKA erreicht, die zum 01.01.2017 in Kraft getreten ist. Mehr als zehn Jahre nach Inkrafttreten des TVöD (Tarifvertrag öffentlicher Dienst) ist dieser nun mit der Entgeltordnung komplettiert. Das ist nicht nur ein ordnungspolitischer Erfolg. Da die Entgeltordnung in einer Vielzahl von Fällen Verbesserungen mit sich bringt, ist dies auch ein unmittelbarer materieller Erfolg für viele Berufsgruppen. Viele Tätigkeiten von Berufsgruppen werden in der Entgeltordnung durch eine Neuzuordnung von Tätigkeitsmerkmalen geregelt. Das eröffnet Aufstiegsmöglichkeiten für Beschäftigte, die nun beispielsweise wegen einer höheren Qualifikation oder einer besonderen Schwierigkeit ihrer Tätigkeit höher eingruppiert werden können.

KJP profitieren immer, PP nur in wenigen Fällen

Auch Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) sind nun erstmals in der Entgeltordnung als eigene Berufsgruppen aufgenommen worden. Bis Januar 2017 wurden sie nicht in der Tarifstruktur beachtet, ihre Approbation und ihre Fachkunde hatten keinen Einfluss auf eine höhere Vergütung. PP und KJP sind nun formal als Berufsgruppen aufgeführt und von der vorgesehenen einheitlichen Eingruppierung können besonders die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen profitieren.

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen waren ungeachtet ihrer Approbation und Fachkunde bisher im grundständigen Ausbildungsberuf als SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen eingruppiert und erhielten eine deutlich geringere Vergütung als Psychologische PsychotherapeutInnen. Der Unterschied war in den Jahren 2011 bis 2014 noch größer, da KJP in diesem Zeitraum – eingeordnet im Tarifvertrag des Sozial- und Erziehungsdienstes (SUE) – maximal eine Vergütung auf Höhe der Entgeltgruppe 11 des TVöD erhielten, ab 2015 etwas besser in EG 12 bis EG 13 eingruppiert wurden.

Psychologische PsychotherapeutInnen wurden bislang wie Diplom-PsychologInnen eingruppiert. Nur wer vor Einführung des TVöD im Jahre 2005 mindestens 15 Jahre als Diplom-Psychologe/-Psychologin nach dem Bundesangestelltentarifvertrag vergütet worden war, wurde mit dem Wechsel des Tarifwerks BAT zu TVöD in die EG 14 übergeleitet. Die Höhe der Vergütung entsprach der zuvor im BAT erhaltenen, brachte also seit 2005 keinerlei Verbesserung für die langjährig beschäftigten KollegInnen. Viele von ihnen üben bis heute Leitungsfunktionen aus, ohne dass dies zu einer entsprechenden tariflichen Anerkennung geführt hätte. Diese KollegInnen profitieren auch nach der zweiten Änderung der Tarifwerke – seither sind immerhin zwölf Jahre verstrichen – von der neuen Entgeltordnung nicht: Sie verbleiben wie gehabt in EG 14. Lediglich die PP, die erst nach 2005 eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst aufgenommen haben und bislang in EG 13 eingruppiert waren, können eine Höhergruppierung in EG 14 beantragen.

PP und KJP werden in der EGO als „Heilhilfsberufe" degradiert

In der Entgeltordnung (durchgeschrieben Fassung für den Dienstleistungsbereich Krankenhäuser – Stand 01.03. 2017 der Änderungsvereinbarung Nr. 8 vom 29.04.2016; Anhang 2 zu § 1 Nr. 13 Entgeltordnung VKA, Anlage 1, S. 59), werden Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in der Systematik der Entgeltordnung nicht als akademische Heilberufe aufgeführt: Im Gegensatz zu allen anderen akademischen Heilberufen (Apotheker, Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte) werden sie nicht als solche in der Systematik aufgeführt, sondern unter „Gesundheitsberufe" subsumiert. Dort werden sie zusammen mit den Heilhilfsberufen (Gesundheitsfachberufe) wie beispielsweise Diätassistenten, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinisch-technische Assistenten oder Physiotherapeuten alphabetisch als Nr. 18 eingeordnet.

Wenn fast zwanzig Jahre seit Bestehen der Heilberufe Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und

JugendlichenpsychotherapeutInnen ein Tarifwerk des öffentlichen Dienstes die Existenz genau dieser beiden Heilberufe ignoriert, halte ich das für eine unglaubliche Geringschätzung und Herabwürdigung unseres gesamten Berufsstandes. Mit der Erarbeitung des Tarifwerkes waren keine geringeren als die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) als tarifpolitischer Dachverband der kommunalen Verwaltungen und Betriebe in Deutschland sowie die Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes (federführend ver. di) betraut. Im Bewusstsein wichtiger gesellschaftlicher Strukturen sowie der Gesundheitspolitik scheinen Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen noch immer nicht als das wahrgenommen zu werden, was sie sind: Akademische Heilberufe mit Approbation und Fachkunde. Oder schlimmer noch: Es drängt sich der Verdacht auf, dass sie bewusst ausgegrenzt werden.

Keine Tätigkeitsmerkmale, keine Höhergruppierungen, keine Leitungsfunktionen

PsychotherapeutInnen üben seit Jahren in vielen Kliniken Leitungsfunktionen aus. Gleichwohl resultierte bislang in den seltensten Fällen aus der Übernahme von größerer Verantwortung oder Leitungsaufgaben eine Anerkennung in Form der in anderen Berufen – insbesondere in Heilberufen – üblichen höheren Vergütung. Während tarifliche Anpassungen bei „höher zu bewertenden Tätigkeiten", mit größerer „Schwierigkeit der Aufgaben", „größerer Verantwortung" oder „durch angeordnete Unterstellung" im Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) noch möglich waren, ist mit der Einordnung von PP und KJP innerhalb der Systematik der neuen Entgeltordnung in den sog. „Speziellen Teil" der EGO die Anerkennung von höher zu bewertenden Tätigkeiten – wie Sie für Berufsgruppen, die im „Allgemeinen Teil" der EGO geführt werden – außer Kraft gesetzt.

Das wäre an sich noch nicht von Bedeutung: Denn auch im „Speziellen Teil" werden für alle anderen Heilberufe – und fast alle anderen dort aufgeführten Berufe – Tätigkeitsmerkmale beschrieben, aus denen sich eine höhere Eingruppierung ableitet. Für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen stehen in der EGO jedoch keinerlei Tätigkeitsmerkmale. Auch sind keine leitenden Funktionen etwa als „Oberpsychotherapeut" oder „Leitender Psychotherapeut" vorgesehen. Damit wird gerade die neue Entgeltordnung in keiner Weise der Verantwortung gerecht, die PsychotherapeutInnen in vielen klinischen Einrichtungen übernehmen.

Inkohärenz in der Systematik der Entgeltordnung

Die Einordnung von PP und KJP erfolgt bei Festlegung auf EG 14 mit folgendem Text: „Entgeltgruppe 14: Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten jeweils mit Approbation und entsprechender Tätigkeit" (Anhang 2 zu § 1 Nr. 13 Entgeltordnung VKA, Anlage 1, S. 111).

Die Tarifpartner haben die akademischen Heilberufe PP und KJP in der Systematik als Heilhilfsberufe eingeordnet. Gleichwohl fordern sie mit dem Nachsatz „jeweils mit Approbation ..." die Qualifikation als Heilberuf und beschränken zusätzlich mit der Konjunktion „und" die Eingruppierung in EG 14 auf diejenigen PP und KJP, die eine „entsprechende Tätigkeit" ausüben. Mehr Chaos in der Systematik eines Tarifwerks kann man in der Beschreibung einer Berufsgruppe beim besten Willen nicht anrichten: Der Heilberuf wird negiert, die Heilbehandlungserlaubnis jedoch gefordert und gleichzeitig auf die Tätigkeit eines Approbierten eingeschränkt!?

Es bleibt im Übrigen abzuwarten, ob mit der Einschränkung „entsprechende Tätigkeit" nicht den Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die bei der Überleitung unterhalb EG 14 eingruppiert waren, die in jedem Einzelfall zu beantragende Höhergruppierung verweigert wird.

Fazit: Schlechterstellung von PsychotherapeutInnen in der neuen Entgeltordnung

Angesichts der tatsächlichen Situation, die sich durch die Einführung der neuen Entgeltordnung für PsychotherapeutInnen darstellt, wirkt es geradezu zynisch, ein Loblied auf das mutmaßlich Erreichte zu singen. Stattdessen müssen wir die Schlechterstellung von PsychotherapeutInnen auf allen Ebenen konstatieren:

- Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen werden zu Heilhilfsberufen degradiert.
- Mit dem Versagen der Anerkennung als akademische Heilberufe mit Approbation und Fachkunde wird PP und KJP eine Vergütung auf Facharztniveau (Eingruppierung TVöD VKA-Ärzte) vorenthalten.
- Stattdessen wird die Vergütung unterhalb der eines Assistenzarztes, der über eine Approbation, jedoch nicht über eine Fachkunde verfügt, „eingefroren".
- Die Entgeltordnung beinhaltet keine Tätigkeitsmerkmale für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.
- Höhergruppierungen sind bei fehlenden Tätigkeitsmerkmalen für höher zu bewertende Tätigkeiten wie besondere Schwierigkeit, größere Verantwortung oder Unterstellungsverhältnisse nicht möglich.
- Aufstiegsmöglichkeiten bei der Ausübung von Leitungsfunktion, wie sie für alle Heilberufe – und die meisten anderen in der EGO aufgeführten Berufe – gelten, sind in der Entgeltordnung für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nicht vorgesehen.

Berufspolitische Forderungen

Nach meiner Einschätzung ist die neue Entgeltordnung ein Affront für unsere Profession. Das sollten wir als Berufs-

stand nicht kommentarlos hinnehmen. Angesichts der anstehenden Ausbildungsreform, deren zentraler Inhalt eine Anpassung der Ausbildung an die gewachsenen Aufgaben und die Breite des Berufsbildes in der Versorgung abzielt, gilt es, entschieden für eine Anerkennung und Wertschätzung unserer Versorgungsleistungen in allen Tätigkeitsfeldern einzustehen. Das beinhaltet ebenfalls eine angemessen Vergütung unserer erbrachten Leistungen in der ambulanten wie der stationären Versorgung.

Im Hinblick auf die Systematik der Entgeltordnung ist rechtlich etwa zu prüfen ob:

- die Einordnung der Heilberufe Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen als Heilhilfsberufe,
- die Nichtbeachtung der Fachkunde und
- das Versagen jeglicher Aufstiegschancen

dem Gleichbehandlungsansatz zwischen den Heilberufen widerspricht.

Auch wenn für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eine längst überfällige Gleichstellung der Vergütung mit Psychologischen PsychotherapeutInnen erreicht wurde, kann das Gesamtergebnis nicht über die Schlechterstellung unserer Heilberufe hinwegtäuschen.

Weitere Weiterbildungsstätte Klinische Neuropsychologie zugelassen

Die PKS hat im März 2017 die Klinik für Neurologie der SHG-Kliniken Saarbrücken als Weiterbildungsstätte Klinische Neuropsychologie gemäß der Weiterbildungsordnung der Kammer anerkannt. Neben der Neurologischen Klinik an den MediClin Kliniken Bosenberg in St. Wendel (Medizinische Rehabilitation), der Neuropsychologischen Lehr- und Forschungsambulanz der Universität des Saarlandes in Saarbücken und der Praxis für Neuropsychologische Diagnostik und Rehabilitation in Saarbrücken-Scheidt, stehen WeiterbildungskandidatInnen damit vier anerkannte Weiterbildungseinrichtungen für Klinische Neuropsychologie im Saarland zur Verfügung. Zwar ist die Gesamtzahl der Weiterbildungsplätze sehr begrenzt, gleichwohl finden sich stationäre und ambulante Weiterbildungsangebote nunmehr in der Akutversorgung wie der Rehabilitation. In den unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen sind insgesamt zwölf durch die PKS anerkannte Klinische NeuropsychologInnen beschäftigt, acht von ihnen als Weiterbildungsbefugte.

Während die Weiterbildungssituation für die Klinische Neuropsychologie im Vergleich zu den anderen Bundesländern als ausgezeichnet bezeichnet werden kann, scheint vor allem die ambulante neuropsychologische Versorgungssituation im Saarland prekär zu sein. Hier ist lediglich eine einzige Praxis zur ambulanten neuropsychologischen Behandlung und Rehabilitation zugelassen, die Wartezeiten für PatientInnen dürften entsprechend hoch sein. In den Krankenhäusern ist das neuropsychologische Versorgungsangebot Akutkranker nach Kenntnisstand der Kammer ebenfalls unzureichend. Und das zu einer Zeit, da der demographische Wandel und die Weiterentwicklung der neurologischen Behandlungskonzepte (u. a. auch im Bereich der Neurologischen Frührehabilitation) zu einem deutlich erhöhten Versorgungsbedarf geführt haben.

Die Kammer plant, in Kürze ein Gespräch mit allen anerkannten NeuropsychologInnen zu führen mit dem Ziel, den Ist-Stand der Versorgungs- und Weiterbildungssituation zu ermitteln und Verbesserungspotenziale in beiden Bereichen auszuloten.

Gesetz zur Ausreisepflicht gefährdet Kindeswohl

Zwanzig Verbände und Organisationen haben anlässlich der Beratung des Gesetzesentwurfs zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht durch das Bundeskabinett am 22.02.2017 gefordert, dass im Rahmen dieses Vorhabens das Wohl der betroffenen Kinder vorrangig zu berücksichtigen ist. Laut dem Gesetzesentwurf ist eine Erweiterung der Personengruppen vorgesehen, die unbefristet zum Verbleib in Erstaufnahmeeinrichtungen verpflichtet werden können. Die Bundesländer erhielten so die Möglichkeit, Jugendliche und Kinder, die mit ihren Familien in Deutschland Asyl suchen, zeitlich unbegrenzt in diesem Erstaufnahmeeinrichtungen unterzubringen. Folge: Einer großen Zahl von Kindern wäre je nach Bundesland dauerhaft der Zugang zur Schule verwehrt. Nach Auffassung aller am Aufruf beteiligten Verbände und Organisationen sollten Kinder und Jugendliche grundsätzlich möglichst kurzzeitig in Flüchtlingseinrichtungen untergebracht werden. Die Aufnahmeeinrichtungen sind in der Regel nicht sicher und werden insbesondere dem Kinderschutz nicht gerecht. Mangelnde Privatsphäre, fehlende Rückzugsorte sowie enges Zusammenleben mit den vielen Erwachsenen kann negative Auswirkungen auf das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen haben. Auch sind der Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie die Freizeitangebote in Erstaufnahmeeinrichtungen z. T. in der Bundesrepublik erheblich eingeschränkt. Zu den Unterzeichnern gehören u. a. der AWO Bundesverband e. V., der Bayerische Flüchtlingsrat und Pro Asyl. Weitere Infos unter: www.b-umf.de/images/2017_02_21_PM_Gesetz_zur_besseren_Durchsetzung_der_Ausreisepflicht.pdf.

Inspirationen zu gemalter Musik

Dr. Sebastian Leikert, Irmgard Jochum, Inken von Elert-Steinrücken (v. l. n. r.)

Vernissage in der Geschäftsstelle der PKS stößt auf großes Interesse

Das Veranstaltungsformat Fachvortrag plus Vernissage hat inzwischen eine fünfjährige Tradition in unserer Kammer. Am Abend des 14.03.2017 fand die mittlerweile achte Veranstaltung dieser Art statt.

Wir hatten eingeladen zur Eröffnung der Ausstellung mit den eindrucksvollen Bildern der Saarländischen Künstlerin Inken von Elert-Steinrücken „Inspirationen – 10 m² und mehr" in unserer Geschäftsstelle. Diese Vernissage und der darauf (aber nicht nur darauf) bezogene Fachvortrag von Dr. Sebastian Leikert zum Thema „Gemalte Musik – Zur Psychoanalyse gestischer Prozesse in Malerei und Musik bei Inken von Elert-Steinrücken" stießen auf außerordentlich großes Interesse.

Psychoanalytische Ästhetik, eine Lehre der Wahrnehmung, die Beantwortung der Frage, was Kunst mit uns macht und wie das funktioniert, das ist Sebastian Leikerts „Baustelle", an der er schon seit vielen Jahren arbeitet. Ausgehend von der Tatsache, dass es zwar für Literatur psychoanalytische Theorien gibt, nicht aber für vorsprachliche und nonverbale Prozesse wie z. B. Musik und ihre Wahrnehmung, hat er eine „Basisgrammatik" der Ästhetik entwickelt. Eindrucksvoll erläuterte er zunächst an Beispielen aus Bachs „Wohltemperiertem Klavier" die drei Basisbegriffe, quasi die „Legosteine" seiner Theorie: die Formwiederholung, die Seduktion und die Ritualisierung. So fördere die Formwiederholung beispielsweise den kokreativen Prozess, wonach wir das Kunstwerk „in der Erfahrung von innen her nochmals gleichsam hervor(zu) bringen" (Adorno, Ästhetische Theorie. 1973, S. 184).

Der Schritt von der Musik zu den Bildern war nach Sebastian Leikerts Ausführungen durch ihre malerisch-gestische Struktur nahezu mühelos. Die Übertragung und Anwendung auf die Bilder Inken von Elert-Steinrückens erlaubte einen anderen Blick auf ihre Werke: Sie seien in einem „Zwischenreich zwischen Form und Inhalt zu Hause", so Leikert.

Diese Interpretation war auch Ausgangspunkt des Gesprächs zwischen Laudator und Künstlerin im Anschluss an den Vortrag. Die Musik ist für Inken von Elert-Steinrücken im Schaffensprozess von großer Bedeutung, sie bildet quasi den Rahmen dafür.

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir leben in einer Zeit, in der wir in den Medien ständig mit postfaktischen Wahrheiten und sogenannten Fake-News konfrontiert werden. Dies gilt nicht nur für die große Politik, sondern zeigt sich auch in vielen anderen Bereichen, in denen versucht wird, mit „alternativen Tatsachen" eigene Interessen durchzusetzen und Meinungen zu beeinflussen. Wir können diesem Zeitgeist dadurch begegnen, dass wir Transparenz und Offenheit schaffen und dies auch für jeden nachvollziehbar darstellen. Deshalb berichten wir im Folgenden unter anderem darüber, wie es zu der Aufhebung des Bescheides für den Kammerbeitrag 2017 gekommen ist. Des Weiteren geben wir einen Rückblick auf eine sehr erfolgreiche Veranstaltung der PKSH zur Information über die im April in Kraft getretenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie. Außerdem informieren wir Sie über rechtliche Aspekte bei Erstgesprächen im Bereich KJP.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre und eine schöne, sonnige und hoffentlich erholsame Sommerzeit.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Kammerbeitrag 2017

Eines der Hauptthemen auf der ersten Kammerversammlung des Jahres 2017 war die erneute Befassung und Festsetzung des Mitgliedsbeitrages für das Geschäftsjahr 2017. Traditionell wird auf der letzten Kammerversammlung eines Jahres der Haushaltsplan für das Folgejahr vorgestellt. Auch für das Haushaltsjahr 2017 wurde bereits im November des letzten Jahres ein solider Haushaltsplan verabschiedet, der im Hinblick auf die Einnahmen- und Ausgabenseite ausgeglichen war und der ein sukzessives Abschmelzen der in den Vorjahren angehäuften Rücklagen vorsah.

Auf dieser Grundlage wurden die Mitgliedsbeiträge für das Jahr 2017 festgesetzt. Die im November verabschiedete Beitragssatzung für das Beitragsjahr 2017 – die eine Absenkung der Beiträge beinhaltete – fand dabei ebenfalls die Zustimmung der Aufsichtsbehörde der PKSH.

Überraschenderweise hat dann im Dezember des letzten Jahres ein Mitglied der KamOn-Fraktion, das von Beginn an an den Haushaltsberatungen beteiligt war, am Finanzausschuss und am Vorstand der PKSH vorbei die Aufsichtsbehörde angeschrieben und die mehrheitlich verabschiedete Beitragssatzung beanstandet.

Als der Vorstand der Kammer im Januar dieses Jahres, nachdem die Beitragsbescheide für 2017 bereits verschickt worden waren, von dieser Beschwerde erstmals erfuhr, wurde sofort als erste Maßnahme der Vollzug des Beitragseinzuges ausgesetzt und die Mitglieder wurden hierüber informiert.

Strittig dabei war in erster Linie gar nicht mal die Beitragshöhe an sich, sondern die Frage, in welcher Höhe die Kammer berechtigt ist, allgemeine Rücklagen im Haushalt zu bilden. Die Haushaltsgrundsätze-Satzung der PKSH erlaubt dabei die Bildung allgemeiner Rücklagen in Höhe eines halben Jahresetats. Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2015 fordert zudem, dass nicht zweckgebundene Rücklagen baldmöglichst abzubauen sind. Das Gericht hat dabei keine konkreten Hinweise zur erlaubten Höhe dieser nicht zweckgebundenen Rücklagen gegeben.

Um diesen Sachverhalt einschätzen zu können, sollte der historische Kontext bekannt bzw. gegenwärtig sein: In den beiden letzten Legislaturperioden wurden – unter Verantwortung des damaligen Vorstandes – kontinuierlich immer höhere Rücklagen ohne jede Zweckbindung angehäuft, die zu guter Letzt sogar die Höhe eines ganzen Jahreshaushalts überschritten hatten!

Jeder möge für sich selbst entscheiden, ob eine derartige Haushaltsführung, wie sie vom alten Vorstand betrieben wurde, die zu immer höheren Rücklagen geführt hat, gerechtfertigt ist oder nicht. Der amtierende Vorstand hat sich, nach Vorlage des Jahresabschlusses des Haushaltsjahres 2016 und nach Abwägung aller denkbaren Risiken, dazu entschlossen, der Kammerversammlung in ihrer ersten Sitzung dieses Jahres im März vorzuschlagen, die Erhebung eines Beitrages für das Haushaltsjahr 2017 komplett auszusetzen und damit die Rücklagen der Kammer fast vollständig aufzulösen. Diesem Vorschlag des Vorstands ist die Kammerversammlung dann auch einstimmig gefolgt.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Weitere Infoveranstaltung der Kammer zur Psychotherapie-Richtlinie

Aufgrund der zahlreichen Nachfragen unserer Mitglieder zur neuen Richtlinie führte die Kammer am 25.03.2017 eine weitere Informationsveranstaltung durch. Der Einladung nach Kiel folgten fast 300 TeilnehmerInnen. Schwerpunktthemen waren neben der neuen Richtlinie auch die neuen sozialrechtlichen Befugnisse.

Die Kammer konnte Dieter Best als Referenten gewinnen, der viele Jahre Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Vorsitzender des Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV war. Er hat die Entwicklung der Psychotherapie-Richtlinie von den ersten Entwürfen bis zur Verabschiedung im November 2016 konzeptionell begleitet. Ziel der Richtlinie sei vor allem die zeitnahe psychotherapeutische Versorgung der Patienten gewesen. Dieses Ziel solle durch Neuerungen z. B. zu der Akutbehandlung, Sprechstunde, Terminservicestelle und einer Vereinfachung des Gutachterverfahrens und der neuen Rezidivprophylaxe erreicht werden.

Die Akutbehandlung

Hier stehe die akute Symptomatik im Vordergrund. Ziel sei die zeitnahe psychotherapeutische Intervention zur Entlastung von akuter Symptomatik, jedoch keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden pathogenetischen Einflussfaktoren. Sie könne ebenfalls zur Überbrückung bis zu einer Richtlinienpsychotherapie herangezogen werden. Das Stundenkontingent der Akutbehandlung werde dann jedoch von dem der Richtlinienpsychotherapie wieder abgezogen.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Ziel sei der zeitnahe, niedrigschwellige Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung, Abklärung, Beratung über Behandlungsmöglichkeiten und differentialdiagnostische Abklärung. Hierfür haben die TherapeutInnen pro Woche 100 Minuten bei einem vollen Versorgungsauftrag und 50 Minuten bei einem halben Versorgungsauftrag zur Verfügung zu stellen.

Referent Dipl.-Psych. Dieter Best

Terminservicestelle der KVSH

Sofern Dringlichkeit besteht, muss die KV einen Ersttermin bei einem Psychotherapeuten innerhalb von einer Woche besorgen. Die Wartezeit auf ein erstes Gespräch dürfe höchstens vier Wochen betragen. Kann kein Termin vermittelt werden, muss innerhalb von einer Woche ein Termin in einem Krankenhaus angeboten werden.

Gutachterverfahren

Die erhöhten Kontingente für die Langzeittherapie wurden vorgestellt und Veränderungen bei der Bewilligung. So könne eine Krankenkasse bei der Fortführung einer Psychotherapie das Gutachterverfahren einleiten, müsse es aber nicht. Ein angeforderter Bericht an den Gutachter könne auf zwei Seiten verkürzt werden. Auch die Psychotherapie außerhalb der Praxisräume bedürfe keiner besonderen Begründung mehr.

Rezidivprophylaxe

Sie könne als Bestandteil des Gesamtkontingents bei jedem Bewilligungsschritt einer Langzeittherapie beantragt werden und sei eine Verbesserung für die Versorgung der PatientInnen. Damit könne nun die „2-Jahresfrist" bis zu einem neuen Therapieantrag überbrückt werden.

Neben den Neuerungen zur Akutbehandlung, Sprechstunde, Terminservicestelle und Gutachterverfahren lag ein weiterer Schwerpunkt des Vortrages auf der Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnissen für PP und KJP nach § 73 Abs. 2 SGB V. Demnach können KollegInnen zukünftig z. B. Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation, Soziotherapie und Krankentransporte verordnen.

In seiner politischen Bewertung der Richtlinie verwies Dieter Best auf die gestiegene Verantwortung über den Gesamtbehandlungsplan eines Patienten einschließlich koordinierender Funktionen. Damit werde die Psychotherapie noch stärker im Gesundheitswesen verankert. Die Sprechstunde stärke die Wahrnehmung der diagnostischen Kompetenz der Psychotherapeuten unter den anderen Arztgruppen. Zudem sei die Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens eine Entlastung für die Psychotherapeuten. Die endgültige Bewertung der Richtlinie sei jedoch von der Vergütung der neuen Leistungen abhängig.

In der anschließenden regen Diskussion bezogen sich die meisten Nachfragen der Zuhörer auf die konkrete Umsetzung der neuen Sprechstunde und der telefonischen Erreichbarkeit. Einige KollegInnen, die in der Kostenerstattung tätig sind, äußerten auch die Sorge über zukünftige Schwierigkeiten bei der Genehmigung von Psychotherapie durch die Krankenkassen: Wenn viele PatientInnen durch die Terminservicestelle einen Termin bei einem Psychotherapeuten bekämen, werde die Kostenerstattung zukünftig abgeschafft.

Hier verwies Best auf die zeitliche Lücke für die Kostenerstattung: Wenn

Blick in das sehr gut gefüllte Plenum in der Kieler halle400 (beide Aufnahmen: Thomas Faust)

VertragstherapeutInnen bei bestimmten PatientInnen eine maximale Wartezeit auf einen Therapieplatz von acht Wochen angeben, dann würden diese PatientInnen im Rahmen der Kostenerstattung behandelt werden können. Zudem seien keine neuen BehandlerInnen ins System gekommen, sodass durch die Terminservicestellen nicht mehr PatientInnen versorgt werden könnten.

Am Ende der Veranstaltung zeigten sich die TeilnehmerInnen sehr zufrieden mit dem Vortrag von Dieter Best und nutzten angeregt die Möglichkeit des kollegialen Austausches.

Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Getrennt lebende sorgeberechtigte Eltern – Erstgespräche

Aufgrund der neuen Psychotherapie-Richtlinie kann ein Erstgespräch nun die Psychotherapeutische Sprechstunde oder eine Probatorische Sitzung sein. Gleich welche Gebührenziffer Sie für ein Erstgespräch ansetzen, im Bereich einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gilt es, im Falle von getrennt lebenden, aber beiderseits sorgeberechtigten Eltern besondere Sorgfalt walten zu lassen.

Erscheint bei getrennt lebenden und beiderseits sorgeberechtigten Eltern nur ein Elternteil und liegt keine Einverständniserklärung des anderen, nicht anwesenden Elternteils vor, dann ist es nur zulässig, eine erste Sitzung durchzuführen. Der Inhalt eben dieses einen und ersten Termins beschränkt sich dann weitgehend auf die Aufklärung des einen anwesenden Elternteils darüber, wie überhaupt nur mit dem Kind oder minderjährigen Jugendlichen rechtlich abgesichert weiter gearbeitet werden kann (bspw. Herbeiführung einer Einverständniserklärung des anderen, nicht anwesenden Elternteils). Diese eine erste Sitzung ohne vollumfängliche Einverständniserklärung aller Elternteile ist zulässig, da ja ansonsten die besagte Feststellung, um welche elterliche Konstellation es sich überhaupt handelt, gar nicht getroffen werden kann. Es kann vom niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten nicht erwartet werden, derartige Feststellungen und ggf. die dann folgende, notwendig werdende Aufklärung im Rahmen der telefonischen Terminvergabe durchzuführen. So wie auch sonst der Patient über alle weiteren Aspekte einer psychotherapeutischen Behandlung im direkten Gespräch aufgeklärt wird, so gilt dies auch für diese Besonderheit im Rahmen einer Behandlung von minderjährigen Kindern und Jugendlichen. Feststellung und Aufklärung sind Bestandteil des ersten direkten Kontaktes.

In der neuen Psychotherapie-Richtlinie ist insofern darauf eingegangen worden, dass hier bestimmt wurde, dass es bspw. ausdrücklich gestattet ist, bis zu 100 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen durchzuführen. Gleiches gilt für die Probatorischen Sitzungen, nur dass hier keine Höchstgrenze bestimmt wurde. D. h. von den insgesamt sechs bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Verfügung stehen Probatorischen Sitzungen können bspw. auch drei oder vier allein nur mit den relevanten Bezugspersonen durchgeführt werden. Es wäre somit auch zulässig, zu einem Erstgespräch grundsätzlich nur die Eltern oder einen Elternteil einzuladen. Im Falle von konflikt- und streitbehafteten getrennt lebenden Eltern könnte sich dann, weil ja das gemeinsame Kind gar nicht dabei war, der nicht anwesende Elternteil eventuell weniger ereifern und empören. Hier möge jede Kollegin, jeder Kollege selbst über ihr/sein Vorgehen entscheiden – die Freiheit dazu haben Sie.

Heiko Borchers
PP und KJP
Vorstandsmitglied

SAVE THE DATE – Fortbildungsveranstaltung der PKSH zur internetgestützten Psychotherapie

Neue Medien halten immer mehr Einzug in den Bereich der Psychotherapie. Dabei geht es nicht nur um Angebote der Krankenkassen, die vordergründig zum Ziel haben, die Wartezeit bis zu einem Therapieplatz zu überbrücken, sondern auch um die Integration sogenannter neuer Medien in den „normalen" Behandlungsprozess. Die Spannbreite der Nutzung ist dabei sehr weit gefächert. So gibt es diverse Apps, die zur therapiebegleitenden Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit genutzt werden können. Strukturierte Programme zu Entspannungsverfahren, zur Stressbewältigung, zum Umgang mit Ängsten und depressiven Stimmungen existieren bereits. In diversen wissenschaftlichen Studien zum Einsatz von Internetkontakten (Verwendung von E-Mail oder Video-Gesprächskontakte) wurden positive Effekte nachgewiesen.

Vieles in dem Bereich der internetbasierten Psychotherapie ist noch ungeklärt. Fragen des Datenschutzes, Haftungsprobleme, Finanzierung/Abrechenbarkeit. Gemäß der Berufsordnung der PKSH ist die Psychotherapie an den Praxissitz gebunden und hat im persönlichen Kontakt stattzufinden. Auch hier müssen neuen Regelungen geschaffen werden, um diese neuen Entwicklungen berufsrechtlich abzusichern und dabei durch Qualitätskriterien festzulegen, wo die Grenzen zwischen Seriosität und bloßem Mainstream zu ziehen sind.

Der Vorstand der PKSH plant zu dem Thema internetbasierte Psychotherapie eine Fortbildung am **24. November 2017 in den Räumen des Wissenschaftszentrums Kiel**. Dabei sollen nach einer Einführung in die wissenschaftlichen, berufsrechtlichen und praxisbezogenen Aspekte u. a. auch bereits evaluierte Interventionsprogramme vorgestellt und deren Anwendungsmöglichkeiten im Praxisalltag aufgezeigt werden.

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV): Aufruf zur Teilnahme

Die PKSH ist in das schleswig-holsteinische PSNV-Hilfesystem in Notfallsituationen – kleine wie große – z. B. eskalierende Beziehungskonflikte, Großschadenslagen (Zugunglück, Terroranschlag, Havarie etc.) bisher qua Erlass im Bereich der Bereitstellung von zeitnaher psychotherapeutischer Behandlung für Einsatzkräfte (der Feuerwehr, Hilfsorganisationen etc.) eingebunden. Die psychotherapeutische Versorgung der in diesen Fällen betroffenen BürgerInnen stellt die KVSH sicher.

Als PSNV-Beauftragte der PKSH bitte ich Sie um Ihre Bereitschaft, sich für diese Anfragen, die über die Landeszentrale kämen, zur Verfügung zu stellen und in der Geschäftsstelle in die Liste eintragen lassen. Eine traumaspezifische Weiterbildung ist wünschenswert, jedoch nicht Voraussetzung. Insbesondere in den Kreisen Dithmarschen, Hzgt. Lauenburg, Pinneberg und Steinburg sowie in Flensburg suchen wir PP-KollegInnen. Sie verpflichten sich dadurch nicht endgültig, vielmehr können Sie zum Zeitpunkt der konkreten Anfrage entscheiden, ob Sie eine Behandlung gerade schnell ermöglichen können oder nicht.

In den letzten Jahren gab es nur wenige Anfragen. Vor dem Hintergrund der veränderten, erweiterten Gefahrenszenarien in Deutschland möchten wir die uns als Kammer zugedachte Rolle der verlässlichen Absicherung und Rückenstärkung der Einsatzkräfte gerne verantwortungsbewusst wahrnehmen, dafür brauchen wir Sie/Dich!

Herzlichen Dank.

Dagmar Schulz
Vorstandsmitglied
PSNV-Beauftragte

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegin:

Merét Thale, Hummelfeld
geb. 14.05.1972
verst. 18.03.2017

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Gertrud Corman- Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), 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.

16. Jahrgang, Ausgabe 2/2017

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

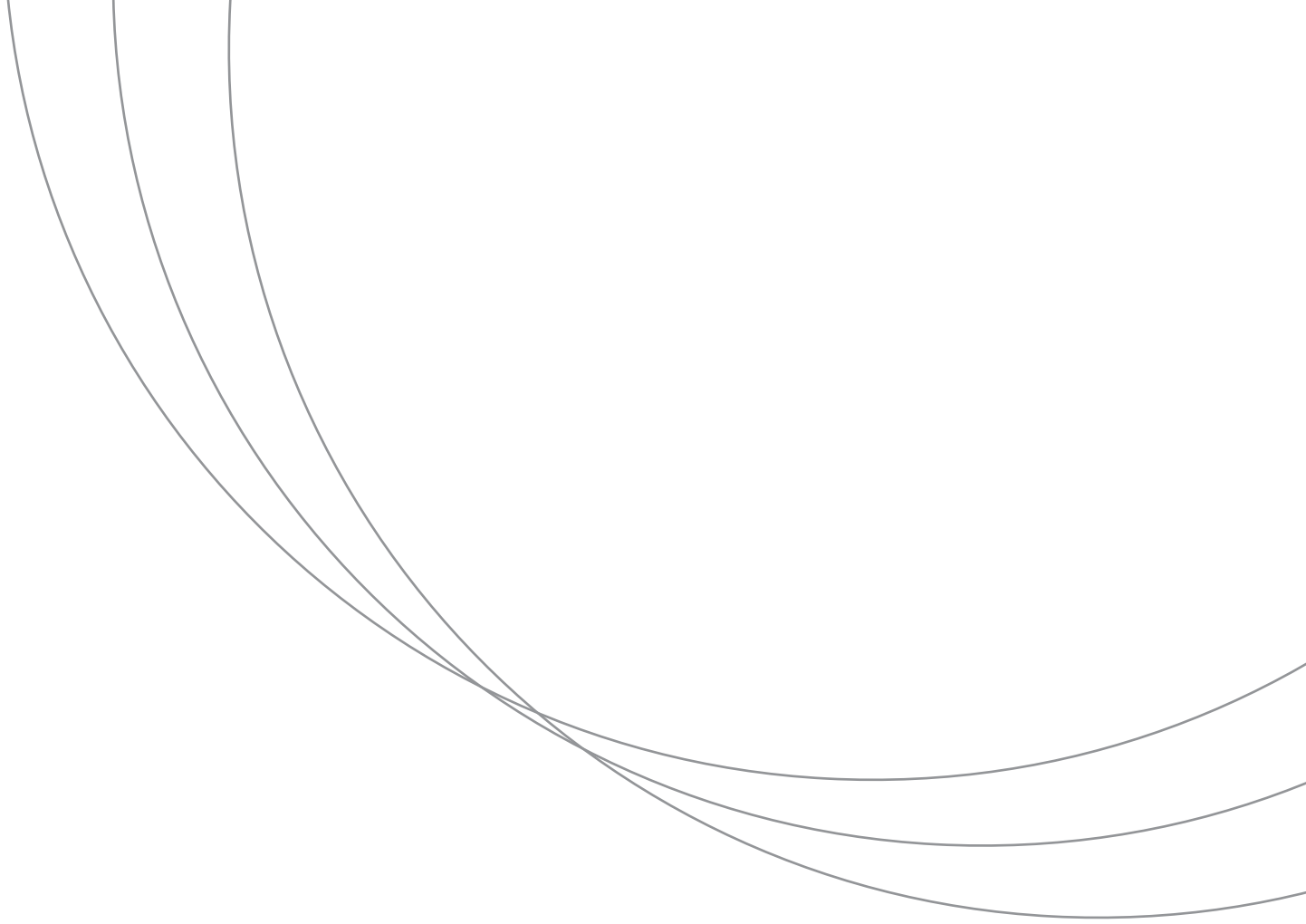
Redaktionsschluss für Ausgabe für Ausgabe 3/2017 ist der 3. Juli 2017 und für Ausgabe 4/2017 der 27. September 2017. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf- Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), 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 insesondere für Vervielfältigungen, Übesetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.



www.psychotherapeutenjournal.de