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

Psychotherapeuten journal

- Dem Alter ins Gesicht schauen – mit psychologischem Blick
- Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz
- Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – (Berufspolitische) Gedanken für eine gute Versorgung
- Rehabilitation: das Nachsorgeangebot Psy-RENA
- Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung?

PTJ 4/2017
(S. 307–424)

Liebe Leserinnen und Leser,

wir wünschen Ihnen an dieser Stelle auch dieses Jahr wieder ein friedliches Weihnachtsfest, erholsame Feiertage und einen ruhevollen Jahresausklang!
Für das neue Jahr 2018 alles Gute für Sie!

Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals und der medhochzwei Verlag

Editorial

Liebe Kolleginnen,

Redaktionskonferenz im Oktober 2017 in Hannover (jeweils v. l. n. r.) hintere Reihe: J. Hermann, Dr. M. Thielen, Dr. H. Vogel, T. Michels; mittlere Reihe: A. Pichler, G. Corman-Bergau, Dr. H. Winter, A. Springer; vorne: N. Rehbach, Dr. A. Nierobisch, H. Schindler

dieses Psychotherapeutenjournal (PTJ) ist anders. Und bevor wir näher darauf eingehen, was diesmal anders ist, begleiten Sie uns auf ein kleines Gedankenexperiment – stellen Sie sich folgende Szene vor: An einem Tisch sitzen vier Manager – wahlweise auch vier Pastoren oder vier Psychotherapeuten. Was haben Sie vor Ihrem inneren Auge gesehen? Männer oder Frauen? Vier Manager? Vier Pastoren? Sprache bestimmt das Denken – diese Erkenntnis ist natürlich nicht neu, trotzdem berücksichtigen wir sie im Alltag sehr häufig nicht, sondern bleiben bei alten Gewohnheiten und Gebräuchen. Das PTJ benutzte in den vergangenen Jahren der besseren Lesbarkeit halber durchweg die rein männliche Form bei allen unbestimmten Benennungen. Deshalb war ausschließlich die Rede von Psychotherapeuten und Patienten. Das erschien uns, vor allem auch angesichts der Geschlechterverteilung in unserem Berufsstand, nicht mehr so ganz angemessen und es begannen Überlegungen und Recherchen, wie man Abhilfe schaffen könnte. Nach einjähriger intensiver Diskussion und Abstimmung im Redaktionsbeirat, in den Vorständen der Landeskammern sowie der Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Förderung von Frauen in der Berufspolitik ist es nun so weit: Wir setzen einen Beschluss zur gendergerechteren Sprache im PTJ um. Dieses Heft ist das erste, in dem die weibliche Sprachform gebraucht wird, wo nicht eindeutig ein Mann/Männer gemeint sind. Dies wollen wir so in jeder zweiten Ausgabe handhaben. Die jeweils darauffolgende erscheint dann wie bisher in männlicher Sprachform.

Hand aufs Herz: Wem haben die „Kollegen" bei der Anrede zu diesem Editorial gefehlt oder wen hat diese Anrede irritiert? Selbst wenn es nur wenige sind, so belegt dies doch, dass diese geänderte Sprachform notwendig ist, um unseren Alltagsblick zu schärfen und unsere Sprach- und Lesegewohnheiten herauszufordern.

Seit Ende der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts gibt es eine Diskussion um Sexismus bzw. Gendergerechtigkeit in der Sprache. Dabei haben die Befürworterinnen von geschlechtssensiblem Sprachgebrauch unterschiedliche Alternativen entwickelt. Eine Möglichkeit ist die Entwicklung geschlechtsneutraler Formulierungen. Dabei werden beide Geschlechter unsichtbar gemacht und Verben substantiviert. Beispiel: „Die Therapierenden sitzen den Therapienachfragenden mit ungeteilter Aufmerksamkeit gegenüber". Scheint geschlechtsneutral, führt aber zu immer wieder neuen Wortschöpfungen recht unterschiedlicher Plausibilität und metaphorischer Wirkung. Außerdem ist es unser erklärtes Ziel, das Weibliche, was ca. 70% unserer Mitglieder und 80% der aktuell in Ausbildung Befindlichen ausmacht, stärker in den Blick zu bringen.

Die konsequente Nennung beider Formen („Kolleginnen und Kollegen") liest sich schwer und muss dann auch noch in der Reihung gewechselt werden, mal kommen die Frauen, mal die Männer zuerst. Die Verwendung von Schrägstrichen, Binnen-I oder Unterstrichen mindert ebenfalls die Lesbarkeit und hat weitere grammatikalische Folgeprobleme, die dem Verständnis abträglich sind.

Wir wissen, dass die Dichotomie in zwei Geschlechter der Realität der existierenden Geschlechtervielfalt nicht gerecht wird. Die Realität von Transsexualität und weiteren Ausformungen von Sexualität können wir momentan in der Sprache des PTJ noch nicht abbilden.

Der Beschluss, den Leserinnen ab jetzt abwechselnd ein Heft in männlicher und eines in weiblicher Form vorzulegen, muss auch redaktionell umgesetzt werden. Sofern schon feststehend, in welcher Ausgabe ein Beitrag erscheinen wird, bitten wir unsere Autorinnen zukünftig um entsprechende (Um)Formulierung. Anderenfalls wird sich die Redaktion um die Übertragung in die jeweils „angesagte" Geschlechtsform kümmern.

Wir sind uns bewusst, dass dieser Schritt nur ein kleiner Beitrag zur Gleichberechtigung ist, aber diesen wollen wir ab der vorliegenden Ausgabe konsequent umsetzen.

Wir wünschen Ihnen einen schönen Jahresausklang und viel Vergnügen bei der Lektüre des PTJ mit den neuen Sprachregelungen!

Ihr Redaktionsbeirat PTJ

Inhalt

Originalia

310 *Klaus Gürtler*
Dem Alter ins Gesicht schauen – mit psychologischem Blick
Der Artikel wirft einen psychologisch-psychotherapeutischen Blick auf die breit gefächerte Thematik des Alterns und stellt Chancen und Herausforderungen dieses Lebensabschnittes dar. Schließlich wird diskutiert, wie eine neue Kultur des Alter(n)s aussehen könnte.

316 *Theresa Koch, Thomas Ehring & Alexandra Liedl*
Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK. Entwicklung und erste Erfahrungen mit afghanischen Geflüchteten
Der Artikel stellt ein neues transdiagnostisches Gruppentherapieprogramm zur Förderung der Emotionsregulationsfähigkeiten vor. STARK zeichnet sich durch eine hohe Kultursensibilität aus und wurde speziell für die Zielgruppe der traumatisierten Geflüchteten entwickelt.

324 *Claas-Hinrich Lammers*
Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie
Die therapeutische Beziehungsgestaltung hat für die Verhaltenstherapie einen hohen Stellenwert. Stichworte für die sogenannte funktionale Beziehungsgestaltung sind u. a. Empathie, Validierung, Kooperation, Hilfe zur Selbsthilfe. Insbesondere die Entwicklung von speziellen Verfahren zur Psychotherapie persönlichkeitsgestörter Patientinnen (u. a. DBT, Schematherapie, CBASP) hat den Fokus auf weiterführende Beziehungsgestaltung verstärkt.

331 *Manfred Nosper*
Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 2: Verordnungsgrundlagen psychosomatischer Krankenhausbehandlung und psychosomatischer Rehabilitation
Der zweiteilige Beitrag beschreibt und erläutert die medizinischen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Verordnung von Krankenhausbehandlung und medizinischen Rehabilitation. Im zweiten Teil werden die Indikationsvoraussetzungen für eine Komplexbehandlung als Krankenhausbehandlung und als psychosomatische Rehabilitationsbehandlung dargestellt.

339 *Ulrike Worringen, Beate Muschalla, Teresia Widera & Axel Kobelt*
Psy-RENA – ein neues Arbeitsfeld für Psychotherapeutinnen
Für Rehabilitandinnen mit psychischen Erkrankungen steht nach einer medizinischen Rehabilitation das Nachsorgeangebot Psy-RENA zur Verfügung. Bundesweit werden Psychotherapeutinnen gesucht, die Psy-RENA für die Rentenversicherung durchführen möchten. Sozialrechtliche und sozialmedizinische Kenntnisse sind unabdingbar, um die Nachsorge fachgerecht anbieten zu können.

Aktuelles aus der Berufspolitik

346 *Sabine Maur & Peter Lehndorfer*
Kinder und Jugendlichenpsychotherapie – (Berufspolitische) Gedanken für eine gute Versorgung
Ausgehend von der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und der Versorgungswirklichkeit streift der Beitrag u. a. die Situation der niedergelassenen und angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, die Ausbildungsreform sowie die Erstellung und Implementierung von Behandlungsleitlinien. Daraus werden berufspolitische Fragestellungen und Forderungen abgeleitet.

355 *Rüdiger Retzlaff, Markus Haun, Stefan Beher & Kirsten von Sydow*
Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung?
Nach mehrjähriger Tätigkeit hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen seinen Prüfbericht zur systemischen Therapie mit Erwachsenen im Juli 2017 veröffentlicht. Die Ergebnisse werden vorgestellt, gefolgt von einigen kritischen methodischen Anmerkungen und Reflexionen zum Stellenwert manualisierter Therapie in der Versorgungspraxis. Der Artikel schließt ab mit einem Ausblick möglicher Auswirkungen für die psychotherapeutische Versorgung.

Buchrezension

363 **Den Ressourcenkoffer packen**
Eine Rezension von Juliana Matt: Wachter von, M. & Hendrischke, A. (2017). Das Ressourcenbuch. Selbstheilungskräfte in der Psychotherapie erkennen und von Anfang an fördern.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

366 Bundespsychotherapeutenkammer
374 Baden-Württemberg
378 Bayern
382 Berlin
385 Bremen
389 Hamburg
393 Hessen
397 Niedersachsen
402 Nordrhein-Westfalen
406 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
411 Rheinland-Pfalz
415 Saarland
419 Schleswig-Holstein

307 **Editorial**
364 **Artikelverzeichnis 2017**
423 **Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern**
424 **Impressum Psychotherapeutenjournal**
A1 **Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
A18 **Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

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

Dem Alter ins Gesicht schauen – mit psychologischem Blick

Klaus Gürtler

Zusammenfassung: Über das Alter nachzudenken, ist nicht wirklich neu – durch den demografischen Wandel drängt sich das Thema aber immer wieder auf. „Erfolgreich" alt werden oder am Abbau psychischer und physischer Kräfte leiden sind zunächst zwei verschiedene Varianten, bilden aber möglicherweise auch die gemeinsame Endstrecke eines menschlichen Lebens. Das Alter ist kein einheitliches Stadium. Verschiedene Abschnitte lassen sich beschreiben. Da sich bei der Beschäftigung mit der Thematik vielerlei existenzielle Gedanken aufdrängen, kann ein psychologisch-psychotherapeutischer Blick hilfreich sein. Braucht es eine neue Kultur des Alter(n)s, und wie könnte die aussehen?

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie besteht seit 1966, eine Sektion Psychologie ist seit 1967 Teil von ihr. Die 1972 von Ursula Lehr verfasste „Psychologie des Alterns" war eine der ersten Schriften im Bereich der Gerontopsychologie (Lehr, 1972), das 1986 von Wolf D. Oswald gegründete Institut für Psychogerontologie in Erlangen-Nürnberg schließlich die Verortung einer neu entstehenden Teildisziplin. Heute gibt es Forschungsschwerpunkte in angewandter und in klinischer Gerontopsychologie. Damit orientiert sich Forschung an der Tatsache, dass das Alter (gemeint ist damit in der Regel die Lebensspanne ab 65 Jahren) zum einen ein erfolgreicher, aber zum anderen auch ein mit Leiden verbundener biographischer Lebensabschnitt sein kann.

Alter(n) wird individuell unterschiedlich erlebt und durch mediale Darstellung problematisiert. Überalterung, demografischer Wandel, zunehmende Pflegebedürftigkeit und ihre hohen gesellschaftlichen Kosten, aber auch Altersarmut und Vereinsamung im Alter kreieren Schlagzeilen oder prägen manche Reportage. Das Thema Alter ist schon vor 2.000 Jahren von Cicero abgehandelt worden. Er lässt Cato den Älteren über das Alter sprechen und sah im *Ansehen* die Krönung des Alters. Cato wusste aber auch, dass man sich die Früchte des Ansehens nicht plötzlich durch graue Haare und Runzeln verschaffen kann, sondern durch ein schon früher in Ehren geführtes Leben (Merklin, 1998).

Die Anti-Aging-Medizin pathologisiert das Altern und definiert es als biologisch überwindbar.

Ist die Verlängerung unseres Lebensalters ein Segen, und wie ist das Altern als differenzieller biologischer, psychologischer, existenzieller und sozialer Veränderungsprozess zu bewältigen *(Wahl, 2015)*?[1] Ist ein erfolgreiches Altern Glück oder „erarbeitet"? Kommt es nicht irgendwann automatisch zum Leiden am Sein?

Biologische Veränderungen

Um zu verstehen, was Altern wirklich heißt, muss es ein Individuum am eigenen Leib verspüren. Margarete Mitscherlich schrieb mit 93 Jahren über die „Radikalität des Alters" (2010) und empfand ihren Körper als schweren Klotz, den man nur mit vielen guten Worten in Bewegung setzen konnte. Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes (Haut, Haare, Gangbild) und Nachlassen des gewohnten Funktionsniveaus (Ausdauer, psychische und physische Kraft) sind für einen alternden Menschen irritierend und gelegentlich alarmierend und können zu Immobilität, Instabilität (Stürze, Schwindel), intellektuellem Abbau (Demenz) und psychischen Störungen (Depression, Angst-, Schlafstörungen) führen.

Das Älterwerden bringt so manches geriatrische Problem mit sich. Apokalyptische Visionen definieren Krebs, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz aufgrund der demografischen Entwicklung als Volkskrankheiten. Demgegenüber stehen Versprechungen, die trösten sollen, aber kurzfristig keine konkrete Heilung ermöglichen. So ist Alzheimer derzeit eben nicht heilbar, wie ein Buchtitel verspricht. Der Inhalt des Buches reflektiert unseren Lebensstil und regt sehr zu einer gesunden Lebensführung an, zu der auch Ernährung und Bewegung gehören (Nehls, 2015).

1 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Deswegen gibt es gezielte Aktionen, die den Wert von Bewegung für die geistige Leistungsfähigkeit ins Bewusstsein rücken (Halle, 2012; *Gürtler, 2013*). Nicht die gezählten Jahre, sondern der Zustand der Arterien scheint ein Maß für das Altern eines Menschen zu sein. Eine „Gegenwehr"-Strategie bietet die Anti-Aging-Medizin an. Mit „Lifestyle-Maßnahmen", Vitaminpräparaten und solchen zur sexuellen Leistungssteigerung wird das Altern pathologisiert und als biologisch überwindbar definiert *(Bozzaro, 2014)*.

Zufrieden altern

Noch Mitte des letzten Jahrhunderts wurde ein Mensch, der 80 Lebensjahre und mehr erreicht hatte, in einem Zustand „biblischen Alters" gesehen. In der gerontologischen Fachsprache werden heute die 65- bis 79-Jährigen als die „jungen Alten" bezeichnet. Ab 80 gehören die Seniorinnen[2] zu den „alten Alten". Paul Baltes beschrieb auf der Basis seiner Berliner Altersstudie die Lebenszeit von 60 bis 75 Jahre als das dritte Lebensalter und gab diese Phase des jungen Alters als „belle époque" aus *(Baltes, 1996)*. Gleichzeitig stufte er die Jahre ab 75 als das hohe Alter ein und versah es wegen des zunehmenden Risikos, an körperlichen und geistigen Krankheiten zu leiden, mit der Etikette „Hoffnung mit Trauerflor". Er selbst verstarb übrigens im Alter von 67 Jahren.

Nun liegen seit Kurzem die Ergebnisse einer zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie vor (II HD 100; *Jopp et al., 2013*), und es drängt sich der Impuls auf, die Lebensphase ab 90 Jahren als das fünfte Lebensalter zu bezeichnen. Folgt man nämlich der Prognose dieser Heidelberger Studie, dürfte es mittlerweile etwa 14.000 Hundertjährige in Deutschland geben (1967 übrigens nur 709; Franke, 1971). Die gesammelten Daten einer Stichprobe von 95 Personen zeichnen ein hoffnungsvolles Bild, weil sich gegenüber einer ersten Hundertjährigen-Studie (HD 100; Rott et al., 2001) hinsichtlich der körperlichen Ressourcen durchaus positive Trends gezeigt haben und sich vor allem im Stichprobenvergleich (zu 2012) der kognitive Status der Teilnehmerinnen verbessert hat *(Jopp et al., 2013)*.

Zumindest in der „belle époque" bieten sich den Seniorinnen zahlreiche Abwechslungen im sportlichen und kreativen Bereich. So ist auch laut einer Altersstudie *(Generali et al., 2013)*, in der 4.197 Personen zwischen 65 und 85 Jahren befragt wurden, die Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 die höchste Zufriedenheit darstellt, bei durchschnittlich 7,4. 57 Prozent der Befragten stufen sich bezüglich ihrer Lebenszufriedenheit sogar höher als 8 auf dieser Skala ein. Das könnte auch daran liegen, dass das „gefühlte Alter" zehn Jahre unter dem tatsächlichen liegt („*downaging*"). 70 Prozent der Befragten leben aber im Bewusstsein, ihren letzten Lebensabschnitt zu verbringen. 60 Prozent beurteilen ihr Alter optimistisch und stimmen der Einschätzung „man ist gelassener und hat mehr Erfahrung" zu. Deshalb treten Themen wie Sinn, Religion, Verantwortung und Naturerfahrung in den Vordergrund (im Vergleich zu anderen Altersklassen). Diese positiven Ergebnisse wurden in einer weiteren Generali-Altersstudie 2017 mit 4.133 Personen zwischen 65 und 85 Jahren bestätigt. In dieser neusten Studie wird auch das „immense Gefühl, gebraucht zu werden" empirisch belegt. Deshalb betätigen sich viele ältere Menschen in ehrenamtlicher Funktion und finden darin Sinn, Wertschätzung und Selbstbestätigung. Soweit die „erfolgreich" Alternden.

Anpassungsvorgänge: Kompromisse machen

Psychologisch gesehen ist „erfolgreiches", zufriedenes Altern immer nur ein Kompromiss zwischen Unveränderlichem und Veränderbarem. Dabei gibt es keine Gerechtigkeit, aber individuelle, kognitive Umdeutungsmöglichkeiten: statt „Die ist genauso alt wie ich und kann noch auf den Berg hinaufsteigen … aber meine Pumpe macht das nicht mehr mit!" – jetzt „Dafür genieße ich schöne Konzerte!" oder „Nicht die ist unbedingt die Glücklichere, die die höchsten Berge bezwingt, sondern diejenige, die ihr Leben intensiv empfinden kann."

Die Überwindung, zu Hilfsmitteln greifen zu müssen, ist groß. Oft ist Eitelkeit mit im Spiel, wenn Menschen sich ihrer nicht bedienen (z. B. Hörgerät). Zur Überwindung von Mobilitätseinschränkungen benutzen ältere Menschen ungern einen Rollator. Wenn allerdings die Hilfe zu einem Sportgerät umfunktioniert (kognitiv umstrukturiert) wird, könnte sich einige vielleicht doch für den Gebrauch erwärmen. Die Handhabung dieser Gehhilfen muss natürlich gelernt sein. Deshalb gibt es Trainingsprogramme für Rollator-Nutzerinnen („Fit mit Rollator", „Rollator-Fit"). Ältere Menschen, die ihre Gangunsicherheiten schon mit einem Rollator stabilisieren und sich vielleicht immer weniger und mühevoller bewegen, können noch weiter gehen und sich fürs Tanzen begeistern: Sitz-Tanz, gut und schön, aber wer es noch ein bisschen „wilder" haben will, sollte sich für den Rollator-Tanz entscheiden. Dafür gibt es mittlerweile sogar Kurse beim Bundesverband Seniorentanz, der Deutsche Turnerbund führt spezifische Fortbildungen für seine Übungsleiterinnen durch. Der Allgemeine Deutsche Tanzlehrerverband (ADTV) bildet sogar Rollator-Tanz-Instruktorinnen aus. Also kann einem das zunächst ungeliebte Hilfsmittel neue soziale und sportliche Perspektiven eröffnen – wer das will! *(Gürtler, 2016)*

Wem es aber nicht gelingt, seiner geriatrischen Selbstwahrnehmung Beruhigungsgedanken beizumischen und damit auf sein Resilienzpotenzial zurückzugreifen, für den wird es schwierig mit dem zufriedenen Altern. Dabei soll unter Resilienz die Stärke eines Menschen verstanden werden, Krisen zu meistern, eine optimistische Haltung zu bewahren und trotz

2 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.

Schmerz und Verlusten wie ein „Stehaufmännchen" lösungsorientiert vorzugehen. Wahrlich kein leichtes Unterfangen, Resignation ist da vorprogrammiert, wenn Unterstützung fehlt. So kann eine Depression im Alter auch als ein Resignieren gegenüber der „Übermacht" des Vergänglichen erscheinen.

Leiden am Sein

Es gibt also auch die anderen, die nicht so „erfolgreich" Alternden, die vielleicht mehr und mehr an der verrinnenden Zeit leiden, die Endlichkeit der eigenen Lebenszeit spüren, über die Endgültigkeit und die verpassten Möglichkeiten grübeln *(Bozzaro, 2014)*. Es liegt sicherlich auch an der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen, welche Gedanken ihm in den Kopf kommen und gewichtig werden. Menschen, die schon immer etwas ängstlich waren, leicht zu verunsichern, grübelnd, zweifelnd, leiden eher am Sein – ohne deshalb früher zu sterben als die optimistischen Alten.

Das Gewahrwerden von kognitiven Beeinträchtigungen und die naheliegende Frage, „Habe ich Alzheimer?", kann einem auch den Schlaf rauben. Wer sich mit einer chronifizierten somatischen oder psychischen Erkrankung belastet sieht, wird zermürbt. Aufgrund der negativen Erlebnisse werden der Betroffenen Grenzen ihres Lebens aufgezeigt. Will sie diese aber nicht akzeptieren, könnte die Folge eine psychische Störung sein, eine reaktive Depression, eine Anpassungsstörung an die Lebensphase Alter. Und erkrankt jemand in der Familie wirklich an Demenz, wird der Partner oder die Partnerin plötzlich zum/zur pflegenden Angehörigen. Wie schnell ändert sich da die Lebensqualität für beide.

Eine Depression im Alter kann auch als ein Resignieren gegenüber der „Übermacht" des Vergänglichen erscheinen.

Im Alter, bei Krankheit oder Behinderung tun sich für die Betroffenen existenzielle Nöte auf. Sterben und Tod, Freiheit, Isolation und die Frage nach dem Sinn sind Fakten des Lebens, fundamentale Quellen der Angst und existenzielle Kernkonflikte. Der Tod ist eine erschreckende Wahrheit und bei seinem Herannahen im Alter eine starke Quelle der Angst. Bleibt es ein unerfülltes Leben oder werde ich noch genügend Zeit haben, alles Wichtige abzuschließen? Werden meine Kinder oder Enkel das von mir Geschaffene weiterführen oder wird sich alles – auch ich mich – in Nichts auflösen? Was ist überhaupt wichtig, was war wichtig für mich? Nicht nur der Tod selbst, sondern auch die möglichen Umstände des Sterbens ängstigen. Wird meine Patientenverfügung respektiert, kommt meine gesetzliche Vollmacht zum Tragen? Werde ich lange Jahre pflegebedürftig sein oder finanziell abhängig, ein „Sozialfall"?

Kränkungen, das Ausgeschlossensein, Vereinsamung, Schmerzen und Ängste werfen Fragen auf – „Warum lebe ich eigentlich noch?" und „So wie ich lebe, lohnt sich das noch?" Alle offenen Fragen zusammen münden vielleicht in Gedankenkreisen, in eine depressive Stimmungslage und einen Sterbenswunsch. Meist ist dieses Leiden am Sein auch von intensiven (psycho)therapeutischen Beziehungen zunächst nicht zu überwinden. Es trennt die depressive Kranke von anderen Geschöpfen und von der Welt. Diese Entfremdung verstärkt sich gerade im Alter, wenn viele Verwandte – womöglich auch die Ehepartnerin – verstorben, die Kinder weit weg gezogen sind und der Ort weit von dem entfernt ist, an dem die Leidende aufgewachsen ist. Es fehlt dann die Umwelt, die hilft, die eigene Geschichte zu erinnern, denn niemand zeigt Interesse („… Du mit Deinen alten Geschichten …"). Diese existenzielle Selbstwahrnehmung erzeugt innere Unruhe, Angst, Panik und steigert sich zu der vermeintlichen Erkenntnis, letztendlich einsam, isoliert und unwichtig für andere zu sein (Gürtler, 2017).

Krisen bewältigen

Alleine leben, ein gefährdetes soziales Netz, Isolation, eine Versorgungs- und Wohnproblematik machen die soziale Dimension im Alter aus. Die Planung von Maßnahmen der Daseinsvorsorge wird deshalb im 7. Altenbericht des *Deutschen Bundestags* angeregt *(2016)*. Eine Städtebau- und Wohnungspolitik, die eine gute lokale Verankerung von Älteren in ihren Stadtvierteln möglich macht (Sozialraum im Quartier) und damit Teilhabe und Selbstbestimmung Älterer möglichst lange erlaubt, wird propagiert. Stereotypien bezüglich des alten Menschen – etwa „Altersstarrsinn", oder auch „Kostenfaktor" – stehen einer Teilhabe manchmal im Wege. Die Verschiedenheit und Vielfältigkeit der möglichen sozialen Beeinträchtigungen machen die besondere Lebenssituation älterer Menschen deutlich und können zu Lebenskrisen führen.

Wie gehen wir deshalb als Gesellschaft mit psychischen Krisen im Alter um? Organisatorisch wären Orte der Begegnung ein Angebot, um einer Vereinsamung entgegenzutreten. Quartiersbezogene Seniorenbegegnungsstätten (vielleicht findet sich da einmal ein besseres Wort), Bewegungsangebote von Sportvereinen für Menschen im „Ruhestand" muss es geben. Tanzen ist eine hervorragende musisch-kreative Betätigung. Dazu seniorengerechte Wohnobjekte und Einkaufsmöglichkeiten und schließlich ein Angebot an psychotherapeutischen Gesprächsmöglichkeiten, eventuell im Rahmen von gerontopsychiatrischen Diensten, könnten so manche Depression im Alter verhindern oder lindern. Auch muss die Teilhabe von Menschen mit Demenz gewährleistet werden – durch Aufklärung über die Krankheit, z. B. durch Selbsthilfegruppen, und durch Unterstützungsangebote der Kommune.

Für die Betroffenen wird von psychologisch-psychotherapeutischer Seite das Erlernen sogenannter Coping-Strategien angeboten. Nicht die Lösung oder Auflösung von psychischen Problemen ist dann das Ziel („Einen Jungbrunnen gibt es nicht!"), sondern der Versuch ihrer Bewältigung. Die Entwicklung von Fähigkeiten, mit den Beeinträchtigungen zu leben, ist der Weg: eine Umstrukturierung im Erleben und Verhalten. Natürlich ist das leichter gesagt als getan. Darum ist ein längerer psychotherapeutischer Prozess notwendig, der diese kognitive, emotionale und verhaltensmäßige Umstellung anbietet, begleitet und unterstützt. Auf Fragen nach dem Warum („Warum jetzt und warum gerade ich?") finden sich oft keine befriedigenden Antworten. Die Situation als existenzielle Dimension menschlichen Daseins zu begreifen, gilt es, psychotherapeutisch gemeinsam auszuhalten *(Gürtler, 2011)*.

Unterstützung bedarf es auch bei Fragenden, die im Alter nach Sinn und Zweck der noch verbleibenden Jahre suchen. Die gestiegene Lebenserwartung trifft manchen unvorbereitet. Was anfangen mit den „geschenkten" Jahren? Mein Lebensentwurf war vielleicht auf 80 Lebensjahre angelegt und jetzt kann ich sogar 100 werden! Ob ich da immer noch Golf spiele oder musiziere, reise oder Karten spiele? Und wer werden meine Partnerinnen sein? Ist ein hohes Alter mehr Bürde als Würde? Bin ich ein Fall für Psychotherapie oder ein „kompletter Pflegefall"?

Existenzielle Psychodynamik

Im Alter löst das Erleben von Verlusten manchmal eine existentielle Psychodynamik aus. Damit meint Irvin Yalom den Konflikt aus den Erwartungen eines Individuums mit den realen Gegebenheiten seiner Existenz. Die Erkenntnis, dass ich als Individuum, so nah ich anderen auch komme, dem Leben dennoch alleine gegenübertreten muss, kränkt. Dass ich die letzte Verantwortung für die Art, wie ich mein Leben zu Ende lebe, übernehmen muss, gleichgültig, wie viel Anleitung und Unterstützung ich von anderen bekomme, kostet psychische Kraft. Verantwortung übernehmen für seinen eigenen Lebensentwurf ist Teil der Freiheit der Menschen, die ihnen aber gleichzeitig Angst bereitet. Wir müssen unserem Leben stabilen Sinn geben, um eine innere Unruhe oder Angst kontrollieren zu können. Im Zusammenhang mit schwerwiegenden somatischen Erkrankungen kann sich das zur Todesangst ausweiten, gelegentlich drängen sich dazu noch Sterbenswünsche auf.

Die psychologisch-psychotherapeutische Thematisierung dieser letzten Gegebenheiten soll Mutlosigkeit und lähmende Krisen überwinden helfen. In einer psychotherapeutischen Gesprächsgruppe würde deutlich werden können, dass Themen wie das Alleinsein, das Nachlassen der körperlichen Kräfte, soziale Kontakte, die Suche nach sinnvollen Tätigkeiten nicht nur Einzelne treffen, sondern universell sind („gemeinsamer Nenner"). Ein voneinander Lernen könnte von psychotherapeutischer Seite gefördert werden. Es gilt Hoffnung einzuflößen, Selbstvertrauen aufzubauen, die Lebensleistung zu würdigen und Lebensstolz zu provozieren. Der theoretische Rahmen, den eine existenziell orientierte Psychotherapie bietet, ist nicht zwingend, drängt sich für die Lebensphase Alter aber auf: Sinn(losigkeit), Freiheit, existenzielle Isolation, Sterben und Tod als Quellen der Angst *(Yalom, 2010)*.

Gruppenpsychotherapie: Lebensleistung und Lebensstolz

In einem psychotherapeutischen Prozess lassen sich die Teilnehmerinnen einer Gruppe vor dem Hintergrund historischer Ereignisse auf individuelle Lebensschicksale ein. Persönliche Geschichte und Zeitgeschichte sind miteinander verwoben, gesellschaftliche Entwicklungen prägen stark den persönlichen Lebenslauf. Die Biografien der Gruppenteilnehmerinnen erscheinen als nach Ereignissen geordnete Lebensberichte. Sie deuten oder interpretieren Erlebnisse und ordnen sie subjektiv ein. Der Wahrheitsgehalt ist von Zuhörerinnen da-

Psychotherapeutisch moderierter Gruppengesprächsverlauf

- **Existenzielle Themen:** Mit Blick auf die Gegenwart und Zukunft der Gruppenteilnehmerinnen werden existenzielle Fragen aufgeworfen: Altern, Krankheit, Schmerz, Verluste. Auch letzte Gegebenheiten wie Sterben und Tod, Sinn, Freiheit und Isolation werden als fundamentale Quellen der Angst thematisiert.
- **Problemdarstellung:** Aus der gemeinsamen Analyse schält sich eine typische, universelle Problemsituation heraus (zum Beispiel Einsamkeit, Nachlassen der körperlichen Kräfte, Verluste).
- **Problementstehung und -aufrechterhaltung:** Es werden die auslösende Situation (z. B. Rollenverlust), spezifische Persönlichkeitszüge (z. B. ängstlich, einzelgängerisch), Reaktionen (z. B. Rückzug, Somatisierung) und dysfunktionale Kognitionen (z. B. Gefühl der Wertlosigkeit) sowie Konsequenzen (z. B. Mangel an vertrauensvollen Beziehungen, vermehrte Arztbesuche) herausgearbeitet.
- **Emotionaler Gehalt:** Negatives Denken verstärkt eine depressive Grundstimmung. Deswegen ist das Akzeptieren negativer Gefühle (wie Angst) oder die Ermöglichung bisher nicht geleisteter Trauerarbeit wichtig. Weitere relevante Emotionen können das Gruppengeschehen mitbestimmen und bedürfen einer Klärung: Schmerz, Verletztsein, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Einsamkeit, Wut, Bitterkeit, Verachtung, Ekel, Furcht, Liebe, Freude, Aufregung, Zufriedenheit, Ruhe, Erleichterung, Scham, Schuld, Stolz, Selbstvertrauen, Überraschung, Schock *(Greenberg, 2006)*.
- **Gruppenziel:** Ein gemeinsames Ziel könnte die Erneuerung oder Festigung von Lebenssinn sein. Dazu müssen die Gruppenteilnehmerinnen ihre Ressourcen kennen (Biografie). Die Förderung von Selbstständigkeit, die Wiederbelebung der sozialen/kommunikativen Fähigkeiten und der achtsame Umgang mit dem eigenen Körper können als weitere Ziele in Betracht kommen.

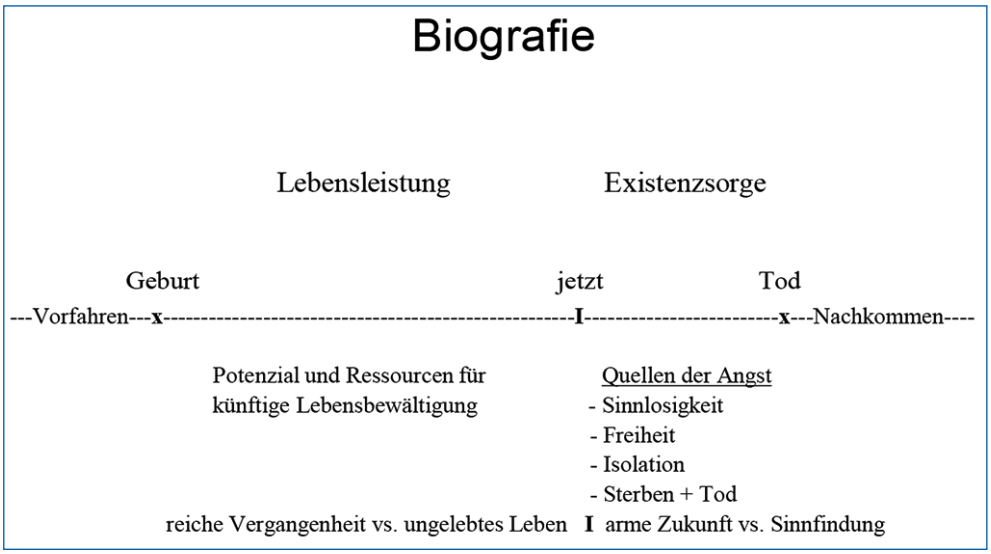


Abbildung 1: Biografie

bei nicht oder nur teilweise nachprüfbar. Das ist Problem und Chance zugleich. Chance dann, wenn aus dem Erzählten herauslesbar ist, wie eine Gruppenteilnehmerin gerne erscheinen möchte oder sich selbst sieht. Damit wird ja neben dem Inhalts- auch ein Beziehungsgeschehen herausgearbeitet. So ist ein psychotherapeutisches Gruppengespräch eine an Lebenslaufdaten orientierte mitmenschliche Begegnung, bei der die Beziehungsqualität zum Heilfaktor wird. Für den Blick in die Zukunft lohnt es sich, in einem Gruppengespräch die Bilanzierung des Bisherigen zu fördern, um daraus neue Sinnquellen zu erarbeiten. Die Gruppenteilnehmerinnen sollen ihre jetzige Situation wieder als sinnvoll erleben und sich fragen „Woher kommt meine Lebenskraft: aus der Familie, aus rein Privatem, Freundschaftlichem, aus sozialem Engagement? Hilft mir die Erinnerung an die guten Tage in meinem Leben?"

Selbstoffenbarung ist deshalb für die Arbeit in einer Gruppe wesentlich. Sie kann durch strukturierte Fragen (eventuell auch in schriftlicher Form) gefördert werden, zum Beispiel:

- Einer der wichtigsten Menschen in meinem Leben
- Wenn ich alleine bin, fühle ich mich …
- Wirklich großen Spaß macht mir …
- Am wenigsten einsam in meinem Leben fühlte ich mich …

Der Stolz auf die eigene Lebensleistung, die erworbenen materiellen Güter, der Bau eines Hauses, der Kauf von Autos, Möbeln, der Sparvertrag, der gepflanzte Baum, die makellose, pflichtbewusste Berufslaufbahn, die sportlichen oder künstlerischen Leistungen, die gestillten Kinder, die gepflegten Eltern, die bewältigten Krisen: All dies sind Erfolge und eine persönliche Erfolgsbilanz. Unsere individuelle Leistung und Bedeutung steht aber im Kontext eines uns zeitlich und räumlich überragenden und einschließenden Lebensprozesses, der nicht erst mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet (siehe Abbildung 1). Es kann also sinnvoll sein, dass die Gruppenteilnehmerinnen ihr Leben jeweils als Glied in einer Kette von Generationen sehen. Eventuell helfen dabei religiöse Wertvorstellungen.

Eine Kultur des Alter(n)s entwickeln

Von denen, die „dem Alter ins Gesicht schauen", wird eine *„happy gerontology"* als übersteigert optimistisch zurückgewiesen (Baltes, 2003; Bobbio, 1997). Das Versprechen eines „erfolgreichen" bzw. zufriedenen Alterns wird hinterfragt angesichts der Tatsache, dass jenseits von 85 Jahren die Zahl derer, die unter chronischen Belastungen leiden, fast fünfmal höher ist als bei den 70- bis 85-Jährigen und auch die hohe Suizidrate in dieser Altersgruppe das Leiden zum Ausdruck bringt. Wenn der Lebensweg zum Leidensweg wird, sind die Grenzen der menschlichen Anpassungsfähigkeit erreicht oder auch überschritten. Um die Lebensqualität und den Lebenswillen der Betroffenen zu erhalten, braucht es dann medizinische, psychotherapeutische und pflegerische Hilfen.

Möglicherweise erwartet den Menschen ja beides: erfolgreiches Altern und Leiden am Sein (Abbildung 2). Psychische und physische Kräfte stehen im Konflikt miteinander, sodass das Empfinden hin und her wechselt zwischen Lust und Last, Freud und Leid, Geborgenheit und Einsamkeit. Jean-Jaques Rousseau wird der Aphorismus zugeschrieben, der wie ein geriatrischer Imperativ klingt: „Nicht der Mensch hat am meisten gelebt, welcher die höchsten Jahre zählt, sondern derjenige, welcher sein Leben am meisten empfunden hat." Um dieses Empfinden aufrechtzuerhalten, darf es nicht bloß darum gehen, alte Menschen zu versorgen. Es braucht Strukturen, in denen Menschen zugleich Sorge empfangen und Sorge tragen können – unabhängig von ihrem Alter und körperlichen oder kognitiven Einbußen *(Generali, 2017)*.

In der Pädagogik war es ein Kulturwandel, als das Schlagen als Erziehungsmittel verboten wurde. Wie sähe ein Kulturwandel in der Geragogik aus? Würde, Teilhabe, selbstständiges Leben auch mit Behinderung sind Aspekte, die auch in anderen Lebensphasen zur Lebensqualität beitragen. Anti-Aging sollte als Geschäftsmodell und Selbstbetrug entlarvt werden. Wäre nicht vielmehr ein Umdenken, eine neue Sicht auf das Alter notwendig? Der Paradigmenwechsel könnte ein bewusster, langsamer Übergang von einer *vita activa* zu einer *vita contemplativa* sein.

Die Theorie der Gerotranszendenz von *Lars Tornstam (1997)* versucht, ein Gegenmodell zum „hyperaktiven" Altern zu ent-

werfen, um – wie *François Höpflinger (2002)* meint – einer uralten Menschheitsfrage näher zu kommen: Lässt sich im hohen Alter, gegen Lebensende, eine sinnerfüllte, über das eigene Ego hinausreichende Lebens- und Weltbetrachtung gewinnen und wenn ja, wie? Tornstam schlägt deshalb einen Paradigmenwechsel im Blick auf das Alter vor, von einer materialistischen und rationalistisch definierten Weltsicht zu einer mehr kosmisch und transzendentalen Welt- und Lebensperspektive. Damit sind nach der Meinung des Autors zum Beispiel eine weniger selbstzentrierte Ausrichtung, eine verstärkte Selektion sozialer Aktivitäten und ein größeres Bedürfnis nach spirituellen und kosmischen Werten verbunden.

Soll eine *vita contemplativa*, ein beschauliches Leben, dann so aussehen: Stille, Rückzug, regelmäßiger spiritueller Gedankenaustausch über Vergänglichkeit, die sich ausdrückt in dem lateinischen *„memento mori"* oder in Kohelets alttestamentarischer Weisheit und anthropologischer Betrachtung des Lebens als einem „Windhauch"? Muss sich dabei das Kommunikations- und Gesprächsverhalten ändern, z. B. nicht mehr recht haben zu wollen, nicht mehr in Konkurrenz treten zu müssen? Findet der Mensch in der Natur zu sich? Sind ausgiebige Naturbetrachtungen hilfreich? Braucht es Bildmeditationen, oder ist auch „einfach nur Zuschauen" erlaubt?

Eine Kultur des moderierten, kontemplativen Erfahrungsaustausches wäre hilfreich, um dieses Empfinden und die Erkenntnis, dass erfolgreiches, zufriedenes Altern im letzten Sinn nicht vom Menschen selbst machbar ist, zu reflektieren. Schon in der Schul- und Erwachsenenbildung müssten vermehrt Kenntnisse über die körperlichen und seelisch-geistigen Alterungsprozesse sowie über die Möglichkeiten und Grenzen, diese Prozesse zu beeinflussen, vermittelt werden. So zumindest die Erkenntnis des für die Seniorinnen zuständigen *Bundesministeriums (2014)*. Der Mensch braucht im Lebenslauf immer wieder Anstöße zu Gedankenspielen, das eigene Leben im Sinne einer Lebenslaufperspektive vom Ende her zu denken. Individuelles Erleben des Alterns und Verhalten im Alter könnte mit Älteren zusammen im Gespräch antizipiert werden. Ob sich dieser Kulturwandel bewerkstelligen lässt? Diese Frage wird empirisch geklärt werden.

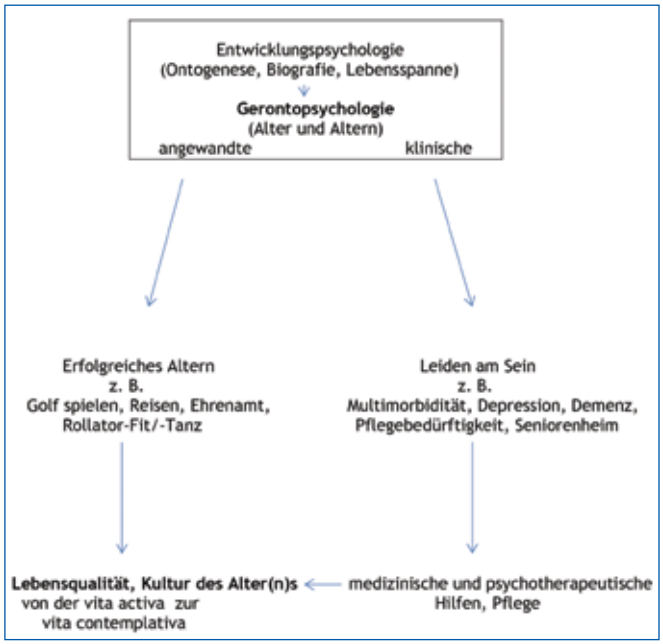


Abbildung 2: Gerontopsychologie

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Baltes, P. B. (1996). Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In M. Baltes & L. Montada (Hrsg), Produktives Leben im Alter (S. 29-68). Frankfurt a. M.: Campus.

Bozzaro, C. (2014). Leiden an der verrinnenden Zeit. Stuttgart, Bad-Cannstatt: frommann-holzboog.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Hrsg). (2014) Eine neue Kultur des Alterns. Berlin.

Deutscher Bundestag. (2016). 7. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesdrucksache 18/10210. Berlin.

Generali Zukunftsfond (Hrsg) & Institut für Demoskopie Allensbach. (2013). Generali Altersstudie 2013. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse (S. 523-535). Frankfurt a. M.: Fischer.

Generali Deutschland AG (Hrsg). (2017). Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen leben und denken. Berlin Heidelberg: Springer.

Greenberg, L.S. (2006). Emotionsfokussierte Therapie. Tübingen: dgtv Verlag.

Gürtler, K. (2011). Neuer Lebenssinn. Psych. Pflege, 4, 210-215.

Gürtler, K. (2013). Lebenserwartung … Demenz? Praxis der Psychomotorik, 2, 115-117.

Gürtler, K. (2016). Sport für Senioren mit Mobilitätseinschränkungen – Rollator-Tanz. praxis ergotherapie, 3, 179-181.

Höpflinger, F. (2002). Generativität im höheren Lebensalter – Generationssoziologische Überlegungen zu einem alten Thema. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, 328–334.

Jopp, D.S., Rott, C., Boerner, K., Boch, K. & Kruse, A. (2013). Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimensions of aging. Journal of Aging Studies, 11, 37-50.

Wahl, H.W. & Heyl, V. (2015). Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart: Kohlhammer.

Yalom, I.D. (2010). Existentielle Psychotherapie (5. korrigierte Aufl.). Kornwestheim: EHP.

Dr. Klaus Gürtler

Bezirksklinikum Regensburg
Zentrum für Altersmedizin
Universitätsstraße 84
93053 Regensburg
klaus.guertler@medbo.de

Dr. phil., Dipl.-Psych., Dipl.-Päd. Klaus Gürtler ist Psychologischer Psychotherapeut und seit 22 Jahren in der Gerontopsychiatrie des Bezirksklinikums Regensburg tätig, zurzeit in Altersteilzeit. Er ist Lehrbeauftragter für Gerontopsychologie im Studienfach Soziale Arbeit an der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg.

Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK

Entwicklung und erste Erfahrungen mit afghanischen Geflüchteten

Theresa Koch, Thomas Ehring & Alexandra Liedl

Zusammenfassung: Die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Geflüchteter stellt aktuell eine bedeutende Aufgabe dar. Es werden wissenschaftlich abgesicherte kultursensible Konzepte zur Behandlung psychischer Erkrankungen benötigt. Die vorliegende Arbeit stellt ein Beispiel für ein transdiagnostisches Behandlungskonzept vor, das auf die Verbesserung von Emotionsregulationsfähigkeiten abzielt: das Gruppentherapieprogramm „Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK". Probleme der Emotionsregulation tragen nicht nur zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen bei, sondern beeinflussen durch die erhöhte physiologische Erregung soziale Beziehungen und damit den Integrationserfolg. Im Verlauf des STARK-Programms werden über 15 Sitzungen hinweg Strategien der Emotionserkennung und -regulation vermittelt. Der Artikel stellt das Behandlungskonzept, dessen Entwicklungsprozess und vielversprechende Hinweise zur Akzeptanz und Wirksamkeit anhand einer Pilotstudie (N = 7) vor.

„Es fühlt sich an wie eine Störung in der Gangschaltung. Ich kann nicht mehr kontrolliert von einem Gang in den nächsten schalten, sondern es geht automatisch der Aggressions-Gang rein." – Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, wie sie ein 15-jähriger Klient aus Afghanistan hier schildert, sind häufige Begleiterscheinungen der psychischen Belastungen, denen Geflüchtete im Exil ausgesetzt sind, nachdem sie aufgrund von Krieg, Gewalt und Vertreibung ihr Land verlassen mussten. Viele der Schutzsuchenden haben in ihren Heimatländern oder auf der Flucht traumatische Erfahrungen gemacht. Einmal im Zufluchtsland angekommen, sind Geflüchtete zusätzlich mit zahlreichen Postmigrationsstressoren konfrontiert wie Diskriminierung, dem Verlust ihres sozialen Netzes, sprachlichen und kulturellen Integrationsschwierigkeiten und Problemen bei der Arbeitssuche. Viele leiden unter der zusätzlichen Belastung eines unsicheren Aufenthaltstitels und der ständigen Sorge vor einer Abschiebung (*Böttche, Heeke & Knaevelsrud, 2016*[1]; Lambert & Alhassoon, 2015).

Die Vielzahl von Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren resultiert in einer starken psychischen Belastung von Geflüchteten. Epidemiologische Studien deuten auf hohe Prävalenzen psychischer Störungen in dieser besonders vulnerablen Gruppe hin, insbesondere von Traumafolgestörungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In der bisher umfangreichsten Metaanalyse bei Überlebenden von Folter und Vertreibung finden sich Prävalenzraten von je 31% für PTBS und für Depression (Steel et al., 2009). Bei einer aktuellen Untersuchung in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylsuchende wurden bei 64% der Untersuchten eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt, wobei PTBS mit 32% die häufigste Diagnose war (Richter, Lehfeld & Niklewski, 2015).

Eine adäquate psychotherapeutische Versorgung der Betroffenen erfordert veränderte kultursensible therapeutische Konzepte. Unsere bestehenden psychotherapeutischen Verfahren sind für westliche Zielgruppen entwickelt worden, die sich sprachlich und kulturell bezüglich ihrer Werte, Krankheitskonzepte, Gewohnheiten und spezifischen Belastungen bedeutsam von den verschiedenen ethnischen Gruppen von Geflüchteten unterscheiden (Kirmayer, 2006). Die kulturelle Anpassung psychotherapeutischer Verfahren ist daher ein wichtiger Schritt, um nicht nur die Therapieakzeptanz und -zufriedenheit (*Bernal & Sáez-Santiago, 2006*; Castro, Barrera & Steiker, 2010), sondern auch ihre Wirksamkeit zu steigern, wie eine Metaanalyse zu kulturell angepassten Depressionsbehandlungen bei ethnischen Minderheiten zeigte (Chowdhary et al., 2014). Eine der Herausforderungen bei der Anpassung bzw. Entwicklung kultursensibler Konzepte besteht darin, zum einen der kulturellen Vielfalt ethnischer Gruppen gerecht zu werden und zum anderen Konzepte zu erstellen, die über verschiedene ethnische Gruppen hinweg Anwendung finden können (Heim & Maercker, 2017). Kultursensible Konzepte werden dieser Aufgabe besser gerecht als kulturspezifische, die sich auf einen bestimmten kulturellen Kontext beziehen.

Eine weitere Herausforderung bei der Entwicklung von psychotherapeutischen Programmen für Geflüchtete stellt die Vielschichtigkeit der Belastungen dar sowie die Tatsache, dass in dieser Gruppe Komorbiditäten eher die Regel als die Ausnahme bilden. Während 47% der traumatisierten Geflüchteten, die sich in Schweizer Ambulanzen in Behandlung

1 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

befanden, sowohl die Kriterien einer Depression als auch einer PTBS erfüllten, standen diesen nur 34% mit einer reinen Depression und lediglich 2% mit einer PTBS gegenüber (Nickerson, Schick, Schnyder, Bryant & Morina, 2017). Aus diesem Grund scheinen transdiagnostische Verfahren vielversprechend. Diese zielen auf die Veränderung von Mechanismen ab, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen gleichzeitig beteiligt sind.

Einem solchen Ansatz folgen zum Beispiel Interventionen zur Förderung der Emotionsregulation. Emotionsregulation umfasst Strategien und Prozesse, die das Auftreten, die Intensität, die Dauer und den Ausdruck einer Emotion oder einer emotionalen Reaktion verändern (Überblick bei *Koole, 2009*). Sie werden mit einer Vielzahl psychischer Störungen in Verbindung gebracht (Barnow, 2012), so auch mit Traumafolgestörungen *(Seligowski, Lee, Bardeen & Orcutt, 2015).* Nach traumatischen Ereignissen sind Betroffene häufig mit heftigen emotionalen Reaktionen konfrontiert. Es ist wichtig, diese starken Emotionen adaptiv regulieren zu können. Das fällt allerdings aufgrund ihrer hohen Intensität besonders schwer, sodass ausgeprägte Fähigkeiten in der Emotionsregulation gefordert sind. Gemäß der integrativen Konzeptualisierung von *Gratz und Roemer (2004)* zeichnet sich eine adaptive Regulation durch den Einbezug von situativen, kulturellen und persönlichen Kontextinformationen aus. Die Autoren definieren als Kerndimensionen von Emotionsdysregulation

a) Nichtakzeptanz von emotionalen Reaktionen,

b) Schwierigkeiten, zielgerichtetes Verhalten in emotionalen Belastungssituationen zu zeigen,

c) Impulskontrollschwierigkeiten,

d) beschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien,

e) Mangel an emotionaler Bewusstheit und

f) Defizite, Gefühle zu erkennen und einzuordnen.

Diese Dimensionen spiegeln sich in der Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) wider, die auch in der vorliegenden Arbeit verwendet wurde.

Bisher war die Forschung bei Geflüchteten stark störungsspezifisch auf PTBS ausgerichtet. Dieser Fokus greift allerdings angesichts der oben aufgeführten hohen Komorbiditäten häufig zu kurz und wird der Komplexität der Alltagsprobleme und psychischen Belastungen von Geflüchteten nicht gerecht. In der jüngeren Literatur finden sich nun erste Hinweise auf die transdiagnostische Bedeutung von Emotionsregulation für verschiedene psychische Störungsbilder (PTBS, Depression, explosiver Ärger) bei Geflüchteten. Insbesondere die DERS-Dimensionen „Schwierigkeiten, zielgerichtetes Verhalten in emotionalen Belastungssituationen zu zeigen" und „Defizit, Gefühle zu erkennen und einzuordnen" konnten als (partielle) Mediatoren des Zusammenhangs zwischen Traumaanzahl bzw. Postmigrationsstressoren und psychischer Belastung identifiziert werden *(Nickerson et al., 2015).* Außerdem wurden verbesserte Emotionsregulationsfähigkeiten als wichtiger Mechanismus zur Reduktion von PTBS-Symptomen in der Behandlung kambodschanischer Geflüchteter identifiziert (Hinton, Hofmann, Pollack & Otto, 2009). Die Rolle von Emotionsdysregulation bei Geflüchteten wird weiterhin durch eine Studie unterstrichen, bei der eine Gruppe von afghanischen Geflüchteten von signifikant größeren Schwierigkeiten in der Emotionsregulation berichtete als eine Gruppe von traumatisierten Deutschen *(Koch, 2015).* Die Unterschiede zeigten sich insbesondere in Bezug auf die Dimensionen der Impulskontrolle und der Nichtakzeptanz von Gefühlen und blieben selbst bei Kontrolle der Schwere der PTBS bestehen. Die zwei Dimensionen „Defizite, Emotionen zu erkennen und einzuordnen" und „Zugang zu Emotionsregulationsstrategien" stellten sich bei den untersuchten Geflüchteten als signifikante Prädiktoren für die Schwere der PTBS heraus. Damit decken sich die Ergebnisse der afghanischen Geflüchteten mit denen einer Untersuchung von Geflüchteten aus unterschiedlichen Kulturkreisen *(Doolan, Bryant, Liddell & Nickerson, 2017).* Die Bedeutung von Problemen der Emotionsregulation für psychische Probleme bei Geflüchteten zeichnet sich ferner dadurch ab, dass die für ICD-11 vorgesehene Diagnose der Komplexen PTBS bei Geflüchteten häufig diagnostiziert werden kann (Nickerson et al., 2016). Neben den Symptomen der PTBS, der negativen Selbstwahrnehmung und Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen ist die Komplexe PTBS auch durch anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation gekennzeichnet. Eine phasenbasierte Behandlung mit einem Fokus auf Emotionsregulation vor einer Exposition wird hierfür empfohlen (Cloitre et al., 2012). Neben den genannten symptomspezifischen Aspekten stellt eine adaptive Emotionsregulation eine entscheidende Kompetenz in sozialen Situationen und Beziehungen dar und ist somit für den Arbeits- und Integrationserfolg von Geflüchteten wesentlich. Denn Menschen, die die Intensität, Dauer oder Häufigkeit ihrer emotionalen Reaktionen schlecht modulieren können, laufen Gefahr, dass sich ihre physiologische Übererregung negativ auf soziale Beziehungen auswirkt (Eisenberg & Fabes, 1992).

Zusammengefasst deuten die vorliegenden Befunde darauf hin, dass ein kultursensibles transdiagnostisches Behandlungskonzept mit einem Fokus auf der Förderung von Emotionsregulationsfähigkeiten für das Kollektiv von Geflüchteten mit psychischen Problemen vielversprechend ist. In diesem Artikel wird ein Beispiel dafür vorgestellt, wie ein solches Behandlungskonzept aussehen kann, und es werden sowohl die Entwicklung des Programms als auch Ergebnisse einer Pilotstudie beschrieben.

Das Gruppentherapieprogramm STARK

Das Gruppenkonzept „Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK" wurde von einigen erfahrenen Psychotherapeutinnen[2] von Refugio München,

2 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.

einem Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer, sowie Forscherinnen der Ludwig-Maximilians-Universität München entwickelt. Grundlage des STARK-Konzepts bilden bestehende Therapiemanuale, aktuelle Forschungsergebnisse und das Konzept der Kultursensibilität.

Entwicklung des Manuals

STARK orientiert sich an **bestehenden evidenzbasierten Therapiemanualen**, die zumindest für westliche Klientinnen in ausreichender Anzahl verfügbar sind. Das Manual basiert auf den zwei gut erforschten und breit angewendeten Verfahren zur Emotionsregulation: dem STAIR-Programm *(Cloitre, Cohen & Koenen, 2014)* und dem DBT-Programm *(Bohus & Wolf-Arehult, 2013).* Auch Elemente aus Therapiemanualen, die spezifisch für die Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen entwickelt sind, wurden für STARK adaptiert, insbesondere aus dem CA-CBT-Programm *(Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow & Otto, 2012),* dem Manual zur Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen *(Liedl, Schäfer & Knaevelsrud, 2013)* sowie dem Manual zur Behandlung traumatisierter Schmerzpatienten *(Liedl, Knaevelsrud & Müller, 2013).*

Das Gruppenkonzept baut ferner auf der **aktuellen Forschung** zur Rolle von Emotionsregulation für die Psychopathologie von Geflüchteten auf. Die zwei Dimensionen „Defizite, Emotionen zu erkennen und einzuordnen" und „Beschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien" stellten sich sowohl in einer Stichprobe von traumatisierten afghanischen Geflüchteten, die sich alle in Behandlung bei Refugio München befanden, als auch in einer kulturell diverseren nicht klinischen Stichprobe von Geflüchteten als signifikante Prädiktoren für die Schwere der PTBS heraus *(Doolan et al., 2017; Koch, 2015).* Die ersten beiden Module des Manuals widmen sich deshalb explizit der Arbeit an diesen besonders wichtig erscheinenden Dimensionen. Der Erkenntnis, dass eine Gruppe von Afghaninnen größere Schwierigkeiten in der Impulskontrolle und Akzeptanz von Gefühlen zeigte als eine Vergleichsgruppe von traumatisierten Deutschen, wird im Manual ebenfalls Rechnung getragen. Viele Alltags- und Videobeispiele widmen sich spezifisch dem Umgang mit impulsiven Reaktionen und ein Ampelmodell zieht sich als Metapher für ein emotionales Warnsystem durch die gesamten Sitzungen. Zur Stärkung der Akzeptanz von Gefühlen wird wiederholt die Bedeutung von verschiedenen Gefühlen thematisiert.

Das Therapiemanual zeichnet sich insbesondere durch seine **Kultursensibilität** aus und hebt sich diesbezüglich von bereits bestehenden Manualen ab. Bei Emotionen und damit auch bei Emotionsregulation handelt es sich nicht um rein intrapsychische Prozesse. Vielmehr sind diese kulturell geprägt und von dem jeweiligen Lebenskontext beeinflusst (Mesquita, De Leersnyder & Albert, 2013). Hinzu kommt, dass Migrantinnen andere subjektive Krankheitsmodelle und Vorstellungen über (Psycho)Therapie mitbringen (Kirmayer, 2006), die einen direkten Einfluss auf die emotionale Reaktion einer Person, ihre Krankheit, ihr Coping-Verhalten sowie auf die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeutin und Patientin haben (Petrie & Pennebaker, 2004). Kultursensibilität ist demnach bei der psychotherapeutischen Arbeit an Emotionen von besonderer Bedeutung. Grundmaxime der kultursensiblen Arbeit bei STARK ist stets die Haltung der anteilnehmenden Neugier, mit der Verhaltensweisen beobachtet und zugrundeliegende Motive und Wertvorstellungen als kulturell geprägt gegenseitig exploriert und erklärt werden *(Liedl & Abdallah-Steinkopff, 2016).* Den Teilnehmerinnen wird mit einer offenen Haltung des Nichtwissens begegnet. Anstatt lediglich fertige, westlich orientierte Lösungsansätze anzubieten, wird der Austausch über den Umgang mit intensiven Gefühlen in den Heimatländern und im Exil in den Vordergrund gestellt. Das Manual wurde anhand der Leitlinien von *Bernal und Sáez-Santiago (2006)* für die Entwicklung bzw. Anpassung kultursensibler Interventionen entwickelt. Demnach sollten die folgenden Elemente bei der kulturellen Adaption von Behandlungsansätzen berücksichtigt werden, die im Folgenden weiter ausgeführt werden:

a) Sprache,

b) Person,

c) Metaphern,

d) Inhalt,

e) Konzept,

f) Ziele,

g) Methoden und

h) Kontext.

Bei der Arbeit mit Geflüchteten spielt es eine große Rolle, eine „gemeinsame **Sprache**" zu finden. Damit ist weniger die Aneignung von Fremdsprachenkenntnissen gemeint, als die Anpassung der eigenen Sprache an die Bedürfnisse der Zielgruppe. Die Beispielinstruktionen im Manual sind deshalb an das Konzept der leichten Sprache angepasst, welches auf gute Verständlichkeit abzielt (Maaß, 2015). Ferner empfehlen die Autorinnen die Einbindung von geschulten Sprach- und Kulturmittlerinnen.

Die Dimension der **Person** bezieht sich auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, über die in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Auffassung besteht. Ein ausführliches Vorgespräch mit allen Teilnehmerinnen ist deshalb von großer Relevanz. Hier sollte nicht nur eine genaue Abklärung der Erwartungen und Befürchtungen in Bezug auf die Psychotherapie erfolgen, sondern auch das Gruppenkonzept und die Rolle der Psychotherapeutin erläutert werden. Zur Stärkung der Eigenverantwortung wird die Psychotherapie mit dem Deutschlernen verglichen: Genau wie beim Deutschlernen hängt der Erfolg einer Psychotherapie nicht alleine von der Lehrerin oder Psychotherapeutin ab, sondern auch von der Initiative der Schülerin oder Patientin.

Das Erstgespräch ist ferner wichtig, um abzuklären, ob das vorrangige **Ziel** der STARK-Gruppe, in schwierigen Situationen die eigenen Emotionen regulieren zu können, für die Patientin relevant erscheint.

Einen zentralen Stellenwert bei STARK nimmt der Einsatz von **Metaphern** und kulturspezifischen Ausdrücken ein, durch den die Akzeptanz des Manuals gesteigert werden kann. Bei der Einführung in das Konzept der Trigger wird beispielsweise ein persisches Sprichwort – „Wenn du einmal von einer Schlange gebissen wurdest, fürchtest du jedes Seil" – besprochen. Als Ideen für Strategien im Umgang mit Ärger werden religiöse Verse etwa aus dem Koran und der Bibel eingesetzt und diskutiert (z. B. „Stark ist nicht derjenige, der andere (im Kampf) besiegt, sondern stark ist derjenige, der sich beherrscht, wenn er wütend wird."). Eine Ampel, als kulturneutrales Symbol, dient als Warnsystem, das den Teilnehmerinnen den eigenen Anspannungslevel anzeigen soll.

Die Dimension des **Inhalts** bezieht sich auf den Einbezug von kulturellem Wissen über Werte, Gewohnheiten und Traditionen der Zielgruppe. Dies ist insbesondere beim Umgang mit Ärger und Provokationen wichtig, denn in den Herkunftsländern vieler Geflüchteter ist die Verteidigung der eigenen Ehre von großer Bedeutung. Bei der psychotherapeutischen Arbeit sollte folglich besonders viel Wert darauf gelegt werden, Verhalten nicht zu schnell als Impulskontrollstörung zu pathologisieren. Vielmehr sollte in der Gruppe reflektiert werden, welche Reaktionen auf Provokationen es gibt, mit denen die eigene Ehre verteidigt und trotzdem in einer Form reagiert werden kann, die in Deutschland akzeptiert ist.

Die Ebene des **Konzepts** zielt auf das in der Psychotherapie verwendete Störungskonzept und Therapiemodell ab. Die Art und Weise, wie Emotionsregulationsschwierigkeiten konzeptualisiert und kommuniziert werden, ist von besonderer Relevanz, um Stigmatisierung und Scham entgegenzuwirken und eine gute therapeutische Zusammenarbeit zu fördern. STARK bedient sich hier einer weiteren Metapher; die einer Reiterin. Die Patientinnen sollen lernen, ihr Pferd, das heißt ihre Emotionen zu kontrollieren, um nicht aus dem Sattel geworfen, das heißt nicht von den eigenen Emotionen überwältigt zu werden. Dafür ist es vorab wichtig, das eigene Pferd genau zu kennen, um daraufhin die richtige Reittechnik, in dem Fall also Emotionsregulationstechnik anwenden zu können.

Die angepassten **Methoden** von STARK sind im Alltag leicht anwendbar. Es hat sich als hilfreich herausgestellt, in den Sitzungen viele Übungen durchzuführen, deren Wirkung sofort erlebbar ist. Herausfordernd bleibt die Übertragung des Gelernten in den Alltag. Diese soll durch das stetige Befüllen einer realen Schatztruhe mit Emotionsregulationsstrategien sowie durch eine Smartphone-App unterstützt werden. Mithilfe der App können sowohl Entspannungsübungen anhand von Audioanleitungen durchgeführt als auch ein elektronisches Gefühlstagebuch ausgefüllt werden.

Schließlich sollte laut der Leitlinien von *Bernal und Sáez-Santiago (2006)* der **Kontext** der Behandlung, das heißt die sozialen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen der Zielgruppe bei der Anpassung von Psychotherapieverfahren Beachtung finden. Wie oben beschrieben, sind die Rahmenbedingungen von zahlreichen Unsicherheiten geprägt. Es bietet sich deshalb an, das Gruppenkonzept in eine breitere psychosoziale Behandlung einzubetten, wie das beispielsweise bei Refugio München der Fall ist. Dort arbeiten Sozialarbeiterinnen zusammen mit Psychotherapeutinnen und Ärztinnen und bilden somit ein Netzwerk aus verschiedenen Professionen, um der Komplexität der Belastungen von Asylsuchenden gerecht zu werden. Auch Jugendhilfeeinrichtungen oder Schulen sind geeignete Kontexte für das Gruppenkonzept. Falls möglich können pädagogische Fachkräfte in den Unterkünften durch Schulungen miteinbezogen werden, um die Übertragung des Gelernten in den Alltag zu unterstützen. Schließlich gilt es, auch die Phase der Migration als Kontext für die Behandlung zu beachten. Für Geflüchtete, die erst seit Kurzem in Deutschland leben oder einen unsicheren Aufenthaltsstatus besitzen, steht häufig zunächst die Bewältigung der alltäglichen Belastungen stärker als die der vergangenen traumatischen Erfahrungen im Vordergrund (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). In dieser frühen und unsicheren Phase der Migration stellt STARK durch die Vermittlung von hilfreichen Skills für den Alltag einen passenden Behandlungsansatz dar.

Aufbau und Inhalte des Manuals

Bei STARK handelt es sich um ein wöchentliches, geschlossenes Gruppenprogramm, an dem sechs bis acht Geflüchtete des gleichen Geschlechts teilnehmen können. Bei Bedarf übersetzt eine geschulte Sprach- und Kulturmittlerin. Das Manual umfasst in der endgültigen Version 15 Sitzungen à 90 Minuten, wobei in der vorliegenden Studie vorerst zwölf Sitzungen pilotiert wurden. STARK verfolgt einen kognitiv-behavioralen Behandlungsansatz und ist gut in der Gruppe durchführbar. Ziel ist es, durch die Vermittlung transdiagnostischer Skills eine breite Wirkung auf verschiedenen Symptom- und Funktionsbereichen zu erzielen.

Einen Überblick über die Sitzungen gibt Tabelle 1, S. 320.

STARK ist in vier Module gegliedert, die im Folgenden kurz vorstellt werden:

- **Modul I – Training der emotionalen Wahrnehmung:** Zu Beginn der Psychotherapie wird dem Aufbau eines vertrauensvollen Gruppensettings (Gruppenregeln, Gruppenspiel etc.) und der Erklärung des Therapiekonzepts viel Zeit gewidmet. Hierfür wird die Metapher des „Reiten-Lernens" (s. o.) eingeführt. Anschließend steht das Training der emotionalen Wahrnehmung als Voraussetzung für den flexiblen und funktionalen Einsatz von Emotionsregulationsstrategien im Vordergrund. Anhand von Emotionsbildern wird vorerst über die Vielfalt und Bedeutung von Gefühlen anderer ge-

Module	Sitzungen
I. Training der emotionalen Wahrnehmung	1. Kennenlernen und Einführung in die Gruppentherapie
	2. Emotionen kennenlernen
	3. Emotionen verstehen
	4. Emotionales Warnsystem: Ampelmodell
	5. Persönliche Warnsignale*
II. Training spezifischer Emotionsregulationsstrategien	6. Körperreaktionen
	7. Gedanken
	8. Trigger
	9. Handlung
III. Umgang mit spezifischen Emotionen	10. Ärger/Aggression
	11. Traurigkeit*
	12. Angst
	13. Positive Emotionen
IV. Abschluss und Wiederholung	14. Abschlussfest
	15. Booster-Sitzung nach drei Monaten (optional)

Tabelle 1: Überblick über die Module und Sitzungen des Programms „Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK".

**Sitzungen, die nach den klinischen Erfahrungen aus der Pilotphase zusätzlich integriert wurden.*

sprochen, bevor das Gruppengespräch auf die eigenen Gefühle gelenkt wird. Ein elektronisches Gefühlstagebuch auf dem Smartphone unterstützt das Training der emotionalen Wahrnehmung im Alltag. An einem Alltagsbeispiel einer Teilnehmerin wird der Teufelskreis von Körperreaktionen, Gedanken und Gefühlen erarbeitet. Das Modul schließt mit der Einführung einer Ampel als emotionales Warnsystem ab. Die Teilnehmerinnen sollen ihre persönlichen Warnsignale für eine gelbe oder rote Ampel kennenlernen, um frühzeitig und angemessen reagieren zu können.

- **Modul II – Training spezifischer Emotionsregulationsstrategien:** Im zweiten Modul werden spezifische Emotionsregulationsstrategien eingeübt und trainiert. Grundlage dafür ist der im ersten Modul eingeführte Teufelskreis von Körperreaktionen, Gedanken und Gefühlen. Erlernt werden Techniken, mithilfe derer der sich aufschaukelnde Teufelskreis unterbrochen werden kann. In jeweils einer Sitzung liegt der Fokus auf Körperreaktionen, Gedanken, Trigger und der Reaktion auf emotional belastende Situationen. Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bezüglich körperlicher Prozesse dient in der Sitzung zu Körperreaktionen der Einsatz eines Biofeedbackgerätes. Außerdem wird die Rolle von Sport als Möglichkeit, den eigenen Anspannungslevel zu reduzieren, hervorgehoben. Die Gruppe erarbeitet Strategien zum Umgang mit Grübelprozessen, wie zum Beispiel eine Aufmerksamkeitsverlagerung. Schlussendlich wird ein Austausch zu Erfahrungen mit selbstschädigendem Verhalten, wie etwa Alkohol- oder Drogenmissbrauch und Selbstverletzung, angeleitet und es werden Alternativen diskutiert.
- **Modul III – Umgang mit spezifischen Emotionen:** In dem Modul werden spezifische, für die Zielgruppe relevante Emotionen (Ärger, Traurigkeit, Angst, positive Emotionen) besprochen, die gelernten Strategien wiederholt und neue entwickelt. Beim Thema Ärger steht der Umgang mit Provokationen im Vordergrund. In der Sitzung zu Traurigkeit wird mithilfe eines Filmausschnitts Traurigkeit ausgelöst und anschließend gemeinsam in der Gruppe das Gefühl, dessen Bedeutung und der Umgang damit besprochen. Ein gemeinsames Trauerritual schließt die Sitzung ab. Beim Thema Angst wird die Differenzierung zwischen gesunder und ungesunder Angst erläutert. Durch eine Imaginationsübung wird ein möglicher Ausweg aus dem Angstkreislauf erfahren. In der Sitzung zu positiven Emotionen sollen die Teilnehmerinnen eine Liste angenehmer Aktivitäten erstellen und eine dieser Aktivitäten sofort gemeinsam ausführen, um deren Wirkung direkt in der Gruppe zu erleben.
- **Modul IV – Abschluss und Wiederholung:** In der letzten Sitzung steht das Betrachten der im Rahmen der Psychotherapie mit Skills befüllten Schatztruhe im Vordergrund. Das Gelernte wird konsolidiert und Fragen werden geklärt. Die Gruppe schließt mit einer gemeinsamen Feier mit mitgebrachten Speisen und Getränken und Musik ab. In einer fakultativen „Booster-Sitzung" nach drei Monaten können entstandene Fragen und Probleme aufgegriffen und gelernte Strategien wiederholt werden.

Pilotstudie zur Akzeptanz und Wirksamkeit des Manuals

Stichprobe

Im Rahmen einer Pilotstudie nahmen sieben afghanische junge Männer (Alter: 15 bis 18 Jahre, M = 16.14, SD = 1.07), die laut Eigen- wie auch Fremdaussage im Alltag Schwierigkeiten in der Emotionsregulation aufwiesen, an einer STARK-Gruppe teil. Sie alle hatten sich zu einer Psychotherapie bei Refugio München angemeldet und nahmen parallel keine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch. Bis auf einen der Teilnehmer waren alle unbegleitet in Deutschland und lebten in Jugendhilfeeinrichtungen. Ein Jugendlicher wohnte mit seiner Familie in einer Gemeinschaftsunterkunft. Seit durchschnittlich 14.60 Monaten (SD = 2.82) befanden die Teilnehmer sich in Deutschland. Im Verlauf der Gruppentherapie hatten sechs von ihnen ihre Asylanhörung. Zwei der Jugendlichen erhielten in dem Zeitraum einen sicheren Aufenthaltstitel, während die restlichen fünf auf eine Entscheidung über ihren Asylantrag

warteten. Sie berichteten von durchschnittlich zehn traumatischen Ereignissen (*SD* = 5.47) und wiesen eine hohe psychische Belastung auf: Vier der Teilnehmer erfüllten laut Fragebogendiagnostik die Kriterien einer Depression, Angststörung und PTBS, zwei die einer Depression und Angststörung, einer die einer Depression. Zwei Personen waren lediglich subklinisch belastet.

Durchführung und Messinstrumente

Die Pilotstudie fand im Zeitraum von Dezember 2016 bis April 2017 bei Refugio München statt. Die Erhebungen direkt vor und nach der Gruppentherapie wurden von einer geschulten Diagnostikerin (Psychologiestudentin) durchgeführt, die die übersetzten Fragebögen im Interview mithilfe eines Sprachmittlers abnahm. Die beiden Autorinnen des Manuals leiteten die STARK-Gruppe therapeutisch und wurden von einem Sprachmittler unterstützt.

Alle Fragebögen lagen in Dari, der Sprache der Teilnehmer, vor und wurden schon häufig mit Geflüchteten eingesetzt. Das Hauptoutcome bildete die DERS *(Gratz & Roemer, 2004),* die Schwierigkeiten der Emotionsregulation anhand der oben beschriebenen sechs Kerndimensionen abbildet. Es wurde der Empfehlung eines revidierten Fünf-Faktoren-Modells der DERS nachgegangen, das um die Awareness-Skala bereinigt ist (Bardeen, Fergus & Orcutt, 2012). Ein weiteres Messinstrument stellt die Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25; Mollica, Wyshak, Demarneffe, Khuon & Lavelle, 1987) dar, bei der es sich um ein in der Flüchtlingsforschung sehr etabliertes klinisches Selbstbeurteilungsinstrument handelt, das mittels zweier Unterskalen Angst- (zehn Items) und Depressionssymptome (15 Items) misst. Anhand der PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015) wurde die PTBS-Symptomatik erhoben. Die Therapiezufriedenheit wurde einmalig nach der Psychotherapie mit der Treatment Experience Scale – Patient (TESP; Cloitre, 2014) erfasst.

Bei Pilotstudien mit geringer Stichprobengröße und damit einhergehend reduzierter Power wird von Signifikanztests als statistische Analysemethode abgeraten (Lancaster, Dodd & Williamson, 2004). Die Analysen stützen sich aus diesem Grund auf deskriptive Werte, die Berechnung von Effektstärken nach Cohen (1988) auf Gruppenebene sowie auf das Konzept reliabler Veränderungen gemessen mit dem Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991) auf individueller Ebene.

Ergebnisse

Die Patienten nahmen an durchschnittlich 75% (range: 58-100%) der Sitzungen teil, wobei keiner die Psychotherapie abbrach. Gründe für die Abwesenheit einzelner waren meist Krankheit und kollidierende schulische und asylrechtliche Termine. Die Therapiezufriedenheit lag bei *M* = 3.14 (*SD* = 0.75), gemessen auf einer Skala von 0 bis 4. Tabelle 2 zeigt die deskriptiven Werte im Prä-Post-Vergleich. Wie in der Abbildung illustriert, berichteten die Teilnehmer nach der Psychotherapie von etwas

	T1 *M (SD)*	T2 *M (SD)*
DERS Gesamtwert	81.14 (37.51)	71.43 (29.44)
Nonacceptance	14.43 (8.18)	13.29 (6.24)
Goals	14.86 (7.06)	15.14 (3.85)
Impulse	15.14 (8.41)	13.57 (6.70)
Strategies	23.00 (11.03)	18.43 (9.41)
Clarity	13.71 (6.55)	11.00 (4.51)
HSCL-25 Gesamtwert	2.38 (0.61)	2.13 (0.60)
Depression	2.55 (0.76)	2.25 (0.66)
Angst	2.13 (0.60)	1.96 (0.56)
PCL-5 Gesamtwert	34.71 (19.87)	33.71 (16.05)
TESP		3.14 (0.75)

Tabelle 2: Deskriptive Daten (N = 7) der Veränderungen der Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und Psychopathologie vor (T1) und nach der Gruppentherapie (T2)

Anmerkungen: DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; Nonacceptance = DERS-Subskala „Nichtakzeptanz von emotionalen Reaktionen"; Goals = DERS-Subskala „Schwierigkeiten, zielgerichtetes Verhalten in emotionalen Belastungssituationen zu zeigen"; Impulse = DERS-Subskala „Impulskontrollschwierigkeiten"; Strategies = DERS-Subskala „Beschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien"; Clarity = DERS-Subskala „Defizit, Gefühle zu erkennen und einzuordnen"; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist-25; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; TESP = Treatment Experience Scale – Patient.

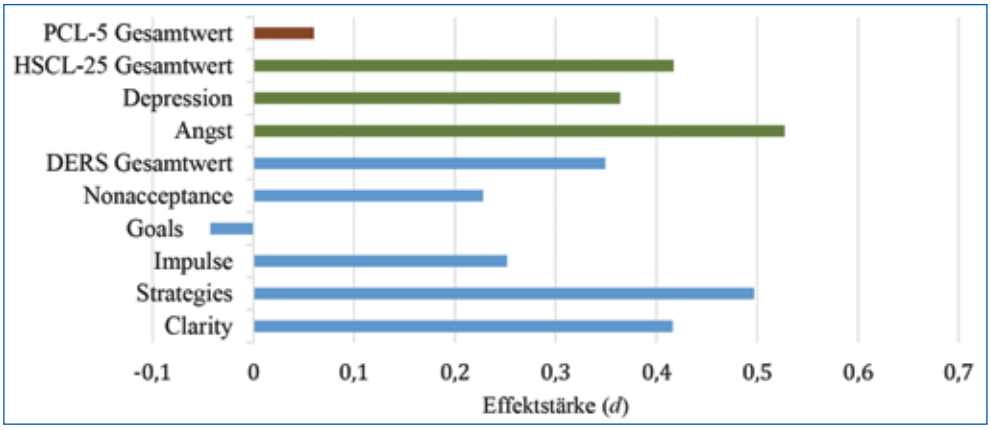


Abbildung: Effektstärken (in Cohen's d) des Prä-Post-Vergleichs (N = 7) in Bezug auf Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und Psychopathologie

weniger Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (d = 0.35). Es verbesserte sich insbesondere der Zugang zu Emotionsregulationsstrategien (d = 0.50) und die Fähigkeit, Gefühle zu erkennen und einzuordnen (d = 0.42). Gemessen mit dem RCI zeigte sich auf der individuellen Ebene bei drei Teilnehmern (43%) eine klinische reliable Verbesserung der Emotionsregulation und bei einem Teilnehmer (14%) eine Verschlechterung. Die allgemeine psychische Belastung nahm moderat ab (d = 0.42; Abbildung 2). Es konnte keine relevante Verbesserung der posttraumatischen Symptomatik festgestellt werden (d = 0.06).

Diskussion

Die ersten Pilotdaten in Bezug auf die gemessene Therapiezufriedenheit sprechen für eine hohe Akzeptanz des Manuals, was durch die Tatsache, dass es keine Dropouts gab, bestärkt wird. Es zeigte sich eine kleine bis mittlere Verbesserung der verschiedenen Dimensionen der Emotionsdysregulation, dem Hauptoutcome der Studie. Die zwei Schwerpunkte des Manuals – das Training der emotionalen Wahrnehmung (Modul I) wie auch das Training spezifischer Emotionsregulationsstrategien (Modul II) – schlugen sich erwartungsgemäß in den Daten nieder: Hier fanden sich anhand der Skalen „Zugang zu Emotionsregulationsstrategien" und „Defizite, Gefühle zu erkennen und einzuordnen" die stärksten Effekte. Keine relevante Veränderung konnte auf der Skala des „zielgerichteten Verhaltens in emotionalen Belastungssituationen" festgestellt werden. Der Befund lässt sich möglicherweise durch die erhöhte Konfrontation mit emotionalen Belastungssituationen erklären, die aufgrund der Asylanhörungen im Behandlungszeitraum auftraten. Dadurch wurde das Defizit im zielgerichteten Verhalten eventuell salienter. Das Ziel, durch die Vermittlung transdiagnostischer Skills eine breite Wirkung auf verschiedenen Symptombereichen zu erlangen, wurde mit kleinen bis mittleren Effekten in Bezug auf die Depressions- und Angstsymptome, allerdings nicht auf die PTBS-Symptomatik erreicht. Da das transdiagnostische Konzept in einzelnen Sitzungen spezifisch auf die Depressions- und Angstsymptomatik eingeht, nicht allerdings auf die charakteristische Symptomatik der PTBS, wie etwa den Umgang mit Intrusionen oder die Vermeidungssymptomatik, lässt sich das gut erklären.

Insgesamt sind die eher kleinen bis mittleren Effektstärken von STARK vergleichbar mit anderen transdiagnostischen Gruppenprogrammen für Geflüchtete, wie dem CA-CBT, bei Einschluss aller Teilnehmer (Kananian, Ayoughi, Farugie, Hinton & Stangier, 2017). Nach der aktuellen Befundlage scheint es, als wäre STARK vor allem bei der Indikation Angst, Depression und psychosozialen Problemen angezeigt. Bei der Primärdiagnose PTBS bzw. schweren Traumafolgestörungen scheint STARK als alleinige Behandlung nicht ausreichend und eine zusätzliche traumafokussierte Intervention indiziert. Die Autorinnen sehen die Stärken des Programms vor allem in seiner guten Akzeptanz und breiten Wirkung auf verschiedene Symptome und Funktionsbereiche. Dies drückt sich auch in den Rückmeldungen der Teilnehmer aus:

- *„Früher war ich nicht so gut drauf. Jetzt geht es mir besser als früher. Noch nicht wirklich gut, aber besser. Besonders das Reden war gut und ist mir wichtig. Ich kann jetzt traurige Gefühle und Wut besser kontrollieren."*
- *„Ich war immer wütend, auch teilweise aggressiv. Und ich habe nicht verstanden, warum das eigentlich so ist. Und ich habe immer den Gedanken gehabt, irgendwas stimmt nicht mit mir. Aber jetzt weiß ich, warum solche Dinge passieren und wie man das vermeiden kann."*

Die methodischen Schwächen der Studie, welche die Generalisierbarkeit der Befunde einschränken, sind bei der Interpretation der Daten zu beachten. Dabei ist insbesondere die kleine Stichprobe wie auch die fehlende Kontrollgruppe zu nennen. Es kann nicht gewährleistet werden, dass die klinischen Veränderungen allein auf die Behandlung zurückgeführt werden können. Wie bereits erwähnt, hatten sechs der sieben Teilnehmer im Verlauf der Psychotherapie ihre Anhörung im Asylverfahren. Zwei der Teilnehmer bekamen einen Aufenthaltstitel, während die restlichen fünf auf eine Antwort warteten und teilweise sehr verunsichert von der Anhörung waren. Die Literatur zeigt deutlich, dass aufenthaltsrechtliche Faktoren, wie die Asylanhörung und ein langer Asylprozess, starke psychische Auswirkungen haben *(Böttche et al., 2016;* Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & De Jong, 2004; Schock, Rosner & Knaevelsrud, 2015). Demnach sollten die ersten Pilotdaten vorsichtig interpretiert werden. Sie liefern erste vielversprechende Hinweise, erlauben aber noch keine wirklichen Schlussfolgerungen. Dem Ziel von Pilotstudien, die Durchführbarkeit und Akzeptanz neuer Therapiemethoden zu überprüfen (Lancaster et al., 2004), konnte die Untersuchung allerdings nachgehen. Damit legt sie die Basis für die weitere Überprüfung der Wirksamkeit in einer randomisierten kontrollierten Studie, welcher die Autorinnen aktuell nachgehen (Clinicaltrials.gov ID: NCT03162679).

Fazit für die Praxis

Das Gruppenkonzept STARK stellt ein strukturiertes Training von Emotionsregulationsfähigkeiten dar, das auf bestehenden Manualen aufbaut und speziell für traumatisierte Geflüchtete entwickelt wurde. Zentrales Element von STARK ist dessen hohe Kultursensibilität, durch das sich das Programm von anderen abhebt. Dank seines transdiagnostischen Ansatzes besteht ein breiter Anwendungs- und Indikationsbereich bei Traumatisierten mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Damit kann es ein wichtiger erster Schritt für eine eventuell folgende traumafokussierte oder depressionsspezifische Einzeltherapie im Rahmen einer phasenbasierten Behandlung sein. Möglich wäre auch ein Einsatz als Zusatzangebot zu Einzeltherapien oder ein präventiver Einsatz in Schulen oder Jugendhilfeeinrichtungen. Das Manual enthält viele Beispielinstruktionen, Materialien sowie konkrete Verhaltensregeln im Umgang mit schwierigen Situationen in der Gruppe. Auf diese Weise ist eine gute Durchführbarkeit auch für in diesem Bereich wenig erfahrene Psychotherapeutinnen oder speziell geschulte Sozialarbeiterinnen gewährleistet.

Erste klinische Erfahrungen weisen darauf hin, dass die Identifikation von Warnsignalen sowie die Emotion Traurigkeit eines stärkeren Fokusses bedürfen. Außerdem kann die Nachhaltigkeit des Programms durch eine „Booster-Sitzung" nach drei Monaten gesteigert werden. Aus den Erfahrungen der Pilotgruppe wurden daher drei zusätzliche Sitzungen integriert. Des Weiteren wird das Programm momentan mit Patientinnen anderen Geschlechts, Alters und differenten ethnischen Zugehörigkeiten getestet und dementsprechend erweitert. In naher Zukunft soll das Manual veröffentlicht werden *(Koch & Liedl, in Vorbereitung).*

Das STARK-Programm ist ein vielversprechendes Beispiel, wie den aktuellen Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten durch ein niederschwelliges Gruppenkonzept begegnet werden kann. Die vorliegende Arbeit gibt erste Hinweise darauf, dass es ein wirksamer Ansatz sein könnte.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bernal, G. & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. Journal of Community Psychology, 34 (2), 121-132.

Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Böttche, M., Heeke, C. & Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 59 (5), 621-626.

Cloitre, M., Cohen, L. & Koenen, K. (2014). Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit: ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen. Göttingen: Hogrefe.

Doolan, E. L., Bryant, R. A., Liddell, B. J. & Nickerson, A. (2017). The conceptualization of emotion regulation difficulties, and its association with posttraumatic stress symptoms in traumatized refugees. Journal of Anxiety Disorders, 50, 7-14.

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26 (1), 41-54.

Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H. & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). Transcultural Psychiatry, 49 (2), 340-365.

Koch, T. (2015). Emotionsregulation: Ein Vergleich zwischen traumatisierten geflüchteten Afghan_innen und traumatisierten Deutschen. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Heidelberg.

Koch, T. & Liedl, A. (in Vorbereitung). Skills-Training der Affektregulation – Ein kultursensibler Ansatz: STARK. Stuttgart: Schattauer. Voraussichtliches Erscheinungsdatum: 2018.

Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. Cognition and Emotion, 23 (1), 4-41.

Liedl, A. & Abdallah-Steinkopff, B. (2016). Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen. In A. Liedl, M. Böttche, B. Abdallah-Steinkopff & C. Knaevelsrud (Hrsg.), Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse (S. 71-89). Stuttgart: Schattauer.

Liedl, A., Knaevelsrud, C. & Müller, J. (2013). Trauma und Schmerz: Manual zur Behandlung traumatisierter Schmerzpatienten. Stuttgart: Schattauer.

Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2013). Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen: Manual für Einzel- und Gruppensetting. Stuttgart: Schattauer.

Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J. & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. Journal of Affective Disorders, 173, 185-192.

Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R. & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy, 44 (2), 87-102.

Theresa Koch

Korrespondenzadresse:
theresa.koch@psy.lmu.de

Theresa Koch (M. Sc. und systemische Therapeutin, i. A.) promoviert in einer Forschungskooperation zwischen dem Fachbereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der LMU München und Refugio München. Schwerpunkt ihrer Forschung stellt der Bereich der Emotionsregulation bei traumatisierten Geflüchteten dar.

Prof. Dr. Thomas Ehring

Prof. Dr. Thomas Ehring ist Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der LMU München, Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz und wissenschaftlicher Leiter des universitären Ausbildungsinstituts für Psychotherapie (MUNIP). Sein Forschungsschwerpunkt ist die Ätiologie und Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen.

Dr. Alexandra Liedl

Dr. Alexandra Liedl ist Psychologische Psychotherapeutin bei Refugio München und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie an der LMU München. Ihre Forschungsschwerpunkte sind der Bereich Interkulturelle Psychotherapie und Folgen von gezwungener Migration.

Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie

Claas-Hinrich Lammers

„You will get further with a patient with a good therapeutic relationship and lousy techniques, than you will with good techniques and a lousy relationship."
(Victor Meyer,[1] zitiert in AuBuchon & Malatesta, 1998)

Zusammenfassung: Die therapeutische Beziehungsgestaltung hat seit den Anfängen der Verhaltenstherapie in der Praxis große Beachtung gefunden. Dennoch haben entsprechende theoretische Konzepte zur damaligen Zeit weitgehend gefehlt. Im Verlauf wurde diese theoretische Lücke aber nach und nach geschlossen und in den letzten Dekaden durch Konzepte zur spezifischen Beziehungsgestaltung mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen[2] im Rahmen der Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie erweitert. In diesem Übersichtsartikel soll eine Systematik der Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie vorgestellt werden, welche Patientinnen mit unterschiedlichen motivationalen und interaktionellen Problemen Rechnung trägt.

Einleitung

Die Verhaltenstherapie hatte in ihren Anfängen den Ruf, sich nicht für die therapeutische Beziehung zu interessieren, sondern sich alleinig auf die Vermittlung von Techniken zu konzentrieren. Zu diesem zweifelhaften Ruf trugen prominente Protagonisten der Verhaltenstherapie selbst bei. So kritisierte beispielsweise Albert Ellis die Betonung von Empathie und Validierung, da diese Beziehungsaspekte seiner Auffassung nach für einen Therapieerfolg ohne Bedeutung seien. Außerdem würde hierdurch angeblich die Passivität und Abhängigkeit der Patientin von der Psychotherapeutin gesteigert und dadurch ihre Angst vor einer Veränderung intensiviert werden. Ellis favorisierte demgegenüber eine eher direktive, anleitende Haltung der Psychotherapeutin, um die Patientin zur Durchführung von psychotherapeutischen Techniken anzuhalten. Später korrigierte er allerdings diese Auffassung (Ellis & Hoellen, 1997). Noch extremer war die damalige Auffassung von Verhaltenstherapeutinnen als *soziale Verstärkungsmaschine* für die Anwendung von Techniken durch die Patientin (Krasner, 1962) bzw. die Skinnersche Auffassung einer *Verhaltensingenieurin* (Zimbardo, 1983).

Ein wesentlicher Grund für diese Fokussierung auf therapeutische Techniken ist in den Anfängen der Verhaltenstherapie zu suchen, welche sich insbesondere von der Psychoanalyse abzugrenzen versuchte. Sie propagierte ein medizinisch-wissenschaftliches Modell der Psychotherapie, das Lernprozesse durch entsprechende psychotherapeutischen Techniken in den Vordergrund stellte. Während die therapeutische Beziehung demnach als unspezifischer Wirkfaktor galt, wurden die Techniken als spezifischer Wirkfaktor betrachtet, welche den Ansprüchen an eine empirische Überprüfung Genüge taten. Dass psychische Erkrankungen durch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung erfolgreich behandelt werden können, wie es die Gesprächstherapie und Psychoanalyse auf unterschiedliche Art und Weise postulieren, wurde von führenden Verhaltenstherapeutinnen auch als unrealistisch angesehen (Bandura, 1969). Diese Ablehnung beruhte u. a. auf der Hypothese, dass psychische Erkrankungen weniger durch frühe Beziehungserfahrungen als durch später einsetzende Lernprozesse verursacht werden (eine Auffassung, die später dahingehend korrigiert wurde, dass sowohl frühe Beziehungserfahrungen als auch später einsetzende Lernprozesse als ursächlich anerkannt wurden). Deshalb, so die Hypothese, könnten vergangene und gegenwärtige Beziehungserfahrungen keine wichtige Rolle für das Krankheitskonzept der Verhaltenstherapie spielen. Als Konsequenz dieser damaligen Auffassung fanden sich in verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern der damaligen Zeit kaum Einträge zur therapeutischen Beziehungsgestaltung.

Verhaltenstherapeutinnen hatten deshalb in der Öffentlichkeit anfänglich den Ruf, eher rational, distanziert, nüchtern

1 Victor Meyer entwickelte die Exposition mit Reaktionsverhinderung bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Zwangsstörung.
2 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.

und wenig beziehungsorientiert zu sein. Dieser zweifelhafte Ruf war jedoch bereits damals nachweislich falsch. So erachtete Aaron Beck frühzeitig die zentralen Charakteristika der Beziehungsgestaltung aus der Gesprächstherapie (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz) für notwendig, wenn auch nicht hinreichend für den Erfolg einer Verhaltenstherapie (Beck & Rush, 1980). Und den praktisch tätigen Psychotherapeutinnen war die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg sehr wohl bewusst, was auch entsprechendes Interesse und Umsetzung in ihrer Praxis fand. In empirischen Untersuchungen konnte frühzeitig gezeigt werden, dass Verhaltenstherapeutinnen sogar mehr als psychoanalytische und gleichermaßen wie ihre gesprächstherapeutischen Kolleginnen warmherzig und empathisch waren und einen guten Kontakt zu ihren Patientinnen herstellen können (Sloane et al., 1975; Luborsky et al., 1982).

Bereits 1984 fasste Judith Cohen die grundsätzliche Haltung der Verhaltenstherapie zur therapeutischen Beziehung wie folgt zusammen (zitiert aus Zimmer und Zimmer, 1992): „Heute gibt es wohl kaum noch einen prominenten Verhaltenstherapeuten, der daran glaubt, man könnte psychotherapeutische Verfahren weiterentwickeln, deren Wirksamkeit unabhängig wäre von der Beziehung des Patienten zu seinem Therapeuten bzw. der therapeutischen Institution. Die eminente Bedeutung der Interaktion zwischen Patient und Therapeut für den Verlauf jeglicher Behandlung ist unumstritten, die Frage einer optimalen Gestaltung dieser Beziehung ist Thema einer jeden Diskussion über praktische Fragen."

Diese Auffassung wurde auch empirisch von der Metaanalyse von Grawe und Kolleginnen im Jahr 1994 bestätigt (S. 775): „Wenn man alle je untersuchten Zusammenhänge zwischen Aspekten des Therapiegeschehens und dem Therapieergebnis zusammennimmt, sind Aspekte des Beziehungsgeschehens in Psychotherapien diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert sind."

In den letzten Dekaden hat die zunehmende Beschäftigung der Verhaltenstherapie mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen das Interesse an weiterführenden Konzepten der Beziehungsgestaltung intensiviert (insbesondere durch die Verfahren der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie; siehe weiter unten).

Therapeutische Beziehung und Techniken

Studien haben sowohl den Einfluss von Techniken als auch der Beziehungsgestaltung auf das Ergebnis der Verhaltenstherapie nachgewiesen (Rector et al., 1999; Keijsers et al., 2000; *Goldfried & Davila, 2005*[3]). Beide Aspekte haben demnach gleichermaßen Bedeutung für den Therapieerfolg und keiner von beiden sollte zugunsten des anderen vernachlässigt werden.

Vonseiten der Verhaltenstherapie hat Dieter Zimmer (1983) frühzeitig die Unterscheidung von Techniken einerseits und Beziehungsgestaltung andererseits kritisiert, da diese begriffliche Unterscheidung in vielen Fällen willkürlich, zweideutig und damit wenig hilfreich ist. Das eine kann ohne das andere weder verstanden noch durchgeführt werden. Zwischen der therapeutischen Beziehungsgestaltung und den verhaltenstherapeutischen Techniken besteht offenbar ein bidirektionaler Zusammenhang (Falkenström et al., 2013). Zum einen sind Psychotherapeutinnen, die eine gute Beziehung zu ihren Patientinnen haben, erfolgreicher bei der Durchführung von Techniken (*Goldfried & Davila, 2005*). Zum anderen trägt eine gut durchgeführte und erfolgreiche Technik zu einer guten therapeutischen Beziehung bei (DeRubeis et al., 2005).

Diese Notwendigkeit einer gleichzeitigen Beachtung von Techniken und der Beziehungsgestaltung wird durch das duale Therapiemodell von *Schulte & Eifert (2002)* abgebildet. Demzufolge verfolgt die Psychotherapeutin immer einen Methodenstrang (Auswahl und Durchführung von spezifischen Interventionen und Techniken) und einen Motivationsstrang (Prüfung der Motivation, Interventionen bei motivationalen Problemen, Gestaltung der therapeutischen Beziehung). Vor dem Hintergrund basaler Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung (siehe Abschnitt „Psychotherapeutische Arbeitsbeziehung") konzentriert sich die Psychotherapeutin solange auf die Durchführung der psychotherapeutischen Methoden, wie die Patientin motiviert ist und mitarbeitet. Weist die Patientin jedoch motivationale Probleme oder Zeichen des Widerstandes auf, dann rückt die Arbeit an der therapeutischen Beziehung und der Motivation der Patientin in den Mittelpunkt.

Fernab dieser Beziehung von Beziehungsgestaltung und Techniken hat aber die therapeutische Beziehungsgestaltung auch einen direkten Effekt auf das Therapieergebnis, der wahrscheinlich am ehesten durch die Empathie der Psychotherapeutin und die Erzeugung von Hoffnung vermittelt wird (Swift & Derthick, 2013; *Vyskocilova, Prasko & Slepecky, 2011*).

Zusammenfassend hat die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie die folgenden Bedeutungen (siehe Abbildung 1):

- Sie hilft und motiviert die Patientin, verhaltenstherapeutische Techniken durchzuführen.
- Sie erleichtert der Patientin die Auseinandersetzung mit emotional belastenden Anteilen ihrer Problematik (z. B. Kindheitserinnerungen, Traumata, negative Selbstschemata).
- Sie ermöglicht der Patientin die Arbeit an ihren interaktionellen Konflikten.

3 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- Sie hat einen direkten positiven Effekt auf den Therapieerfolg (insbesondere durch Hoffnung und Empathie).

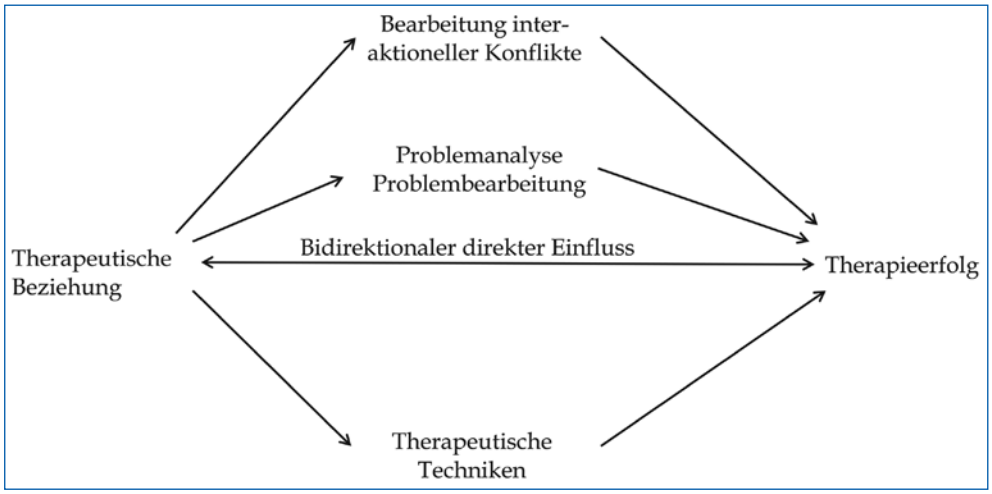


Abbildung 1: Bedeutungen der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie (modifiziert nach Sachse, 2015)

Konzeptualisierung der funktionalen Beziehungsgestaltung

Eine Ableitung der Beziehungsgestaltung von einem theoretischen Krankheitskonzept bzw. einem spezifischen Entstehungsmodell psychischer Erkrankungen wie in der Tiefenpsychologie und der Gesprächstherapie gibt es in der Verhaltenstherapie nicht. Die Annahme, dass eine bestimmte Form der Beziehungsgestaltung für alle Patientinnen gleichermaßen hilfreich ist, wird angesichts so unterschiedlicher Aspekte wie Individualität der Patientin, der Diagnose, ihrer Motivation, der Psychotherapiephase und der jeweiligen psychotherapeutischen Situation als unzureichend betrachtet.

Zimmer und Zimmer (1996) entwickelten vor diesem Hintergrund das Konzept der sogenannten *funktionalen Beziehungsgestaltung*. Diesem liegt die Annahme zugrunde, dass es kein einheitliches Konzept der Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie geben kann. Vielmehr können nur eine Reihe von Formen der Beziehungsgestaltung beschrieben werden, die je nach dem therapeutischen Kontext für die Patientin bei der Erreichung ihrer Therapieziele mehr oder weniger hilfreich sind.

Im Rahmen der funktionalen Beziehungsgestaltung können folglich sehr unterschiedliche Verhaltensweisen bzw. Formen der Gesprächsführung der Psychotherapeutin zur Anwendung kommen, wie zum Beispiel:

- empathisch-validierend vs. strukturierend-anleitend,
- akzeptierend-schonend vs. konfrontativ-fordern,
- einsichtsorientiert-klärend vs. veränderungsorientiert,
- Verantwortung übernehmend vs. Verantwortung übergebend,
- unterstützend vs. Abhängigkeitswünsche frustrierend,
- aktiv vs. zurückhaltend.

Dieses Konzept der funktionalen Beziehungsgestaltung erfordert die Fähigkeit und Bereitschaft der Psychotherapeutin, ihr Beziehungsangebot und ihr therapeutisches Angebot auf die Motive bzw. Bedürfnisse, Interessen, Vorlieben und Fähigkeiten der Patientin flexibel auszurichten (sog. *Responsiveness* der Psychotherapeutin; Norcross, 2002; *Caspar & Grosse Holtforth, 2009*). Somit trägt die funktionale Beziehungsgestaltung der Tatsache Rechnung, dass das Therapieergebnis wesentlich vom Grad der Erfüllung der Erwartungen der Patientin an die Person der Psychotherapeutin und die Durchführung der Psychotherapie beeinflusst wird (Swift et al., 2011). Interessanterweise ist auch dies ein bidirektionaler Prozess, da Patientinnen sich durchaus auch an ihre Psychotherapeutinnen anpassen.

Die funktionale Beziehungsgestaltung sollte sich sinnvollerweise an dem pantheoretischen Konzept der therapeutischen Allianz nach Bordin (1979) orientieren, das für eine tragfähige therapeutische Beziehung die folgenden drei Elemente postuliert:

- **Die Übereinstimmung in Zielen zwischen Patientin und Psychotherapeutin** – Was möchte die Patientin durch die Psychotherapie für eine Veränderung erreichen? Woran wird sich der Erfolg der Psychotherapie konkret zeigen? Eine Patientin möchte z. B. wieder alleine öffentliche Plätze aufsuchen können, eine Ausbildung beginnen, Kontakte mit anderen Menschen besser gestalten oder Selbstverletzungen deutlich reduzieren.
- **Die Übereinstimmung in Aufgaben zwischen Patientin und Psychotherapeutin** – Auf welche Art und Weise sollen diese Ziele erreicht werden? Welche Techniken und Interventionen sind für die Patientin hierbei hilfreich? (z. B. Rollenspiel, kognitive Umstrukturierung, Exposition, emotionsbezogene Arbeit, Verhaltensaktivierung u. v. m.)
- **Eine affektive Beziehung** – Die Patientin fühlt sich von ihrer Psychotherapeutin wertgeschätzt, verstanden und unterstützt. Sie vertraut ihr und hat Hoffnung, dass sie ihr bei ihren Problemen helfen wird.

Diese drei Elemente der therapeutischen Allianz können nur in Übereinstimmung von Patientin und Psychotherapeutin er-

reicht werden und bedingen sich gegenseitig. So wird z. B. eine Psychotherapeutin durch eine gute affektive Beziehung die Bereitschaft der Patientin zur Übereinstimmung in den Techniken und zur Mitarbeit bei deren Durchführung stärken. Kann eine Patientin auf der anderen Seite Einfluss auf den Ablauf der Psychotherapie nehmen, finden ihre individuellen Bedürfnisse und Ressourcen bei der Auswahl der Techniken Eingang in die Psychotherapie, dann wird hierdurch ihre affektive Beziehung zur Psychotherapeutin gestärkt. Und wenn eine Patientin mit bestimmten Techniken erfolgreich an ihren Zielen arbeitet, wird dies wiederum eine positive Auswirkung auf ihre affektive Beziehung zur Psychotherapeutin haben.

Therapeutische Beziehung und Therapiephasen

Die Bedeutung einer funktionalen Beziehungsgestaltung zeigt sich bereits exemplarisch in den verschiedenen Therapiephasen.

So stehen in der **Anfangsphase der Psychotherapie** die folgenden Aspekte im Vordergrund:

- Entlastung und Entängstigung der Patientin,
- Vertrauensbildung,
- Etablierung eines positiven affektiven Bündnisses,
- Erzeugen von Hoffnung und
- Aktivierung von Ressourcen.

Diese Ziele versucht die Psychotherapeutin u. a. durch die folgenden Verhaltensweisen zu erreichen:

- Empathie, Validierung und Akzeptanz für die Person und Probleme der Patientin.
- Die Psychotherapeutin vermittelt ihre Expertise durch gezieltes Nachfragen, ein glaubwürdiges Erklärungsmodell und ein schlüssiges Therapiekonzept.
- Die Psychotherapeutin macht zu Beginn keine vorschnellen Interpretationen, drängt die Patientin nicht zur Selbstöffnung, zur Preisgabe von persönlichen Informationen oder zu einer raschen Veränderung.
- Die Patientin wird ermutigt, Fragen und Zweifel zu äußern.

In der **mittleren Therapiephase** (auch Therapiedurchführung genannt) werden zunehmend die Bewertungen und Verhaltensweisen der Patientin hinterfragt, bislang vermiedene Emotionen, Kognitionen und Erinnerungen bewusst gemacht und veränderungsorientiert an ihren Problemen gearbeitet. Die Psychotherapeutin verhält sich folglich eher anleitend-strukturierend und als Verstärkerin für das veränderungsorientierte Verhalten der Patientin. Wenn notwendig, ist sie auch empathisch-konfrontativ und baut einen spürbaren Veränderungsdruck auf. Es ist die Aufgabe der Psychotherapeutin, hier eine Gratwanderung zwischen Empathie und Validierung einerseits und dem erforderlichen Veränderungsdruck andererseits zu gestalten (siehe Abbildung 2, S. 329). Die mittlere Therapiephase sollte auch von einem ständigen Feedback-Prozess geprägt sein. Hierzu bieten sich drei Fragen an, welche sich an den Aspekten der therapeutischen Allianz nach Bordin (1979) orientieren:

- „Wie läuft aus Ihrer Sicht die Psychotherapie? Kommen Sie Ihrem Ziel näher? Erleben Sie die Psychotherapie als sinnvoll?" (Übereinstimmung in Zielen)
- „Was wünschen Sie sich mehr oder weniger in der Psychotherapie? Stören Sie bestimmte Vorgehensweisen? Wünschen Sie sich andere Techniken bzw. therapeutische Schritte?" (Übereinstimmung in Techniken)
- „Fühlen Sie sich von mir verstanden? Haben Sie Vertrauen in mich?" (affektive Beziehung)

Dieser Feedbackprozess ist von Bedeutung, da die Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch die Psychotherapeutin nicht verlässlich ist. Auch hat allein die Aufforderung an die Patientin, ein solches Feedback zu geben, eine positive Auswirkung auf die therapeutische Beziehung (*Flückiger et al., 2012*).

In der **Endphase einer Psychotherapie** sollte die Patientin sich überwiegend mit der praktischen Umsetzung von Techniken beschäftigen (Selbstmanagement). Es wird von ihr ein zunehmend aktives und eigenverantwortliches Verhalten erwartet, sodass sie zu ihrer eigenen Psychotherapeutin wird, die aufgrund des Erlernten mehr und mehr in der Lage ist, ihre Probleme eigenständig zu lösen. Dieser Prozess des Selbstmanagements wird von der Psychotherapeutin unterstützt, indem sie die Psychotherapie immer weniger anleitet und strukturiert, ihre Verstärkerfunktion immer weiter einschränkt und sich insgesamt zurücknimmt (sog. Fading). So wird die Patientin zum Beispiel für erfolgreich durchgeführte Aufgaben nur noch intermittierend verstärkt und eher nach ihrer eigenen Einschätzung gefragt, damit sie sich selbst für Erfolge loben lernt. Hierbei wird sie von der Psychotherapeutin auch durch deren ressourcenorientierte Haltung unterstützt.

Systematik der Beziehungsgestaltung

Im Folgenden soll unter Berücksichtigung entsprechender Konzepte anderer Autorinnen (siehe z. B. Ambühl, 1992; Schulte, 1996; *Sachse, 2015*; Wendisch, 2000) und den jüngeren Entwicklungen der Verhaltenstherapie (insb. den Verfahren der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie, s. u.) der Versuch einer Systematik der funktionalen Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie unternommen werden (*Lammers, 2017).* Diese Systematik orientiert sich wesentlich an den motivationalen und interaktionellen Problemen der Patientinnen und unterteilt sich in drei Bereiche:

- **Therapeutische Arbeitsbeziehung**: für motivierte Patientinnen ohne interaktionelle Problematik,
- **Beziehungsgestaltung bei Widerstand bzw. Reaktanz**: motivierende Gesprächsführung und komplementäre bzw. motivorientierte Beziehungsgestaltung,
- **Beziehungsgestaltung mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen**: Für diese Patientinnen bedarf es spezifischer Formen der Beziehungsgestaltung, um der Problematik ihrer interaktionellen Störungen Rechnung zu tragen, die auch im Kontakt zu ihrer Psychotherapeutin zum Tragen kommen.

Die Grenzen zwischen diesen drei unterschiedlichen Ansätzen sind naturgemäß unscharf und sie schließen sich gegenseitig auch nicht aus. So implizieren beispielsweise die Konzepte zur motivorientierten Beziehungsgestaltung und zur Beziehungsgestaltung mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen die Konzepte der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Auch kann z. B. im Verlauf der Psychotherapie eine Patientin motivationale Probleme entwickeln, welche eine Ergänzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung um die motivorientierte Beziehungsgestaltung notwendig macht.

Therapeutische Arbeitsbeziehung

Die therapeutische Arbeitsbeziehung beinhaltet Aspekte der Beziehungsgestaltung mit grundsätzlich motivierten Patientinnen, die diesen zur Einnahme einer spezifischen Patientenrolle verhelfen soll (Schulte, 1996):

- Therapienachfrage (vs. Therapieabbruch),
- Mitarbeit (vs. Widerstand),
- Selbstöffnung (vs. sich Verschließen),
- Erprobung neuer Verhaltensweisen (vs. Verharren in einer Vermeidungshaltung).

Die therapeutische Arbeitsbeziehung zeichnet sich durch die folgenden Charakteristika aus:

- Aufgabenorientierung und Zielgerichtetheit (Lösungsorientierung),
- Empathie, Validierung und Wertschätzung,
- kooperative Beziehung mit Offenheit, Transparenz und Absprache bzgl. der psychotherapeutischen Ziele und Vorgehensweisen (Techniken),
- eine aktive, anleitend-strukturierende Haltung,
- eine positive und ressourcenorientierte Grundhaltung,
- den Fokus auf die aktive und selbstbestimmte Mitarbeit der Patientin (Hilfe zur Selbsthilfe) und
- die Psychotherapeutin als Expertin, Modell und Verstärkerin.

Dabei sollte nach *Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006)* eine Verhaltenstherapeutin

- verhaltensorientiert,
- lösungsorientiert,
- positiv,
- in kleinen Schritten denkend und handelnd,
- flexibel und
- zukunftsorientiert sein.

Es ist ein wichtiges Anliegen der Verhaltenstherapie, die Autonomie der Patientin im Sinne ihrer Fertigkeiten zum *Selbstmanagement* zu fördern (*Kanfer et al., 2006).* Eine Verhaltenstherapeutin ist folglich keine Lehrerin, die der Patientin auf direktive Art und Weise vermeintlich richtige Verhaltensweisen und Einstellungen beibringt. Vielmehr hat sie die Funktion einer Begleiterin, die die Entdeckungs- und Entwicklungsreise der Patientin zur Erreichung ihrer Ziele ermöglicht und unterstützt (Hilfe zur Selbsthilfe). Hierbei gibt sie der Patientin Sicherheit, Unterstützung und Zuversicht bei der Analyse und Bewältigung ihrer Probleme.

Die Psychotherapeutin muss dabei grundsätzlich eine Gratwanderung zwischen Empathie und Validierung einerseits und einem notwendigen Veränderungsdruck andererseits sinnvoll gestalten können (siehe Abbildung 2).

Bei der therapeutischen Arbeitsbeziehung wird die Beziehung zwischen der Patientin und ihrer Psychotherapeutin von Letzterer in der Regel nicht explizit thematisiert (im Gegensatz zur Beziehungsgestaltung mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen, s. u.). Die Anpassung der therapeutischen Beziehung an die individuelle Patientin erfolgt vielmehr implizit.

Beziehungsgestaltung bei Widerstand bzw. Reaktanz

Ausgeprägte motivationale Probleme zeigen sich in Form von Widerstand bzw. Reaktanz und in Beziehungsbrüchen (Eubanks-Carter et al., 2010). Dieser Widerstand ist aber nie das alleinige Problem der Patientin, sondern ist immer im Zusammenhang mit dem Beziehungsangebot und der Beziehungsgestaltung der Psychotherapeutin zu sehen. Deswegen können die oben definierten Aspekte der therapeutischen Arbeitsbeziehung für eine veränderungsorientierte Zusammenarbeit bei solchen Patientinnen bzw. in solchen Therapiesituationen unzureichend sein. In dem Fall muss die therapeutische Arbeitsbeziehung um die motivationale Gesprächsführung und/oder die komplementäre bzw. motivorientierte Beziehungsgestaltung erweitert werden.

Auch hier erfolgt die Arbeit an der therapeutischen Beziehung überwiegend implizit, das heißt, die Psychotherapeutin versucht ihr Beziehungsangebot den Bedürfnissen und Ressourcen der Patientin anzupassen. Eine offene Thematisierung der therapeutischen Beziehung ist hierbei aber die Ausnahme.

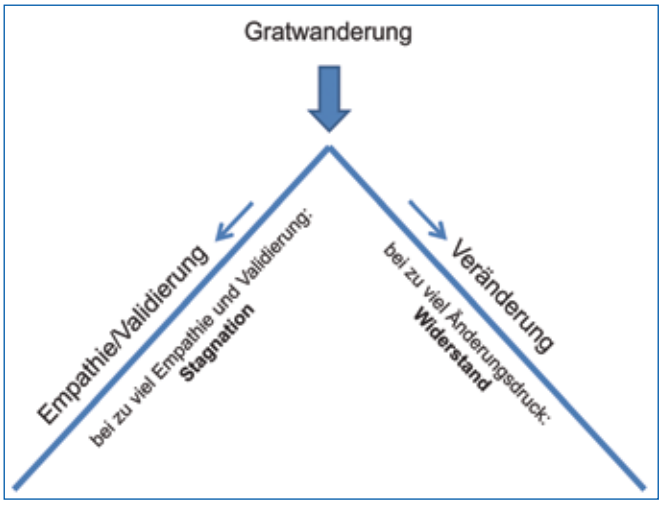


Abbildung 2: Die therapeutische Beziehung als Gratwanderung (nach Kanfer et al., 2006)

Motivierende Gesprächsführung

Patientinnen können ausgeprägte motivationale Ambivalenzen hinsichtlich einer Veränderung aufweisen bzw. entwickeln, welche sich als Widerstand bzw. Reaktanz zeigt. Wenn die Psychotherapeutin die Gründe für den Widerstand nicht hinreichend berücksichtigt, sondern in der Therapiedurchführung weiterhin anleitend-strukturierend auftritt und die Patientin zur Veränderung drängt (extrinsische Motivation), verstärkt sie hiermit deren Widerstand. Ein hilfreicher Umgang mit der motivationalen Ambivalenz besteht deswegen darin, die Patientin als eigene Fürsprecherin ihrer Veränderung zu gewinnen und ihr dabei zu helfen, ihre Motivation aus sich selbst heraus zu entwickeln (intrinsische Motivation).

Die motivierende Gesprächsführung besteht im Wesentlichen aus den folgenden Komponenten *(Miller & Rollnick, 2004):*

- Kooperative Beziehungsgestaltung (Partnerschaftlichkeit),
- Evokation von intrinsischen Motiven (versus aktiv, anleitend-strukturierende Haltung) und
- Autonomie (Recht auf Selbstbestimmung).

In praktischer Hinsicht wird sie durch die folgenden Interventionen verwirklicht:

- Empathie,
- Entwicklung von motivationalen Diskrepanzen,
- Mitgehen mit dem Widerstand der Patientin (Vermeidung von Konfrontation) und
- Förderung von Selbstwirksamkeit.

Komplementäre bzw. motivorientierte Beziehungsgestaltung

Bei der komplementären Beziehungsgestaltung, die auch motivorientierte Beziehungsgestaltung genannt wird, reduziert die Psychotherapeutin den Widerstand bzw. die Reaktanz der Patientin durch die gezielte Berücksichtigung ihrer zentraler Beziehungsmotive bzw. Bedürfnisse (Caspar, 2008; *Sachse, 2015*). Diese individualisierte Beziehungsgestaltung ermöglicht die Ausrichtung therapeutischer Interventionen und Techniken an den individuellen Motiven und Ressourcen der Patientin und die Vermittlung von bedürfnisbefriedigenden Erlebnissen. Die hierdurch vermittelten positiven Erfahrungen fördern die Bereitschaft der Patientin, sich mit ihren Problemen und deren Veränderung auseinanderzusetzen. Gleichzeitig ist die Psychotherapeutin bestrebt, Zustände und Erfahrungen, die die Patientin als unangenehm und belastend empfindet, nur in dem Ausmaß zu aktivieren, wie dies für den Veränderungsprozess notwendig ist. Die komplementäre Beziehungsgestaltung ist eng mit der Ressourcenaktivierung verknüpft. Die Stärken, Interessen und Vorlieben der Patientin werden hierbei aktiviert und gezielt für den Psychotherapieprozess genutzt *(Stucki & Grawe, 2007).*

Beziehungsgestaltung mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen

Persönlichkeitsgestörte Patientinnen nehmen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung häufig nicht die erforderliche Patientenrolle ein. Vielmehr zeigen sie ihre dysfunktionalen Interaktionen auch in der Beziehung zur Psychotherapeutin, was die Zusammenarbeit und die Durchführung einer Psychotherapie gefährdet. Dabei handelt es sich um problematische Verhaltensweisen, die auch im Mittelpunkt ihrer Persönlichkeitsstörung stehen. Für solche Patientinnen sind die Konzepte der therapeutischen Arbeitsbeziehung bzw. motivorientierte Beziehungsgestaltung oftmals nicht ausreichend. Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie, welche zur Psychotherapie von Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung entwickelt wurden, weisen deswegen spezifische Anweisungen zur therapeutischen Beziehungsgestaltung auf:

- **Dialektisch-behaviorale Therapie** (Linehan, 1996): u. a. dialektische Beziehungsgestaltung mit Validierung und Veränderungsdruck,
- **Schematherapie** (Young et al., 2008): u. a. begrenzte elterliche Fürsorge (eine Variante der komplementären Beziehungsgestaltung), empathische Konfrontation,
- **Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP** (*McCoullough, 2011)*: u. a. kontingente persönliche Rückmeldung, Arbeit mit Übertragungshypothesen,
- nicht zur dritten Welle gehörend, aber von Einfluss auf die Verhaltenstherapie ist die **Klärungsorientierte Psychotherapie** *(Sachse, 2015):* u. a. komplementäre Beziehungsgestaltung.

Die Verfahren der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie weisen spezifische Formen der Beziehungsgestaltung auf, die u. a. auf die Tiefenpsychologie, die Gesprächspsychotherapie und die Gestalttherapie zurückgehen.

Zu den spezifischen Charakteristika der Beziehungsgestaltung mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen gehört die Fähigkeit der Psychotherapeutin

- ihre persönlichen Reaktionen zu kontrollieren und zu regulieren, die sich angesichts der schwierigen Interaktion mit der Patientin möglicherweise einstellen,
- der Patientin entgegenläufig zu ihrem Verhalten und ihrer Erwartungshaltung zu begegnen, sodass diese eine korrigierende Beziehungserfahrung machen kann (z. B. eine anhaltend empathisch-validierende und wertschätzende Beziehungsgestaltung trotz der dysfunktionalen Verhaltensweisen der Patientin),
- sogenannte Beziehungstests zu bestehen,
- Grenzsetzungen bei therapieschädigendem Verhalten bzw. spezielle Therapieverträge vorzunehmen,
- eine komplementäre Beziehungsgestaltung zur Befriedigung adaptiver impliziter Beziehungsmotive (sog. Motivebene) der Patientin zu gestalten, welche sich hinter deren dysfunktionalem interaktionellem Verhalten verbergen (sogenannte Spielebene; *Sachse, 2015*),
- der Patientin eine kontingente persönliche Rückmeldung angesichts ihrer dysfunktionalen Verhaltensweisen zu geben,
- eine therapeutische Selbstoffenbarung im Sinne der Psychotherapeutin als Modell zu leisten,
- direkt an der sogenannten Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung zu arbeiten. Diese Arbeit erfolgt jedoch im Gegensatz zur motiv- und ressourcenorientierten Beziehungsgestaltung explizit, das heißt, das Problemverhalten der Patientin gegenüber der Psychotherapeutin wird von dieser offen thematisiert und bearbeitet. Dieses Vorgehen entspricht im Kern der Arbeit an der Übertragung, wie sie aus der Tiefenpsychologie bekannt ist, auch wenn sich das therapeutische Vorgehen in der Verhaltenstherapie in Teilen von der tiefenpsychologischen Arbeit unterscheidet (siehe hierzu *McCoullough, 2011* und *Lammers, 2017*).

Zusammenfassung

Die Verhaltenstherapie favorisierte eine funktionale Beziehungsgestaltung im Rahmen derer die Psychotherapeutin ihr Beziehungsangebot an die individuelle Patientin anpasst. Die funktionale Beziehungsgestaltung erfolgt überwiegend implizit, das heißt, sie wird mit der Patientin nicht thematisiert. Bei Widerstand der Patientin versucht die Psychotherapeutin sich deren Motive gegenüber komplementär zu verhalten beziehungsweise deren Motivation durch eine entsprechende Beziehungsgestaltung zu fördern. Mit zunehmenden interaktionellen Auffälligkeiten bzw. bei Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung sind spezielle Formen der Beziehungsgestaltung erforderlich. Insbesondere für diese Patientinnen haben die Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie spezifische Konzepte zur Beziehungsgestaltung entwickelt. Hierbei wird die therapeutische Beziehung, welche oftmals von den dysfunktionalen Interaktionen der Patientinnen geprägt ist, u. a. auch offen thematisiert und bearbeitet.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Caspar, F. & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness – Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38, 61-69.

Flückiger, C., DelRe, A. C., Wampold, D. E., Znoj, H., Caspar, F. & Jörg, U. (2012). Valuing clients' perspective and the effects on the therapeutic alliance: a randomized controlled study of an adjunctive instruction. Journal of Counseling Psychotherapy, 59, 18-26.

Goldfried, M. R. & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42 (4), 421-430.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Lammers, C.-H. (2017). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. Weinheim: Beltz.

McCoullough, J. (2011). Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Heidelberg: Springer.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

Sachse, R. (2015). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.

Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. Clinicl Psychology: Science and Practice, 9, 312-328.

Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung. Psychotherapeut, 52, 16-23.

Vyskocilova, J., Prasko, J. & Slepecky, M. (2011). Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision. Activitas Nervosa Superior Redivia, 53, 72-83.

Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1996) Das Konzept der funktionalen Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S. 131-143). Göttingen: Hogrefe.

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers

Ärztlicher Direktor
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
c.lammers@asklepios.com

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll. Seine Interessensschwerpunkte sind die Behandlung von Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen.

Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen

Teil 2: Verordnungsgrundlagen psychosomatischer Krankenhausbehandlung und psychosomatischer Rehabilitation

Manfred Nosper

Zusammenfassung: Der zweiteilige Beitrag beschreibt und erläutert die medizinischen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Verordnung von Krankenhausbehandlung und medizinischer Rehabilitation. Im ersten Teil, erschienen in Ausgabe 3/2017, wurden die Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Versorgung beschrieben und die multimodale und multiprofessionelle Komplexbehandlung als weiterführende Hilfe vorgestellt, wenn ambulante Behandlung nicht ausreicht. Im zweiten Teil werden nun die Indikationsvoraussetzungen für eine Komplexbehandlung als Krankenhausbehandlung und als psychosomatische Rehabilitationsbehandlung dargestellt.

Einleitung

Im ersten Teil des Beitrags[1] wurden die medizinischen und leistungsrechtlichen Anforderungen an eine gestufte Versorgung beschrieben. Es wurde ausgeführt, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten ist und nur die Leistungen verordnet werden dürfen, die notwendig, ausreichend und zweckmäßig sind. Der Vorrang ambulanter Hilfen wurde beschrieben und es wurde erläutert, dass nicht stationäre Behandlung die weiterführende Option ist, wenn ambulante Versorgung nicht ausreicht, sondern die multimodale und multiprofessionelle Komplexbehandlung. Weil diese als Krankenhausbehandlung und als Rehabilitationsbehandlung durchgeführt werden kann, ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine Differenzialindikation für eine Krankenhausbehandlung oder eine Rehabilitationsbehandlung in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung oder einer RPK-Einrichtung (Rehabilitation für psychisch Kranke) besteht. Die strukturelle Ähnlichkeit der Versorgung in psychosomatischen Krankenhausabteilungen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen führt häufig zu der Fehlannahme, beide Versorgungen könnten austauschbar verordnet werden. Dabei wird übersehen, dass sich die Zielsetzung und die Indikationsvoraussetzungen erheblich unterscheiden. Ärztinnen und Psychotherapeutinnen,[2] die eine Komplexbehandlung verordnen wollen, müssen diese Unterschiede kennen und bei der Indikationsstellung und Formulierung einer Verordnung berücksichtigen. Im Folgenden werden die Indikationsvoraussetzungen für Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationsleistungen sowie deren Abgrenzungskriterien beschrieben.

Indikationsvoraussetzungen für eine Komplexbehandlung als Krankenhausbehandlung

Die Vorgaben der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie

Die Zugangsvoraussetzungen für die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen werden in der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (KE-RL)[3] verbindlich geregelt.

- Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn „die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss".
- Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für die Patientin mit den Mitteln der ambulanten Versorgung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V).
- Aufgabe der Krankenhausbehandlung ist es, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern.

1 Nosper, N. (2017). Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und weiterführende Komplexbehandlung. Psychotherapeutenjournal 3/2017, 227-232.
2 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.
3 in der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B2, in Kraft getreten am 8. Juni 2017, abrufbar unter www.g-ba.de.

- Die Vertragsärztin oder Vertragspsychotherapeutin hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie selbst, gegebenenfalls mit Einbindung der häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung beispielsweise durch eine weitere Ärztin oder geeignete spezialisierte Einrichtungen ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.
- In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.
- Über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entscheidet nach eingehender Prüfung die Ärztin des Krankenhauses.
- In Fällen geplanter stationärer Behandlung ist stets der Allgemeinzustand der Patientin zu berücksichtigen.
- Die Behandlung einer akuten Erkrankung muss stationär erfolgen, wenn sie wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben der Patientin nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden kann.

Die zentralen Aussagen der Richtlinie sollen in ihrer Bedeutung für die Indikationsstellung und Indikationsprüfung psychosomatischer Behandlungen kommentiert werden.

Das Behandlungsziel bestimmt die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

Es ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass nicht die Art oder Schwere der Erkrankung als zentrales Indikationskriterium genannt sind, sondern das Behandlungsziel. Entscheidend ist also nicht, was die Patientin hat, sondern das, was sie braucht. Die besonderen Mittel des Krankenhauses benötigt die Patientin demnach nicht primär, weil sie mittelgradig oder schwer krank ist, sondern weil es Behandlungsziele zu erreichen gilt, zu deren Erreichung es einer notfallmäßigen Behandlung oder einer Komplexbehandlung im Krankenhaus bedarf. Aus der Notwendigkeit komplexer Behandlung ergibt sich, dass die Diagnose einer Patientin nicht ausreicht, die Zielsetzung der Behandlung zu entwickeln. Gegenstand der Behandlungsplanung ist die individuelle Patientin mit allen für die (Psycho)Therapie der Krankheit relevanten Einflussfaktoren. Das Verständnis psychosomatischer Störungen erfordert ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, das in seiner aktuellen Form in der ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*; www.dimdi.de) verankert ist. Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden (Zitat aus www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/, zuletzt abgerufen am 10.11.2017). Von praktischer Relevanz für die Indikation von Komplexbehandlungen und die Differenzialindikation von Krankenhaus- und Rehabilitationsleistungen ist das in der ICF verankerte Gesundheitsmodell mit seinen fünf Komponenten

- Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Funktionen und Strukturen),
- Aktivitäten,
- Partizipation (Teilhabe),
- Umweltfaktoren und
- personbezogene Faktoren.

Die Zielsetzung psychosomatischer Komplexbehandlung als Krankenhausbehandlung bezieht sich primär auf die vier Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Die Wiederherstellung von Teilhabe (Partizipation) am Arbeitsleben (Rentenversicherung) und am Leben in der Gemeinschaft (Krankenversicherung) ist die Schwerpunktaufgabe rehabilitativer Versorgung.

Typische Behandlungsziele psychosomatischer Krankenhausbehandlung und psychosomatischer Rehabilitation sind in Tabelle 1 beispielhaft genannt. Sie sollen die Vielschichtigkeit psychosomatischer Krankenhausbehandlung und Rehabilitation veranschaulichen und zeigen, welche Dimensionen über die Beeinflussung der Symptomatik hinaus mit zu behandeln sind, um eine nachhaltige Verbesserung von Krankheit und Bewältigungsmöglichkeiten sowie sozialer und beruflicher Teilhabe zu erreichen.

Die besonderen Mittel psychosomatischer Krankenhausbehandlung

Die Richtlinie verweist im Einklang mit der Rechtsprechung darauf, dass stationäre Krankenhausbehandlung dann notwendig ist, wenn „die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss". Dies führt zur Frage, worin bezogen auf Patientinnen mit psychotherapeutischem und psychosomatischem Behandlungsbedarf diese (besonderen) Mittel des Krankenhauses bestehen. Die Richtlinie nennt wegen ihres allgemeinen Charakters nur die vorwiegend ärztliche und pflegerische Hilfeleistung. Diese alleine würde jedoch nicht ausreichen, Leistungen gemäß § 2 (1) SGB V zu erbringen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse

Entscheidend für die Indikation einer Krankenhausbehandlung ist nicht, was die Patientin hat, sondern das, was sie braucht.

Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Funktionen und Strukturen)	
■ psychosomatische Regulationsstörungen von Körperfunktionen	■ Selbstbeschädigung
■ krankhafte Somatisierungen	■ Zwänge/krankhafte Befürchtungen
■ Störungen von Aufmerksamkeit/Konzentration/Gedächtnis	■ Angst/Sicherheitserleben/Vertrauen
■ verminderte Belastbarkeit	■ Emotionen/Bedürfnisse wahrnehmen/ausdrücken
■ beeinträchtigte Realitätswahrnehmung	■ Affekte/Emotionen/Stress regulieren
■ Depersonalisation/Dissoziation	■ Selbstwahrnehmung/Introspektion
■ Störungen der Affektivität	■ Selbstakzeptanz/Selbstwert
■ Antrieb, Psychomotorik, Inaktivität	■ Körperbild/Körperakzeptanz
■ Impulsivität/Aggressivität	■ Beziehungs-, Bindungsfähigkeit
Alltagsrelevante und tätigkeitsrelevante Aktivitäten	
Selbstversorgung	**Soziales Leben**
■ Tagesstruktur	■ Ausdruck von Bedürfnissen/Meinungen
■ Haushalts- und Lebensführung	■ soziale Kommunikation
■ Arbeitsfähigkeit	■ Kontakte und Bekanntschaften herstellen
■ Umgang mit Geld und Sachwerten	■ Kontakte/Beziehungen aufrechterhalten
■ Selbstwirksamkeit und Eigenständigkeit	■ Konfliktbewältigung
■ gesunde Ernährung	■ Abgrenzung und Selbstbehauptung
■ Aktivität und Bewegung	■ Übernahme/Bewältigung sozialer Rollen/Verantwortungen
■ Mobilität	■ Unabhängigkeit in Beziehungen
■ Entspannung/Genuss	■ Integration in Gruppen
■ Freizeitgestaltung	■ Rollensicherheit in Gruppen
Arbeitsleben	■ Beziehungen zu Freundinnen/Kolleginnen
■ Funktionen/Fähigkeiten zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit	■ Beziehungen zur Familie
■ Erfüllen von Rollenfunktionen als Arbeitnehmerin	■ Beziehung zur Partnerin
Umweltfaktoren	
■ Unterstützung durch Partnerin/Familie	■ Hilfen durch Medikamente
■ Unterstützung durch Freundinnen/Kolleginnen	■ Lösung aus Familie/Beziehung
■ Unterstützung durch Arbeitgeber	■ Integration in neues Wohn- /Lebensumfeld
■ Unterstützung durch professionelle Helferinnen	
personbezogene Faktoren	
■ Somatische und psychische Komorbidität	■ ängstlich vermeidende Persönlichkeit
■ kognitive Leistungseinschränkungen	■ dramatisch emotionaler Verhaltensstil
■ Suchtverhalten	■ sonderbar exzentrischer Verhaltensstil
■ Krankheitseinsicht/Krankheitsverständnis	■ Opferhaltung/Verbitterung
■ Krankheitsverarbeitung	■ Passivität/Schonhaltung
■ Behandlungs- und Veränderungsmotivation	■ Anpassungsbereitschaft/Flexibilität
■ Compliance, krankheitsgerechtes Verhalten	
Teilhabe	
■ am Leben in der Gemeinschaft	■ am Arbeitsleben

Tabelle 1: Psychosomatische Behandlungsziele bezogen auf ICF-Komponenten

auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Die Anforderungen an die Struktur und die Leistungen psychosomatischer Krankenhausabteilungen und die vergleichbaren Anforderungen an psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen sind durch die Leistungsträger weitgehend vorgegeben. Die tabellarische Darstellung soll verordnenden Ärztinnen und Psychotherapeutinnen zeigen, welche personellen und psychotherapeutischen Mittel für die Behandlung von Patientinnen mit komplexen Gesundheitsproblemen zum Einsatz kommen (Tabelle 2).

Die Auflistung der personellen und therapeutischen Strukturmerkmale der psychosomatischen Krankenhausbehandlung zeigt die weitgehende Übereinstimmung mit den Strukturanforderungen an die psychosomatische Rehabilitation (abgesehen von den krankenhaustypischen Möglichkeiten der Notfallversorgung und der permanenten ärztlichen Überwachung). Dies führt immer wieder zu der Fehleinschätzung, diese Form der Krankenhausbehandlung sei deswegen eigentlich Rehabilitationsbehandlung. Zur Abgrenzung von psychosomatischer Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsbehandlung hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 10.04.2008 B (3 KR 14/07 R) Stellung genommen und ausgeführt, dass *„die Abgrenzung zwischen vollstationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik bisweilen schwierig ist, weil Rehabilitationseinrichtung und Krankenhaus sich darin decken, dass beide auf die Behandlung von Krankheiten und die Beseitigung ihrer Folgen beim Betroffenen gerichtet sind. Deshalb kann eine Unterscheidung im Wesentlichen nur nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln. Anhaltspunkte zur Differenzierung bietet vor allem § 107 SGB V: Danach ist für eine*

Berufsgruppen	■ Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) ■ Psychologen/Psychologische Psychotherapeuten ■ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen, Sportlehrer) ■ Pflegefachpersonen
Leistungen	■ standardisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik ■ somatisch-medizinische Aufnahmeuntersuchung, fachärztliche Visite ■ somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch ■ Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie ■ Einsatz eines psychodynamischen oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens ■ supportive Einzelgespräche, Bezugstherapeutengespräche, Einzelpsychotherapie ■ Gruppenpsychotherapie ■ Aufklärung/Psychoedukation ■ Compliance-Förderung ■ alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung ■ ergotherapeutische Behandlungsverfahren ■ berufliches Training ■ spezielle psychosoziale Interventionen (z. B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining) ■ Kreativtherapien (z. B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie) ■ Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie ■ sensorisch fokussierte Therapien (z. B. Genussgruppe, Snoezelen) ■ Physio- oder Bewegungstherapie (z. B. Sporttherapie) ■ Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysiologische Techniken wie Biofeedback) ■ Kompetenztraining (Diätberatung, Sozialberatung, Sport) ■ Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie ■ Prä-Post-Evaluation des Behandlungsverlaufs

Tabelle 2: Strukturmerkmale von Komplexbehandlungen in psychosomatischen Krankenhausabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationseinrichtung insbesondere kennzeichnend, dass die Behandlungsziele nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie zu verfolgen sind (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Demgegenüber ist ein Krankenhaus mit jederzeit verfügbaren ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizintechnischem Personal darauf eingerichtet, die Behandlungsziele vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen zu erbringen (§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Die Zuordnung einer Versorgung entweder zum Sektor der Krankenhausbehandlung oder zu dem der stationären Rehabilitation hängt deshalb weitgehend von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen ab. Wichtige Anhaltspunkte können dabei die Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften geben. Die dort formulierten Behandlungsstandards und Indikationen für Krankenhausbehandlungen lassen Rückschlüsse darauf zu, welche ärztliche und nichtärztliche therapeutische Versorgung insoweit jeweils als krankenhaustypisch anzusehen ist. So sehen z. B. die Leitlinien „Psychotherapie der Depression" (www.leitlinien.net Nr. 051/023) eine Indikation für stationäre Krankenhausbehandlung insbesondere bei schweren suizidalen Krisen vor, aber auch bei differenzialdiagnostischen Unklarheiten (somatische oder zusätzliche psychiatrische Erkrankung), bei deutlicher Verschlechterung unter ambulanter Behandlung oder bei sehr ausgeprägter Schwere der Symptomatik (Antriebshemmung, psychotische Wahrnehmungen). Weitere Anhaltspunkte können in der bundesweiten „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie" (vom 18.12.1990, BGBl I 2930 – Psych-PV) gefunden werden, in der Zeitanteile für die ärztliche und nichtärztliche Versorgung in psychiatrischen Kliniken festgelegt sind (vgl. Urteil vom 16.2.2005 – B 1 KR 18/03 R -, BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4 RdNr 31)".

Das Urteil nennt als zweites Abgrenzungskriterium die mit der Behandlung verfolgten Behandlungsziele. Die spezifischen Behandlungsziele rehabilitativer Versorgung im Unterschied zur kurativen Versorgung sollen im Folgenden unter Berücksichtigung der dafür geltenden Bestimmungen beschrieben werden.

Indikationsvoraussetzungen für eine Komplexbehandlung als Rehabilitationsbehandlung

Die KE-RL benennt die Alternativen, die die verordnende Ärztin oder Psychotherapeutin zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung prüfen sollte. Diese Aufzählung ist abschließend und es ist von sozialmedizinischer Relevanz, dass keine explizite Verpflichtung enthalten ist zu prüfen, ob eine Krankenhausbehandlung dadurch vermieden werden kann, dass eine Rehabilitationsbehandlung durchgeführt wird. Der Grund dafür ist, dass notwendige Krankenhausbehandlung niemals durch eine Rehabilitationsbehandlung ersetzt werden kann, weil beide Versorgungsformen trotz vergleichbarer Behandlungsmittel einer unterschiedlichen Zielsetzung folgen. Entweder benötigt die Patientin – wenn ambulante Behandlung nicht ausreicht – eine Behandlung ihrer Krankheit mit den Mitteln eines Krankenhauses oder sie benötigt eine Leistung zur Teilhabe in Form medizinischer Rehabilitation wegen drohender oder bereits eingetretener Behinderung gemäß § 2 (1) SGB IX. Bei der Indikationsklärung für eine Krankenhausbehandlung ist nur zu klären, in welcher Weise die Patientin im Hinblick auf ihre Krankheit zu versorgen ist. Da medizinische Rehabilitation nicht dem Primärziel der Behandlung der Krankheit dient, sondern bei drohender Behinderung auf alltagesrelevante, erwerbsrelevante und teilhaberelevante Auswirkungen von Krankheit abzielt, sind beide Versorgungsindikationen völlig unabhängig voneinander zu stellen. Dabei fordert die KE-RL allerdings Bezug nehmend auf § 2a SGB V, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist, was so verstanden werden kann, dass eine eventuelle Rehabilitationsbedürftigkeit mit zu berücksichtigen ist.

Die Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation sind allgemein geregelt im SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und in den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Zusatzbestimmungen (für die Gesetzliche Krankenversicherung im SGB V, für die Gesetzliche Rentenversicherung im SGB VI). Auf die Regelungen für die Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII wird hier nicht eingegangen. Das SGB IX will gemäß § 1 SGB IX (Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) sicherstellen, dass Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen erhalten, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Diese Leistungen zur Teilhabe richten sich nicht, wie häufig missverstanden, an kranke oder chronisch kranke Menschen, sondern an solche mit drohender oder bereits eingetretener Behinderung. Wann von Behinderung zu sprechen ist, regelt § 2 (1) SGB IX: Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Bei der Prüfung der Indikation für eine Rehabilitationsleistung ist deshalb im ersten Schritt zu prüfen, ob eine Behinderung gemäß SGB IX droht oder besteht. Im zweiten Schritt muss festgestellt werden, ob ambulante Krankenbehandlung ausreicht. Wenn dies der Fall ist, hat sie Vorrang und Rehabilitationsleistungen sind nicht notwendig.

Medizinische Rehabilitation als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche vorrangig ambulante Rehabilitationsleistun-

gen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation). Konkret geregelt wird der Zugang zur medizinischen Rehabilitation als Leistung der Krankenversicherung in der Rehabilitations-Richtlinie.[4] In § 4 (1) Inhaltliche Grundlagen der Richtlinie wird beschrieben, was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist und welcher Zielsetzung sie dient:

„Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um den im Einzelfall bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf zu erreichen. Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit bei einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem nicht nur die Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems, sondern auch die möglichen Wechselwirkungen zwischen der Krankheit, Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe und den dabei individuell relevanten Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren als Förderfaktoren und Barrieren). Die Auswirkungen und Wechselwirkungen können unter Nutzung der von der WHO verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (www.dimdi.de) beschrieben werden“.

Behandlungsziel der Rehabilitation ist nicht primär die Besserung der Krankheit, sondern die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Einmal wird ausgedrückt, dass zusätzlich zur Behandlung der Krankheit alle relevanten Aspekte des Gesundheitsproblems gemäß dem 5-Komponenten-Modell der ICF zu berücksichtigen sind. Als Behandlungsziel der Rehabilitation wird nicht die Besserung der Krankheit genannt, sondern „der Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf“. Die Besserung der Krankheit ist in diesem Kontext (nur) ein Mittel zum Zweck, nämlich Teilhabe durch Verbesserung der funktionalen Gesundheit zu ermöglichen. Gegenstand der Rehabilitationsleistung ist also nicht die betroffene Person in ihrer Eigenschaft als Kranke, sondern die Person als Mitglied der Gemeinschaft, der als Auswirkung ihrer nicht nur vorübergehenden Krankheit (Behinderung) der Verlust der Teilhabe droht. Gesprochen wird deshalb von Rehabilitandinnen und nicht von Patientinnen. Neben diesen Grundvoraussetzungen muss die Betroffene weitere Voraussetzungen erfüllen (§ 7 der Rehabilitations-Richtlinie). Vollständig gegeben sein müssen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, eine positive Rehabilitationsprognose und erreichbare Rehabilitationszielen (Tabelle 3).

Medizinische Rehabilitation als Leistung der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht, um die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu fördern (Ziel der Krankenversicherung), sondern um „Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern“ (§ 9 SGB VI Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe). Die Leistungen sollen „den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorbeugen, ihnen entgegenwirken oder sie überwinden“. Voraussetzung für die Rehabilitationsleistung ist, dass die Erwerbsfähig erheblich gefährdet oder schon gemindert ist, dass ambulante kurative Versorgung nicht ausreicht und keine Krankenhausbehandlung notwendig ist.

Es ist von sozialmedizinischer Bedeutung, die Begriffe „Erwerbsfähigkeit“ und „Arbeitsfähigkeit“ zu unterscheiden. Gemäß der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn die Patientin aufgrund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr ausführen kann, dass sich ihre Erkrankung verschlimmert. Benötigt eine Patientin eine Behandlung mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, und kann dieses kurativ ambulant oder nur mit den Mitteln eines Krankenhauses erreicht werden, besteht keine Indikation für eine psychosomatische Rehabilitation. Die Indikation für eine Rehabilitationsleistung ist erst dann gegeben, wenn nicht nur die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, sondern wenn ohne Rehabilitation ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem gesamten Erwerbsleben droht.

Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollte bei dem Rehabilitationsträger gestellt werden, der voraussichtlich zuständig ist. Ist die Patientin rehabilitationsbedürftig, weil die Beeinträchtigungen in einem vermutlichen Kausalzusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit stehen, sollte der Antrag bei der zuständigen Berufsgenossenschaft gestellt werden. Ist die Patientin rehabilitationsbedürftig, weil Aktivitäten alltagsrelevant beeinträchtigt sind und deswegen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedroht ist oder Pflegebedürftigkeit droht, sollte der Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden. Benötigt die Patientin medizinische Rehabilitation, um weiterhin oder wieder am Arbeitsleben teilhaben zu können, sollte der Antrag bei der zuständigen Rentenversicherung gestellt werden.

4 in der Fassung vom 16. März 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 (S. 6769), in Kraft getreten am 1. April 2004, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 08.06.2017 B1, in Kraft getreten am 9. Juni 2017, abrufbar unter www.g-ba.de

Rehabilitationsbedürftigkeit	■ Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität bedrohen die Teilhabe, oder ■ die Erwerbsfähigkeit ist erheblich gefährdet oder bereits gemindert und ■ über die kurative Versorgung hinaus ist der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich.
Rehabilitationsfähigkeit	■ Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung (bei) der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen.
positive Rehabilitationsprognose	■ Die Rehabilitationsziele müssen mit medizinisch begründeter Wahrscheinlichkeit erreichbar sein.
Kontraindikationen	■ Es dürfen keine Kontraindikationen bestehen. ■ Medizinische Rehabilitation ist nicht indiziert, wenn eine Krankenhausbehandlung notwendig ist.

Tabelle 3: Medizinische Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ausschlusskriterien für eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung

Es gibt Fälle, bei denen wegen der Art des Gesundheitsproblems und den damit verbundenen Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, die psychosomatische Rehabilitation jedoch wegen unzureichender Rehabilitationsfähigkeit nicht durchführbar ist. Die tabellarische Zusammenstellung (Tabelle 4, S. 338) ist so zu verstehen, dass die persönlichen Voraussetzungen für eine psychosomatische Rehabilitation schon dann nicht gegeben sind, wenn nur eines dieser Kriterien zutrifft. In solch einem Fall ist die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhausbehandlung zu prüfen.

Verwenden korrekter Bezeichnungen für Versicherungsleistungen

Werden Versicherungsleistungen wie Krankenhausbehandlung oder medizinische Rehabilitation verordnet, sollten die gemeinten Leistungen korrekt benannt werden, damit versicherungsrechtlich eindeutig erkennbar ist, um welche Leistung es sich handelt. Korrekte Bezeichnungen sind die Begriffe: Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsleistung, medizinische Rehabilitation; Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung. Bei Krankenhausbehandlung spricht man von teilstationär oder stationär, bei der Rehabilitationsbehandlung von ambulant oder von stationär (nie von teilstationär). Nicht korrekt, irreführend und somit ganz zu vermeiden sind Bezeichnungen wie: Kur statt Rehabilitation, stationäre Behandlung (es bleibt dabei unklar, ob eine Krankenhausbehandlung oder eine Rehabilitationsleistung gemeint ist), Klinik/Fachklinik (sozialrechtlich gibt es keine Kliniken, sondern nur Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen). Formulierungen wie „notwendig ist eine stationäre Behandlung in einer Fachklinik" lassen offen, ob eine Krankenhausbehandlung oder eine Rehabilitationsbehandlung gemeint ist. Stattdessen sollte es heißen: „Notwendig ist eine psychosomatische/psychiatrische teilstationäre/vollstationäre Krankenhausbehandlung" oder „notwendig ist eine ambulante/stationäre psychosomatische Rehabilitationsleistung".

Fazit

Die Verordnung von Gesundheitsleistungen führt grundsätzlich dazu, dass die angesprochenen Leistungsträger prüfen, ob sie für die Erbringung dieser Leistungen zuständig sind und ob die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen gegeben sind. Nur wenn Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sowie Versicherungsträger sich an gültigen Kriterien orientieren, ist eine sachgerechte und konfliktarme Zusammenarbeit möglich. Die Zusammenschau von medizinischen und psychotherapeutischen Gesichtspunkten und versicherungsrechtlichen Regelungen ist eine vielschichtige Aufgabe, zu deren Verständnis diese grundsätzlichen Ausführungen beitragen wollen. Vor allem sollte Folgendes beachtet werden:

- Reicht ambulante Versorgung einschließlich Kombinationsbehandlung nicht aus, notwendige psychotherapeutische/psychosomatische Behandlungsziele in einem angemessenen Zeitraum zu erreichen, sind die Indikationsvoraussetzungen für eine Komplexbehandlung zu klären. Diese sind gegeben, wenn ein komplexes Gesundheitsproblem besteht, zu dessen Behandlung eine multimodale und interdisziplinäre Therapie erforderlich ist. Wird eine Komplexbehandlung als notwendig und zweckmäßig angesehen, ist differenziell zu prüfen, ob sie abhängig von der Zielsetzung als Krankenhausbehandlung oder als Rehabilitationsbehandlung zu erbringen ist.
- Bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind die Vorgaben der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie zu beachten.
- Entscheidend für die Indikation für eine Krankenhausbehandlung ist die Feststellung, dass das Behandlungsziel nicht mit den Mitteln ambulanter Versorgung erreichbar ist. Bei Menschen mit psychischen Störungen bezieht sich die Zielsetzung einer Komplexbehandlung auf das gesamte komplexe Gesundheitsproblem. Eine Orientierung am Gesundheitsmodell der ICF ist als Ergänzung zur ICD-10-Diagnostik zweckmäßig.
- Die Indikation für die psychosomatische Rehabilitation muss immer von den Grundfragen abhängig gemacht wer-

Gründe, die in der Person des Betroffenen liegen …
■ Die Person ist nicht ausreichend belastbar, um die Anforderungen des Rehabilitationsprogramms zu bewältigen.
■ Die Person ist nicht mobil genug, die Rehabilitationseinrichtung zu erreichen oder sich in ihr weitgehend selbstständig (einschl. Hilfsmittel) zu bewegen.
■ Die Person ist nicht fähig oder willig, sich an die Hausordnung einer Rehabilitationseinrichtung anzupassen oder sich in die (psycho)therapeutische Gemeinschaft der Re habilitationseinrichtung zu integrieren.
■ Die Person ist kognitiv, emotional oder motivational überfordert, aktiv an der Erreichung der Rehabilitationsziele mitzuwirken.
■ Die Person ist aus in der Krankheit liegenden Gründen damit überfordert, in therapeutischen Gruppen aktiv mitzuarbeiten und benötigt in hohem Maße ärztliche/psychotherapeutische Einzelbehandlung.
■ Das Gesundheitsproblem ist durch die Art der Störungen, Umweltfaktoren oder personbezogene Faktoren durch Rehabilitation nicht relevant veränderbar. Rehabilitationsziele können wahrscheinlich nicht erreicht werden.
Gründe bezogen auf die Versorgungsmöglichkeiten von Rehabilitationseinrichtungen …
■ Es liegt ein schwerwiegendes, fortwährender ärztlicher/pflegerischer Versorgung bedürfendes körperliches Gesundheitsproblem vor, das nicht mit den Mitteln einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden kann.
■ Die Person benötigt wegen der psychischen Störungen ärztliche Hilfen oder Krankenpflege/Beaufsichtigung/Assistenz in einem Umfang, der die personellen und sachlichen Möglichkeiten einer Rehabilitationseinrichtung überschreitet.
■ Psychische Störungen wie z. B. depressive Verstimmungen, Antriebsminderungen, Ängste, Dissoziationen, Zwänge, psychotische Phänomene usw. sind z. Z. so ausgeprägt, dass die Person nicht fähig ist, am (Psycho)Therapieprogramm einer Rehabilitationseinrichtung mit Aussicht auf Erfolg teilzunehmen.
■ Die Person ist von einem Suchtmittel abhängig und kann sich zurzeit nicht abstinent verhalten. Oder: Bei Entzug des Suchtmittels würde ein Entzugssyndrom auftreten.
■ Die Person ist selbstgefährdend durch nicht absprachefähige, beaufsichtigungspflichtige Suizidalität.
■ Die Person verletzt sich selbst oder schädigt ihre Gesundheit so schwerwiegend, dass sie deswegen ständige Beaufsichtigung und sofortige ärztliche Versorgung benötigt.
■ Von der Person geht eine akute Fremdgefährdung aus.
■ Ein Rehabilitationsangebot für das spezielle Gesundheitsproblem steht nicht zur Verfügung.
■ Der Behandlungseffekt muss bei ausgeprägter Störung schnell erzielt werden, um drohende Verschlimmerung zu verhüten oder eine geminderte Leistungsfähigkeit zügig wiederherzustellen. Die vom Rehabilitationsträger genannte Wartezeit bis zum Beginn der Rehabilitationsbehandlung würde zu einem derartigen Gesundheitsrisiko führen.

Tabelle 4: Ausschlusskriterien für eine medizinische Rehabilitationsleistung

den: Ist die Patientin bereits im Sinne des SGB IX behindert oder zumindest von Behinderung bedroht und, wenn ja, reicht ambulante Krankenbehandlung nicht aus (weil sie ohne ausreichenden Effekt versucht wurde oder weil kein Effekt zu erwarten ist, selbst wenn sie jetzt begonnen würde)?

- Der Rehabilitationsantrag ist nicht überwiegend damit zu begründen, dass die Patientin unter einer Krankheit leidet, sondern damit, dass eine krankheitsbedingt alltagsrelevante/tätigkeitsrelevante Beeinträchtigung von Aktivitäten vorliegt, durch die eine Beeinträchtigung der Teilhabe (am Leben in der Gemeinschaft oder am Arbeitsleben) droht.
- Rehabilitationsleistungen können nicht verordnet und gewährt werden, wenn die Patientin krankenhausbehandlungsbedürftig ist oder eines oder mehrere der beschriebenen Ausschlusskriterien erfüllt sind.
- Im Zusammenhang mit Verordnungen sollte auf die leistungsrechtlich korrekten Bezeichnungen geachtet werden.

Dr. Manfred Nosper

Am Damsberg 31
55130 Mainz
manfred.nosper@gmx.net

Dr. phil. Dipl.-Psych. Manfred Nosper, Psychologischer Psychotherapeut, war therapeutisch tätig in der psychosomatischen und psychiatrischen Krankenhausversorgung und in der psychosomatischen Rehabilitation. Bis zum Eintritt in den Ruhestand war er Referent für psychosoziale Versorgung und Rehabilitation beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Forschungsschwerpunkte sind Projekte zur Versorgungsforschung und medizinischen Rehabilitation.

Psy-RENA – ein neues Arbeitsfeld für Psychotherapeutinnen

Ulrike Worringen, Beate Muschalla, Teresia Widera & Axel Kobelt

Zusammenfassung:[1] Die Deutsche Rentenversicherung hat im Jahre 2015 ein trägerübergreifendes Rahmenkonzept für die Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation nach § 15 SGB VI verabschiedet. Das Rahmenkonzept umfasst multi- und unimodale Kernangebote zur Reha-Nachsorge, die sich nach Bedarf und Indikation unterscheiden. Für Rehabilitandinnen[2] mit psychischen Erkrankungen steht das unimodale Nachsorgeangebot Psy-RENA zur Verfügung, in dem die bisherigen Nachsorgeangebote Curriculum Hannover und Psychosomatische Reha-Nachsorge zusammengeführt wurden. Um Psy-RENA flächendeckend anbieten zu können, werden bundesweit Psychotherapeutinnen gesucht, die dieses Nachsorgeangebot für die Rentenversicherung durchführen möchten. Kenntnisse der Teilhabeleistungen der Sozialversicherungsträger sowie sozialmedizinischer Grundbegriffe sind unabdingbar, um die Nachsorge fachgerecht anbieten zu können. Der Beitrag beschreibt Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen von Psy-RENA.

Hintergrund

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) verfolgt das Ziel, Versicherte, die aufgrund ihrer Erkrankung von Erwerbsunfähigkeit bedroht sind, durch Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation im Erwerbsleben zu halten (DRV, 2009). Die in der medizinischen Rehabilitation erbrachten Leistungen können allerdings für einen Teil der Versicherten nicht ausreichend sein, um den Erfolg der Rehabilitation nachhaltig zu sichern. Mit der wohnortnahen Reha-Nachsorge besteht eine Möglichkeit, den Versicherten bei der beruflichen Wiedereingliederung und dem Transfer des Gelernten in den Alltag zu unterstützen.

Der Gesetzgeber hat Ende 2016 die Leistungen zur Nachsorge durch das Flexirentengesetz gestärkt und diese zu Pflichtleistungen nach § 17 SGB VI gemacht. Danach erbringen die Träger der Rentenversicherung nachgehende Leistungen, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu verstetigen.

Für die Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation nach § 15 SGB VI hat die DRV ein trägerübergreifendes Rahmenkonzept (DRV, 2015a) verabschiedet. Das Rahmenkonzept umfasst multi- und unimodale Kernangebote zur Reha-Nachsorge, die sich nach Bedarf und Indikation unterscheiden.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Reha-Nachsorge von besonderer Bedeutung, da sie häufig von langfristigen erwerbsbezogenen Teilhabestörungen betroffen sind. Das zeigen die hohen Arbeitsunfähigkeitszahlen und -zeiten sowie der hohe Anteil an Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen (DRV, 2014).

Vor dem Hintergrund der Umsetzung des neuen Rahmenkonzepts zur Reha-Nachsorge und der geänderten Gesetzeslage hat die Rentenversicherung die Voraussetzungen für potenzielle Nachsorgeanbieter der psychosomatischen Reha-Nachsorge angepasst. Konnten bislang nur Psychotherapeutinnen mit einschlägigen Rehabilitationserfahrungen und in Einrichtungen der Rehabilitation die psychosomatische Nachsorge (IRENA, Curriculum Hannover oder Psychosomatische Reha-Nachsorge PRN) erbringen, können nun auch Psychotherapeutinnen ohne Rehabilitationserfahrung die Nachsorge anbieten, wenn sie an einer Fortbildungsmaßnahme der DRV (Zulassungsseminar) teilgenommen haben. Die künftigen Anforderungen an die Nachsorge-Psychotherapeutinnen werden weiter unten beschrieben.

> Ein Nachsorgebedarf ist grundsätzlich indiziert, wenn weitere Leistungen erforderlich sind, um das erreichte Teilziel der Rehabilitation nachhaltig in den Alltag zu integrieren.

1 Dieser Beitrag ist unter dem Titel „Rentenversicherung sucht Psychotherapeuten für die Reha-Nachsorge" in „Psychotherapie Aktuell", 4.2017, erschienen – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.

2 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.

Die psychosomatische Reha-Nachsorge Psy-RENA

Die medizinische Rehabilitation wird ganztägig-ambulant oder stationär durchgeführt. Ein Nachsorgebedarf ist grundsätzlich indiziert, wenn noch weitere Leistungen erforderlich sind, um das erreichte Teilziel der Rehabilitation nachhaltig in den Alltag zu integrieren oder wenn einzelne Teilziele weitgehend, aber noch nicht vollständig im Rahmen der Rehabilitation erreicht sind, um die Erwerbsfähigkeit zu sichern (z. B. noch weiter bestehende Selbstunsicherheit, soziale Angst o. a.).

Psy-RENA ist eine unimodale Reha-Nachsorge, die im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation einer F-Diagnose nach ICD-10-G (Psychische und Verhaltensstörungen, außer Suchterkrankungen) als Erstdiagnose empfohlen werden kann. Psy-RENA kann auch bei psychischer Komorbidität, begleitend zu einer somatischen Grunderkrankung oder nach einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation erbracht werden (DRV, 2015b). Bei einer psychischen Komorbidität muss die F-Diagnose nicht Erstdiagnose sein. Das heißt, Psy-RENA kann in Einzelfällen auch nach einer somatischen Rehabilitation angezeigt sein.

Das konkrete Ziel einer Psy-RENA-Gruppe ist – anders als in der ambulanten Psychotherapie – die berufsbezogene Teilhabe.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer psychosomatischen Nachsorgeleistung wird in der Regel durch die behandelnde Ärztin oder Psychotherapeutin der Rehabilitationseinrichtung aus dem Verlauf und den Ergebnissen der medizinischen Rehabilitation getroffen. Die Rehabilitationseinrichtung stellt auf dieser Basis den Nachsorgebedarf in Art und Umfang im Einzelfall fest und empfiehlt Psy-RENA als Nachsorge. Gemeinsam mit der Rehabilitandin werden konkrete Nachsorgeziele vereinbart, die in der Nachsorgephase bearbeitet bzw. umgesetzt werden sollen. Wird im Einzelfall erst im Nachhinein ein Nachsorgebedarf erkennbar, kann die Versicherte innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitationsleistung eine Leistung zur Nachsorge beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragen. In diesem Fall ist ein begründetes ärztliches oder psychotherapeutisches Votum erforderlich.

Die Versicherte stellt mit Unterstützung der Rehabilitationseinrichtung bereits aus der medizinischen Rehabilitation heraus den Kontakt zur Psychotherapeutin her und vereinbart einen ersten Nachsorgetermin. Die Empfehlung gilt dabei als Kostenzusage für die Versicherte und die Nachsorgetherapeutin.

Das Nachsorgeangebot Psy-RENA soll wohnortnah innerhalb einer angemessenen Zeit (45 Minuten Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln) für die Versicherte erreichbar sein. Für die Suche nach einem wohnortnahen Angebot steht eine Häuserliste mit zugelassenen Psychotherapeutinnen auf den Internetseiten der einzelnen Rentenversicherungsträger zur Verfügung. Zudem ist über die Website www.nachderreha.de eine onlinegestützte Suche nach zugelassenen Nachsorgeangeboten der DRV über Postleitzahl, Wohnort und Indikation (Psychosomatik) möglich.

Die zur Durchführung von Psy-RENA erforderlichen Informationen (u. a. vereinbarte Nachsorgeziele, Auszug aus dem Reha-Entlassungsbericht) werden der Nachsorgetherapeutin zeitnah durch die Rehabilitationseinrichtung bzw. die Versicherte übermittelt.

Durchführung von Psy-RENA

Psy-RENA muss spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ende der medizinischen Rehabilitation beginnen und spätestens innerhalb von zwölf Monaten nach Ende der vorangegangenen medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein. Psy-RENA wird grundsätzlich in der Gruppe in Gesprächsform durchgeführt. Die psychosomatische Reha-Nachsorge umfasst 25 wöchentliche Gruppengespräche, die in einer geschlossenen oder halboffenen Gruppe mit einer Gruppengröße von acht bis zehn Personen stattfinden. Die Dauer der Therapieeinheiten beträgt 90 Minuten. Ergänzend zu den Gruppengesprächen findet für jede Versicherte ein Aufnahme- und ein Abschlussgespräch in Form eines Einzelgesprächs à 50 Minuten statt.

Kriseninterventionen, Angehörigengespräche und über das Gruppenangebot hinausgehende Bemühungen, die im Sinne eines Fallmanagements vernetzende bzw. koordinierende Tätigkeiten sind, können bei Bedarf im Umfang von bis zu fünf Einheiten à 20 Minuten ergänzend erbracht werden.

Psy-RENA kann in Ausnahmefällen auch in Form von Einzelgesprächen stattfinden. Dies ist der Fall, wenn keine Gruppenangebote in zumutbarer Entfernung für die Versicherte zustande kommen (mehr als 45 Minuten Fahrzeit) oder die Wartezeit bis zur Aufnahme in eine Gruppe zu lang ist (länger als drei Monate). Psy-RENA im Einzelsetting umfasst acht Gesprächseinheiten à 50 Minuten mit der Möglichkeit einer Verlängerung um vier Termine.

Wie stehen Psy-RENA und Richtlinienpsychotherapien zueinander?

Die psychosomatische Nachsorge kann eine indizierte Richtlinienpsychotherapie nach SGB V nicht ersetzen, sie kann jedoch eine Richtlinienpsychotherapie in vielfältiger Weise um

Fallvignette

Frau N., eine 40-jährige Projektreferentin, litt an ihrem Arbeitsplatz unter zunehmender Überforderung und Erschöpfung. Sie war besonders beunruhigt darüber, dass jede Verpflichtung unangenehme Stressreaktionen, Ängste, aber auch Ratlosigkeit auslöste. Sie fühle sich immer häufiger von ihrem Team im Stich gelassen und habe die Erfahrung gemacht, dass die alleinige Verantwortung für das Gelingen von Projekten an ihr hänge. Ausgerüstet mit neuen Bewältigungsstrategien kam sie von der stationären Rehabilitation zurück und musste sehr schnell feststellen, dass ihr die Abgrenzungstechniken im Arbeitsalltag kaum gelangen.

In der sich anschließenden psychosomatischen Nachsorge thematisierte sie ihre Befürchtung, sehr schnell wieder in die bekannte Überforderungssituation geraten zu können und dann erneut arbeitsunfähig zu werden. In den Gruppengesprächen wurde daher zunächst die Angemessenheit und Wirksamkeit der umgesetzten Abgrenzungstechniken untersucht. Frau N. musste erkennen, dass es ihr nicht gelang, sich von angenehmen Privilegien wie Anerkennung und Selbstbestätigung, Gestaltungshoheit der Projekte oder auch Ansprechpartnerin für attraktive Auslandskontakte zu sein, zu verabschieden. Sie sagte, dass sie sich erst durch ihre überdurchschnittlichen Leistungen und den damit verbundenen Erfolg wertvoll, attraktiv und selbstbewusst fühlen würde. Hinter der wohlmeinenden Entlastung von Aufgaben durch ihren Vorgesetzten, die sie sich zuvor von ihm erbeten hatte, argwöhnte sie, dass er damit eigentlich nur ausdrücken wolle, dass sie ihren Aufgaben nicht gewachsen sei.

Nach der stationären Rehabilitation kam noch hinzu, dass sich ihr Lebenspartner räumlich von ihr getrennt hatte. Darauf angesprochen, wie es zu dieser in beiderseitigem Einverständnis durchgeführten Trennung gekommen sei, erzählte sie, dass ihr Lebensgefährte nicht mehr mit ihrem Kontrollbedürfnis habe umgehen können. Sie habe stets Wasserhähne, Fenster und Türen mehrmals kontrollieren müssen, bevor sie die Wohnung habe verlassen können. Das habe sie aber nie als belastend empfunden, daher sei ihr Kontrollverhalten auch nicht in der Rehabilitation zur Sprache gekommen. Auch aus den Entlassungsdiagnosen war dieses Verhaltensproblem nicht erkennbar.

Erst in der nachstationären Phase fiel Frau N. auf, dass sie auch in ihrem Arbeitsteam ein hohes Kontrollbedürfnis habe. Daher bleibe sie immer am längsten im Büro, um alle Arbeitsschritte der Projektmitarbeiterinnen nachvollziehen oder auch in ihrem Sinne korrigieren zu können. Wenn sie das nicht tat, stellte sich stets großes Unbehagen oder auch Angst vor dem Scheitern des Projekts ein. Es wurde deutlich, dass die Arbeitsplatzprobleme durch einfache Verhaltens- und Problembewältigungsstrategien nur begrenzt zu bewältigen waren. Daher wurde Frau N. eine ambulante Psychotherapie empfohlen. Durch das bestehende Netzwerk des Gruppenleiters erhielt sie noch während der Nachsorge einen Behandlungsplatz.

die Teilhabeperspektive ergänzen. So bietet die Nachsorge in Gruppenform vielfältige Möglichkeiten der Selbsterfahrung und kritischen Reflexion. Neue Verhaltens- und Umgangsweisen können eingeübt, der bisherige Bewältigungsstil von Konflikten kann in der Gruppe hinterfragt und einem Realitätstest unterzogen werden. Gleichzeitig übernimmt die Nachsorgetherapeutin auch eine Beratungsfunktion. Anders als in den meisten Psychotherapien nach SGB V ist im Konzept der ambulanten psychosomatischen Nachsorge verankert, dass sich die Psychotherapeutin als „antwortendes Gegenüber" und als Expertin den Teilnehmerinnen zur Verfügung stellt. Fragen rund um Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rente (wegen Erwerbsminderung), Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitssuche, Krankengeld, Behinderung, Schulden und zur Behandlung bzw. Versorgung von somatischen und psychisch bedingten Krankheitsbildern sollte die Nachsorgetherapeutin offen gegenüberstehen. Dabei muss die Gruppenleiterin nicht alle an sie gestellten Fragen beantworten können. Allerdings wird erwartet, dass die Ratsuchenden ihren Fragen entsprechend kompetent weitervermittelt werden. Für Psy-RENA-Therapeutinnen ist ein Grundwissen über sozialmedizinische Begrifflichkeiten, Leistungen der Sozialversicherungsträger, weiterführende sozialrechtliche Beratungsmöglichkeiten und Begutachtungsgrundsätze deswegen unerlässlich.

Die Entscheidung, welches der beiden Angebote – ambulante Psychotherapie oder psychosomatische Nachsorge oder gar beides – angemessen ist, hängt vom Einzelfall ab und sollte gemeinsam mit der Patientin besprochen werden (siehe Fallvignette im Kasten). Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass manche Patientinnen neben ihren Therapien kaum noch Zeit für Freizeitaktivitäten haben, die als Ressource ebenfalls wichtig für die Stabilisierung sind.

Die Nachsorge darf jedoch nicht bei der Psychotherapeutin erfolgen, die die Richtlinienpsychotherapie durchführt. Die Richtlinienpsychotherapeutin kann jedoch nach der Rehabilitation bei Bedarf die Einleitung einer psychosomatischen Nachsorge durch eine fachliche Stellungnahme befürworten. Im Unterschied zu Psy-RENA ist der Fokus ambulanter Psychotherapie nicht schwerpunktmäßig auf das Erwerbsleben gerichtet, sodass berufsbezogene Probleme parallel zur Richtlinienpsychotherapie in der Nachsorge behandelt werden können.

Gruppenspezifische Besonderheiten und therapeutische Haltung in der Psy-RENA-Gruppe

Bereits während der Entwicklung der psychosomatischen Nachsorge zeigte sich, dass sie sich von der ambulanten Psychotherapie unterscheiden wird. Während in der ambulanten Psychotherapie Krankheitsepisoden wie auch Krankheitsverlauf behandelt werden, liegt der Fokus in der Psy-RENA-Gruppe eindeutig auf der Behandlung der Krankheitsverlaufsproblematik. Das konkrete Ziel ist die berufsbezogene Teilhabe.

Damit ist zwar die Reduktion der krankheitsspezifischen Symptomatik nicht ausgeschlossen, doch sollten die Ziele

der medizinischen Rehabilitation, nämlich die Stabilisierung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, dabei im Vordergrund stehen. Die Nachsorge soll sich inhaltlich nahtlos an die stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitation anschließen und die Rehabilitandinnen bei der Umsetzung des in der Klinik Erarbeiteten und Erfahrenen unterstützen. Es ist daher unerlässlich zu wissen, was jede Patientin für sich erreicht hat und welche Unterstützung sie für die Anwendung des Gelernten und für die Umsetzung erarbeiteter Strategien und Veränderungsziele benötigt. Neben dem Erstgespräch zu Beginn der Nachsorge dient vor allem der ärztliche Entlassungsbericht zur Formulierung der Nachsorgeziele, die gemeinsam mit der Teilnehmerin erarbeitet und besprochen werden. Schon im Erstgespräch ist die aktive Beteiligung der Nachsorgetherapeutin zur Strukturierung und Fokussierung notwendig.

Die Nachsorgetherapeutin kann eine symmetrische Beziehung zur Nachsorgeteilnehmerin gestalten. Der Behandlungsfokus auf Teilhabe und Aktivitäten in konkreten berufsbezogenen Settings erlaubt auch die Nutzung schulenübergreifender Interventionsstrategien. Oft werden von den Teilnehmerinnen konkrete Sachfragen gestellt, sie sind häufig Ratsuchende für Probleme und Ängste im Berufs- und Alltagsleben. Die Nachsorgetherapeutin ist in der Bearbeitung der Problembereiche ein Teil der aus acht bis zehn Patientinnen bestehenden Gruppe und ergänzt bereitwillig, offen und fachkundig die alltagsnahen Beiträge der Teilnehmerinnen.

Techniken zur Problem- und Konfliktbewältigung wechseln sich – wenn von den Teilnehmerinnen gewünscht – mit Informationseinheiten ab, die in Form und Durchführung mit Patientenschulungen vergleichbar sind. Im Rahmen des Fallmanagements unterstützt die Nachsorgetherapeutin die Teilnehmerinnen darin, bei entsprechender Indikation eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen oder sich in psychiatrische Behandlung zu begeben. Hierfür ist die Durchführung der Psy-RENA durch eine Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin erforderlich.

Der Ablauf der Gruppenabende folgt einem halbstrukturierten Gruppenaufbau. In der ersten halben Stunde werden im „Blitzlicht" Erfahrungen, Erlebnisse und Ereignisse der vergangenen Woche zusammengetragen. Die Psychotherapeutin hat in dieser Zeit die Möglichkeit, durch kurze Rückmeldungen, Hinweise oder mit weiterführenden Ideen bereits initiierte Veränderungen oder Problemlöseprozesse zu unterstützen und voranzubringen. Aus dem „Blitzlicht" werden Gesprächsthemen für die Gesprächsrunde abgeleitet, die oftmals Themenkomplexen zugeordnet werden können, die für die Zeit nach einer medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation typisch und wichtig sind (vgl. Kobelt, Grosch & Lamprecht, 2002; Kobelt, Winkler & Petermann, 2011). Dazu gehört der praktische, alltagstaugliche Umgang mit Kolleginnen, Vorgesetzten, Partnerinnen und Freundinnen, wenn sich nach der Entlassung aus der Rehabilitation herausstellt, dass ein einfaches „Nein" der Komplexität und Ambiguität der Situation, aber auch den manchmal nicht einschätzbaren Folgen des eigenen Verhaltens nicht gerecht wird. Die in der Klinik geübten Fähigkeiten (sozialen Kompetenzen, Achtsamkeit, Widerstandsfähigkeit) sind im Alltag und auch für die Arbeitsfähigkeit sehr wichtig. Der Umgang mit wiederauftretenden Symptomen und Belastungserleben wie depressive Stimmung, Ängste, Ärger, körperliche Beschwerden kann dann anhand konkreter Alltagssituationen geübt werden.

Rente und alles wird gut – oder nicht?

Zum Umgang mit Antrags- und Verwaltungsverfahren, Rentenwunsch, Fallmanagement

Am Übergang von der Rehabilitation ins Alltags- und Erwerbsleben ist vielen Psy-RENA-Teilnehmerinnen ihr weiterer (Erwerbs-)Lebensweg aus unterschiedlichen Gründen noch unklar. Je nach Entlassungsstatus (arbeitsfähig/arbeitsunfähig) und Erwerbsfähigkeit für die letzte Tätigkeit und den allgemeinen Arbeitsmarkt, je nach Zufriedenheit mit dem Ergebnis der stationären medizinischen Rehabilitation, je nach Erwerbsstatus (berufstätig/arbeitslos) und vor allem abhängig von der intrinsischen Motivation der Teilnehmerinnen ist die Gruppenleiterin mit sehr individuellen Fallkonstellationen und sozialmedizinischen Problemlagen konfrontiert.

> In der Nachsorge ist die Gruppenleiterin nicht nur Psychotherapeutin, sondern auch Fallmanagerin und beratende, assistierende, informierende und motivierende Begleitung.

In der Nachsorge ist die Gruppenleiterin nicht nur Psychotherapeutin, sondern auch Fallmanagerin, wenn sie die Teilnehmerinnen für die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben motiviert und berät oder auch Hilfestellungen, zum Beispiel in Form von Beratungsangeboten, leistet oder diese vermittelt, um Barrieren, die einer Wiedereingliederung im Weg stehen, überwinden zu helfen. Auch moderierende, informierende oder auch vorbereitende Gespräche mit Arbeitgeberinnen, Reha-Beraterinnen, Schuldnerberatungsstellen, Fachärztinnen und Mitarbeiterinnen von Krankenkassen, der Agentur für Arbeit und mit Jobcentern können in Einzelfällen hilfreich sein.

Gerade die beratende, assistierende, informierende und motivierende Begleitung hat in der Psy-RENA-Nachsorge für Patientinnen mit sozialmedizinischen (oder sogenannten „be-

sonderen beruflichen") Problemlagen eine große Bedeutung. So kommt es beispielsweise in der Zeit zwischen der Beantragung einer Leistung, zum Beispiel zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) oder auch einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, schnell zu einem persönlichen Stillstand, der von den Betroffenen häufig als sehr quälend und belastend empfunden wird. Die Begleitung in dieser Phase ist umso wichtiger, wenn schon zum Zeitpunkt der Antragstellung offensichtlich ist, dass der Antrag kaum Aussicht auf Erfolg haben wird. Manche Teilnehmerinnen sehen sich nach der Entlassung nicht in der Lage, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren, entweder, weil das Arbeitsverhältnis zerrüttet, die Arbeit nicht mehr leistbar oder der Arbeitsplatz nicht mehr vorhanden ist. Sie sind in den meisten Fällen davon überzeugt, dass ihr Leistungsvermögen entweder für ihre letzte Arbeitstätigkeit oder für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr ausreicht, auch wenn sie aus der Klinik mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit oder für den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen worden sind. In diesem Fall erfordert das Fallmanagement ein zweigleisiges Vorgehen, indem die Teilnehmerin einerseits über die Voraussetzungen und Aussichten eines Antrags auf Leistungen der Rentenversicherung (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rente wegen voller Erwerbsminderung) ausreichend und umfassend informiert wird, andererseits aber auch Alternativen für den Fall besprochen werden, dass der Antrag nicht bewilligt wird. Dazu gehört, gemeinsam die noch vorhandenen Ressourcen und Stärken herauszuarbeiten, die für die Stabilisierung und mittelfristig für eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben genutzt werden können. Vielen Teilnehmerinnen, deren Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung auch bereits im Widerspruchsverfahren abgelehnt wurde, ist nicht klar, wie lang sich eine sozialgerichtliche Auseinandersetzung in der folgenden Instanz hinziehen kann. Hier gilt es, gemeinsam die Vorteile und Risiken einer Klage realistisch abzuwägen und gleichzeitig mögliche Alternativen herauszuarbeiten.

Patientinnen, deren Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit aufgehoben ist und die deshalb voraussichtlich eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt bekommen, wissen oft nicht, was sich hinter einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme verbirgt. Sie sind unsicher, was auf sie zukommt, und sind daher über Informationen zu den verschiedenen Inhalten und Chancen einer beruflichen Rehabilitation sehr dankbar.

Rehabilitandinnen, die nach der medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung beginnen, sollten während der psychosomatischen Nachsorge in besonderem Maße beachtet werden (Bürger et al., 2011). Dies gilt vor allem, wenn sich die Teilnehmerinnen entweder selbst überfordern oder von Kolleginnen oder Vorgesetzten überfordert werden, in Konflikte mit Kolleginnen geraten oder aber auch sehr viel Zeit brauchen, um sich nach langer Abwesenheit an einen regelmäßigen Tagesrhythmus anzupassen. Fallmanagement und Gruppengespräche können gerade für diese Teilgruppe entlastend, konfliktlösend, motivierend, aber auch tröstend wirken.

Zulassungsvoraussetzungen, Durchführungsmodalitäten und Abrechnung von Psy-RENA

Bislang konnte die psychosomatische Nachsorge ausschließlich von Psychotherapeutinnen mit Rehabilitationserfahrung angeboten werden. Nun haben grundsätzlich alle Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen die Möglichkeit, Nachsorgepsychotherapeutinnen für die Rentenversicherung zu werden. Eine kassenärztliche Zulassung der Psychotherapeutinnen ist nicht erforderlich. Psychotherapeutinnen ohne Rehabilitationserfahrungen haben sozialrechtliche und sozialmedizinische Kenntnisse durch entsprechende Fortbildungen nachzuweisen. Entsprechende Fortbildungsangebote werden von der Deutschen Rentenversicherung vorgehalten.

Noch in Ausbildung befindliche Psychotherapeutinnen können zugelassen werden, wenn eine eindeutige Anbindung an eine Rehabilitationseinrichtung (Beschäftigungsverhältnis) besteht, die psychotherapeutische Ausbildung bis nach der Zwischenprüfung gediehen ist und eine engmaschige Supervision durch Psychotherapeutinnen erfolgt. Die Zulassung kann in diesem Fall durch den Rentenversicherungsträger befristet und einrichtungsgebunden ausgesprochen werden.

Manche Teilnehmerinnen sehen sich nach der Entlassung nicht in der Lage, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren und sind überzeugt, dass ihr Leistungsvermögen nicht mehr ausreichend ist – auch wenn sie aus der Klinik mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen entlassen worden sind.

Der Antrag auf Zulassung wird bei dem zuständigen regionalen RV-Träger gestellt. Es müssen hierbei geeignete Gruppenräume (z. B. in Beratungsstellen oder in Psychotherapie- bzw. Arztpraxen oder in anderen geeigneten eigenen oder gemieteten Räumen) nachgewiesen werden.

Die Durchführung geschieht grundsätzlich im Gruppensetting. Gruppen dauern 90 Minuten und werden mit 35,50 Euro pro Teilnehmerin abgerechnet. Für die zwei Einzelgespräche à 50 Minuten (Aufnahme- und Abschlussgespräch) werden 70,00 Euro pro Teilnehmerin erstattet. Kriseninterventionen, Angehörigengespräche und über das Gruppenangebot hinausgehende Bemühungen, die im Sinne eines Fallmanage-

ments vernetzende bzw. koordinierende Tätigkeiten beinhalten, werden bei dokumentiertem Bedarf (bis zu fünf Einheiten à 20 Minuten) zu je 16,00 Euro pro Teilnehmerin vergütet.

Nach Beendigung von Psy-RENA reicht die Nachsorgetherapeutin beim zuständigen Träger der DRV für jede teilnehmende Rehabilitandin einen Ergebnisbericht über die abgeschlossene Leistung (Abschlussdokumentation) ein. Dabei sind grundsätzlich in einem Formular der DRV die Daten der Versicherten, die Bezeichnung des Angebots, Name und Adresse der Nachsorgeeinrichtung, zuständiger Rentenversicherungsträger, Beginn und Ende der Leistung und Anzahl der Termine zu dokumentieren. Die erreichten Nachsorgeziele sind zu benennen und über den Verlauf der Nachsorge ist in freier Form zu berichten. Die Dokumentation ist dabei auf die Erreichung der teilhabebezogenen Rehabilitationsziele zu fokussieren. Dabei soll insbesondere dargestellt werden, wie sich – auf der Basis der intendierten langfristigen Erlebens- und Verhaltensänderungen – die Möglichkeiten der Teilhabe am Erwerbsleben für die Versicherte gestalten. Stabilisierungen der Teilhabemöglichkeiten sowie verbliebene Defizite sind aufzuzeigen. Über Kontakte mit Dritten im Sinne eines Case Managements ist zu berichten.

Der Ergebnisbericht ist mit der Versicherten zu besprechen und dieser zusammen mit einer Ausfertigung für die weiterbehandelnde Ärztin zu übergeben.

Zulassungsseminar zur Psy-RENA

Das Seminar zielt darauf ab, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen ohne Rehabilitationserfahrung zu befähigen, Psy-RENA-Nachsorge-Gruppen im ambulanten Setting entsprechend der aktuellen Qualitätsstandards der DRV Bund durchführen zu können. Die Rentenversicherung sieht in dem Angebot eine Möglichkeit, neue Nachsorgetherapeutinnen für die psychosomatische Reha-Nachsorge der DRV gewinnen zu können, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

Teilnehmerinnen der Fortbildung erhalten grundlegende Informationen zum Sozialsystem und zu Behandlungszielen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung sowie zu den sozialmedizinischen Begrifflichkeiten der Arbeits- und Erwerbsorientierung. Es soll ein Verständnis für eine Teilhabeorientierung bei der rehabilitationsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen vermittelt werden (Muschalla & Linden 2011a, b). Die Teilnehmerinnen sollen die Bedeutung arbeitsbezogener Ängste (vgl. DRV, in Druck) und berufs- und teilhabeorientierter Therapieziele erkennen und befähigt werden, diese Konzepte und Ziele in der Psy-RENA-Nachsorge-Gruppe anzuwenden. Es wird zudem über die organisatorischen Abläufe zur Durchführung und Abrechnung der Psy-RENA-Gruppen informiert. Die Seminare werden von Referentinnen der DRV durchgeführt.

Das Fachkonzept Psy-RENA (DRV, 2017) kann auf der Website der DRV Bund eingesehen und heruntergeladen werden: www.reha-nachsorge-drv.de.

Literatur

Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C. & Stapel, M. (2011). Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. Rehabilitation, 50, 74-85.

DRV. (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV. (2014). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV. (2015a). Rahmenkonzept zur Nachsorge. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV. (2015b). Rahmenkonzept der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV. (2017). Fachkonzept Psy-RENA. Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV. (in Druck). Selbstmanagement am Arbeitsplatz. Manual für eine Edukations- oder Psychotherapiegruppe für Patienten mit Arbeitsängsten. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Kobelt, A., Grosch, E. & Lamprecht, F. (2002). Ambulante psychosomatische Nachsorge. Stuttgart: Schattauer.

Kobelt, A., Winkler, M. & Petermann, F. (2011). Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 54 (4), 451-457.

Muschalla, B. & Linden, M. (2011a). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. Der Nervenarzt, 82, 917-931.

Muschalla, B. & Linden, M. (2011b). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 2: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und therapeutische Maßnahmen. Der Nervenarzt, 82, 1187-1200. DOI: 10.1007/s00115-011-3306-7

Dr. Ulrike Worringen

Korrespondenzadresse:
Dr. Ulrike Worringen
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Hohenzollerndamm 47
10713 Berlin
dr.ulrike.worringen@drv-bund.de

Dr. Ulrike Worringen ist Psychologische Psychotherapeutin (VT). Nach zehnjähriger klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit in verschiedenen Versorgungsbereichen ist sie seit 2002 leitende Psychologin in der Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Prof. Dr. Beate Muschalla

Prof. Dr. Beate Muschalla, Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin (VT), arbeitet als Wissenschaftlerin an der Charité Universitätsmedizin Berlin und als Professorin an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera. Zuvor war sie langjährig tätig in der psychosomatischen Rehabilitation und 2015 bis 2017 bei der DRV Bund Abteilung Rehabilitation. Seit 2004 beschäftigt sie sich in Praxis und Forschung mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten sowie mit Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Sozialmedizin.

Dr. Teresia Widera

Dr. Teresia Widera, klinische Psychologin mit Nachbarfach Sozialmedizin, leitet das Referat „Weiterentwicklung der Rehabilitation, Evidenzbasierung und Konzeption" im Grundsatz- und Querschnittsbereich „Sozialmedizin und Rehabilitation" der Deutschen Rentenversicherung Bund. In dieser Funktion leitet sie die Projektgruppe „Reha-Nachsorge" (PGRN), welche das Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung erarbeitet hat und die Umsetzung der Reha-Nachsorge begleitet.

Dr. Axel Kobelt

Priv.-Doz. Dr. Axel Kobelt, Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor (VT), arbeitet im Referat Rehastrategie der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Er hat aktuell die Lehrstuhlvertretung Rehabilitationspsychologie der Universität Bremen inne.

Aktuelles aus der Berufspolitik

Kinder und Jugendlichenpsychotherapie – (Berufspolitische) Gedanken für eine gute Versorgung

Sabine Maur & Peter Lehndorfer

Zusammenfassung: Ausgehend von der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beschäftigt sich dieser Beitrag mit der Versorgungsrealität im stationären, ambulanten und komplementären Sektor. Des Weiteren werden die erforderliche Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), die Notwendigkeit von KJP-Forschung, die Erstellung und Implementierung von Behandlungsleitlinien und die Bedingungen von internetgestützten psychotherapeutischen Interventionen thematisiert. Daraus werden berufspolitische Fragestellungen und Forderungen mit dem Ziel einer besseren Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie abgeleitet.

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich in Deutschland und in anderen westlichen Industriestaaten deutlich verändert: Nach aktuellen Studien (z. B. KiGGS-Studie; *Hölling et al., 2014*)[1] und Berichten von Krankenkassen gewinnen psychische und psychosomatische Erkrankungen immer mehr an Bedeutung. Jede fünfte Heranwachsende[2] in Deutschland hat abklärungsbedürftige psychische Probleme, etwa jedes zwanzigste Kind leidet an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Die geschlechts-, alters- und schichtspezifischen Unterschiede sind erheblich. Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status sind bedeutend häufiger psychisch belastet beziehungsweise krank. Risiko-, Schutz- und Resilienzfaktoren sind bekannt, finden aber nur wenig Widerhall in der Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik. Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird daher zu einer dringlichen gesellschaftlichen und politischen Aufgabe.

Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention haben Kinder ein Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit. Dabei ist „Gesundheit" nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit ist unter anderem ein Zustand, der soziale und individuelle Ressourcen und Kompetenzen umfasst und die Voraussetzung zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben darstellt. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und auch den vorwiegend damit befassten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen kommt dabei eine wichtige Aufgabe in Kuration, Prävention und Rehabilitation zu. Sie sollten sich aber auch äußern zu den sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen gesunden Aufwachsens. Ihr und ihnen kommt damit eine wichtige Funktion in unserer Gesellschaft zu.

Der folgende Beitrag soll vor allem ausgewählte berufspolitische Aspekte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland beleuchten. Autorin und Autor sind sich bewusst, dass dies nur ein unvollständiger Aufriss sein kann. Wir möchten mit dem Beitrag anregen, sich Gedanken über den Stellenwert und die Aufgaben der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, aber auch der Psychotherapie insgesamt in unserem Land zu machen. Wir würden uns freuen, wenn daraus der ein oder andere weitere Beitrag für das Psychotherapeutenjournal entsteht.

Prävalenz, Versorgungsrealität und Wirksamkeit

Die Meta-Analyse von *Barkmann und Schulte-Markwort (2012)* findet für Deutschland eine **Prävalenz** psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von 17.6% (das entspricht etwa 2.3 Millionen). Es wird angenommen, dass etwa die Hälfte davon eine Behandlung braucht, während die andere Hälfte mit Diagnostik und Beratung ausreichend versorgt ist (ebd., S. 200).

Eine Versorgungsrate von 50% mit Psychotherapie ist aber nach anderen Daten noch in weiter Ferne. In Inzidenz-Kohorten-Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV; Tenckhof &

1 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage www.psychotherapeutenjournal.de.
2 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.

Kurch-Bek, 2016) wird beispielsweise beschrieben, dass im Jahr 2012 etwas über 250.000 Kinder und Jugendliche (2% der gesetzlich Krankenversicherten bis 20 Jahre) *erstmals* eine F-Diagnose erhielten (Diagnosestellung über *alle* Vertragsärztinnen und -psychotherapeutinnen). Von diesen Kindern und Jugendlichen erhielten 26.000 eine genehmigungspflichtige Psychotherapie bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) bzw. Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) – also nur etwas mehr als 10%.

Die **Kosten** für psychische Erkrankungen sind vielfältig, allerdings liegen dazu keine spezifischen Daten für den Bereich von Kindern und Jugendlichen vor. Sie erzeugen höhere krankheitsinduzierte Belastungen (*„burden of disease"*) als beispielsweise Krebserkrankungen aufgrund von psychosozialen Beeinträchtigungen, erhöhter Sterblichkeit, Krankschreibungen, Frühberentungen etc. (BPtK, 2013; *Nübling et al., 2014*). Angloamerikanische Studien weisen darauf hin, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche doppelt so hohe Gesundheitskosten aufweisen wie gesunde Kinder. Hinzu kommen die langfristigen Folgekosten wie beispielsweise seltenere Erwerbstätigkeit und geringerer beruflicher Status im Erwachsenenalter (Beecham, 2014).

Insgesamt werden die indirekten Folgekosten für psychische Erkrankungen (im Erwachsenenalter) mit etwa 27 Milliarden Euro pro Jahr beziffert. Die direkten Behandlungskosten (bezogen auf das Jahr 2010) liegen bei etwa 20 Milliarden Euro pro Jahr, davon entfallen 42% auf stationäre Behandlungskosten, 30% (etwa 2.8 Milliarden Euro) auf Psychopharmaka, 5% auf die ambulante psychiatrische Behandlung und 16% auf die ambulante Psychotherapie (etwa 1.5 Milliarden Euro). Alle Modellschätzungen zeigen ein eindeutig **positives Kosten-Nutzen-Verhältnis** für Psychotherapie *(Nübling et al., 2014).* Für jeden Euro, der in Psychotherapie investiert wird, können Einsparungen von etwa zwei bis fünf Euro erreicht werden (*„return on investment").*

Zur **Wirksamkeit** von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen liegen eine Reihe von positiven Meta-Analysen vor (Chorpita et al., 2011; Midgley et al., 2017; Palmer, Nascimento & Fonagy, 2013; *Weisz et al., 2017*) mit insgesamt mittleren Effektstärken bei allerdings großen Streuungen je nach Störungsbild und je nach Beurteiler *(Weisz et al., 2017).* Leider ist die Studienlage nicht annähernd so groß wie im Erwachsenenbereich. Spannende Fragen insbesondere nach der differenziellen Indikation sowie nach Wirkfaktoren sind für den KJP-Bereich bisher nicht ausreichend erforscht. Dies hat auch damit zu tun, dass erst in den letzten Jahren mehr Lehrstühle für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entstanden sind (siehe Abschnitt „KJP-Lehrstühle und Forschung"), zum anderen aber auch damit, dass Therapieforschung im KJP-Bereich aus ethischen, strukturellen und organisatorischen Gründen schwieriger ist.

KJP in der Niederlassung

In Deutschland sind inzwischen 5.219 KJP vertragsärztlich niedergelassen (*KBV, 2017a*). Etwa ein Fünftel der 18.593 niedergelassenen PP behandeln zu mindestens 25% auch Kinder und Jugendliche. Außerdem gibt es einige PP mit Zusatzqualifikation KJP, die einen Versorgungsauftrag ausschließlich für Kinder und Jugendliche haben. Es gibt keine Zahlen zur bundesweiten Anzahl der halben Versorgungsaufträge; in Rheinland-Pfalz beträgt der Anteil der halben KJP-Versorgungsaufträge aktuell 43% *(KV RLP, 2017).* Zum Ausmaß der Kostenerstattung gibt es seit 2013 leider keine offiziellen Daten mehr. Über die Rolle der Ambulanzen der Ausbildungsinstitute und die Institutsambulanzen an den kinderpsychiatrischen und -psychosomatischen Kliniken für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen können keine verlässlichen Aussagen getroffen werden, da dazu ebenfalls keine Zahlen vorliegen.

Von den niedergelassenen KJP mit (vollem) Versorgungsauftrag sind 78,7% weiblich. Die Altersstruktur der Niedergelassenen ist wie folgt (siehe auch Abbildung 1): 17% sind unter 39 Jahre alt, 21% zwischen 40 und 49 Jahren, 33% zwischen 50 und 59 Jahren und 30% über 60 Jahre (*KBV, 2017a*). 2009 arbeiteten 23% der niedergelassenen KJP verhaltenstherapeutisch orientiert und 40% tiefenpsychologisch, 23% psychoanalytisch und 14% TP/PA (Kruse & Herzog, 2012, S. 32). Neuere Daten der KBV für 2015 (2017c) und der *KV RLP (2017)* für 2016 zeigen eine Zunahme des VT-Anteils an den Niederlassungen auf etwa 42% (Rheinland-Pfalz: 43,5%; Anteil PA: 5,9%; Anteil TP: 50,7%; siehe Abbildung 2).

Der Anteil der **Gruppentherapien** an der Richtlinien-Psychotherapie für Kinder und Jugendliche liegt bei unter 1% (konkret in Rheinland-Pfalz beispielsweise bei 0.13%, KV RLP, 2017b). Dieser Wert ist besonders problematisch, wenn man berücksichtigt, dass Störungen in der sozialen Interaktion und im sozialen Verhalten zu den häufigsten Symptomen im Kindes- und Jugendalter gehören und Einzeltherapien hier nicht immer zu einer zufriedenstellenden Verbesserung der Symptomatik führen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sollten sich äußern zu den sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen gesunden Aufwachsens.

Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die in der Probatorik gesehen werden, beginnen danach eine Richtlinien-Psychotherapie. Etwa 50–60% der KJ-Psychotherapien sind Kurzzeittherapien, knapp ein Viertel dauern mehr als 50 Stunden (*Lehndorfer, 2016*; *KV RLP 2017*). Die **Kontingente** werden in der

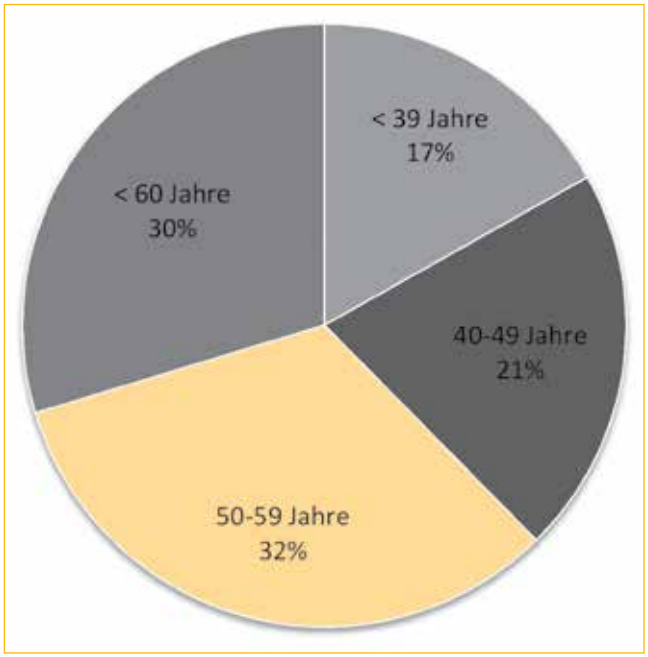


Abbildung 1: Altersstruktur niedergelassener KJP

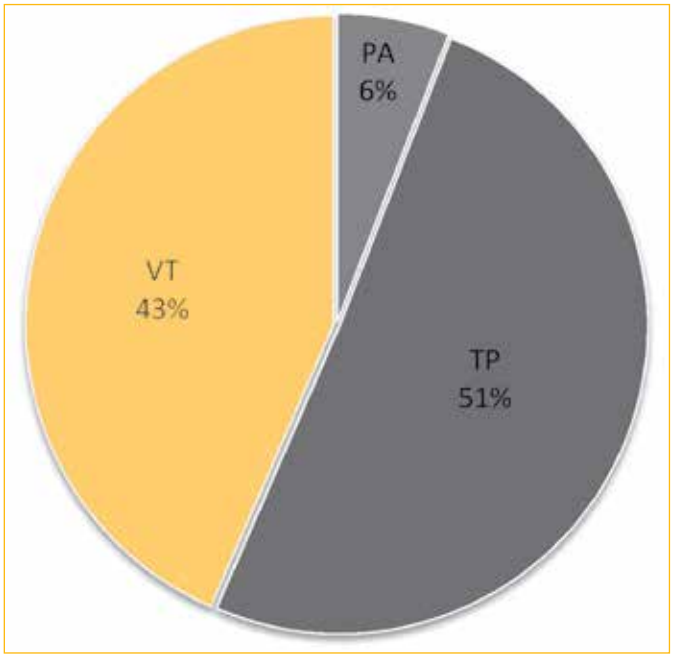


Abbildung 2: Verfahren niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten (RLP)

Regel nicht ganz ausgeschöpft. KJP orientieren sich also offenkundig am individuellen Behandlungsbedarf und nicht an der Anzahl der bewilligten Stunden. Bisweilen geäußerte Forderungen nach mehr Kurzzeittherapien oder der Reduzierung der Kontingente entbehren damit jeder Grundlage und sind obsolet. Für die Behandlung komplexerer Traumafolgestörungen beispielsweise sind aber die Kontingente der Verhaltenstherapie nach wie vor nicht ausreichend.

Häufigste **KJP-Diagnosen** in der Niederlassung sind die Anpassungsstörungen, emotionale, Angst- und affektive Störungen des Kindesalters sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Störungen des Sozialverhaltens. Während insgesamt die Anpassungsstörungen mit etwa 25–30% die größte Diagnosegruppe ausmachen, dominieren bei den Kinder- und Jugendpsychiaterinnen die „hyperkinetischen Störungen" mit 45–50% (KBV, 2017c).

Die hohe Zahl der „Anpassungsstörungen" führte bisweilen zu der irrigen Annahme, die KJP würden keine „schweren Fälle" behandeln. Die häufige Vergabe der Diagnose „Anpassungsstörung" ist aber vermutlich vor allem Folge des „Down-Coding-Effekts": Es werden im Kindes- und Jugendalter häufig eher „leichte" Diagnosen gegeben aufgrund der bekannten Folgen (u. a. keine private Krankenversicherung, Probleme beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung, Probleme bei der Verbeamtung; Best, 2012). Mit diesen negativen Konsequenzen werden immer noch junge Menschen erheblich benachteiligt und diskriminiert, die frühzeitig zur Bewältigung ihrer psychischen Erkrankungen aktiv Hilfe suchen.

Während die durchschnittliche **Wartezeit** auf ein Erstgespräch für Erwachsene bei etwa 12,5 Wochen liegt (BPtK-Studie zu Wartezeiten; BPtK, 2011), gibt es zum KJP-Bereich keine eigenen belastbaren Daten; gemeinhin wird angenommen, dass die Wartezeiten im KJP-Bereich noch deutlich länger sind. Dies möglicherweise auch deshalb, weil es nur ein Drittel so viele KJP wie PP gibt.

Die vielerorts langen Wartezeiten und der geringe Versorgungsgrad psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind unbefriedigend und inakzeptabel. Beides ist unter anderem Folge der verfehlten Bedarfsplanung und nicht, wie von manchen Krankenkassen immer wieder geäußert, Folge der mangelnden Arbeitsmoral der KJP/PP. KJP leisten in der Woche durchschnittlich 27,7 Patientinnen-Stunden (Walendzik et al., 2010, S. 25; zum Vergleich: PP leisten im Durchschnitt 23,7 Patientinnen-Stunden) und sehen im Quartal 43 Patientinnen (KBV, 2017b). Im Zi-Praxis-Panel der KBV von 2017 wurde die durchschnittliche **Arbeitszeit** von Psychotherapeutinnen mit 45 Stunden angegeben und liegt damit nur leicht unter dem Durchschnitt aller Facharztgruppen *(Zi, 2017)*. Die hohe Arbeitszeit von KJP ist umso bemerkenswerter, als dass es häufig nicht einfach ist, die Vormittage und zunehmend auch die frühen Nachmittage mit Terminen auszulasten (die Kinder sind in der Schule) und Psychotherapietermine nicht bis in die Abendstunden machbar sind aufgrund der Altersstruktur der Patientinnen.

Die KJP sind für die ambulante **psychotherapeutische Versorgung** von Kindern und Jugendlichen in Deutschland essenziell. Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen erbringen nur etwa 4% der Richtlinien-Psychotherapie (*Lehndorfer, 2016; KV RLP, 2017*: Anteil von 3.2%). Die Einkommen der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen mit SPV-Praxen (und damit geringem Psychotherapie-Anteil; SPV: Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) liegen doppelt so hoch wie die der KJP, obwohl die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen bei den Fachärztinnen

insgesamt auch nur im unteren Einkommensdrittel rangieren *(Zi, 2017)*. Der Anteil von Richtlinien-Psychotherapie in den SPV-Praxen wird mit etwa 7–8% angegeben (Berg, 2016).

Obwohl die niedergelassenen KJP maßgeblich für die hochwertige psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind, hat sich an den **strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen** in den letzten Jahren deprimierend wenig geändert. Der hohe Aufwand in KJ-Psychotherapien durch eine aufwendige Diagnostik, durch besondere rechtliche Herausforderungen (z. B. bei getrennten Eltern) und durch den Einbezug des sozialen Lebensumfelds der Patientinnen (Kindergarten, Schule, Hort, Jugendhilfe etc.) sowie von Mitbehandlerinnen wird nach wie vor gar nicht (z. B. Telefonate, Therapieberichte, Stellungnahmen) oder nicht angemessen (z. B. Diagnostik) vergütet. Hier ist es enttäuschenderweise auch durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinien nicht zu nennenswerten Verbesserungen gekommen. Positiv ist, dass die psychotherapeutische Sprechstunde deutlich besser vergütet wird als die bisher zur Diagnostik genutzten probatorischen Stunden. Wie sich die neuen Leistungen auf die Versorgung auswirken werden, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht eingeschätzt werden. Was die weitere Bewertung der Neuerungen angeht, sind die Evaluationen durch Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und Verbände abzuwarten. Enttäuschend ist aber, dass die teilweise Aufhebung der Befugniseinschränkungen nicht dazu führte, dass KJP Ergo- und Logopädie verordnen dürfen; ebenso fehlt für den Kinder-und-Jugendlichen-Bereich ein Äquivalent zur Soziotherapie.

An dieser Stelle sei kurz erwähnt, dass die diagnostischen Verfahren für den KJP-Bereich in den letzten Jahren stark zugenommen haben und eine Art Testindustrie entstanden ist, dass aber bei genauerer Betrachtung viele dieser neuen bzw. revidierten Verfahren nicht über zufriedenstellende Testgütekriterien verfügen (z. B. Maur, 2016). Für einige wenige KJP-Tests finden sich Rezensionen im Diagnostik- und Testkuratorium (DTK) der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen; dies ist insgesamt sehr unbefriedigend, da es nirgends die Möglichkeit gibt, sich als Praktikerin einen ökonomischen und zuverlässigen Überblick über die Qualität der verschiedenen KJP-Testverfahren zu verschaffen.

Nach wie vor auch ungelöst ist das bekannte Problem, dass spezielle **Risikogruppen** wie etwa Kinder aus prekären Lebensverhältnissen, Kinder mit Migrationshintergrund oder Kinder psychisch oder somatisch chronisch kranker Eltern eher selten Richtlinien-Psychotherapie in Anspruch nehmen. Neben speziellen psychotherapeutischen Zugängen und Behandlungsangeboten müssten niedrigschwellige Angebote im Lebensraum dieser Kinder angeboten und verstärkt Präventionsangebote gemacht werden können. Es scheint uns deshalb wichtig, dass die Psychotherapeutenkammern sich beispielsweise bei der regionalen Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie engagieren. Ferner sollte dieser Aspekt Eingang in die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen finden.

Die BPtK hat bereits 2014 ein **differenziertes Versorgungskonzept** für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgestellt, an dem im KJP-Ausschuss der BPtK seitdem kontinuierlich gearbeitet wurde. In diesem Konzept wird unter anderem eine Verbesserung der Kooperation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Hilfsangeboten, zwischen den Leistungserbringern nach SGB V und SGB VIII sowie zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens gefordert. Diese intensive Zusammenarbeit müsste im Leistungskatalog des EBM angemessen abgebildet werden. Des Weiteren sollte es möglich sein, ergänzende nichtpsychotherapeutische Leistungen in den Praxen anzubieten (z. B. Sozialarbeit, Heilpädagogik), so wie es die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen im Rahmen der SPV-Vereinbarung können.

Ein besonderes Kooperationsmodell wurde in der KBV-Vertragswerkstatt von KJP (vertreten durch die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland, VAKJP, und die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, DPtV) und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen (vertreten durch den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland, BKJPP) entwickelt, das im Februar 2017 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Dieses sogenannte **„Kompetenzverbund"-Modell** will die Zusammenarbeit und Kommunikation der beiden Berufsgruppen verbindlich gestalten. Besondere Behandlungsmodule darin sind unter anderem gemeinsame Fallbesprechungen, Termin- und Krisenmanagement, therapeutische und psychoedukative Gruppen für Patientinnen und Bezugspersonen sowie Möglichkeiten der Behandlung im Lebensumfeld und durch eine Therapieassistenz. Ob dieses Modell wirklich so in der Versorgung umgesetzt wird und mit welcher Vergütung, ist noch offen.

Insgesamt zeichnet sich hier ein sehr positiver Trend ab, was die Zusammenarbeit zwischen KJP und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen angeht. Für die Zukunft sind auch gemeinsame Veranstaltungen geplant auf Bundes- und Landesebene wie beispielsweise im

An den strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen für niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen hat sich in den letzten Jahren deprimierend wenig geändert.

Januar 2018 in Rheinland-Pfalz unter Beteiligung von Landespsychotherapeutenkammer, BKJPP, Landesärztekammer und der KV RLP. Auch beteiligen sich die KJP zunehmend an den kinderpsychiatrischen Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, DGKJP, und BKJPP.

Angestellte KJP

Für die KJP mit einem pädagogischen Grundberuf hat sich die Vergütung im kommunalen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) seit 2017 signifikant verbessert (Entgeltgruppe 14). Der Deutsche Psychotherapeutentag hatte zwar eine Eingruppierung auf Facharztniveau (mindestens EG 15) gefordert. Erstmals sind nun aber KJP und PP als eigene Berufsgruppen in der Entgeltordnung aufgenommen worden. Nach wie vor führt die Approbation aber im Angestelltenverhältnis nicht regelhaft zu einer höheren Eingruppierung, schon gar nicht auf Fachärztinneniveau. Dies ist einem akademischen Heilberuf mit Approbation und Fachkunde und den Befähigungen, eigenverantwortlich und in Leitungskompetenz zu arbeiten, nach wie vor nicht angemessen.

In der **Jugendhilfe**, also vor allem in stationären Jugendhilfe-Einrichtungen und in den Erziehungsberatungsstellen, nimmt die Zahl der KJP aus demografischen Gründen ab, weil zahlreiche übergangsapprobierte Kolleginnen in den Ruhestand gehen. Es besteht also ein „großer und wachsender Nachwuchsbedarf" (*BPtK, 2015*, S. 22). Die Neueinstellung approbierter KJP ist für viele Jugendhilfe-Einrichtungen aber schlichtweg zu kostenintensiv, vor allem wenn sie nicht mehr nach Grundberuf bezahlt werden sollen, sondern gemäß ihrer besonderen Qualifikation. Dies ist besonders bedauerlich, da die Kinder und Jugendlichen in der Jugendhilfe eine Hochrisikopopulation darstellen mit unbefriedigender Prognose und ohne nennenswerte Lobby. Die psychotherapeutische Versorgung dieser Kinder ist damit vor allem wieder abhängig von den Ressourcen der jeweiligen Einrichtung oder Pflegefamilien und auch von der Bereitschaft der niedergelassenen KJP, sich auf diese Population einzulassen. Letzteres ist nicht immer der Fall, gelten doch solche „Fälle" als besonders aufwendig und auch inhaltlich anspruchsvoll, zumal die besonderen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen aus Jugendhilfe-Einrichtungen und Pflegefamilien nach wie vor nicht regelhaft Bestandteil der Psychotherapie-Ausbildung sind.

Bei einer Reihe von jungen Patientinnen aus der Jugendhilfe kommt die traditionelle ambulante Psychotherapie schnell an ihre Grenzen. Hochintensive, positiv evaluierte ambulante Modelle wie das der Multisystemischen Therapie (Eigenheer et al., 2015) gibt es längst, sind aber nicht Teil der Regelversorgung und werden es auch auf absehbare Zeit nicht sein.

In ihrer Studie zu Psychotherapeutinnen in der Jugendhilfe fordert die BPtK zu Recht, dass es die Aufgabe der Profession sei, „das Berufsfeld im Blick zu behalten bzw. wieder stärker in den Blick zu nehmen" (*BPtK, 2015,* S. 22). Eine große Chance könnte hier in der Reform der Psychotherapie-Ausbildung liegen, wenn die Arbeit im komplementären Bereich fester Bestandteil der Weiterbildung würde.

Eine große Chance könnte in der Reform der Psychotherapie-Ausbildung liegen, wenn die Arbeit im komplementären Bereich fester Bestandteil der Weiterbildung würde.

Reform der Psychotherapie-Ausbildung

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-AprV) im Jahr 1999 war in Deutschland auch erstmals eine staatliche Normierung der Psychotherapie-Ausbildung verbunden. Bald danach wurde deutlich, dass die praktische Tätigkeit (das „Psychiatriejahr") fachlich sinnvoll, aber in der praktischen Umsetzung schwierig ist, da kaum inhaltliche Vorgaben und keine regelhafte Finanzierung dieses Ausbildungsteils vorgesehen waren. Im weiteren Verlauf stellte auch der Bologna-Prozess die Eindeutigkeit der Formulierung des PsychThG zu den Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung zur KJP infrage.

Bereits vor zehn Jahren forderte die BPtK deshalb eine Novellierung der Ausbildung zur Psychotherapeutin. 2017 wird dies von allen Parteien im Deutschen Bundestag unterstützt. Seit August 2017 liegt ein **Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums** (BMG) zu einem novellierten PsychThG vor und man kann davon ausgehen, dass in der kommenden Legislaturperiode des Bundestags eine Novellierung vorgenommen werden wird. Dieser Prozess wird von der BPtK, den Landespsychotherapeutenkammern und vielen Verbänden konstruktiv und kritisch begleitet. Die BPtK hat im „Projekt Transition" ein **Gesamtkonzept** einer psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung diskutiert, veröffentlicht und in die politische Diskussion eingebracht. Die Eckpunkte dieses Konzepts: Nach einem elfsemestrigen Hochschulstudium, das praktisch und wissenschaftlich für die Berufstätigkeit qualifiziert, soll nach einem Staatsexamen die Approbation als Psychotherapeutin erlangt werden können. Das Studium soll von Hochschulen angeboten werden können, die in der Lage sind, die gesetzlich definierten Inhalte zu vermitteln, über Promotionsrecht und eine Infrastruktur verfügen, die die Durchführung von Psychotherapieforschung ermöglicht. Eine Approbationsordnung soll das Studium bundeseinheitlich inhaltlich und strukturell normieren. Die Approbation unterscheidet nicht mehr

in die der PP, deren Approbation die Behandlung aller Altersstufen ermöglicht, und die der KJP, deren Behandlungserlaubnis mit dem Erlangen des 21. Lebensjahr der Patientin endet. Vielmehr werden die beiden Berufe des PP und KJP zu einem gemeinsamen Beruf zusammengeführt. Mit der Approbation erwirbt man die Befähigung, eine Weiterbildung zu absolvieren, die dann eine Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit und zu leitenden Funktionen in der Anstellung berechtigt. Diese Weiterbildung soll nach dem Willen der BPtK fünf Jahre dauern und sich in die Fachgebiete „Psychotherapie mit Erwachsenen" und „Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen" gliedern. Innerhalb der Fachgebiete soll sich die Weiterbildung wiederum auf die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren erstrecken und diesbezügliche Spezialisierungen ermöglichen. Die Weiterbildung soll in der stationären, ambulanten und optional auch in der „komplementären" Versorgung, beispielsweise in Einrichtungen der Jugendhilfe, stattfinden können und durch Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung begleitet werden. Diese zuletzt genannten Weiterbildungsteile sollen von den heute staatlich anerkannten Ausbildungsstätten übernommen und koordiniert werden. Zur Finanzierung der Weiterbildung liegt seitens des BMG noch kein Konzept vor, wohl aber von der BPtK, das sich auf Gutachten von EsFoMed (Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement) und des Deutschen Krankenhausinstituts stützt. Demnach ist die Weiterbildung durch Versorgungsleistungen, die von den Ambulanzen und Kliniken erbracht werden, und durch zusätzliche Gelder aus einem Förderfonds zur Psychotherapie-Ausbildung zu finanzieren.

Es wird immer wieder behauptet, dass durch die Ausbildungsreform der Beruf der KJP abgeschafft werden würde. Das trifft jedoch nicht zu. Richtig ist, dass die beiden Berufe der PP und KJP zu einem Beruf zusammengeführt werden. In der Approbationsordnung ist vorzusehen, dass der Beruf der Psychotherapeutin für die Behandlung aller Altersstufen qualifiziert, also auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Dies ist inhaltlich und strukturell in die Ausbildung zu integrieren. Eine Spezialisierung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfolgt durch die fünfjährige Fachgebietsweiterbildung. Die Bezeichnung für die Absolventinnen der Weiterbildung wird „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin" sein. Die KJP würde also nicht abgeschafft.

Jetzt approbierten KJP sollte durch eine Übergangsregelung ermöglicht werden, durch eine Zusatzqualifikation eine Approbation als Psychotherapeutin erhalten zu können, die die berufsrechtliche Erlaubnis zur Behandlung aller Altersstufen einschließt.

Konzeption und Organisation der Weiterbildung obliegen den Landespsychotherapeutenkammern, die dabei durch eine Musterweiterbildungsordnung der BPtK unterstützt werden. Der Berufsstand selbst hätte es in der Hand, die Weiterbildung inhaltlich nach den Notwendigkeiten in der Berufsausübung zu gestalten. Allerdings muss der Bundestag die Rahmenbedingungen hierfür noch schaffen – am besten nach dem Gesamtkonzept der BPtK. Die Novellierung des PsychThG stellt eine große Chance dar, die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendliche in unserem Land nachhaltig zu verbessern. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bliebe auf hohem fachlichem Niveau erhalten und die finanziell prekäre Situation der Ausbildungsteilnehmerinnen würde endlich beendet werden können. Die Profession muss dieses Vorhaben weiterhin kritisch und konstruktiv begleiten.

KJP-Lehrstühle und Forschung

In Deutschland gibt es inzwischen elf Lehrstühle für Kinder- und Jugendlichenpsychologie bzw. -psychotherapie (Universitäten Bochum, Bielefeld, Braunschweig, Bremen, Gießen, Kiel, Koblenz-Landau, Leipzig, Marburg, München, Trier). Das Wachsen dieses Fachgebiets führt zur dringend benötigten verstärkten Forschung und zu einem erheblichen Bedeutungszuwachs psychischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalter und ihrer Behandlungsmöglichkeiten. Der Wissenstransfer in andere, benachbarte Fächer wird gestärkt (z. B. Lehramt, Medizin), gemeinsame Projekte und Kooperationen ermöglicht. Aktuelle Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren und Interventionsansätze für verschiedene Altersgruppen, störungsspezifische Forschung, Psychotherapieforschung, neurobiologische Grundlagen und Interaktionen, Studien zu Emotionsregulation, Schlaf, Schmerz, chronischen somatischen Erkrankungen sowie zu Kindern psychisch kranker Eltern und der Eltern-Kind-Dyade.

Mit den Lehrstühlen gehen in der Regel KJP-Ausbildungsambulanzen einher. Dies führt auch zu einer intensiven Verzahnung von Forschung und psychotherapeutischer Praxis. Allerdings sind alle Lehrstühle verhaltenstherapeutisch orientiert. Hier verbindet sich mit der möglichen Ausbildungsreform die Hoffnung, dass auch die anderen Verfahren wieder verstärkt in Forschung, Lehre und universitärer Ausbildung repräsentiert werden.

Leitlinien für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Seit einigen Jahren gilt in der Medizin, dass Behandlungsmaßnahmen, Verfahren und Methoden **evidenzbasiert** sein sollten. Die derzeit gültige Legaldefinition von Psychotherapie (§ 1 PsychThG) beschreibt Psychotherapie als Maßnahme zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren. Der Wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG (WBP) definiert, welche psychotherapeutischen Verfahren und -methoden als wissenschaftlich anerkannt gelten.

Leitlinien haben anders als die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von

Aktuell gültige Leitlinien:
■ Autismus-Spektrum-Störungen, Teil 1: Diagnostik (gültig bis 2021)
■ Depressive Störungen (gültig bis 2018)
■ Enuresis (gültig bis 2020)
■ Fetale Alkoholspektrumsstörungen – Diagnostik (gültig bis 2021)
■ Intelligenzminderung (gültig bis 2018)
■ Lese- und Rechtschreibstörung (gültig bis 2020)
■ Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (gültig bis 2020)
■ Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (gültig bis 2018)
■ Suizidalität (gültig bis 2021)
■ Ticstörungen (gültig bis 2017)
Leitlinien in Entwicklung oder Überarbeitung:
■ ADHS
■ Angststörungen
■ Dyskalkulie
■ Geschlechtsdysphorie
■ Störungen des Sozialverhaltens

Tabelle: KJP-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., AWMF)

Verfahren und Methoden immer einzelne Krankheitsbilder und Syndrome im Blick und treffen Aussagen und Empfehlungen zu deren Diagnostik und Behandlung. In der Tabelle sind die aktuellen Leitlinien für den KJP-Bereich aufgeführt.

In Deutschland sind die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) federführend in der Entwicklung von Leitlinien. Bei Leitlinien zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist zumeist die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) die anmeldende Fachgesellschaft. Die BPtK und viele psychotherapeutische Fachgesellschaften arbeiten in Steuerungs- und Konsensusrunden bei der Leitlinienerstellung mit. Dabei wird das Ziel der Repräsentativität dieser Gremien nicht immer erreicht. Eine Überarbeitung des Leitlinien-Regelwerks der AWMF ist aus unserer Sicht notwendig, damit Leitlinien ihre zweifelsohne wichtige Aufgabe für die Versorgung und Versorgungsplanung erfüllen können, und nicht Gefahr laufen, standespolitisch instrumentalisiert zu werden.

Leitlinien werden eingeteilt in unterschiedliche Gruppen: S1-Leitlinien fußen auf einem Konsens innerhalb einer Profession, S2-K Leitlinien auf einen interdisziplinären Expertenkonsens, und S2-E Leitlinien ausschließlich auf einer internationalen Literaturrecherche zur Wirksamkeit von bestimmten Behandlungsmaßnahmen bei einzelnen Krankheitsbildern. Den höchsten Standard stellen S3-Leitlinien dar, die auf einer internationalen Literaturrecherche nach der Evidenz und gleichzeitig auf einem interdisziplinären Expertenkonsens beruhen. Bei der Beurteilung des Grads der Evidenz gilt, dass Metaanalysen und Studien auf RCT-Niveau den höchsten Wirkungsgrad („sollen") begründen, Metaanalysen von und naturalistische Praxisstudien den zweithöchsten („sollte") und Studien niedriger methodischer Qualität und Literaturfundstellen einen geringeren Empfehlungsgrad („kann"). Findet sich kein oder nur ein geringer Beleg für eine Evidenz, so können Empfehlungen als Expertenkonsens beschlossen werden. Diese Einteilung der Beurteilung der Evidenz wird oft kritisiert, da RCT-Studien (RCT englisch: randomized controlled trial) oftmals unter Laborbedingungen durchgeführt werden und die Aussagekraft für die Anwendung eines Verfahrens bzw. einer Methode in der Praxis bezweifelt wird.

Um die Evidenz für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen belegen zu können, sind weitere Studien zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf derzeitigem wissenschaftlichem Standard notwendig. Gerade im Bereich von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist der Nachholbedarf an Studien welt-, europa- und deutschlandweit hoch. Nötig sind deshalb staatliche Förderprogramme zur Erforschung der Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mittels Psychotherapie.

Leitlinien sollen der Praktikerin bei ihrer Entscheidung helfen, mittels welcher Verfahren und Methoden sie eine Patientin diagnostizieren und behandeln soll. Psychotherapeutinnen müssen ihre Behandlungsentscheidungen im Einzelfall treffen und begründen können. Leitlinien sollen dabei helfen und zu Rate gezogen werden. Leitlinien werden aber auch immer öfter bei politischen Entscheidungen herangezogen. Beispielsweise soll der Gemeinsame Bundesausschuss verbindliche Personalvorgaben für psychiatrische und psychosomatische Kliniken beschließen, die eine leitliniengerechte Behandlung ermöglichen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sollten die Leitlinien kennen und in ihren Praxisalltag integrieren. Sie sollten beurteilen können, welcher Empfehlung im Einzelfall zu folgen oder welche eben nicht anwendbar ist. Leitlinien können bei der **Beurteilung von Kunstfehlern und Haftungsansprüchen** herangezogen werden. Abweichungen von Leitlinien müssen in der Patientinnenakte dokumentiert werden (BPtK, 2017a). Die Bundespsychotherapeutenkammer hat deshalb damit

begonnen, in einer eigenen Schriftreihe Leitlinien praxisorientiert zusammenzufassen (BPtK, 2017a). Die Anwendung von Leitlinien innerhalb der psychotherapeutischen Tätigkeit (egal ob in eigener Praxis, im Krankenhaus oder in einer Beratungsstelle) sollten Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein.

Zukünftige Herausforderung: internetbasierte Interventionen

Die Digitalisierung erfasst in stark zunehmendem Maße auch das Gesundheitswesen. Das Feld der Online-Interventionen für psychische Erkrankungen entwickelt sich aktuell sehr schnell und ist dadurch außerordentlich unübersichtlich. Neben online durchgeführten Therapien (v. a. im Rahmen von Studien) und Apps gibt es schon die ersten therapeutischen Online-Spiele (Brezinska, 2016), und Gadgets wie Serious Games, Virtual-Reality-Brillen und Wearables (z. B. zur Erfassung der Hautleitfähigkeit) sind in der Entwicklung (Ebert & Baumeister, 2016). Für den KJP-Bereich liegt eine erste Meta-Analyse vor zur Wirksamkeit mediengestützter KVT-Therapien bei Angst- und depressiven Störungen *(Ebert et al., 2015):* Es ergab sich eine durchschnittliche Effektstärke von .72.

Mittelfristig wird die „traditionelle" Face-to-Face-Psychotherapie gerade im KJP-Bereich sicher ihren Stellenwert wahren, insbesondere auch, was therapeutische Interventionen mit Kindern, familientherapeutische Gespräche mit mehreren Personen oder Gruppentherapien angeht. Die Diagnostik wird neue interessante Daten liefern (z. B. physiologische) und dadurch vermutlich reliabler in bestimmten Bereichen werden.

Die Herausforderung für unsere Profession wird sein, die Digitalisierung im Bereich der Psychotherapie *mitzugestalten*, denn aufhalten lassen wird sie sich sicher nicht. Die nun aufwachsende Generation ist im Gegensatz zu uns die der *Digital Natives* und wird digitale Anforderungen an uns herantragen. Zusätzlich werden wir Jugendliche online erreichen können, die bisher keinen Zugang zur Psychotherapie hatten, sei es aufgrund weiter Anfahrtswege in den ländlichen Regionen oder weil sie die Face-to-Face-Situation ablehnen.

Die Implementierung von internetgestützten Interventionen in den Versorgungsalltag wird Stehen und Fallen mit der Bereitstellung sicherer Datenübertragungswege. Es müssen hier zuverlässige Grundlagen geschaffen werden, die besonderen Sorgfaltspflichten erfüllen zu können, auch beispielsweise hinsichtlich der Frage nach dem Umgang mit Notfällen, der sorgfältigen Diagnostik, der Aufklärung und Einwilligung der Patientinnen sowie der Zulassungen von Apps als Medizinprodukt (siehe vertiefend den BPtK-Standpunkt „Internet in der Psychotherapie", 2017b).

Das Thema der onlinegestützten Psychotherapie sollte so schnell wie möglich in die Curricula der Ausbildungsinstitute aufgenommen werden, um eine diesbezügliche kompetente, aber angemessen kritische nächste Psychotherapeutinnengeneration auszubilden. Dies gilt auch für therapeutische Herausforderungen im Jugendlichenbereich – wie etwa übermäßiger Medienkonsum und der Einfluss der internetbasierten Medien beispielsweise auf die Entwicklung von Identität, Körperwahrnehmung oder Sexualität.

Fazit

Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und ihre Leistungserbringerinnen haben hohe Kompetenzen hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, aber auch für den Einsatz in Rehabilitation und Prävention. Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien ist wirksam und zahlt sich für die Betroffenen und die Gesellschaft langfristig aus. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen erbringen den Großteil der (Richtlinien-)Psychotherapie für Kinder und Jugendliche in Deutschland und sind damit für die Versorgung dieser Patientengruppe essenziell. Die Bedingungen für die Leistungserbringung im ambulanten, stationären und komplementären Sektor (insbesondere der Jugendhilfe) und damit für die gute Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind aber noch erheblich verbesserungsbedürftig. Hier dürfen unsere berufspolitischen Anstrengungen nicht nachlassen, aber insbesondere sind Politik und Selbstverwaltung in Zukunft sehr viel stärker gefordert.

Zu fordern sind unter anderem:

- die staatliche Förderung von Forschung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, auch unter Berücksichtigung der Verfahrensvielfalt,
- eine Berücksichtigung des besonderen Versorgungsbedarfs von Kindern und Jugendlichen in der Bedarfsplanung,
- eine sozialgesetzbuchübergreifende Organisation der Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und deren Familien,
- Eingruppierung der angestellten KJP auf Fachärztinnenniveau,
- eine Verbesserung der Bedingungen gruppentherapeutischer Angebote für das Kindes- und Jugendalter sowie für Elterntrainings,
- das Ende der Diskriminierung von Psychotherapiepatientinnen, was Versicherungsbedingungen (private Krankenversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung) und Probleme bei der Verbeamtung angeht,
- eine bessere Vergütung von Diagnostik, der Kooperation mit anderen beteiligten Berufsgruppen sowie der Erstellung ausführlicher Therapieberichte im KJP-Bereich,
- die Möglichkeit der Verordnung von Logopädie und Ergotherapie,
- die Schaffung niedrigschwelliger psychotherapeutischer Angebote im Lebensraum von Familien und ihren Kindern,

- erweiterte Praxismodelle mit der Möglichkeit, die Patientinnen und ihre Familien auch sozialtherapeutisch unterstützen zu können,
- die verstärkte Einbringung psychotherapeutischer Kompetenzen in die Jugendhilfe,
- die Berücksichtigung von KJP-Leitlinien in Aus- und Weiterbildung; Überarbeitung des Leitlinien-Regelwerks der AWMF,
- die Entwicklung und Implementierung spezifischer internetgestützter Interventionen im KJP-Bereich unter besonderer Berücksichtigung von Qualität, Sorgfaltspflichten und Datenschutz; die Aufnahme von internetgestützten Interventionen ins Heilmittelverzeichnis (Qualitätssicherung, Zertifizierung) und die Verordnungsfähigkeit für Psychotherapeutinnen,
- eine verbesserte und angemessen vergütete Kooperation zwischen benachbarten Berufsgruppen im KJP-Bereich und verschiedenen Sektoren,
- eine Legaldefinition von Psychotherapie, die die Weiterentwicklung der Psychotherapie ermöglicht und ein Tätigkeitsspektrum in Kuration, Prävention und Rehabilitation eröffnet,
- eine angemessene Berücksichtigung der Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Ausbildung,
- eine fünfjährige Weiterbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin sowie
- Übergangsregelungen für approbierte KJP, die Approbation als Psychotherapeutin zu erlangen, um auch die berufsrechtliche Erlaubnis zur Behandlung erwachsener Patientinnen zu erhalten.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage www.psychotherapeutenjournal.de.

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. Journal of Epidemiology and Community Health, 66, 194-203.

BPtK (Hrsg.). (2015). Psychotherapeuten in der Jugendhilfe einschließlich Erziehungsberatung. Ergebnisse einer Befragung von angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Psychotherapeuten_in_Jugendhilfe/20150526_bptk_studie_jugendhilfe_2015.pdf [12.09.2017].

BPtK (Hrsg.) (2017b). Leitfaden für Internetprogramme im Praxisalltag. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/BPtK-Leitfaden_f%C3%BCr_Internetprogramme_im_Praxisalltag_01.pdf [12.09.2017].

Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., et al. (2015). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. PLoS ONE 10(3): e0119895.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. & KiGGS Study Group. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen von 3-17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Bundesgesundheitsblatt, 57, 807-819.

KBV. (2017a). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2016. Verfügbar unter: www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf [12.09.2017].

KV RLP. (2017). Auswertung genehmigungspflichtige Psychotherapien von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2016. Persönliche Mitteilung, 21.08.2017.

Lehndorfer, P. (2016). Präsentation „Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting" im Rahmen des Projekts „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse" der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Psychotherapeutenjournal, 4/2014, 389-397.

Weisz, J. R., Kuppens, S., Yi Ng, M., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., et al. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. American Psychologist, 72, 79-117.

Zi (Hrsg.). (2017). Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2015 – Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2011 bis 2014. Verfügbar unter: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf [12.09.2017].

Sabine Maur

sml@psychotherapie-mz.de

Sabine Maur, Psychologische Psychotherapeutin, ist niedergelassen in Mainz mit einem Kassensitz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Dozentin und Supervisorin. Sie ist Vorstandsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Sprecherin des KJP-Ausschusses der BPtK sowie des Beratenden Fachausschusses der KV RLP.

© BPtK

Peter Lehndorfer

peter@lehndorfer.de

Peter Lehndorfer ist als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis im Landkreis München niedergelassen. Er ist Vizepräsident der BPtK und Vizepräsident der PTK Bayern.

Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung?

Rüdiger Retzlaff, Markus W. Haun, Stefan Beher & Kirsten von Sydow

Zusammenfassung: Nach mehrjähriger Tätigkeit hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen seinen Prüfbericht zur Systemischen Therapie mit Erwachsenen im Juli 2017 veröffentlicht. Im Artikel werden die Ergebnisse ausführlich vorgestellt, gefolgt von einigen kritischen methodischen Anmerkungen und Reflexionen zum Stellenwert manualisierter Therapie in der Versorgungspraxis. Der Artikel schließt ab mit einem Ausblick möglicher Auswirkungen für die psychotherapeutische Versorgung.

Einleitung

Die Systemische Therapie zählt international zu den am weitesten verbreiteten Psychotherapieverfahren (Orlinsky & Rønnestad, 2010). In Nachbarländern wie der Schweiz ist sie eine von vier anerkannten Hauptrichtungen der Psychotherapie. In Deutschland streben die systemischen Fachverbände seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1999 (PsychThG) eine sozialrechtliche Anerkennung an. Mit Veröffentlichung des Abschlussberichtes des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Systemischen Therapie mit Erwachsenen vom 24. Mai 2017 scheint ein weiterer wichtiger Meilenstein auf diesem Weg erreicht zu sein. Auf der Basis dieses Abschlussberichtes wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entscheiden, ob neben den bestehenden Richtlinienverfahren in Zukunft auch Systemische Therapie Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen wird. In diesem Artikel werden die Ergebnisse des fast 900 Seiten langen Berichts zusammenfassend dargestellt und in den Prozess des Anerkennungsverfahrens eingeordnet. Wegen der besonderen Bedeutung der Diagnosen des sogenannten Schwellenkriteriums wird ausführlicher auf die Ergebnisse zu den Bereichen Angst- und Zwangserkrankungen und Affektive Störungen eingegangen. Nach einigen generellen methodischen Anmerkungen zu Besonderheiten der Bewertung psychotherapeutischer Verfahren folgen abschließend Reflexionen zum Stellenwert manualisierter Therapien in der Versorgungspraxis und Ausblick auf mögliche Folgen einer Erweiterung der Richtlinienverfahren um die Systemische Therapie.

Einbettung des IQWiG-Prüfberichts in das G-BA-Verfahren

Nachdem im Frühjahr 2013 der G-BA den Antrag auf Bewertung Systemischer Therapie bei Erwachsenen gestellt hatte, wurde im Sommer 2014 das IQWiG mit der „Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen" beauftragt *(G-BA, 2014)*.[1] Ein Antrag auf Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurde bislang vom G-BA nicht gestellt.

Nach einer ersten Expertenanhörung im Mai 2016 veröffentlichte das IQWiG im Sommer 2016 einen Zwischenbericht, zu dem die systemischen Fachverbände eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben haben. Es folgte eine weitere Anhörung im November 2016 u. a. mit Vertreterinnen[2] der Fachverbände und der Bundespsychotherapeutenkammer. Der Abschlussbericht wurde im Mai 2017 fertiggestellt und im Juli 2017 veröffentlicht.

Unsere Autorengruppe arbeitet seit 2003 in unterschiedlichen Konstellationen an der Erforschung der Wirksamkeit von Systemischer Therapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, und wirkte an der Stellungnahme der systemischen Fachverbände zum IQWiG-Zwischenbericht mit. Der Erstautor und die Letztautorin gehörten zum Kreis der Fachleute, die an den Hearings des IQWiG teilnahmen. Die Ergebnisse des IQWiG-Berichtes sprechen nach Einschätzung der Autorengruppe für eine Anerkennung der Systemischen Therapie als Richtlinienverfahren.

Methodik und Ergebnisse der Analysen des IQWiG

Die systematische Recherche zur Systemischen Therapie durch das IQWiG war außerordentlich aufwendig. Zwölf Mitarbeitende des IQWiG führten systematische Literaturrecherchen in wissenschaftlichen Datenbanken und anderen Quellen durch; über 9.000 Treffer

1 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.
2 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite. Der Artikel war vonseiten der Autoren und der Autorin dieses Artikels genderneutral unter Verwendung sowohl der weiblichen als auch der männlichen Form formuliert und wurde von der Redaktion angepasst.

wurden gesichtet und schließlich 3.133 Studien zur Systemischen Therapie im Volltext ausgewertet. Nur methodisch hochwertige Studien mit randomisiert kontrolliertem Design (*randomized controlled trial,* RCT) zu erwachsenen Patientinnen mit einer psychischen Störung wurden einbezogen. Von den 42 identifizierten RCT-Studien erbrachten 33 für die Fragestellung verwertbare Daten (*IQWiG 2017*, S. 6). Die Auswahl von Studien erfolgte durch zwei unabhängige Reviewerinnen. Für jede Studie wurde das Verzerrungspotenzial eingestuft und dokumentiert. Ergebnisse von Studien zu gleichen Störungsbildern wurden vom IQWiG durch selbst durchgeführte Metaanalysen quantitativ zusammengefasst. Zu den Therapieergebnissen bzw. Endpunkten wurde jeweils eine Einschätzung der Aussagesicherheit vorgenommen.

Das IQWiG fasste die psychischen Störungen zu neun Störungsgruppen zusammen (von denen allerdings nur acht nach den Psychotherapie-Richtlinien relevant sind) und prüfte den Nutzen Systemischer Therapie für jede Störungsgruppe gegenüber anderen Therapieverfahren (insbesondere Verhaltenstherapie und Psychodynamische Therapie), Beratung und Informationsvermittlung, gegenüber „keiner Zusatzbehandlung" (z. B. Wartegruppe, Kontrollgruppe ohne Intervention) oder „Systemische Therapie plus Medikation/medizinische Routinebehandlung (*treatment as usual,* TAU)" versus „nur Medikation/TAU". Die Ergebnisse der Analysen wurden nach den methodischen Eigenarten der zugrundeliegenden Studien pro Störungsgruppe einer von drei Gruppen zugeordnet: „Anhaltspunkt", „Hinweis" oder „Beleg" für einen Nutzen, „respektive Evidenz", „hohe Evidenz" oder „sehr hohe Evidenz".

Alle Ergebnisse lassen sich ausführlich im veröffentlichten Abschlussbericht nachlesen *(IQWiG, 2017).* Insgesamt kommt das IQWiG zu ähnlichen Aussagen wie die systematischen Übersichtsarbeiten von *Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer (2007)*, Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff (2010) sowie die Metaanalyse von *Pinquart, Oslejsek & Teubert (2016).*

Vorgaben für die sozialrechtliche Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren

Für die Aufnahme „neuer" Verfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sind folgende Hürden zu nehmen:

1. Eine Bestätigung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP). Die Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapien wurde 2008 nach langjähriger Prüfung vom WBP bestätigt *(WBP, 2008).*

2. Entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des *G-BA (2016)* wird außerdem ein Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit für eine Reihe von Störungsgruppen verlangt (siehe Tabelle). Dieser weitere aufwendige Überprüfungsschritt erfolgt in der Regel durch eine Arbeitsgruppe der Unterausschüsse „Methodenbewertung" und „Psychotherapie" des G-BA. Obwohl die Kriterien des Nutzennachweises durch die Verfahrensordnung des G-BA geregelt sind, hat das IQWiG selbst seine nach unserer Auffassung deutlich strengeren methodischen Kriterien in einem eigenen Methodenpapier dargelegt (IQWiG, 2015). Mit der Systemischen Therapie wurde das Institut, das bisher vor allem Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft hat, erstmalig mit der Nutzenbewertung eines Psychotherapieverfahrens beauftragt.

3. In einem dritten Prüfschritt wird nun vom G-BA zu evaluieren sein, ob die Kriterien der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit erfüllt sind, da diese Aspekte vom IQWiG nicht geprüft wurden. Diese Bewertungskriterien scheinen weitaus weniger operationalisiert zu sein als jene für den Nutzennachweis.

   Derzeit überprüft der G-BA die Richtlinienverfahren, die durch das vom Gesetzgeber 1999 verabschiedete PsychThG und nicht vom G-BA anerkannt wurden. Daher eignen sie sich nur bedingt als Vergleichskriterium für ein sozialrechtlich neu zuzulassendes Verfahren.

   Eine besondere Hürde ist der unbedingt erforderliche Nachweis der Wirksamkeit eines neuen Psychotherapieverfahrens bei Angst- oder Zwangsstörungen sowie bei Affektiven Störungen. Dieses zusätzliche, nach Abstimmungen zwischen WBP und G-BA 2007 eingeführte sogenannte *Schwellenkriterium* wurde bei seiner Einführung kontrovers diskutiert, weil es besonderes häufige, aber eben nicht primär schwere psychische Störungen mit hohem gesundheitlichen Beeinträchtigungsgrad, gravierenden sozialen Folgen und daraus resultierenden wirtschaftliche Konsequenzen berücksichtigt (Retzlaff, Sydow, Rotthaus, Beher & Schweitzer, 2009).

Zusammengefasst attestiert das *IQWiG (2017)* der Systemischen Therapie evidenzbasierte Wirksamkeit für die Anwendungsbereiche:

- Ängste und Zwänge,
- Affektive Störungen,
- Schizophrenie und bipolare Störungen,
- Essstörungen,
- Körperliche Erkrankungen mit psychischen Faktoren (Bronchialkarzinom, chronische entzündliche Darmkrankheiten, chronische Hepatitis, HIV-Infektion, koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt, orthopädische Beschwerden, Rückenschmerzen, rheumatoide Arthritis),
- Substanzkonsumstörungen und
- Gemischte Störungen.

Für den Bereich Persönlichkeitsstörungen wurde „kein Anhaltspunkt für einen Nutzen, einen Schaden oder einen geringeren Nutzen" gefunden, da sich die Wirksamkeit von Systemischer Therapie in einer Studie nicht signifikant von der Wirksamkeit von Psychodynamischer Therapie unterschied. In der unter „Gemischte Störungen" positiv

		Störungsbereich	Studien	
Unbedingt erforderlich „Schwellenkriterium“	**1.1**	**Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie**	**6**	**„Anhaltspunkt“**
	1.2	**Angststörungen und Zwangsstörungen**	**4**	**„Hinweis“**
und entweder zusätzlich für mindestens **einen** der nebenstehenden Anwendungsbereiche	1.3	Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	–	
	1.8	Persönlichkeitsstörungen	1	kein Wirksamkeitsunterschied zu einer alternativen Psychotherapie
	2.1	**Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.**	**6**	**„Anhaltspunkt“**
oder zusätzlich für **mindestens zwei** der nebenstehenden Anwendungsbereiche:	1.4	Reaktionen auf schwere Belastungen & Anpassungsstörungen	**siehe gemischte Störungen**	
	1.5	**Essstörungen**	**3**	**„Anhaltspunkt“**
	1.6	Nichtorganische Schlafstörung	-	
	1.7	Sexuelle Funktionsstörungen	-	
	1.9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	nicht geprüft	
	2.2	Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen	-	
	2.3	**Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe (körperliche Erkrankungen)**	**9**	**„Anhaltspunkt“**
	2.4	**Schizophrenie und affektive psychotische Störungen**	**5**	**„Hinweis“**
		Gemischte Störungen	1	„Anhaltspunkt“

Tabelle: Störungsbereiche, erforderliche Belege nach § 19 der Psychotherapierichtlinien (G-BA, 2016) und tatsächlich vom IQWiG festgestellte Belege (anerkannte RCT-Studien)

Anmerkung: Fett gedruckt sind die Störungsbereiche, in denen das IQWiG einen Anhaltspunkt oder einen Hinweis für einen Nutzen Systemischer Therapie festgestellt hat. Für eine ausführliche Darstellung siehe IQWiG, 2017, S. 7.

bewerteten Studie von Lau und Kristensen (2007) waren zwar 91% der Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, dies wurde aber nicht entsprechend berücksichtigt, da es nur bei 40% der Personen die primäre Diagnose war.

Für Demenzerkrankungen, die bei den Diagnosegruppen, für die laut Psychotherapie-Richtlinie Nutzennachweise zu erbringen sind (siehe Tabelle), nicht aufgeführt sind, wurde vom IQWiG kein Anhaltspunkt für einen Nutzen gefunden.

Störungsbereich Ängste und Zwänge

Das IQWiG vergleicht – soweit möglich – die Wirksamkeit von Systemischer Therapie immer mit drei Alternativen: Beim Vergleich von Systemischer Therapie mit einer anderen Psychotherapie hat es bezüglich Angststörungen einen „Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen“ konstatiert, beim Vergleich von Systemischer Therapie mit Beratung/Informationsvermittlung einen „Anhaltspunkt für einen Nutzen“ der Systemischer Therapie und beim Vergleich von Systemischer Therapie mit „keine Zusatzbehandlung“ sogar einen „Hinweis auf einen Nutzen“ *(IQWiG, 2017, S. 7).*

Neben einer polnischen Studie und zwei chinesischen Studien zu Ängsten bzw. Zwängen ist für diesen Störungsbereich insbesondere die groß angelegte *Helsinki Psychotherapy Study* bemerkenswert. Bezugnehmend auf den dort untersuchten Vergleich zwischen drei verschiedenen Interventionen – Systemische Therapie, psychodynamische Kurzzeittherapie sowie psychodynamische Langzeittherapie (*Knekt & Lindfors, 2004; Knekt et al., 2008;* Knekt et al., 2011) – zu verschiedenen Auswertungszeitpunkten konstatiert das IQWiG für den Vergleich mit einer Richtlinientherapie einen „Anhaltspunkt“ *zuungunsten* der Systemischen Therapie. Dabei ist zu beachten:

Die **Therapiedosis** der verglichenen Verfahren war sehr unterschiedlich: Systemische Kurzzeittherapie (ST-KZT): maximal zwölf eineinhalbstündige Sitzungen mit einer maximalen Therapielänge von acht Monaten, psychodynamische Kurzzeittherapie (PD-KZT): 19 Sitzungen, psychodynamischen Langzeittherapie (PD-LZT): 232 Sitzungen in der Fre-

quenz von zwei bis drei Sitzungen pro Woche über zweieinhalb bis drei Jahre.

Hinsichtlich der Angststörungen ergaben sich folgende Ergebnisse:

- ST-KZT verglichen mit PD-KZT: kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit auf allen bis auf einer Skala (1-Jahres-, 3-Jahres-, 5-Jahres-Follow-up).
- ST-KZT verglichen mit PD-LZT: kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit (1-Jahres-, 3-Jahres-, 5-Jahres-Follow-up: Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) – jedoch geringere Wirksamkeit der Systemischen Therapie im 3-Jahres-Follow-up in der Symptom Checklist 90 (SCL-90) ANX (Angst).
- Die 10-Jahres-Follow-up-Untersuchung wurde vom IQWiG nicht mehr berücksichtigt: Dort ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen ST-KZT und PD-LZT; Systemische Therapie war sogar signifikant wirksamer als PD-KZT *(Knekt et al., 2016)*. Psychodynamische Therapie bzw. tiefenpsychologisch orientierte Therapie (unter 100 Stunden) gilt in Deutschland als ein eigenständiges Psychotherapieverfahren.
- Eine Vollremission der Angst gab es bei Systemischer Therapie bereits nach zwölf Sitzungen bei 60% der Patientinnen, ein durchaus respektables Ergebnis.
- Auf Grundlage der gesonderten Auswertung der Ergebnisse für Angstpatientinnen ohne komorbide Störungen bezeichnete der Studienleiter Paul Knekt selbst die Schlussfolgerung, Systemische Therapie habe einen geringeren Nutzen bei Angststörungen als psychodynamische Langzeittherapie, als inkorrekt (Ergebnis einer eigenen Autorenanfrage) *(Knekt, Lindfors, Heinonen & Maljanen, 2016)*.

Die Einschätzung des IQWiG, Systemische Therapie wirke weniger gut als ein Richtlinienverfahren, erscheint uns somit insgesamt diskussionswürdig.

Ergänzend sei auf eine neue, am Universitätsklinikum Heidelberg durchgeführte Pilotstudie zur sozialen Phobie hingewiesen (Hunger et al., 2016), die vom IQWiG noch nicht berücksichtgt werden konnte. Systemische Therapie schnitt dort signifikant besser ab als Kognitive Verhaltenstherapie.

Somit ist es naheliegend, dass im Anwendungsbereich Angst- und Zwangsstörungen die Evidenz zugunsten der Systemischen Therapie robuster ist als im IQWiG-Bericht dargestellt.

Störungsbereich Depression

Für diesen Bereich stellt das IQWiG einen „Hinweis auf einen Nutzen" von Systemischer Therapie im Vergleich mit einem anderen Psychotherapieverfahren fest sowie „Anhaltspunkte für einen Nutzen" beim Vergleich von Systemischer Therapie mit einer anderen Psychotherapie sowie beim Vergleich von Systemischer Therapie mit Beratung und Informationsvermittlung *(IQWiG, 2017, S. 7)*.

Ausgeschlossen von der Bewertung wurde die Studie von *Leff et al. (2000)*, in der die Behandlung von Patientinnen mit depressiven Störungen in den Studienarmen Systemische Therapie vs. Pharmakotherapie vs. Kognitive Verhaltenstherapie verglichen wurde. Der Studienarm Kognitive Verhaltenstherapie musste wegen der hohen Abbrecherrate eingestellt werden. Die Studie wurde vom IQWiG ausgeschlossen, weil sich die Hersteller des Wirkstoffs des eingesetzten trizyklischen Antidepressivums (Desipramin) 2011 aus wirtschaftlichen Gründen nicht um eine erneute Zulassung des Arzneimittels bemüht haben. Allerdings war zum Zeitpunkt der Studie Desipramin sowohl im Studienland Großbritannien als auch in Deutschland ein gängiges Arzneimittel zur Behandlung von Depressionen. Es ist in Deutschland weiterhin verkehrsfähig, darf zum Beispiel über die USA und Kanada importiert und verwendet werden und steht als Empfehlung in der aktuellen Fassung der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2015). Ein Einschluss der Studie im weiteren Bewertungsverfahren des G-BA erscheint deshalb angezeigt. Für den Bereich Affektiver Störungen ist unter Einbeziehung der Studie von *Leff et al. (2000)* von einer noch stärkeren Evidenz für einen Nutzen Systemischer Therapie auszugehen.

Besonderheiten der Psychotherapieforschung

Aus unserer Sicht wurden die Besonderheiten des Forschungsgegenstandes Psychotherapie, zu dem das IQWiG erstmalig ein Verfahren untersuchte, in vielen Punkten berücksichtigt. Andere Punkte, die das IQWiG wiederholt zum Gegenstand einer methodischen Kritik erhebt und die zum Teil auch zu einer weniger deutlich positiveren Bewertung der empirischen Evidenz der Systemischen Therapie führten (z. B. fehlende Verblindung, teilweise kleine Stichproben), betreffen allerdings die Psychotherapieforschung im Ganzen und nicht allein die zur Systemischen Therapie. In diesem Zusammenhang wäre es – schon unter formalen Gesichtspunkten – wünschenswert gewesen, dass sich das IQWiG nicht am CONSORT-Statement (*Consolidated Standards Of Reporting Trials*) für medikamentöse Studien orientiert hätte (Moher et al., 2010), sondern an der Erweiterung für nichtmedikamentöse therapeutische Studien (Boutron et al., 2008).

Beispielhaft auch für andere methodische Probleme möchten wir auf die Problematik der **Verblindung in Psychotherapiestudien** eingehen: Das IQWiG hat die (positiven) empirischen Belege für die Wirksamkeit von Systemischer Therapie in drei Klassen eingeteilt: Am überzeugendsten sind „Belege", gefolgt von „Hinweise" und schließlich „Anhaltspunkte". Bei dieser Klassifikation ist für das Erreichen der höheren Stufen unter anderem von zentraler Bedeutung, dass Doppelblindstudien durchgeführt werden (weder Ärztin noch Patientin wissen, ob ein echtes Präparat oder ein Placebo verabreicht wird). Das ist in der Pharmaforschung sehr sinnvoll – in der Psychotherapie-

forschung dagegen kaum zu realisieren: Psychotherapeutinnen müssen wissen, was sie tun, und auch Patientinnen können meist erkennen, welche (Psycho) Therapie sie erhalten *(Wampold & Imel, 2015, S. 121).* Auch das IQWiG konstatiert, dass doppelte Verblindung bei nichtmedikamentösen Verfahren häufig nicht realisierbar ist (IQWiG, 2015, S. 62), hält an der Forderung danach aber grundsätzlich fest. Wenn aufgrund der Unmöglichkeit, Verblindung in der Psychotherapieforschung umzusetzen, höhere Evidenzstufen allgemein nicht erreicht werden können, darf dies jedenfalls nicht der Systemischen Therapie im Besonderen angelastet werden.

Kritisch ist auch die Forderung des IQWiG nach verblindeter Endpunktmessung zu hinterfragen: Wer sollte im Sinne höchster Validität am Ende einer Intervention einschätzen, ob es der Patientin besser geht – eine verblindete Fremdraterin oder die unverblindete Patientin selbst? Wir halten die Patientenperspektive bei der Einschätzung von Veränderungen für durchaus aussagekräftig, zumal aus der Psychotherapieforschung bekannt ist, dass Urteile über Therapieprozess und -ergebnis zwischen Psychotherapeutinnen, Patientinnen und externen Bewerterinnen häufig enorm variieren, aber insbesondere die Einschätzungen von Patientinnen mit dem Therapieergebnis zusammenhängen (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010).

Einordnung der IQWiG-Begrifflichkeit „Anhaltspunkte“ und „Hinweise“

Während das IQWiG die Bestimmung des Nutzens für ein Verfahren oder Produkt entsprechend seines Methodenpapieres (IQWiG, 2015) in die vier Kategorien „Anhaltspunkt“, „Hinweis“, „Beleg“ und „keine Grundlagen für einen Nutzen“ einteilt, kennt der G-BA nur zwei Kategorien: Nutzen belegt versus Nutzen nicht belegt. Die Klassifikation des IQWiG erlaubt eine größere Differenzierung, aber wie wird der G-BA beim Einordnen der Ergebnisse zur Systemischen Therapie in seine zweistufige Kategorie vorgehen? Insofern gehen wir davon aus, dass bereits „Anhaltspunkte“ für einen Nutzen Systemischer Therapie in der Einteilung des G-BA als Nutzenbeleg gewertet werden.

Selektion der geprüften Studien

Mehrere Studien wurden trotz Hinweisen in der Stellungnahme der systemischen Fachverbände vom IQWiG aus unterschiedlichen Gründen nicht berücksichtigt. Eine ausführliche Darstellung dazu findet sich in der Stellungnahme der systemischen Fachverbände *(Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie und Systemische Gesellschaft, 2016).*

Die Problematik der Bewertung von Nutzen und Schaden

Es wurde kein Hinweis auf eine schädliche Wirkung von Systemischer Therapie ausgemacht *(IQWiG, 2017, S. 86f.);* gleichzeitig wurde für die entscheidenden Störungsbereiche der Nutzen von Systemischer Therapie nachgewiesen. Generell halten wir eine umfassendere Erhebung auch von möglichen Schäden auch in der Psychotherapieforschung für wünschenswert.

Die Feststellung, keine abschließende Nutzen-Schaden-Gesamtabwägung vornehmen zu können, da die Studien keine Daten zu unerwünschten Ereignissen bzw. Nebenwirkungen lieferten *(IQWiG, 2017, S. iv),* mag nach den methodischen Standards des IQWiG schlüssig sein, weist aber auf ein Dilemma der derzeitigen Psychotherapieforschung hin: Das IQWiG bestätigt an anderer Stelle *(IQWiG, 2016, S. 86),* dass in der Psychotherapieforschung insgesamt nur unzureichend unerwünschte Ereignisse und Nebenwirkungen erfasst werden – dies ist also kein spezifisches Merkmal der Forschung zur Systemischen Therapie.

Festzuhalten ist:

- Aus den vom IQWiG eingeschlossenen Studien zur Systemischen Therapie lassen sich durchaus Angaben zu unerwünschten Ereignisse und Nebenwirkungen ableiten. So ergaben sich weder in einer Studie zu Essstörungen (Dare, Eisler, Russell, Treasure, & Dodge, 2001) noch in einer Studie zu depressiven Störungen (Lemmens, Eisler, Buysse, Heene & Demyttenaere, 2009) Unterschiede zwischen den Studienarmen bzgl. stationären Aufnahmen im Verlauf. Gerade für diese beiden Störungsbilder ist jedoch anzunehmen, dass es bei signifikant häufiger schädlichem Verlauf im Studienarm Systemische Therapie dort auch zu signifikant häufigerer Hospitalisierung hätte kommen müssen (wg. eines niedrigen Körpergewichts bzw. Suizidalität). Die Endpunkte Hospitalisierung und unerwünschte Ereignisse werden vom IQWiG jedoch nur getrennt betrachtet.
- In dem mit dem G-BA abgestimmten Methodenpapier des WBP und bei der derzeitigen Überprüfung der Richtlinienverfahren führen fehlende Daten bezüglich unerwünschter Ereignisse nicht zu einem Verzicht auf eine Nutzen-Schaden-Gesamtabwägung.
- Eine der drei Kategorien, nach denen unerwünschte Ereignisse eingeteilt werden, betreffen negative Auswirkungen auf den Arbeits-, Familien- und sozialen Kontext (*IQWiG, 2017,* S. 86). Durch den in der Systemischen Therapie üblichen Einbezug gerade solcher Bezugspersonen ist es sehr plausibel, dass Systemische Therapie eine besondere präventive Wirkung gegen solche unerwünschten Ereignisse hat.

Insgesamt gesehen hat das IQWiG mit seinem Bericht einen bemerkenswert umfassenden, fundierten und sorgfältig recherchierten Bericht vorgelegt. Im Folgenden werden einige Probleme bzw. Herausforderungen bei der Übersetzung der wissenschaftliche Ergebnisse in den durch die Psychotherapie-

Richtlinie des G-BA vorgegeben Anerkennungsprozess neuer Psychotherapieverfahren diskutiert.

Medizinische Notwendigkeit

Dieses in der Psychotherapie-Richtlinie für eine Zulassung geforderte Kriterium ergibt sich nach unserer Einschätzung nicht allein daraus, dass ein Verfahren besser wirkt als ein bereits zugelassenes Verfahren: Nicht jedes Psychotherapieverfahren wirkt bei jeder Person gleich und gleich gut; es gibt auch Patientinnen, die nicht oder wenig von einem bestimmten Verfahren profitieren (Valkonen, Hanninen & Lindfors, 2011). Die medizinische Notwendigkeit eines Verfahrens ergibt sich auch aus Faktoren wie der Patientenzufriedenheit, der Zufriedenheit von Angehörigen, der Anwendbarkeit auch bei Patientinnen aus diversen ethnischen Gruppen, der Abbrecherquote in der Psychotherapie etc. Wir sehen eine niedrige Abbrecherquote bei Systemischer Therapie sehr wohl als einen deutlichen Vorteil für die Versorgung an (*Pinquart et al., 2016; Sydow et al., 2007*; Sydow et al., 2010).

Studien zum Kosten-Nutzen-Vergleich

Gesundheitsökonomische Gesichtspunkte sollten bei der Bewertung durch den G-BA berücksichtigt werden. Ausführliche Literaturhinweise finden sich bei Crane (2016) sowie in der gemeinsamen Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie und der Systemischen Gesellschaft (2016).*

Kritische Überlegungen

Medikalisierung von Lebenskontexten: Bereits nach Veröffentlichung der Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie wurde auf die problematischen Aspekte der Übernahme eines einseitigen medizinisch-pharmakologischen Wissenschaftsverständnisses hingewiesen, das den Besonderheiten des systemischen Modells und der Psychotherapie allgemein nicht gerecht werde. Die Problematik der Anwendung von Bewertungskriterien des pharmakologischen Modells auf die Psychotherapie wurde von *Revenstorf (2005)* diskutiert und wird zunehmend auch in der Psychotherapieforschung hinterfragt (vgl. die Übersichtsarbeit von Eiling, Schlipfenbacher, Hörz-Sagstetter & Jacobi, 2014).

Notwendig, aber nicht hinreichend: Ein wichtiges Kriterium bei der Prüfung von RCT-Studien ist die Manualisierung der zu prüfenden Intervention. Manualisierte systemische Therapien sind nachweislich erfolgreich, da jedoch viele Patientinnen unter multiplen Störungen leiden und immer die Eigenheiten der Patientin und ihres Umfelds berücksichtigt werden sollten, fordert die Psychotherapie-Richtlinie, dass in Therapieanträgen ein maßgeschneiderter Behandlungsplan entwickelt wird. In der Systemischen Therapie ist die Behandlung klinischer Störungsbilder in einen breiten Verstehenskontext eingebettet, was viele systemische Manuale auch besonders berücksichtigen (Retzlaff, 2016; Sydow, 2015; Sydow & Borst, in Vorb.).

Abschließende Überlegungen

Innerhalb der Psychotherapieforschung werden *treatment*-spezifische Aspekte zwar besonders häufig erforscht, gelten aber nur als ein Wirkfaktor neben anderen (Sexton et al., 2011). Unspezifischen Faktoren wie insbesondere einer guten therapeutischen Allianz, die sich insbesondere in gemeinsamen Behandlungszielen und Einigkeit im therapeutischen Vorgehen zeigt, guten interpersonellen Fähigkeiten, einem strukturierten zielorientierten Vorgehen, einer guten Affektmodulation sowie Wärme und Akzeptanz wird von vielen Psychotherapieforscherinnen eine hohe Bedeutung beigemessen (Duncan et al., 2010). Interessanterweise sprechen auch diese Befunde in vielerlei Hinsicht für eine Aufnahme Systemischer Therapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum einen begünstigt die zentrale Rolle der Auftragsklärung innerhalb der Systemischen Therapie eben dieses Einverständnis und trägt damit über die gute therapeutische Allianz mutmaßlich zu den bemerkenswerten Haltequoten auch in den Therapiestudien bei. Zum anderen sorgt gerade eine Steigerung von Auswahlmöglichkeiten aufseiten der Patientin dafür, diesen wichtigen Wirkfaktor noch stärker zu realisieren. Da auch die Überzeugtheit der Psychotherapeutin von der Richtigkeit der Intervention zu den bedeutsamsten Wirkkomponenten zählt *(Revenstorf, 2005; Wampold & Imel, 2015)*, gilt dieses Argument auch auf Psychotherapeutenseite. Entsprechend löst sich die Psychotherapieforschung zunehmend von der Unterscheidung zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren und interessiert sich verstärkt für deren Interdependenzen (Duncan et al., 2010). Orientiert am Modell einer evidenzbasierten Praxis ist das Ziel, dass Praktikerinnen, die in einem Psychotherapieverfahren auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse gut ausgebildet sind, individualisiert mit ihren Patientinnen zusammenarbeiten. Sie beziehen sich auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und entwickeln maßgeschneiderte psychotherapeutische Vorgehensweisen, bei denen die therapeutische Allianz und das Feedback der Patientinnen über den Therapieprozess eine hohe Bedeutung haben (Carr, 2017).

Seit Einführung des PsychThG 1999 sind die Ausbildung zur Psychotherapeutin und die psychotherapeutische Tätigkeit in Deutschland stark formalisiert und reguliert worden. Eine mögliche Anerkennung als Richtlinienverfahren dürfte das Selbstverständnis der Systemischen Therapie und die Ausbildungspraxis vor erhebliche Chancen, aber auch Herausforderungen stellen. Sie würde eine eher pragmatische Ausrichtung fördern, die vermutlich bei vielen bereits im deutschen Gesundheitswesen tätigen Systemischen Therapeutinnen vorliegen dürfte (Sydow, 2015; Sydow & Borst, in Vorb.).

Der IQWiG-Abschlussbericht belegt, dass Systemische Therapie wirksam, in

manchen Anwendungsbereichen sogar wirksamer ist als die derzeitigen Richtlinienverfahren. Sie ist auch wirksam bei kostenintensiven Störungen, wie zum Beispiel Schizophrenie und affektiven psychotischen Störungen, und bei körperlichen Erkrankungen mit psychischen Faktoren und kann dazu beitragen, Behandlungskosten zu reduzieren. Durch ihre Lösungs- und Ressourcenorientierung sowie die explizite Einbeziehung des sozialen Umfeldes ist sie sehr geeignet, die Eigenkompetenz und Eigenverantwortung von Patientinnen im Sinne des SGB V §1 zu stärken. Durch bewährte, bereits in den 1970er-Jahren entwickelte Kurzeittherapiekonzepte gibt es ein Instrumentarium für eine effektive Akut- und Kurzzeitbehandlung mit vergleichsweise geringerer Therapiedosis, was keineswegs bedeutet, dass Kurzzeittherapien immer hinreichend wären. Systemische Therapie hat positive Auswirkungen auf Angehörige von Patientinnen und eine sehr niedrige Abbrecherrate (*Pinquart et al., 2016*; Sydow et al., 2010). Systemische Therapie verfügt über differenzierte Konzepte für eine kooperative Gesundheitsfürsorge und ermöglicht ein kultursensitives Vorgehen wie auch die Arbeit in multiprofessionellen Kontexten (Haun, Kordy, Ochs, Zwack, & Schweitzer, 2013; McDaniel, Doherty, & Hepworth, 2014). Eine Anerkennung der Systemischen Therapie als Richtlinienverfahren wäre somit potenziell eine Bereicherung für die Patientenversorgung und die Psychotherapie insgesamt.

Ausblick

Über die Ergebnisse des IQWiG wird der G-BA in seinen Unterausschüssen Methodenbewertung und Psychotherapie beraten und ggf. eine Abstimmungsvorlage ins Plenum bringen. Eine sozialrechtliche Zulassung der Systemischen Therapie würde Patientinnen den Zugang zu einem hochwirksamen Psychotherapieverfahren ermöglichen und die Wahlfreiheit von Patientinnen sowie von Psychotherapeutinnen erhöhen – so wie dies in einigen europäischen Nachbarländern wie etwa Österreich oder der Schweiz innerhalb des Kassensystems längst praktiziert wird *(Borsca, 2016).* Es bleibt zu hoffen, dass nach einem inzwischen weit über einem Dutzend Jahre dauernden Prüfprozess durch WBP und G-BA die Anerkennung durch den G-BA bald erfolgen wird.

Das IQWiG hat fundiert und sorgfältig die Forschung zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen analysiert; es wäre wünschenswert, dass der G-BA baldmöglichst auch den Auftrag für eine Prüfung des Bereichs Kinder- und Jugendliche erteilt: Hier liegen noch weitaus mehr RCT zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie im Vergleich zu Störungen des Erwachsenenalters vor (Retzlaff, Sydow, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013; Sydow, Retzlaff, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013) und die Versorgungsrelevanz dürfte für diesen Bereich besonders hoch sein.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage www.psychotherapeutenjournal.de.

Borcsa, M. (2016). Systemische (Familien-)Therapie und staatliche Gesundheitssysteme in Europa : Ein Überblick. Familiendynamik, 41 (1), 24-33.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) & Systemische Gesellschaft (SG). (2016). Gemeinsame Stellungnahme zum Vorbericht (vorläufigen Nutzenbewertung) des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren". Verfügbar unter www.dgsf.org/themen/stellungnahmen-1/dgsf-sg-stellungnahme-zum-iqwig-vorbericht-systemische-therapie [10.10.2017]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2014). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapie-Verfahren. Verfügbar unter www.g-ba.de/downloads/39-261-2055/2014-08-21_IQWiG-Beauftragung_Systemische-Therapie.pdf [10.10.2017]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2016). Richtlinien für die Durchführung der Psychotherapie. Verfügbar unter www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf [10.10.2017].

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2016). Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung): Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen. Verfügbar unter www.iqwig.de/download/N14-02_Vorbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen.pdf [10.10.2017].

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2017). Systemische Therapie bei Erwachsenen. Abschlussbericht. Verfügbar unter www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf [10.10.2017].

Knekt, P. & Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela (Studies in Social Security and Health; Vol. 77).

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psychological Medicine, 38, 689-703.

Knekt, P. B., Lindfors, O., Heinonen, E. & Maljanen, T. (2017). The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorder. Paper presented at the International Systemic Research Conference Heidelberg 9.3.2017. In: Ochs, M., Borcsa, M. & Schweitzer, J. (in Vorb.). International Perspectives on Linking Systemic Research and Practice. Heidelberg, New York, NY: Springer.

Knekt, P., Virtala, E., Harkanen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J. & Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. Psychological Medicine, 46 (6), 1175-1188. doi: 10.1017/s0033291715002718

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., et al. (2000). The London Depression Intervention Trial – Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. British Journal of Psychiatry, 177, 95-100. doi: 10.1192/bjp.177.2.95

Pinquart, M., Oslejsek, B. & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. Psychotherapy Research, 26 (2), 241-257. doi: 10.1080/10503307.2014.935830

Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. Psychotherapie, 10 (1), 22-31.

Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate. Evidence for what makes psychotherapy work. (Vol. 2). New York, NY: Rutledge.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2008). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. Verfügbar unter www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.134.135 [10.10.2017].

Dr. Rüdiger Retzlaff

Korrespondenzadresse:
info@ruediger-retzlaff.de

Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Rüdiger Retzlaff, niedergelassen in Heidelberg, ist PP, KJP, Lehrtherapeut für Systemische Therapie und Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen am Helm Stierlin Institut Heidelberg, Supervisor für Psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie und Hypnotherapie. Von 1995 bis 2015 war er Leiter der Ambulanz für Paar- und Familientherapie am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie am Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universitätsklinik Heidelberg.

Dr. Markus W. Haun

Dr. med. Markus W. Haun., B.Sc. (Psychologie), ist Facharzt für Innere Medizin und in Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (tiefenpsychologische Grundorientierung), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg und Systemischer Einzel- und Familientherapeut (DGSF/SG).

Stefan Beher

Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Stefan Beher ist in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeut (VT, ST) und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Ruhr-Universität Bochum.

Prof. Dr. Kirsten von Sydow

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Kirsten von Sydow ist Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Psychologischen Hochschule Berlin. Sie ist als Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin niedergelassen in Hamburg sowie als Lehrtherapeutin für Systemische Therapie und für Tiefenpsychologisch fundierte Therapie tätig.

Buchrezension

Den Ressourcenkoffer packen

Wachter von, M. & Hendrischke, A. (2017). Das Ressourcenbuch. Selbstheilungskräfte in der Psychotherapie erkennen und von Anfang an fördern. Stuttgart: Klett Cotta Verlag, 24,95 €

Von Wachter und Hendrischke widmen sich dem Thema Ressourcenorientierung und Ressourcenaktivierung, anerkannten Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Unter Ressourcen versteht man Kraftquellen, aus denen man all das schöpfen kann, was zur Gestaltung eines zufriedenstellenden, guten Lebens nötig ist, um Probleme lösen zu können oder mit Schwierigkeiten zurechtzukommen.

Die Autoren beginnen mit einer Einführung in das Thema sowie der Klärung von Begrifflichkeiten und erläutern sodann bestehende Ansätze, neurobiologische Aspekte und Wirkfaktoren, dabei zeigen sie auch die Schulen übergreifende Bedeutung des Konzeptes auf. Von Wachter und Hendrischke weisen darauf hin, dass die Ressourcenfokussierung in der Psychotherapie von Anfang erfolgen solle, beginnend mit Ressourcen in der therapeutischen Beziehung und in der Exploration der Behandlungsziele.

Es folgen Kapitel zur Ressourcendiagnostik mit Fragebögen zur Ermittlung vorhandener und angestrebter Ressourcen (Zielressourcen), zur Erstellung eines Ressourcengenogramms und eines Ressourcenlebensberichts. Im umfangreichsten Kapitel geht es um die Umsetzung in der Therapiephase – beispielsweise mit Ressourcen aktivierender Gesprächsführung, verschiedenen Ressourcenübungen wie etwa der Timeline-Übung, Imaginativer Ressourcenaktivierung, Skulpturarbeit, körperassoziierten Ressourcenübungen, Ressourcenarbeit bzgl. der Grundbedürfnisse sensu Grawe, Genusstraining, Ressourcen aus der Lebenswelt der Patientin,[1] um nur einige zu nennen.

Im letzten Teil des Buches befassen sich die Autoren mit der Transfer- und Abschiedsphase, zum Beispiel mit einem Ressourcenkoffer zur Ersten Hilfe oder einer Rucksackübung, in der emotionaler Ballast, dysfunktionale Muster und Selbstwertblockaden aussortiert und Ressourcen, Kompetenzen und praktikable Ideen eingepackt werden. Es folgt eine Liste von 21 Arbeitsblättern mit Seitenverweisen auf betreffende Stellen im Buch (diese sind auch auf der Homepage der Klinik der Autoren zu finden) sowie mit Informationen für Patientinnen: Ressourcen im Internet, CDs, weiterführende Literatur sowie Filmempfehlungen. Es folgt die Literaturliste für den Fachteil.

Das vorliegende „Ressourcenbuch" wurde in einer Psychosomatischen Klinik entwickelt, das heißt für die Arbeit in Gruppen. Die dargestellten Übungen sind aber auch sehr gut im Einzelsetting anwendbar. Das Programm führt durch den gesamten psychotherapeutischen Prozess von der Diagnostik über die Behandlung bis zum Transfer in den Alltag. Fallbeispiele illustrieren das Vorgehen. Das gut lesbare Buch hat eine sinnvolle und übersichtliche didaktische Struktur und ist für Psychotherapeutinnen aller Schulen geeignet.

Kritisch anzumerken wäre, dass einzelne Übungen nur kurz angerissen werden; zum Beispiel im Abschnitt „Imaginative Ressourcenaktivierung" wären einige einsetzbare Anleitungen für die Übungen hilfreich gewesen und nicht nur der Hinweis auf die weiterführende Literatur. Mir haben auch ein paar Anleitungen für Achtsamkeitsübungen gefehlt. Außerdem legen die Autoren keine Evaluation ihres Programms vor.

Fazit: Das Buch führt in das Thema Ressourcenarbeit ein und durch den gesamten therapeutischen Prozess – von der Diagnostik bis zum Abschluss beziehungsweise Transfer in den Alltag der Patientin. Es ist Schulen übergreifend gedacht und lösungsorientiert. Trotz meiner Kritikpunkte ist es für die praktische Arbeit mit Patientinnen gut geeignet, sehr informativ und anregend. Besonders wertvoll ist die inhaltlich breite Zusammenstellung der Übungen und Ressourcenarbeitsblätter.

Dr. Dipl.-Psych. Juliana Matt,
Berlin

1 Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.

Artikelverzeichnis 2017

Artikel	Ausgabe	Seiten
Benecke, Andrea / Böhmig, Carolin / Winter, Heike Frauen in die Berufspolitik! Strategien zur Erhöhung des Frauenanteils in den Gremien der Kammern	3/2017	237-241
Bezzel, Adelheid / Mache, Wolfgang / Landgraf, Steffen Arbeitsbedingungen Psychologischer Psychotherapeuten des Maßregelvollzugs. Eine vergleichende Beschreibung	2/2017	110-115
de Brito Santos-Dodt, Mareke / Beeking, Cornelia im Gespräch mit Gesine Agena, frauenpolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen. Frauen in die Berufspolitik – Was können wir in puncto Frauenförderung von den Grünen lernen?	2/2017	147-148
de Brito Santos-Dodt, Mareke im Gespräch mit Amelie Thobaben, Sabine Maur, Cornelia Beeking und Andrea Benecke über Frauen in der Berufspolitik. „Nichtstun ist keine Option, wenn sich etwas ändern soll!“	3/2017	242-246
Gürtler, Klaus Dem Alter ins Gesicht schauen – mit psychologischen Blick	4/2017	310-315
Heil, Christina Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen	1/2017	11-18
Heim, Eva / Maercker, Andreas Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie	1/2017	4-10
Koch, Theresa / Ehring, Thomas / Liedl, Alexandra Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK. Entwicklung und erste Erfahrungen mit afghanischen Geflüchteten	4/2017	316-323
Koopten-Bohlemann, Corinna / König, Evelyn Psychosoziale Prozessbegleitung in Niedersachsen	3/2017	216-219
Köthke, Werner Das Psychotherapeutenversorgungswerk für Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Hessen. Fortsetzung der Reihe: Die Versorgungswerke stellen sich vor.	2/2017	144-146
Kühnelt, Andreas Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. Fortsetzung der Reihe: Alters- und Berufsunfähigkeitsabsicherung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – Die Versorgungswerke stellen sich vor	3/2017	233-236
Lammers, Claas-Hinrich Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie	4/2017	324-330
Lutz-Kopp, Caroline / Luka-Krausgrill, Ursula / Einig, Bernhard Psychische Störungen Studierender: Beispiel einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle	1/2017	43-50

Artikel	Ausgabe	Seiten
Maur, Sabine / Lehndorfer, Peter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – (Berufspolitische) Gedanken für eine gute Versorgung	4/2017	346-354
Meier-Credner, Anne Familiengründung durch Keimzellspende – psychotherapeutische Erfahrungen in die ethische Debatte! Ein Zwischenruf	2/2017	140-143
Nosper, Manfred Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung	3/2017	227-232
Nosper, Manfred Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 2: Verordnungsgrundlagen psychosomatischer Krankenhausbehandlung und psychosomatischer Rehabilitation	4/2017	331-338
Nübling, Rüdiger / Hufnagel, Heike / Schwämmlein, Eva / Hönig, Thomas / Göpel, Kristiane / Munz, Dietrich Schulpsychologie und Psychotherapie. Ergebnisse einer ersten regionalen Vernetzung	2/2017	123-129
Renneberg, Babette / Böttcher, Johanna Wenn Vermeidung das soziale Leben bestimmt. Diagnose und kognitive Verhaltenstherapie der Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung	2/2017	116-122
Retzlaff, Rüdiger / Haun, Markus / Beher, Stefan / von Sydow, Kirsten Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung?	4/2017	355-362
Romanczuk-Seiferth, Nina Verhaltenssüchte. Diagnostik, Versorgungssituation, Neurobiologie und Therapieimplikationen	1/2017	36-42
Sänger, Sylvia Der mündige Patient? Betrachtungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht	1/2017	27-35
Söchting, Petra Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“: anonym, kostenlos, immer erreichbar	3/2017	220-226
Waldeck, Ruth Knoten im Kopf. Konfliktorientierte Arbeit in der psychodynamischen Psychotherapie	1/2017	19-26
Wolf, Gisela / Meyer, Erik Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie?	2/2017	130-139
Worringen, Ulrike / Muschalla, Beate / Widera, Teresia / Kobelt, Axel Psy-RENA – ein neues Arbeitsfeld für Psychotherapeutinnen	4/2017	339-345

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Reform des Psychotherapeutengesetzes in dieser Legislaturperiode
31. Deutscher Psychotherapeutentag – Berlin

Der 31. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) forderte den Deutschen Bundestag am 18. November 2017 auf, die Reform des Psychotherapeutengesetzes noch in dieser Legislaturperiode zu verabschieden. In einer intensiven Debatte befasste sich der DPT außerdem mit den gesellschaftlichen Veränderungen infolge der Digitalisierung und deren Konsequenzen für die psychotherapeutische Versorgung. Die Delegierten appellierten an eine künftige Bundesregierung darüber hinaus, sich für eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen im ambulanten, stationären und sektorenübergreifenden Bereich einzusetzen. Es sei an der Zeit, dass alle Patientinnen, egal wo sie versorgt werden, einen angemessenen Zugang zur Psychotherapie finden können. Zudem wurde von den Delegierten auch eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen gefordert.

Versammlungsleitung v. l.: Jürgen Golombek, Birgit Gorgas, Johannes Weisang

Reform der Bedarfsplanung gesetzlich verordnen

Im ambulanten Bereich warten psychisch kranke Menschen insbesondere auf dem Land und im Ruhrgebiet monatelang auf einen freien Behandlungsplatz. Die langen Wartezeiten sind Folge des seit Jahren bekannten Systemversagens. Und obwohl das Problem empirisch belegt ist, verhindern Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) immer wieder eine sachgerechte Reform der Bedarfsplanung.

Aktuellster Beleg dafür sei, so Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), im Bericht des Vorstands, dass der G-BA für das Ruhrgebiet trotz der besonders langen Wartezeiten nur 85 zusätzliche Psychotherapeutinnen zulassen wolle. Ein vom G-BA selbst in Auftrag gegebenes Gutachten hatte dargelegt, dass im Ruhrgebiet mehr als ein Drittel weniger Menschen psychotherapeutisch behandelt werden als in vergleichbaren großstädtischen Regionen. Damit Menschen im Ruhrgebiet eine vergleichbare Chance auf einen Psychotherapieplatz erhalten wie in den Vergleichsregionen, müssten dort rund 550 zusätzliche Sitze entstehen.

Das Versagen bei der Bedarfsplanungsreform für das Ruhrgebiet sei nur ein Beispiel dafür, dass Krankenkassen beim Thema Bedarfsplanung offensichtlich ausschließlich von einer kurzsichtigen Kostendämpfungspolitik geleitet würden. Aber die KVen hielten nicht dagegen, stellte Munz fest.

Für ausreichende Reformen der Bedarfsplanung werden sich die KVen erst einsetzen, wenn die Finanzierung geklärt ist. Der Gesetzgeber muss daher darüber nachdenken, wie die für den gesamten ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich dringend notwendige Differenzierung der ambulanten Versorgung finanziert werden kann. Im Vorgriff darauf sollte aufgrund der besonderen Problemlage psychisch kranker Menschen der Gesetzgeber den Auftrag an den G-BA zur Reform der Bedarfsplanung im psychotherapeutischen Bereich so formulieren, dass „Verhindern und Verzögern nicht mehr greift", forderte Munz. Er sollte die Anhebung der Versorgungsdichte in ländlichen Regionen vorgeben, den Sonderstatus des Ruhrgebiets aufheben und gleichzeitig festschreiben, dass der bestehende Auftrag, regional die Morbiditäts- und Sozialstruktur zu berücksichtigen, auch wirklich umgesetzt wird.

Terminservicestellen lösen Probleme der Bedarfsplanung nicht

Auch der Beschluss des Bundesschiedsamtes Anfang November zur Vermittlung von probatorischen Sitzungen bei besonderer Dringlichkeit einer Behandlung über die Terminservicestellen war Thema des DPT. Wenn es im ambulanten Bereich keine freien Therapieplätze gebe, können Terminservicestellen auch nichts vermitteln, stellte Dr. Munz fest. Er schlug vor, die Terminservicestellen per Gesetz damit zu beauftragen, Patientinnen, wenn keine Versorgung im vertragspsychotherapeutischen Bereich möglich ist, an Psychotherapeutinnen in Privatpraxen zu vermitteln. Wenn die Terminservicestellen der KVen keine freien Plätze bei Vertragspsychotherapeutinnen finden können, sei das Systemversagen hinlänglich dokumentiert. Der Versuch, Patientinnen an ein Krankenhaus zu vermitteln, könne die Versorgungsprobleme nicht flächendeckend lösen, da es in der Entscheidung der Krankenhäuser liege, ob und in welchem Umfang sie ein solches Angebot für die ambulante psychotherapeutische Versorgung aufbauen. Vor allem jedoch würde so der Sicherstellungsauftrag der KV faktisch Schritt für Schritt unterhöhlt und dies könne letztlich auch nicht im Interesse der KV und der ambulanten Versorgung liegen.

Der Umfang, in dem psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Kostenerstattung erfolgen, müsse endlich veröffentlicht werden, forderte eine Delegierte, aber an dieser Transparenz der Daten hätten die Krankenkassen kein Interesse. Die Versorgung sei ihnen tatsächlich „relativ egal". Es sei an der Zeit, von Krankenkassen echtes „Engagement" für psychisch kranke Menschen zu fordern. Für eine andere Delegierte wurde mit der Entscheidung des Bundesschiedsamts zu den Terminservicestellen „eine rote Linie überschritten". Die niedergelassenen Psychotherapeutinnen hätten sich auf die Reform der Psychotherapie-Richtlinie eingelassen und auf die Vermittlung von Sprechstunden und Akutbehandlung über die Terminservicestellen. Aber bei einer Entscheidung, die erkennbar nichts weiter als symbolische Politik sei, sei es vielleicht an der Zeit, dass Psychotherapeutinnen nicht mehr „brav mitmachen". Dazu gab ein Delegierter zu bedenken, dass ein Verfahren notwendig sei, mit dem die Patientinnen über freie Therapieplätze in psychotherapeutischen Praxen informiert würden. Er habe in seiner Praxis immer wieder Nachfragen, wohin sich eine Patientin wenden könne, wenn er selber keinen freien Platz habe. Er würde sich hier eine Vermittlungsfunktion wünschen. Der DPT verabschiedete mit großer Mehrheit die Resolution „Terminservicestellen sind keine Lösung für unzureichende Bedarfsplanung".

Praxis-Info „Soziotherapie"

Mit der Befugnis, Soziotherapie zu verordnen, wird Psychotherapeutinnen ein hilfreicher Baustein für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen an die Hand gegeben. Durch eine soziotherapeutische Unterstützung ist es schwer psychisch kranken Menschen manchmal überhaupt erst möglich, eine niedergelassene Psychotherapeutin aufzusuchen. Soziotherapeutinnen können Patientinnen außerdem dabei zur Seite stehen, um in der Psychotherapie besprochene Inhalte im Alltag selbstständig umzusetzen. Sie können schließlich auch helfen, Termine regelmäßig wahrzunehmen, andere notwendige Leistungen zu beantragen und zu nutzen. Damit sich Psychotherapie und Soziotherapie gut ergänzen, ist eine enge Zusammenarbeit notwendig.

Damit diese Verbesserungen jedoch auch den Patientinnen zugutekommen, müssen noch deutlich mehr Soziotherapeutinnen qualifiziert werden. Dafür müssen die Krankenkassen die notwendigen Rahmenverträge abschließen. In einigen Regionen Deutschlands sind bisher noch viel zu wenige Soziotherapeutinnen zugelassen.

Diese neue BPtK-Broschüre aus der Reihe Praxis-Info informiert über die Ziele und Inhalte von Soziotherapie. Anhand von Praxisbeispielen wird zudem erläutert, wie Psychotherapie und Soziotherapie sich ergänzen und aufeinander aufbauen können. Außerdem erläutert die Broschüre, was bei der Verordnung von Soziotherapie zu beachten ist und wie diese genau erfolgt.

Praxis-Info „Patientenrechte"

Mit der Praxis-Info „Patientenrechte" informiert die BPtK Psychotherapeutinnen darüber, wie die Rechte von Patientinnen im Praxisalltag sichergestellt werden können. Die Broschüre enthält dabei konkrete Handlungsempfehlungen für Psychotherapeutinnen. Die behandelten Themen reichen vom Abschluss des Behandlungsvertrages über die Aufklärung und Information der Patientin sowie die Dokumentation in einer Patientenakte und deren Einsichtnahme bis hin zur Aufbewahrung nach Abschluss der Behandlung. Auf die Frage der Einwilligungsfähigkeit minderjähriger Patientinnen wird ebenso eingegangen wie auf die neuesten Änderungen im Strafgesetzbuch zur Schweigepflicht bei der Mitwirkung von Dritten.

Anspruch auf Psychotherapie in der stationären Versorgung sicherstellen

Im ambulanten wie im stationären Bereich gilt, dass bei psychischen Erkrankungen Psychotherapie allein oder in Kombination mit Psychopharmaka das Behandlungsmittel der Wahl ist. Der G-BA arbeitet derzeit an neuen Personalanforderungen, die es den Kliniken u. a. ermöglichen sollen, eine leitlinienorientierte psychotherapeutische Versorgung zu erbringen. Um dem G-BA fachlich fundierte Entscheidungen zu erleichtern, schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, erläuterte Dr. Munz, den Anspruch psychisch kranker Menschen auf eine psychotherapeutische Behandlung im Krankenhaus ausdrücklich im Gesetz zu verankern. Die Landeskrankenhausgesetze von Bremen und Berlin erwähnen bereits neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen ausdrücklich die psychotherapeutischen Leistungen.

Außerdem sollten die Kliniken mehr Spielraum erhalten, eine multiprofessionelle und teamorientierte Versorgung zu realisieren. Dazu gehört beispielsweise, dass Leitungsfunktionen auch von Psychotherapeutinnen übernommen werden können und nicht nur von Ärz-

tinnen. Das Landeskrankenhausgesetz von Bremen sieht ausdrücklich die Möglichkeit vor, dass psychotherapeutische Organisations- oder Funktionseinheiten ohne Betten wie z. B. Tageskliniken von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden können. Diese Flexibilisierung ist fachlich möglich und unter Versorgungsgesichtspunkten geboten. Die Kliniken müssen in der Lage sein, eine leitliniengerechte und qualitätsgesicherte Versorgung anzubieten. Der Bundesgesetzgeber sollte, forderte Dr. Munz, deshalb in der nächsten Legislatur allen Kliniken die überfällige Modernisierung der Organisations- und Personalstruktur ermöglichen.

Grundlagen für sektoren- und kostenträgerübergreifende Versorgung erarbeiten

Im Bericht des Vorstands erläuterte Dr. Munz, dass es trotz jahrzehntelanger Bemühungen bisher nicht gelungen sei, flächendeckend eine koordinierte Versorgung für Patientinnen mit komplexem Behandlungs- und Unterstützungsbedarf zu schaffen. Dazu gehören besonders häufig Menschen mit Suchterkrankungen, psychotischen Erkrankungen oder schweren affektiven Störungen. Sie sind in vielen Fällen dauerhaft in ihrer gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe eingeschränkt und auf Leistungen der Sozial- und Eingliederungshilfe angewiesen. Steigende Patientenzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern belegen zudem, dass sie nach wie vor zu häufig und zu lange stationär behandelt werden müssen, weil geeignete ambulante Versorgungsangebote fehlen. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, dass der Deutsche Bundestag eine Enquête-Kommission einrichtet zur „Bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen". Die Enquête-Kommission sollte auf der Grundlage einer umfassenden Bestandsaufnahme und einer Analyse des Behandlungs- und Betreuungsbedarfs von psychisch kranken Menschen mit schweren Beeinträchtigungen Empfehlungen für angemessene Versorgungs-, Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen erarbeiten. Die Frist für die Arbeit der Enquête-Kommission sollte so ausgestaltet werden, dass die entsprechenden gesetzlichen Änderungsvorschläge noch in dieser Legislaturperiode den Deutschen Bundestag passieren können.

Dr. Silja Samerski

eHealth und Digitalisierung

„Wir stehen erst am Anfang der digitalen Revolution. Sie wird unser aller Leben mindestens so grundsätzlich verändern wie die industrielle Revolution vor 200 Jahren", stellte Dr. Dietrich Munz eingangs des Themas eHealth und Digitalisierung fest. In welche Richtung sei jedoch unklar, sowohl Dystopien wie auch Utopien begleiteten dieses Thema. Man sehe aber bereits heute, dass nicht nur die technischen Möglichkeiten die Zukunft prägen werden, sondern insbesondere der Umgang des Menschen mit ihnen. Es gehe darum, dafür einzutreten, dass „Menschen mehr sind als biologische Organismen, mehr sind als datenverarbeitende Algorithmen und mehr sind als überflüssiges Humankapital." Zentral sei, so Munz, die Chance auf Subjektivität und Autonomie für den Einzelnen zu wahren und demokratische und zivilisatorische Standards zu erhalten. „Wenn die Dystopien nicht Wirklichkeit werden sollen, dann darf man die Zukunft nicht multinationalen Konzernen und dem Silikon Valley überlassen."

Digitale Mündigkeit

Die Frage nach der Mündigkeit von Patienten in Zeiten der Digitalisierung beleuchtete Frau Dr. Silja Samerski vom Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen in einem Impulsvortrag. Sie thematisierte zunächst die Konsequenzen, die mit der Sammlung und automatisierten Auswertung von großen Datenmengen im Gesundheitswesen verbunden sein können. Daten würden zunehmend dazu genutzt, Vorhersagen darüber zu machen, mit welcher Wahrscheinlichkeit spezifische negative Ereignisse einträfen. Es sei zentral, dass zwischen einer Eintretenswahrscheinlichkeit und dem tatsächlichen Vorliegen von Symptomen unterschieden werde. Diese müssten weiterhin individuell beurteilt werden und zwar im persönlichen Gespräch zwischen Psychotherapeutin und Patientin. „Ein Computer kann nur statistische Schlüsse ziehen, über den einzelnen Menschen weiß er nichts." Digitale Mündigkeit setze vier wesentliche Aspekte voraus: informelle Selbstbestimmung, Vertraulichkeit, Transparenz und den Schutz des Subjekts. Informelle Selbstbestimmung bedeute, dass Patientinnen ungefähr abschätzen können, „wer was wann und bei welcher Gelegenheit" über sie wisse. Patientensouveränität beinhalte dann, selbst darüber bestimmen zu können, wer auf welche

Gesundheitsdaten zugreifen könne. Die vielfältigen Möglichkeiten, Daten digital zu verarbeiten, führten zu erheblichen Sicherheitsrisiken. Die Verantwortung für Datenschutz könne jedoch nicht dem Einzelnen aufgebürdet werden, sondern sei eine gesellschaftliche Aufgabe. Überlasse man Diagnostik und Indikation in Zukunft ausschließlich automatisierten Datenauswertungen, sei der Schutz des Subjekts gefährdet. Dr. Samerski mahnte daher zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema. Das Internet solle, so Samerski, „ein Hilfsmittel bleiben und nicht das Sprechen und Zuhören ablösen".

Internet in der Psychotherapie

Herr Munz stellte den BPtK-Standpunkt „Internet in der Psychotherapie" vor. Der Standpunkt beleuchtet zunächst die Chancen der Digitalisierung für die psychotherapeutische Versorgung. Das Internet kann helfen, nach einer diagnostischen Abklärung in der Sprechstunde das Versorgungsangebot von Psychotherapeutinnen um den wesentlichen Aspekt der Prävention zu erweitern und zu differenzieren. Auch während einer psychotherapeutischen Behandlung können Internetprogramme und Apps eine wichtige Unterstützung bieten. Außerdem gibt es Patientinnen, für die eine psychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich ist, für die das regelmäßige Aufsuchen einer psychotherapeutischen Praxis, z. B. aufgrund einer schweren körperlichen Erkrankung, jedoch kaum möglich ist. Hier kann die Kommunikation per Video zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen.

„Grundlage für jede psychotherapeutische Behandlung ist eine fachgerechte Diagnostik und Indikationsstellung", betonte Dr. Munz. „Dafür ist grundsätzlich ein Gespräch von Angesicht zu Angesicht unerlässlich. Auch Aufklärung und Einwilligung in die Behandlung erfordern grundsätzlich einen unmittelbaren Kontakt der Psychotherapeutin mit der Patientin. Für die psychotherapeutische Behandlung ist es außerdem erforderlich, insbesondere E-Mail-Kommunikation und Video-Telefonate auf dem technisch höchsten Standard zu verschlüsseln und vor Ausspähen und Abfangen von Daten zu schützen, nur so kann eine Psychotherapeutin die notwendige Vertraulichkeit gewährleisten."

Damit in Zukunft eine erfolgreiche Integration von digitalen Produkten in die Psychotherapie gelingen kann, besteht politischer Handlungsbedarf. Dabei müssen drei wesentliche Aspekte adressiert werden: die Qualität der Produkte, die Sicherstellung von Datenschutz und der Zugang zu Produkten, die diese Anforderungen erfüllen, für alle Versicherten. Um dies zu erreichen, kann z. B. eine neue Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis geschaffen werden, die vorgibt, welche Nachweise erbracht werden müssen. Psychotherapeutinnen sollten die Programme verordnen können, damit die Kosten für die Nutzung von den Krankenkassen übernommen werden.

Psychotherapeuten, die an einer Behandlung mit Internetprogrammen interessiert sind, brauchen klare, verlässliche Vorgaben, welche fachlichen Anforderungen sie beachten müssen, wenn sie Internetprogramme nutzen. Die BPtK hat dazu eine Kommission mit Vertreterinnen der Landespsychotherapeutenkammern einberufen, um diese Fragen im Hinblick auf die Berufsordnungen zu diskutieren.

Zur Frage der Positionierung der BPtK zur Telematikinfrastruktur verweist Vizepräsident Peter Lehndorfer auf die hierzu durch die Deutschen Psychotherapeutentage verabschiedeten Resolutionen. Diese seien in ihren Forderungen nach wie vor aktuell und für den Vorstand handlungsleitend. Insbesondere der Wahrung der Patientensouveränität und der Sicherheit der Patientendaten

Wolfgang Schreck

Dr. Nikolaus Melcop

Dr. Dietrich Munz

Peter Lehndorfer

fühle sich der Vorstand in besonderem Maße verpflichtet.

Viele Delegierte begrüßten die aktive Auseinandersetzung der BPtK mit dem Thema Internet in der Psychotherapie. Es komme darauf an, die weitere Entwicklung aktiv zu gestalten und dabei im Auge zu behalten, wie wichtig es sei, die durch die Digitalisierung initiierten gesellschaftlichen Entwicklungen durch eine demokratisch legitimierte Politik zu gestalten.

Reform der Psychotherapeutenausbildung – Arbeitsentwurf des BMG

Für den Vorstand erläuterte Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop die Inhalte des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegten Arbeitsentwurfs zur Reform des Psychotherapeutengesetzes und die dazu von der BPtK in enger Abstimmung mit den Landespsychotherapeutenkammern und unter Berücksichtigung von Bewertungen der Verbände entwickelte Stellungnahme.

Grundsätzlich werde der Arbeitsentwurf des BMG darin begrüßt, dass er darauf ziele, die postgraduale PP- und KJP-Ausbildung durch ein Approbationsstudium (Bachelor- und Masterstudium) mit anschließender Weiterbildung abzulösen. Der Entwurf führe, wie von der Profession gefordert, die Berufe PP und KJP zu einem Beruf zusammen und ausweislich der Ausbildungsziele greife das BMG die Breite des heutigen psychotherapeutischen Berufsbildes umfassend auf und schaffe gesetzliche Grundlagen für weitere Aufgaben und Befugnisse.

Offen lasse der Arbeitsentwurf allerdings noch die Fragen nach der Berufsbezeichnung, eine ausreichend detaillierte Darstellung der theoretischen und praktischen Studieninhalte über eine Approbationsordnung, die Möglichkeit der Quereinstiege aus anderen Studiengängen sowie – und dies ist von besonderer Bedeutung – die sozialrechtlichen Regelungen zur Weiterbildung. Es gebe allerdings, so Melcop, die Versicherung aus dem BMG, dass es ohne sozialrechtliche Regelungen zur Weiterbildung kein Reformgesetz geben werde.

Dr. Melcop griff insbesondere die laufende Diskussion um die Legaldefinition auf. Die BPtK habe sich bei ihrer Positionierung davon leiten lassen, dass die Legaldefinition die Reichweite der Heilkundeerlaubnis für künftige Psychotherapeutinnen festlege. Nicht tangiert seien von der jetzigen und einer künftigen Legaldefinition und ihren Einschränkungen Ärztinnen oder Heilpraktikerinnen. Außerdem stellte er klar, dass die Legaldefinition keine Definition von Psychotherapie enthalte. Der geeignete Ort, um die Anliegen vieler Psychotherapeutinnen, entweder die Grundorientierungen zu verankern oder die wissenschaftlich anerkannten Verfahren explizit zu benennen, sei § 7, in dem die Ausbildungsziele definiert sind. Die dort vom BMG aufgeführten Ausbildungsziele greifen diese Anliegen bereits teilweise auf und bedeuten Verbindlichkeit und Qualitätssicherung für die Aus- und Weiterbildung sowie für die Berufsausübung. Eine Selbstbeschränkung der Profession über die Legaldefinition sei absolut verzichtbar.

Weiterbildung in institutionellen Bereichen

Wolfgang Schreck erläuterte für den Vorstand die mit Unterstützung der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) erarbeiteten Empfehlungen zur Weiterbildung in institutionellen Bereichen. Ausgangspunkt der Überlegungen ist, dass für den medizinischen Bereich eine sehr homogene Struktur durch das SGB V und SGB VI vorgegeben wird. Leistungserbringer, Adressaten, Aufgaben und Ziele von Psychotherapie sind eindeutig definiert. Dem steht eine große Heterogenität in institutionellen Bereichen gegenüber. Nicht nur sind unterschiedliche Sozialgesetzbücher wie SGB II, III, VII, IX und XII einschlägig, auch die Konzepte und der Einsatz von Psychotherapie variiert je nach Einrichtungstyp und Adressaten. Vor diesem Hintergrund hatte FOGS differenziert die Bereiche Erziehungshilfe, Jugendhilfe, Suchthilfe, Behindertenhilfe, Wohnen und Sozialpsychiatrische Dienste untersucht. Nach einem gemeinsamen Workshop mit Mitgliedern der UAG „Versorgung in institutionellen Bereichen“ ist der Vorstand zu dem Ergebnis gekommen, dass es zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll ist, weiter darüber nachzudenken, wie eine fakultative Weiterbildung im Bereich der Erziehungsberatung etabliert werden kann. Für die weiteren Tätigkeitsfelder ist es zunächst notwendig, die Aufgaben der Psychotherapeutinnen und ihren Beitrag in den unterschiedlichen institutionellen Bereichen besser herauszuar-

beiten und dies in Gesprächen mit den Trägern dieser Bereiche zu diskutieren. Die BPtK werde, so Schreck, in diesem Sinne verfahren und dem nächsten DPT berichten.

„Big Points" der Weiterbildung

Dr. Munz erläuterte für den Vorstand die zentralen Forderungen und Überlegungen der Profession zur Gestaltung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Weiterbildungsziel ist der Erwerb der Fachkunde für Spezialisierungen im Gebiet Psychotherapie für Kinder und Jugendliche oder Psychotherapie für Erwachsene mit Vertiefung in den Psychotherapieverfahren. Zentral ist, dass ambulante und stationäre Weiterbildung als gleichwertig betrachtet werden, also jeweils ausreichend lange Phasen vorgesehen werden und für institutionelle Bereiche eine fakultative Weiterbildung vorgesehen wird. Mit Blick auf den Nachwuchs betonte Munz, sei dringend zu fordern, dass es keine Selbstbeteiligung der Psychotherapeutinnen in Weiterbildung an den Weiterbildungskosten gebe und dass die Psychotherapeutinnen in Weiterbildung während der gesamten Weiterbildung sozialversicherungspflichtig beschäftigt seien. Für die Qualität der Weiterbildung ist die koordinierte Vermittlung von Theorie, Selbsterfahrung und angeleiteter Berufspraxis unter Supervision essenziell. Daher soll die Weiterbildung für die gesamte Weiterbildungszeit in einem Weiterbildungsverbund aus koordinierendem Weiterbildungsinstitut und unterschiedlichen Weiterbildungsstätten stattfinden. Um die Versorgung sicherzustellen, ist es notwendig, die Kapazitäten prospektiv zu schätzen und entsprechend dieses Versorgungsbedarfs ausreichende Weiterbildungsplätze und eine angemessene Finanzierung zur Verfügung zu stellen. Dr. Munz hob hervor, dass es bei der Finanzierung um die Schließung einer Deckungslücke gehe. Nur wenn dies gelinge, könne die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen in angemessener Qualität und in notwendigem Umfang stattfinden.

In der anschließenden Diskussion gaben viele Delegierte ihrer Hoffnung Ausdruck, dass das BMG weiter an der Reform arbeite und zu Beginn dieser Legislaturperiode eine Reform vom Deutschen Bundestag beschlossen werde. Es gehe darum, die „vogelfreie" Situation der Psychotherapeutinnen in Ausbildung zu beenden und ein Ausbildungs- und Weiterbildungssystem aufzubauen, das den Tätigkeitsfeldern der Psychotherapeutinnen gerecht werde. Vor diesem Hintergrund sei es sehr zu begrüßen, dass der BMG-Arbeitsentwurf die „Essenz der Vorstellungen der Profession" bereits weitgehend abbilde. Er biete damit eine gute Grundlage für weitere Diskussion.

Der DPT verabschiedete bei nur drei Enthaltungen die Resolution „Reform der Psychotherapeutenausbildung in dieser Legislatur".

Weiterbildung Spezielle Schmerzpsychotherapie

Der DPT votierte mit großer Mehrheit dafür, dass die Kommission Zusatzqualifizierung dem nächsten DPT einen Entwurf für eine Weiterbildung im Bereich Spezielle Schmerzpsychotherapie vorlegt. Man war sich einig, dass es deutliche Unterschiede gebe zwischen allgemeiner und Spezieller Schmerzpsychotherapie und dass es für Psychotherapeutinnen im stationären, aber auch im niedergelassenen Bereich notwendig sei, sich speziell für die Versorgung chronifizierter Patientinnen in Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen zu qualifizieren. Angeführt wurde auch, dass eine solche Weiterbildung dem psychotherapeutischen Nachwuchs neue qualifizierte Tätigkeitsfelder eröffnet, z. B. bei den Berufsgenossenschaften aber auch durch Sonderbedarfszulassungen.

Haushalt 2018

Der DPT nahm den Jahresabschluss 2016 an und entlastete den Vorstand für dieses Haushaltsjahr. Außerdem stimmte er dem Haushaltsplan für 2018 zu.

Angela Gröber, stellvertretende Vorsitzende des Finanzausschusses

Diotima-Ehrenpreis 2017: Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen

Prof. Dr. Wilma Funke, Prof. Dr. Gerhard Bühringer, Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer und Peter Missel haben den diesjährigen Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenschaft erhalten. Die Bundespsychotherapeutenkammer ehrt damit in diesem Jahr eine Kollegin und drei Kollegen, die sich für die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen engagieren.

Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPtK, würdigte das herausragende Engagement der vier Preisträger, die sich in ihrer Berufslaufbahn auf verschiedene Weise dieser Patientengruppe gewidmet und maßgeblich dazu beigetragen haben, Psychotherapie in der Behandlung von Suchtkranken zu etablieren.

v. l.: Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Prof. Dr. Wilma Funke, Peter Missel

Professorin Funke ist leitende Psychologin in den Kliniken Wied, 2010 wurde ihr der Professorentitel von der Katholischen Hochschule NRW in Köln verliehen. Mit ihrem stetigen Engagement, Forschung und psychotherapeutische Versorgung zu verbinden, hat sie Wesentliches erreicht, um Menschen mit Suchterkrankungen eine wissenschaftlich fundierte Versorgung anbieten zu können und zentralen Fragen der Versorgungspraxis wissenschaftlich nachzugehen.

Professor Bühringer konnte an der Preisverleihung nicht teilnehmen. Er wurde nach langjähriger Arbeit am Institut für Therapieforschung in München 2005 auf die erste deutsche Professur für Suchtforschung an der Technischen Universität Dresden berufen, die er nach wie vor als Seniorprofessor leitet. Sein gesamtes Berufsleben hat er sich der empirisch und experimentell begründeten Suchtforschung und der Entwicklung und Verbreitung von Behandlungsmethoden für stoffgebundene wie auch Verhaltenssüchte gewidmet. Er hat sich auf verschiedensten Ebenen für einen Wissenschaftstransfer und die Evaluation und Verbesserung der Prävention und Gesundheitsversorgung eingesetzt und so die Suchtkrankenhilfe in Deutschland maßgeblich geformt.

Professor Lindenmeyer leitet die Salus Klinik Lindow und ist seit 2016 Honorarprofessor für psychosomatische und Suchtrehabilitation an der Technischen Universität Chemnitz. Er hat die Psychotherapie bei Suchterkrankungen weiterentwickelt und dazu beigetragen, sie im Versorgungssystem zu verankern. Indem er sich gezielt an Multiplikatoren und Medien gewandt hat, ist es ihm gelungen, dieses Wissen sowohl nachfolgenden Generationen von Psychotherapeutinnen als auch Suchtkranken zur Verfügung zu stellen.

Peter Missel ist leitender Psychologe der Median Kliniken Daun – Am Rosenberg und Vorsitzender des Eifeler Verhaltenstherapie-Instituts. Seinem Engagement und politischen Weitblick ist es zu verdanken, dass die Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke ein wesentlicher Bestandteil des Suchthilfesystems in Deutschland wurde und im internationalen Vergleich einzigartig ist. Er hat sich langjährig dafür eingesetzt, Psychotherapie als wesentliches Behandlungsmittel in der Entwöhnung und Psychotherapeutinnen als wichtige Berufsgruppe in der Rehabilitation von Suchtkranken zu etablieren. Einen ausführlichen Veranstaltungsbericht finden Sie auf unserer Homepage unter www.bptk.de.

Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung – BPtK-Round-Table zu Chancen und aktuellen Herausforderungen

Die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (QM) sind mit der zum 16. November 2016 in Kraft getretenen sektorenübergreifenden Qualitätsmanagement-Richtlinie weiter konkretisiert und verbindlicher geworden. Dies gilt insbesondere für die Bereiche des Risikomanagements, des Fehlermanagements und den Einsatz von Fehlermeldesystemen im Rahmen des QM. Aber auch im Bereich der Qualitätssicherung (QS) sind in den kommenden Jahren relevante Weiterentwicklungen auf Basis der gesetzlichen Qualitätssicherung durch den G-BA zu erwarten. Zum einen entwickelt derzeit das neue Qualitätsinstitut des G-BA, das Institut für Qualität und Transparenz

im Gesundheitswesen (IQTIG), ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren Schizophrenie. Zum anderen wird im G-BA die Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorspezifischen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie vorbereitet. Vor diesem Hintergrund hat die BPtK als Auftaktveranstaltung für ein langfristig angelegtes Projekt Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement am 8. November 2017 ein Round-Table-Gespräch mit Vertreterinnen der Landespsychotherapeutenkammern, der Psychotherapeutinnen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie den Ausschüssen der BPtK veranstaltet.

Umgang mit kritischen Ereignissen

Ein zentrales Thema des Round-Table war der Umgang mit kritischen Ereignissen in der Psychotherapie und die Nutzung von fachspezifischen Berichts- und Lernsystemen als Bestandteil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Prof. Dr. Yvonne Nestoriuc vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gab einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu unerwarteten und unerwünschten Ereignissen in der psychotherapeutischen Behandlung. Im Anschluss berichtete Sven Tschöpe von der Bundeszahnärztekammer über die Entwicklung eines fachspezifischen Berichts- und Lernsystems am Beispiel des Critical Incident Reporting Systems (CIRS) „Jeder Zahn zählt" für die zahnärztliche Versorgung.

Datengestützte Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Der weitere Schwerpunkt der Veranstaltung lag dann auf der Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung und die beim G-BA in Entwicklung befindlichen QS-Verfahren. Anja Dresenkamp von der DGVT-Ausbildungsakademie Berlin berichtete zunächst über den systematischen Einsatz von Standarddokumentationen in der Psychotherapeutenausbildung. Dr. Christina Schilling von der KBV erläuterte im Anschluss die historischen Hintergründe und Vorläufer für das künftige QS-Verfahren ambulante Psychotherapie und gab einen Ausblick auf den zu erwartenden Fortgang für dieses sektorspezifische QS-Verfahren.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung psychischer Erkrankungen

Am Beispiel des schon weiter fortgeschrittenen Entwicklungsprozesses für das sektorenübergreifende QS-Verfahren Schizophrenie stellte Dr. Konstanze Blatt, Leiterin des Fachbereichs Befragung beim IQTIG, das methodische Vorgehen des IQTIG vor. Bis Ende des Jahres soll der Abschlussbericht des IQTIG für den datengestützten Teil zu diesem Verfahren vorliegen, bei dem die Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und Leistungserbringerdokumentation genutzt werden. Bis Ende 2019 soll dann auch die ergänzende Patientenbefragung vorliegen. Daran wird sich die Erstellung der Richtlinienbestimmungen des G-BA für die konkrete Umsetzung des geplanten QS-Verfahrens anschließen. In dem abschließenden Beitrag veranschaulichte Dr. Friedericke Burgdorf, Leiterin der Abteilung Sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Transparenz der KBV, wie künftig die Umsetzung der datengestützten Qualitätssicherung in den Ländern aussehen könnte und welche Rolle hierbei die aktuell sich gründenden Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) einnehmen.

In der Abschlussdiskussion stellte Dr. Dietrich Munz für die BPtK die Grundzüge des geplanten Projekts QS/QM der BPtK vor. Er skizzierte die wesentlichen Handlungsoptionen für die Psychotherapeutenkammern, um eine aktive Ausgestaltung der Qualitätssicherung aus der Profession heraus zu befördern und kündigte die Einrichtung einer Bund-Länder-Kommission an.

Einen ausführlichen Veranstaltungsbericht finden Sie auf der BPtK-Homepage unter www.bptk.de.

Medizinische Kinderschutzhotline von Fachleuten für Fachleute: 0800 19 210 00

Seit dem 1. Juli 2017 können sich Psychotherapeutinnen bundesweit rund um die Uhr kostenlos zu Fragen des Kinderschutzes in der medizinischen Versorgung beraten lassen. Die „Medizinische Kinderschutzhotline" bietet Fachkräften aus dem Gesundheitswesen eine kollegiale telefonische Beratung durch Expertinnen zu Fragen wie „Was sind die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf Schweigepflicht und Handeln? Welche Schritte kann oder muss ich in einem Kinderschutzfall einleiten? Was muss ich bei der klinischen Abklärung und Dokumentation eines Kinderschutzfalles beachten? Wie spreche ich Begleitpersonen auf einen Misshandlungsverdacht an? Wo gibt es Hilfe vor Ort?" Die Hotline soll bestehende Hilfestrukturen vor Ort ergänzen, aber nicht ersetzen. Die Verantwortung für den konkreten Kinderschutzfall bleibt beim Anrufenden. Die Hotline ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördertes Projekt. Die BPtK ist im wissenschaftlichen Beirat des Projekts vertreten. Link: www.kinderschutzhotline.de

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,

mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker Menschen und aus unserer Sicht als Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen haben wir ein ereignisreiches Jahr hinter uns.

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit den neuen Elementen der Sprechstunde und Akutversorgung soll, so die Intention, die Versorgung der Patientinnen verbessern. Viele niedergelassene Kolleginnen äußerten heftige Kritik, da die Arbeitsbelastung durch diese Regelungen größer geworden sei. Die Praxen seien ausgelastet und die Kapazität für Behandlungen erschöpft, weswegen Patientinnen nicht nach der Sprechstunde in der eigenen Praxis behandelt werden könnten und eine Weitervermittlung oft sehr schwierig sei. Sie äußerten oft die Erwartung, dass sie mit der Sprechstunde auch ein Behandlungsangebot gefunden hätten und sind enttäuscht, dass sie auf eine Behandlung warten müssen.

Aus unserer Sicht ist es erforderlich, möglichst frühzeitig repräsentative Daten darüber zu erhalten, wie diese neue Psychotherapie-Richtlinie den Praxisalltag und die Versorgung verändert haben. Möglichst frühzeitig wollen wir wissen, ob und wie die Umsetzung gelingt und welche Versorgungsdefizite weiter bestehen. Deshalb haben wir gemeinsam mit der Bundespsychotherapeutenkammer und den anderen Landeskammern eine Befragung der kassenzugelassenen Kolleginnen durchgeführt. Auf Basis der gewonnenen Daten könnte von verantwortlicher Seite rechtzeitig nachgesteuert werden und wir können zu Beginn der jetzigen neuen Legislaturperiode die gesundheitspolitische Diskussion mitgestalten. Allen Mitgliedern, die unsere Befragung beantwortet haben, möchten wir an dieser Stelle danken, dass sie uns auf diesem Weg geholfen haben, unsere Aktivitäten auf Landes- und Bundesebene zu unterstützen.

Wir werden Sie Anfang des kommenden Jahres informieren, wann und wo wir die Studienergebnisse vorstellen und mit Ihnen zusammen diskutieren werden.

Mit dem Ende letzten Jahres verabschiedeten PsychVVG zur Finanzierung der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen hat der gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhalten, die Personalmindestausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken festzulegen, um hiermit die Psychiatriepersonalverordnung abzulösen. Noch in diesem Jahr und Anfang nächsten Jahres soll in ausgewählten Kliniken erhoben werden, mit welchem Personal aktuell in den Kliniken gearbeitet wird und wer dort welche Aufgaben erledigt. Es wird sehr wichtig werden, dass wir unsere Rolle als approbierte Psychotherapeutinnen in der stationären Versorgung festigen. Hierbei werden wir weitere gesetzliche Regelungen einfordern müssen, um rechtlich abgesichert Leitungsfunktionen in den Kliniken einnehmen zu können.

In Baden-Württemberg soll der Ausbau der Digitalisierung in der gesamten Medizin verbessert und mit Projektfinanzierungen gefördert werden. Unsere Kammer ist hier einbezogen und wir werden darauf achten, dass die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausreichend Berücksichtigung finden.

In der Hoffnung auf ein erfolgreiches neues Jahr wünschen wir Ihnen schöne Weihnachtstage und einen guten Jahreswechsel

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

Vertreterversammlung am 20./21. Oktober 2017

Am ersten Tag der zweitägigen Vertreterversammlung (VV) referierte Kammerpräsident Dr. Munz den Stand der Diskussion um die Reform des Psychotherapeutengesetzes. Er stellte das Arbeitspapier des Bundesministeriums für Gesundheit vor und ging auf die noch offenen Fragen ein. Die VV diskutierte das Arbeitspapier kritisch. Insbesondre wurde dabei auf die geänderte Legaldefinition und die Zeiten der praktischen Ausbildungstätigkeiten im Studium eingegangen, die als nicht ausreichend gesehen werden. Die noch ausstehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zur auf das Studium folgenden Weiterbildung wurden von der VV ebenso wie die Fortführung des Gesetzgebungsverfahrens durch die neue Regierung angemahnt.

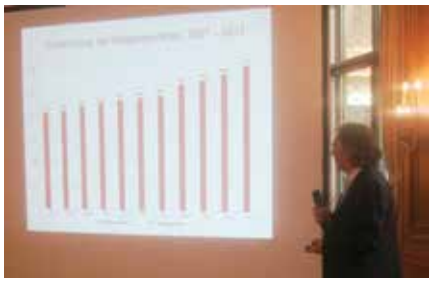
Als nächster Tagesordnungspunkt berichtete Dr. Munz zum Stand der Umsetzung der Psychotherapierichtlinie. Erfreulicherweise sei die Vergütung der neuen Leistungen inzwischen angepasst und die Sprechstunde dem Anschein nach von den Kolleginnen überwiegend gut aufgenommen worden. Die BPtK werde zum Ende des Jahres eine Erhebung zur Umsetzung

der Psychotherapierichtlinie in den Praxen durchführen. Auf Nachfragen zum Sinn einer solchen Erhebung weist Dr. Munz darauf hin, dass die Umsetzung der Richtlinie auch einige Probleme verursacht habe, die es gegenüber der Politik darzustellen gelte.

Im Anschluss wurden die Anträge zu einer Geschlechterquote auf dem nächsten Deutschen Psychotherapeutentag vorgestellt und z. T. auch kontrovers diskutiert. Als letzter Tagesordnungspunkt

Plenum der LPK-Vertreterversammlung

Präsident Dr. Dietrich Munz



Michael Reisch, Vorsitzender des LPK-Haushaltsausschusses bei der Vorstellung der LPK-Haushaltszahlen

des ersten Tages wurde das Thema „Psychotherapie mit Internetnutzung/ Onlinebehandlung" aufgerufen. Dr. Munz führte in das Thema ein, anschließend diskutierte die VV die Chancen und Risiken der neuen Medien in der psychotherapeutischen Behandlung. Dabei wurden fachliche Fragen ebenso wie ethische angesprochen, die Einrichtung einer Kommission zu diesem Thema auch auf Landesebene angeregt.

Am zweiten Sitzungstag stand der Bericht des Vorstandes auf der Tagesordnung, der ausführlich diskutiert wurde. Der Haushalt 2018 wurde mit großer Mehrheit verabschiedet, ebenso die Beitragstabelle, die auf dem Stand des Vorjahres blieb. Die VV verabschiedete nach der Diskussion um das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu den Strukturzuschlägen auch eine Resolution für gerechte Honorare. Download unter www.lpk-bw.de/node/518.

LPK-Frauenkommission hat ihre Arbeit aufgenommen

Angeregt durch die BPtK-Veranstaltung „Frauen in der Berufspolitik" Ende 2016 in Berlin formierte sich nach Zustimmung von Vorstand und Vertreterversammlung (VV) auch in der LPK BW eine „Frauenkommission". Jede in der VV vertretene Liste wurde eingeladen, je eine Kollegin bzw. einen Kollegen in die Kommission zu entsenden.

Beim ersten Treffen im März 2017 wurden zunächst die Themen der BPtK-Veranstaltung aufgegriffen. Einerseits wurden Theorien für die Unterrepräsentanz von Frauen in der (Berufs-)Politik aus soziologischer Sicht präsentiert. Andererseits gab es von hochkarätigen (berufs-)politisch tätigen Frauen Vorträge dazu, wie Frauen erfolgreich für die (Berufs-)Politik geworben und gefördert werden können. Die Statistik zeigt, dass auch für die LPK BW Handlungsbedarf besteht. So sind ca. 70% der aktiven Mitglieder Frauen, bei den VV-Delegierten beträgt der Anteil jedoch nur 44%. In Ausschüssen (41%) und Vorstand (40%) sieht es noch etwas ungünstiger aus. Auf Präsident- bzw. Vizepräsidentschaftsebene gibt und gab es bisher noch keine Frau.

Da bei den unter 40-jährigen Mitgliedern der Anteil der Frauen bei 87% liegt, muss die LPK BW ernsthaft besorgt sein um den berufspolitischen Nachwuchs. Andererseits sollte auch der Bereich der Versorgung thematisiert werden: Dort werden männliche Psychotherapeuten in Zukunft zunehmend Mangelware sein.

In zwei weiteren Sitzungen der Kommission ging es um Strategien für eine langfristige Veränderung der bisherigen Geschlechterverteilung. Da Wirklichkeit auch durch Sprache erzeugt wird, wurde als erstes Projekt die Hauptsatzung der LPK in eine möglichst geschlechtsneutrale Sprache umgeschrieben. In der letzten VV wurden die Änderungen einstimmig verabschiedet.

Während sich auch in anderen Kammern Frauenkommissionen bildeten, wurde seitens der BPtK auf Bundesebene an einer Quotenregelung gearbeitet. Wie der renommierte Wahlforscher Prof. Behnke in der VV am 01.04.2017 bereits referierte, führt an einer Quotenregelung kein Weg vorbei, wenn der politische Wille für eine Veränderung wirklich da ist. Dies haben viele Bundesparteien auch schon längst erkannt und umgesetzt.

Mitglieder der neu gebildeten Frauenkommission, v. l. n. r. Lioba Schiel, Silke Sacksofsky, Ulrike Tuchscheerer, Birgitt Lackus-Reitter, Sabine Hermann

Aktuell engagieren sich auch in Baden-Württemberg eine Reihe von Kolleginnen für den Antrag auf Quotierung aller Ämter in der LPK. Die Quote wird als ein wichtiges politisches Instrument zur Förderung des berufspolitischen Nachwuchses gesehen. Jedoch bedarf es weiterer Maßnahmen, um auf Dauer junge Kolleginnen für die Berufspolitik zu interessieren und einzubinden. Bei den Veranstaltungen für Neu-Approbierte sollen künftig gezielt junge Kolleginnen motiviert werden, außerdem soll ein Mentoringprogramm für neu gewählte Mitglieder der LPK etabliert werden, die Psychotherapieausbildung durch neue Impulse auch für Männer wieder attraktiver gemacht werden und einiges mehr. Es gibt noch viel zu tun.

Neuropsychologische Weiterbildung – keine Förderung durch Landesärztekammer

Wie die Landesärztekammer (LÄK) Mitte November mitteilte, wurde ein Antrag der LPK auf Förderung von Weiterbildungsstellen bei Psychologischen Psychotherapeutinnen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie" vom gemeinsamen Projektbeirat der LÄK mit den Krankenkassen nach eingehender Diskussion abgelehnt. Die Begründung hierfür ist, dass über den gesetzlichen Auftrag hinaus – Förderung der Facharztgruppen (Kinder-, Augen- und Frauenheilkunde) – nicht zusätzlich eine Schwerpunktweiterbildung gefördert werden soll. Der Gesetzgeber spreche nur von den grundversorgenden Fächern. Neben dem LPK-Antrag lag auch ein weiterer des Berufsverbandes der Anästhesistinnen zur Förderung der Ausbildung zum Schmerztherapeutinnen vor.

Nachdem nur 1.000 fachärztliche Weiterbildungsstellen gefördert werden, hielt es der Projektbeirat für vertretbar, sich zunächst auf die grundversorgenden Fachärztinnen zu begrenzen. In Baden-Württemberg wurde die Förderung auch auf Ärztliche Psychotherapeutinnen ausgedehnt, allerdings ohne Schwerpunktweiterbildung.

Da in der erst seit kurzer Zeit ermöglichten ambulanten neuropsychologischen Behandlung enorme Versorgungsdefizite bestehen, finden wir diesen Beschluss sehr bedauerlich und nicht im Sinne der betroffenen Patientinnen.

Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge und der Reisefähigkeit – Gespräch des LPK-Vorstandes mit dem Innenministerium

Die Landesärztekammer (LÄK) wurde vom Innenministerium gebeten, gemeinsam Fragen zur Begutachtung der Reisefähigkeit von Geflüchteten zu klären. U. a. sollten angesichts derzeit nicht ausreichender Kapazitäten mehr Ärzte dafür gefunden werden. Da in Baden-Württemberg zusammen mit Bayern die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern bisher gemeinsam Fortbildungen zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Asylsuchenden durchgeführt haben, hat die LÄK den LPK-Vorstand zu dem Gespräch eingeladen.

Die LÄK legt dabei großen Wert auf die Qualifikation der Gutachterinnen, die deshalb u. a. am Fortbildungskurrikulum zur Begutachtung von Flüchtlingen teilgenommen haben sollten. Es sei also nicht möglich, Amtsärztinnen ohne Fortbildung zu einer solchen Tätigkeit zu verpflichten. Im Gespräch wurde die häufig erforderliche Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen angesprochen und die damit verbundene Rechtsunsicherheit, ob diese künftig auch von Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) durchgeführt werden könne. Das Innenministerium bestätigte, dass die Gutachten von PP und KJP weiterhin anerkannt werden würden und dass diese in den Begutachtungsprozess einbezogen werden könnten.

QM-Handbuch für Psychotherapiepraxen – Ergebnis der länderübergreifenden Arbeitsgruppe

Die Länderübergreifende Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement (LüAG QM) der Psychotherapeutenkammern hat nun eine Zusammenstellung aus QM-Musterhandbüchern in einer online verfügbaren Version vorgelegt. Mit ihr sollen Niedergelassene bei der Umsetzung der berufs- und sozialrechtlichen Anforderungen an das QM unterstützt sowie nützliche und praktische Hilfen für den Praxisalltag zur Verfügung gestellt werden. Viele Mitglieder empfinden die QM-Verpflichtung als lästige, bürokratische und zeitaufwendige Aufgabe. Die Musterhandbücher sollen eine effektive und sinnvolle Gestaltung einer individuellen Praxisführung ermöglichen. Sie erscheinen in Form einer „elektronischen Lose-Blatt-Sammlung", das heißt als Zusammenstellung einzelner Word-Dateien. Mitglieder können so die Texte und Vordrucke in der vorliegenden Form verwenden, diese verändern und an ihre Bedarfe anpassen sowie selbst zusätzliche Dateien erstellen. Die bisherigen Versionen für analytische/tiefenpsychologische Psychotherapie und für Verhaltenstherapie wurden überarbeitet und zu einem QM-Musterhandbuch für Psychologische Psychotherapeutinnen zusammengeführt. Die Version für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen wurde ebenfalls ergänzt und aktualisiert. Die QM-Musterhandbücher stehen kostenlos zum Download auf den Homepages der beteiligten Psychotherapeutenkammern zur Verfügung.

Gerne nimmt die LüAG Anregungen und Rückmeldungen an. Diese senden Sie am besten per E-Mail an die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen: info@pknds.de. In regelmäßigen Abständen sollen Aktualisierungen vorgenommen werden, Anfang 2018 sollen die Inhalte in die neue Psychotherapierichtlinie eingepflegt werden.

Für die LPK BW waren K. Göpel, Dr. K. Kocherscheidt und Dr. J. Wild an der AG beteiligt.

Geschäftsstelle

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

Beitragstabelle 2018 vom 11.12.2017

Aufgrund des § 24 Abs. 1 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg vom 16.03. 1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und der Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29.12.2015 S. 1234), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 21. Oktober 2017 die folgende Beitragstabelle 2018 beschlossen:

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

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2018 wird für alle Mitglieder eine Umlage (Regelbeitrag) von 440,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 264,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 176,00 Euro und der Mindestbeitrag 110,00 Euro.
2. Freiwillige Mitglieder, die sich in der Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten.
3. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.
4. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.

B. Die Beitragstabelle 2018 tritt am 1. Januar 2018 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle 2017 vom 12.12.2016 (Psychotherapeutenjournal 4/2016, Seite 399) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2018 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 27.11.2017, Az.: 3-54 15.5-003/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 11.12.2017

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

PTK | Bayern

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

7. Bayerischer Landespsychotherapeutentag in München: Die Embodiment-Perspektive in der Psychotherapie

Der 7. Landespsychotherapeutentag fand in der komplett ausgebuchten Alten Kongresshalle in München statt. Foto: Siegfried Sperl

Am 11. November 2017 fand der 7. Bayerische Landespsychotherapeutentag (LPT) in München statt. Die Veranstaltung stand unter dem Motto „Die Embodiment-Perspektive in der Psychotherapie: theoretische Hintergründe und praktische Anwendungen, für welches sich die Kammermitglieder in einer Abstimmung mehrheitlich entschieden haben.

Die Veranstaltung war schon einen Monat vorher mit 550 Teilnehmerinnen ausgebucht. Kernfragen der Veranstaltung waren unter anderem: Was steckt hinter den Schlagwörtern „Embodied cognition", „embodied mind" und „embodied psychotherapy"? Gibt es spezifische Risiken und Nebenwirkungen bei verschiedenen körperbezogenen Interventionen? Welche Wirksamkeit ist für körperbezogene Methoden bisher nachgewiesen?

Staatsministerin Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, sprach sich in ihren Grußworten für kürzere Wartezeiten auf Psychotherapieplätze und damit für eine bessere ambulante Versorgung in der Psychotherapie aus. Sie betonte, dass dafür eine Reform der Bedarfsplanung unerlässlich ist.

Als weiteres wichtiges Anliegen mahnte die Staatsministerin die Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung an: „Meine Ziele sind eine hochwertige Ausbildung und eine nachhaltige Finanzierung der Weiterbildung. Dafür werde ich mich im Gesetzgebungsverfahren vehement einsetzen".

Die Staatsministerin für Gesundheit und Pflege Melanie Huml bei ihren Grußworten zum 7. LPT. Foto: Siegfried Sperl

Letztendlich dankte sie allen Psychotherapeutinnen für ihren täglichen Einsatz in der Gesundheitsversorgung und der Hilfe in Krisensituationen.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop bei seiner Einführung zum 7. Bayerischen Landespsychotherapeutentag. Foto: Siegried Sperl

Auch Kammerpräsident **Nikolaus Melcop** sprach in seiner Einführungsrede wichtige politische Themen an: Neben der dringend notwendigen Reform der Aus- und Weiterbildung ging er auch auf die Notwendigkeit einer Reform der Bedarfsplanung und einer besseren Bezahlung für niedergelassene und angestellte Psychotherapeutinnen ein. Er wies darauf hin, dass Psychotherapeutinnen gegenüber massiven Gefahren für die psychische Gesundheit von Menschen auch außerhalb Bayerns und Deutschlands, wie z. B. Gewalt gegen große Gruppen von Menschen, die Augen nicht verschließen sollten. Abschließend gab er eine kurze Einführung in das Thema Embodiment.

Prof. Dr. Wolfgang Tschacher, Psychologe und Leiter der Abteilung für ex-

perimentelle Psychologie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, gab mit seinem Fachvortrag „Die Bedeutung von Embodiment für Psychologie und Psychotherapie" eine übergreifende Einführung in den Themenkomplex. Er erläuterte, wie therapeutische Kommunikation in Form von Synchronie „embodied" ist.

In dem nachfolgenden Vortrag „Embodiment – Das körperliche Selbst in Psychosomatik und Psychotherapie", stellte **Prof. Dr. Peter Henningsen,** Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Entwicklungen in den Neurowissenschaften mitsamt Bezügen zu älteren Konzepten dar und diskutierte Implikationen für Psychosomatik und Psychotherapie.

Mit einem Überblick über aktuelle Forschungsbefunde informierte **Prof. Dr. Corinna Reck**, Professorin für Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters & Beratungspsychologie, über die „Die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion für Embodiment". Anhand von Videoanalysen zeigte sie die Möglichkeiten der positiven Einflussnahme auf das interaktionelle Embodiment in der frühen Mutter-Kind-Beziehung auf.

Dr. Maren Langlotz-Weis, Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis, veranschaulichte anhand von Fallbeispielen in ihrem Vortrag „Körper, Gefühl und Verhaltenstherapie: Chancen einer Einbeziehung des körperlichen Erlebens" wie der Körper als weitere Ressource im therapeutischen Vorgehen bei der Arbeit mit Gefühlen genutzt werden kann.

Abschließend erläuterte **Prof. Dr. Ulfried Geuter,** Psychologischer Psychotherapeut und apl. Professor im Studienschwerpunkt Körperpsychotherapie, in seinem Vortrag „Körpererleben als Zugang zum Selbsterleben" unterschiedliche theoretische Modelle sowie zehn Prinzipien klinischer Praxis in der Körperpsychotherapie.

Den Ausklang des 7. LPT stellte eine künstlerische Zusammenfassung durch das „**Theater-Interaktiv**" dar, das den Ablauf der Veranstaltung auf der Bühne auf seine ganz eigene Art und mit viel Humor in Form von Zitaten, Bildern und Gesten des Tages widerspiegelte.

Referentinnen, Referenten und Vorstand der PTK Bayern auf dem 7. Landespsychotherapeutentag (v. l.): Dr. Maren Langlotz-Weis, Peter Lehndorfer, Prof. Dr. Ulfried Geuter, Dr. Monika Sommer, Dr. Nikolaus Melcop, Prof. Dr. Corinna Reck, Prof. Dr. Wolfgang Tschacher, Dr. Bruno Waldvogel, Birgit Gorgas und Prof. Dr. Peter Henningsen. Foto: Siegried Sperl

Intensiver Einsatz für die Reform der Aus- und Weiterbildung

Die PTK Bayern setzt sich weiterhin intensiv für die Umsetzung der Reform der Aus- und Weiterbildung und die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes ein. In der Bund-Länder-AG „Transition" hat die PTK Bayern an der Erarbeitung des Gesamtkonzepts zur Reform mitgearbeitet, welches auf dem 30. Deutschen Psychotherapeutentag vorgestellt wurde und auf große Zustimmung der Delegierten traf. Das Konzept wurde zur Information an die bayerischen Ministerien für Gesundheit und Pflege sowie für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst übermittelt. Fortlaufend wurden Gespräche mit der Verwaltung der Ministerien und Vertreterinnen der Politik geführt. Auch mit Vertreterinnen der Verbände, der Ausbildungsinstitute, der Ausbildungsteilnehmerinnen, der bayerischen Landesärztekammer sowie mit den leitenden Psychotherapeutinnen in Kliniken, den Sprechern der Direktoren psychiatrischer sowie der psychosomatischer Kliniken wurde das Reformkonzept intensiv besprochen.

Das Bayerische Ministerium für Gesundheit und Pflege arbeitet in dem sogenannten „Begleitgremium" des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform mit. Zu dem entstandenen BMG-Arbeitsentwurf „Novelle des Psychotherapeutengesetzes" hat die PTK Bayern gemeinsam mit den anderen Landeskammern und der BPtK eine Stellungnahme erarbeitet.

Aktuell ist es das Ziel, die Reform der Aus- und Weiterbildung in der neu beginnenden Legislaturperiode zügig voranzubringen und abzuschließen. Daher wurden bereits im Vorfeld der Bundestagswahl intensive Gespräche mit Politikerinnen geführt. Nach der Wahl wurden die bayerischen Beteiligten der Koalitionsgespräche mit differenzierten Schreiben informiert. Des Weiteren wurden in Treffen mit bayerischen Politikerinnen die Interessen der Psychotherapeutenschaft hinsichtlich der Sondierungsverhandlungen verdeutlicht.

BY

PTK Bayern begleitet die Entwicklung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Bayern

Die Staatsregierung erarbeitet ein künftiges eigenständiges Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG), mit dem die Hilfen für psychisch kranke Menschen verbessert und die öffentlich-rechtliche Unterbringung von psychisch kranken Menschen novelliert werden sollen.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat zur Entwicklung des Gesetzes einen Runden Tisch mit verschiedenen Arbeitsgruppen eingerichtet, in dem Anregungen und Forderungen ausgearbeitet wurden. Diese sollen in die Eckpunkte für den Gesetzesentwurf einfließen. Die PTK Bayern hat sich am Runden Tisch sowie an verschiedenen Gesprächen diesbezüglich beteiligt. Im Sommer dieses Jahres wurden die Eckpunkte des künftigen PsychKHG vorgelegt. Die PTK Bayern hat dazu schriftlich Stellung genommen, da die Eckpunkte zwar einige Anregungen der Arbeitsgruppen ansprechen, insgesamt jedoch in zentralen Punkten den Ergebnissen des Runden Tisches widersprechen. So lag der Schwerpunkt bei den Eckpunkten bisher weniger auf der Hilfe, sondern vielmehr auf der erleichterten Unterbringung der psychisch Kranken. Der Fokus wurde erkennbar auf dem Aspekt der öffentlichen Sicherheit und polizeirechtlichen Aspekten gelegt, weniger auf den Schutz der einzelnen Person.

Die Eckpunkte sowie die Kritik daran wurden insbesondere auch bei einem Fachgespräch im Gesundheitsausschuss des Bayerischen Landtags Ende September sowie in einer weiteren Sitzung des Runden Tischs im Oktober besprochen und beraten.

Auf Grundlage der Eckpunkte und der eingebrachten Anmerkungen der Fachvertreterinnen wird aktuell der Gesetzentwurf entwickelt bzw. verändert. Die PTK Bayern wird die weitere Entwicklung der Gesetzesvorlage kritisch begleiten und weiterhin dazu Stellung nehmen.

Nach der nun anstehenden Ministerrats-Vorlage sowie der Verbände- und Ressort-Anhörung ist für Anfang 2018 das Gesetzgebungsverfahren im Landtag vorgesehen. Das Inkrafttreten des Gesetzes ist bereits für Juli 2018 geplant.

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. und die PTK Bayern

Sehr bald nach ihrer Gründung ist die Kammer Mitglied der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (LZG) geworden und hat seit damals auch im Vorstand der LZG mitgewirkt. Aktuell ist Heiner Vogel als Vertreter der PTK Bayern Vorsitzender der LZG. Nachdem das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die langjährige Förderung der LZG im Jahr 2014 eingestellt hat, haben wir die LZG intensiv dabei unterstützt, eine neue Struktur zu finden und umzusetzen, die dem stark reduzierten Haushaltsvolumen und dementsprechend sehr eingeschränkten Tätigkeitsspektrum gerecht werden kann.

Nun hat das Präventionsgesetz im Jahr 2015 die Krankenkassen verpflichtet, den Bereich Prävention und ihre Aufwendungen dafür erheblich auszuweiten. Sie sollen das auch weitgehend abgestimmt umsetzen und Wettbewerbsaspekte im Sinne der Sache möglichst ausklammern. Auch eine Zusammenarbeit mit den anderen Sozialversicherungsträgern (Gesetzliche Unfallversicherung/Berufsgenossenschaften, Gesetzliche Rentenversicherung/Deutsche Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit) und mit staatlichen Stellen ist verpflichtend vorgesehen und in einer Bundesrahmenvereinbarung Prävention und nachfolgend in Landesrahmenvereinbarungen Prävention näher bestimmt worden. Die bayerische Landesrahmenvereinbarung konnte im Sommer dieses Jahres nach intensiven Beratungen der Beteiligten feierlich unterschrieben werden. Die LZG wird im Rahmen der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung zukünftig als Geschäftsstelle eine zentrale Rolle übernehmen und sie wird – ausgestattet mit erheblichen Finanzmitteln der Gesetzlichen Krankenkassen – bayernweite Initiativen zur Förderung Gesundheitlicher Chancengleichheit in Bayern und zur Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Menschen beginnen. Eine große Chance für die Gesundheitsförderung und Prävention in Bayern. Psychische Gesundheit ist von zentraler Bedeutung in diesem Bereich und deshalb werden wir als Kammer auch versuchen, diese Entwicklung nachhaltig zu unterstützen und hoffen, dass auch viele Kammermitglieder sich einbringen!

Kurznachrichten

Heilberufekammertreffen

Am 17. Oktober 2017 trafen sich die Vertreterinnen der Bayerischen Heilberufekammern. Die Schwerpunktthemen des Treffens waren u. a. eine gemeinsame Resolution der Präsidentinnen und Vorsitzenden der akademischen Heilberufe, die lange Bearbeitungsdauer bei der Erteilung der Berufszulassung, der Informationsaustausch zu Sprachtests sowie die starke Reduktion naturwissenschaftlicher Inhalt in der neuen Stundentafel für Gymnasien.

Fortbildungsveranstaltung Umgang mit Gewaltimpulsen in der Psychotherapie

Am 23. September 2017 veranstaltete die PTK Bayern eine Fortbildung zum Thema „Gewaltimpulse in der Psychotherapie", in der Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen, bestimmten Patientenmerkmalen und Gewaltimpulsen aufgezeigt wurden. Die Veranstaltung diente dem übergeordneten Ziel, die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Gewaltimpulsen im psychotherapeutischen Setting zu verbessern und die Sicherheit von Psychotherapeutinnen in schwierigen Behandlungssituationen zu erhöhen.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreterinnen teilgenommen haben: Gespräch mit der KVB zum Thema Gesundheitstelematik am 14.09.17; BPtK Round-Table: Gleichstellung von Frauen und Männern in der BPtK – Quotenregelungen in der Satzung der BPtK am 14.09.17; Bayerische TelemedAllianz eHealth in der Region – Digitale Vernetzung in regionalen Versorgungsstrukturen am 20.09.17; Kammerrechtstag IFK am 22.09.2017; Fachgespräch „Eckpunkte für ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz" im Gesundheitsausschuss des Bayerischen Landtags am 26.09.17; VFB Treffen zum Thema Fachkräftemangel am 27.09.17; Besprechung zwischen dem Vorstand der bayerischen Direktorenkonferenz und dem Vorstand der PTK Bayern am 28.09.17; 57. Sitzung des Länderrats am 29.09.17; 4. Sitzung des Rundes Tisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz am 06.10.17; 17. Sitzung des Landesgesundheitsrats am 09.10.2017; Heilberufekammertreffen am 17.10.17; VfB Gesprächsrunde der Geschäftsführer am 18.10.17; Gemeinsames Landesgremium nach § 90a zur Fortschreibung der Bedarfsplanung am 19.10.17; 5. Sitzung der Bund-Länder-AG „Frauen in der Berufspolitik" am 19.10.17; 76. Bayerischer Ärztetag am 20.10.17; Gesprächstermin mit der DAK am 23.10.17; Tag der Bayerischen Fachärzte am 25.10.17; vbw Vorsprung Bayern – Flüchtlingsintegration erfolgreich gestalten am 25.10.17; BPtK Round Table: Qualitätssicherung am 08.11.17; Arbeitsgespräch Präventionsberichterstattung im Rahmen des Bündnisses für Prävention und der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention (LAGeP) am 08.11.17; 12. Sitzung des Zentralstellenrates PSNV Bayern am 08.11.17; Delegiertenversammlung des Verbands Freier Berufe in Bayern e. V. am 15.11.17; Fachtagung der LAG Jugendsozialarbeit Bayern: Psychische Gesundheit junger Menschen in der Jugendsozialarbeit am 15.11.17; Bayernweite Kinderschutzkonferenz „Kinderschutz braucht starke Netze!" am 15.11.17; AK „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen", Referat für Gesundheit und Umwelt am 15.11.17; Bay. Landtag: Gesprächsforum Kinderrechte „Ein gutes Leben für alle Kinder?!" am 20.11.17; BPtK: Gemeinsame Sitzung des PTI-Ausschusses der BPtK mit den PTI-Sprecherinnen bzw. Vertreterinnen der PTI-Ausschüsse der Landespsychotherapeutenkammern am 23.11.17; Mitgliederversammlung des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München am 29.11.17; VfB Verleihung des Ehrenpreises am 29.11.17; 58. Sitzung des Länderrats am 08. & 09.12.17; 4. Sitzung des Landesgesundheitsrats: Ergebnisse des Gutachtens „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern" am 11.12.17.

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

„Berufspolitik sollte mit Beziehung gefüllt sein!“ Interview zum Thema Generationengerechtigkeit mit Vertreterinnen des Berufsstandes

Die Wahlen zur Delegiertenversammlung mit einer Wahlbeteiligung von nur knapp 50% und die zähe Suche einiger Fraktionen nach Kolleginnen, die sich in der neuen Legislatur engagieren möchten, gaben Anlass für eine Frage der Redaktion:

Welche Faktoren begünstigen berufspolitisches Engagement?

Wir führten hierzu ein Gespräch mit drei Personen aus dem psychotherapeutischen Arbeitskontext: **Sascha Oerter** (**SÖ** – PP mit Kassenniederlassung, seit dieser Legislaturperiode als Delegierter in der PTK), **Maike Wiedemann** (**MW** – KiJu, niedergelassen zur Hälfte in Brandenburg, Hälfte in Berlin), **Samuel Bayer** (**SB** – IPU Wissenschaftlicher Mitarbeiter, derzeit auf der Suche nach einem geeigneten Ausbildungsinstitut für tfP/PA).

Interviewer: Dr. Bernd Heimerl (BH), Lieselotte Hesberg (LH)

BH: Sie sind zum ersten Mal in den Räumen der PTK?

SB: Ich bin zum ersten Mal hier. Ich wusste gar nicht wo sich die Räume befinden. Ich kenne die PTK nur über Freunde, die hier mal als Studenten gearbeitet haben.

SÖ: Seit ich in der Kammer mitarbeite..., vorher hatte ich kaum Kontakt zu den Räumlichkeiten. Ich war mal zu Fortbildungen hier oder um Formulare abzugeben. Der Präsident ist an meinem Ausbildungsinstitut Dozent, so hatte ich schon immer was von der Kammer gehört und auch mit einem Menschen verbunden.

MW: Ich war ab und zu mal zu Veranstaltungen hier, das ist aber nicht oft. Ich kenne die PTK über Freunde, die hier mitarbeiten. Dann höre ich mehr so persönliche Dinge über die Arbeit hier.

BH: Was verbinden Sie aktuell mit dem Thema Berufspolitik?

SB: Ich verbinde hauptsächlich die Problematik um die PiA-Zeit in der Ausbildung damit. Ich höre wenig zu diesem Thema aus der Kammer, und an der Universität – während dem Psychologiestudium – werden wir überhaupt nicht mit der Berufspolitik oder berufspolitischen Themen konfrontiert. Übrigens hat eine Freundin zu mir gesagt, als ich sie fragte: Wo sind denn die Räume der PTK? Die sind direkt neben Rolex! Der Ku´damm ist schon ein Statement.

SÖ: Ich glaube, es hat was mit Identifikationen zu tun. Während der Ausbildung ist die Identifikation mit der Kammer nicht gegeben, sondern hauptsächlich mit dem eigenen Ausbildungsinstitut. Und wenn man im Ausbildungsinstitut für Berufspolitik oder die Arbeit der PTK sensibilisiert wird, dann nimmt man die berufspolitische Arbeit auch mehr wahr. Die Erfolge des Engagements aus der PTK kommen sonst nicht an. Ich habe mich erst mit der größeren Sicherheit eines Kassensitzes bereitgefunden mich berufspolitisch zu engagieren, vorher war ich zu sehr mit der „Kostenerstattung“ beschäftigt. Jetzt ist die Tür aber offen und ich identifiziere mich mehr mit der Kammer: Mit den Personen und mit den Inhalten. Die Zwangsmitgliedschaft war für mich nicht positiv konnotiert und Berufspolitik war eher negativ bewertet.

MW: Ich verbinde mit der Kammer und Berufspolitik eher rechtliche Belange. Ich habe bisher die Kammer bedürfnisorientiert genutzt. Überspitzt gesagt, ich komme in die Kammer, wenn ich was brauche. Was ich bisher gerne in Anspruch genommen habe, war die Rechtsberatung. Wenn ich ein gezieltes Anliegen habe, dann nutze ich die Kammer. Und ich frage mich, wofür ich den Mitgliedsbeitrag bezahle. Ich appelliere an die Kammer: Bitte tut was für mich! Da denke ich an das Versorgungswerk und den Stundensatz.

BH: Mir fällt auf, dass Sie die Frage nach der Berufspolitik mit der Wahrnehmung und der Inanspruchnahme der PTK in Verbindung bringen.

SÖ: Ich war zunächst Zwangsmitglied und für mich als Berufsanfänger ist es nicht leicht gewesen durchzublicken, für welche Zielgruppen die Kammer eigentlich zuständig ist. Ich habe die Kammer und auch die Berufspolitik zunächst mit Zwangsmitgliedschaft verbunden. Das war kritisch für mich. Ich gehe mit einem Haufen Schulden aus der Ausbildung raus und dann muss ich erst mal Land gewinnen. Da engagiere ich mich nicht berufspolitisch.

MW: Die Kammer ist ja irgendwie das Gesicht der Berufspolitik. Berufspolitik ist mit Personen verbunden, so frage ich eher befreundete Kollegen, die in der Kammer mitarbeiten, wenn ich eine berufspolitische Frage habe. Die anderen der Kammer sind für mich zu anonym. Das ist jetzt sehr persönlich, aber ich denke, wenn ich in den Räumen der Kammer bin: „Das wirst du niemals aufholen können, was die schon haben“. Der Abstand zwischen mir und der Kammer ist sehr weit. Und ich muss erwähnen, dass ich den Kammerbrief brauche, um den Abstand zu verringern. Wenn ich was in den Händen halte, dann bekomme ich einen persönlichen Bezug dazu. Und das ist doch

auch in unserer psychotherapeutischen Arbeit so.

SB: Ich fände es gut, wenn die Kammer sich als Vertreter der Berufspolitik schon im Studium oder in der Ausbildung zeigen würde. Also ich meine mit Personen, die dort als Delegierte mitarbeiten und eher persönlich über Berufspolitik sprechen würden. Ich weiß, dass in der schriftlichen Prüfung auch berufspolitische Fragen geprüft werden. Sie haben vorhin vom Kammerbrief und dem PTJ gesprochen, das sollte doch auch für die Bibliothek angeschafft werden. Die Wahrnehmung der Kammer als berufspolitisches Organ sollte persönlicher werden. Warum nicht eine Vorlesung zur Kammerarbeit? Ich meine damit nicht die Struktur der Kammer, eher so persönliche Dinge: An welchen Themen arbeitet die Kammer u. a.

BH: Vielen Dank für Ihre Anregungen und Ihre Bereitschaft, an diesem Gespräch teilzunehmen.
Was Sie deutlich gemacht haben, ist dass die Berufspolitik personifiziert sein sollte und dass unsere psychotherapeutische Kompetenz der Beziehungsarbeit hier gefragt ist. Berufspolitik sollte mit Beziehung gefüllt sein. Das unterscheidet uns von anderen berufspolitischen Organen.

Dr. Bernd Heimerl, Liselotte Hesberg

K 15: BERUFSETHISCHER KOMMENTAR vom 1. Juni 2017 zur Berliner Berufsordnung hinsichtlich „Onlinetherapie“ (gekürzte Version)

Die Delegiertenversammlung der Berliner Psychotherapeutenkammer hat in ihrer Sitzung vom 13. September 2016 die Integration der Onlinetherapie in die Berliner Berufsordnung beschlossen.

Nach der früheren Fassung der Berufsordnung vom 30. November 2013 war die Nutzung elektronischer Kommunikationsmedien in der Psychotherapie „nur in begründeten Ausnahmefällen“ möglich (§5 Abs. 5).

Die Neuformulierung des §5 Absatz 5 nach dem Beschluss vom 13. September 2016 hingegen lautet:

„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen **in der Regel** im unmittelbaren persönlichen Kontakt. **Der Einsatz elektronischer Medien in der Psychotherapie ist zulässig, setzt aber besondere Sorgfaltspflichten voraus. Diagnose, Indikation, Aufklärung und Einwilligung erfordern in aller Regel die Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten.**

(...) Ziel des vorliegenden Kommentars ist es, die mit einer Nutzung elektronischer Medien in der psychotherapeutischen Behandlung verbundenen besonderen Sorgfaltspflichten zu erläutern und unter berufsethischen Gesichtspunkten zu reflektieren. (...)

a) Allgemeine Einführung:

Die Onlinetherapie im Spannungsfeld von ethischer Verpflichtung und gesellschaftlichem Anspruch

(…) Die Möglichkeit der Onlinetherapie fordert uns heraus, über das Verhältnis von Psychologie, Psychotherapie und Technik nachzudenken und unser psychotherapeutisches Handeln in der modernen technischen Welt weiterzuentwickeln und dabei berufsethische Standards zu wahren. In der Medizinethik werden die Ethik der Verantwortung und die Diskursethik diskutiert. **Die Ethik der Verantwortung** geht von der Analyse individueller Verpflichtung aus. Im Zentrum der Ethik der Verantwortung steht die Frage der Vertretbarkeit und der Verantwortbarkeit des eigenen Handelns im Blick auf den/die anderen.

Die Sorgfaltspflicht in der psychotherapeutischen Tätigkeit kann dabei hauptsächlich in der Ethik der Verantwortung verortet werden. Die Einhaltung der Sorgfaltspflichten von PsychotherapeutInnen impliziert sowohl die Beurteilung der individuellen Handlungsfolgen – für PatientIn und TherapeutIn – als auch die Vertretbarkeit des Handelns gegenüber zugleich lebenden wie zukünftigen Generationen. Die besonderen Sorgfaltspflichten sind Erweiterungen, die sich aus der modernen technischen Welt ergeben. Diese Erweiterung geht unausweichlich mit einem Verlust einher: dem Verlust einer ausschließlich face-to-face geführten Psychotherapie.

(…) **Onlinetherapie als Fluch, Bereicherung, Herausforderung, Erweiterung?** Wir sind aufgerufen, eine kritische Einschätzung der Situation und eine Abwägung des Möglichen und Zuträglichen im Sinne der PatientInnen und der gesellschaftlichen Veränderungen vorzunehmen. Die Einhaltung der Sorgfaltspflichten von PsychotherapeutInnen und die Vertretbarkeit des Handelns gegenüber dem Anspruch der modernen technischen Welt fließen in die besonderen Sorgfaltspflichten ein. Diese beiden Aspekte müssen gemeinsam in der Berufsordnung berücksichtigt werden (Hervorhebung der Autoren). (Lit.: Hans Jonas: Das Prinzip Verantwortung, 1979) (…)

b) Aufklärung, Setting und Rahmenbedingungen

Ziel der Aufklärung ist es, die PatientInnen zu befähigen, eine autonome, informierte Entscheidung für oder gegen eine Behandlung treffen und wirksam einwilligen zu können. (siehe §7 der Berliner Berufsordnung)

Aufklärung

Die PatientInnen (…) sind über ihre festgestellte Diagnose und die ge-

eigneten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Dabei ist es vorzuziehen, dies im direkten Kontakt zu tun, weil der Behandler/die Behandlerin sich davon überzeugen muss, dass der Patient/die Patientin die Aufklärung richtig verstanden hat. (…) Die Grenzen und Risiken der „Internettherapie" müssen klar benannt werden, damit die PatientInnen eine informierte Entscheidung treffen können. Auch über die Grenzen der Datensicherheit ist zu informieren.

Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen, Verträge und Kosten müssen transparent sein und den PatientInnen erläutert werden. Bei minderjährigen und nicht einsichtsfähigen PatientInnen ist die Einwilligung der Erziehungsberechtigten einzuholen. Es ist zu besprechen, wie geschützt der Raum sowohl des Patienten/der Patientin wie auch des Therapeuten/der Therapeutin ist.

Setting

Die Grenzen der Erreichbarkeit müssen besprochen werden (…). Dazu zählt, wann genau man verabredet ist, in welchem Zeitraum eine Reaktion des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin erfolgt etc. Beginn und Ende der Teilnahme (z. B. bei Chat-Programmen) müssen klar definiert sein. Zudem sollten Kontaktmöglichkeiten besprochen werden für den Fall, dass der Zugang zum Internet nicht möglich ist.

Minderjährige PatientInnen unterliegen in der psychotherapeutischen Behandlung einer besonderen Situation: der Einbeziehung und Einschätzung der Bezugspersonen. So ist bei jüngeren Kindern eine therapeutische Indikation über die Eltern denkbar, – ohne persönlichen Kontakt mit den Kindern jedoch sehr fragwürdig. Die Frage bleibt, ab welchem Alter PatientInnen befähigt sind, über soziale Medien in einen therapeutischen Dialog zu treten.

c) Diagnostik und Indikationsstellung

Indikation und Diagnostik bedingen sich wechselseitig – sowohl zu Beginn, als auch in notwendigen Anpassungen während der Behandlung. Der Therapeut/die Therapeutin ist als DiagnostikerIn immer auch InteraktionspartnerIn. Über elektronische Medien gestaltet sich die Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn anders als im Therapiezimmer. Dies kann Nachteile aber auch Vorteile haben.

„PsychodynamikerInnen achten ebenso wie VerhaltenstherapeutInnen sorgfältig auf alles, was vom Patienten gezeigt und gesagt wird, dann aber werden unterschiedliche Methoden wirksam. VerhaltenstherapeutInnen achten auf die bewusst geäußerten Gedanken, Meinungen und Überzeugungen des Patienten sowie auf seine Emotionen. PsychodynamikerInnen achten (…) insbesondere auf das, was nicht oder nur angedeutet mitgeteilt wird, was zwischen den Zeilen in Auslassungen, durch Körpersprache, Mimik und szenische Darstellung vermittelt wird." (Gerd Rudolf, Psychodynamische Psychotherapie 2011, S. 12) (…) „Die PatientInnen sind darüber aufzuklären, dass in ihrem speziellen Fall die Diagnostik nicht umfassend sein kann und die Indikationsstellung für heilkundliche Behandlung kontinuierlich überprüft werden muss. Auch die TherapeutInnen müssen sich klar sein, dass im ausschließlichen Onlinekontakt mit den PatientInnen ein Teil ihrer professionellen Möglichkeiten nicht, bzw. nur eingeschränkt zur Verfügung stehen und sie für sich und für die PatientInnen die Entscheidung treffen müssen, wann und unter welchen Umständen eine Behandlung unter diesen Gegebenheiten möglich und vertretbar ist." (Zitat Herr Dr. Martin H. Stellpflug, zitiert aus einer Veröffentlichung der BPtK vom 23. Dez. 2016)

d) Notfälle und Krisen

In §2 Absatz 2 der Berliner Berufsordnung ist der Umgang mit Notfällen geregelt. (…) Für Notfälle und Krisen müssen Absprachen und Regelungen getroffen werden. Bei Krisen sollte wenn möglich ein face-to-face Kontakt stattfinden. Dies kann auch ein Behandler/eine Behandlerin vor Ort oder ein anderer adäquater Helfer/eine andere adäquate Helferin leisten. Für den Fall, dass das Internet einmal nicht funktioniert oder der Patient/die Patientin nicht erreicht werden kann, werden Vereinbarungen getroffen, z. B. dass ein(e) BehandlerIn vor Ort einbezogen wird.

e) Datenschutz

Laut §8 der Berliner Berufsordnung ist die Schweigepflicht eine Grundvoraussetzung unserer psychotherapeutischen Arbeit. Daraus ergeben sich alle Gesichtspunkte des Datenschutzes. Nach §10 der Berliner Berufsordnung ist sicherzustellen, dass Daten sicher verwahrt werden und gegenüber Zugriffen unbefugter Dritter umfassend geschützt sind. (…) Die Verwendung, Aufbewahrung und Löschung von therapiebezogenen Daten, die elektronisch genutzt werden, muss verbindlich geklärt werden. (…)

Den Berufsethischen Kommentar finden Sie auf unserer Homepage im Themenordner „Onlinetherapie und Datenschutz) unter:
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/themen/online_therapie/index.html

Ausschuss Berufsordnung, Wissenschaft, Qualität (Juni 2017)
Klaus Dillhoff, Dr. Bernd Heimerl, Valeska von Knobloch-Droste, Alexandra Rohe, Dr. Peter Tossmann (Sprecher),
für den Vorstand:
Eva-Maria Schweitzer-Köhn

Geschäftsstelle

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

PK BREMEN
PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BREMEN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Das Psychotherapeutenversorgungswerk stellt sich vor – Eindrücke von der 37. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen

Am 7. November 2017 fand in den Weserterassen die 37. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen statt. Als Gäste konnte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens Frau Doktor Wiebke Witschel von der Senatorischen Behörde für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Herrn Bernd Rasehorn, Justiziar der Kammer sowie Frau Barbara Sieker, Geschäftsführerin des Psychotherapeutenversorgungswerks PVW begrüßen.

Frau Barbara Sieker (Mitte), Geschäftsführerin des PVW

Entwicklung des Psychotherapeutenversorgungswerks

Ein inhaltlicher Fokus der Veranstaltung lag auf Frau Siekers Darstellung des PVW. Sie berichtete zunächst von der Entstehung des PVW im Jahre 2002 und der daran anschließenden stetigen Entwicklung. Aktuell habe das Versorgungswerk ca. 8.500 Mitglieder aus den Ländern Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Hessen und verfüge pro Jahr über 30,9 Mio. Euro an Beitragseinnahmen. Die Anlage dieses Vermögens erfolge zum großen Teil durch zwei externe Vermögensanlageberatungen, wobei hauptsächlich in sichere Anlagen investiert würde. Nur etwa 5% der Anlagen bestünden in Aktien. Auszahlungen erfolgten in Form von Altersrente, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente, wobei die Altersrente ab einem Alter von 62, spätestens jedoch zum 70. Lebensjahr in Anspruch genommen werden kann.

Frau Sieker verwies im Weiteren darauf, dass das PVW ein rein kapitalgestütztes Versicherungssystem sei. Dies habe in den letzten Jahren aufgrund der sinkenden Zinsen dazu geführt, dass es immer schwieriger werde, einen profitablen Zinssatz für Anlagen zu erhalten. Aus diesem Grund habe sich der Verwaltungsrat der PVW entschieden, den Beitragszins 2017 zum ersten Mal zu senken, von ursprünglich 3,5% auf 2,5%. Dies bedeute konkret, dass Anwartschaften, die ab 2017 erworben werden, bei der Auszahlung der Renten geringer verzinst würden als Anwartschaften, die vor 2017 erworben wurden. Darüber hinaus sei in Reaktion auf die schwierige Situation am Kapitalmarkt auch der Ledigenzuschlag abgeschafft worden.

Die Ausführungen stießen bei den Anwesenden auf großes Interesse, was sich in mehrfachen Nachfragen über die Anlagestrategie sowie die Vergleichbarkeit zu privaten Vorsorgemaßnahmen äußerte.

Zukunft der Bremer Kammer unklar

Karl Heinz Schrömgens vertiefte im Anschluss an Frau Siekers Ausführungen den schriftlichen Tätigkeitsbericht des Kammervorstands. Dabei ging er insbesondere auf den aktuellen Stand der Psychotherapiereform sowie die Einschätzung der kürzlich erfolgten Überprüfung der Versorgungsaufträge durch die KV ein. Hier sei zunächst keine weitere Aktivität der KV zu erwarten. Gegenüber der Aufforderung durch die KV, sich in die „Rahmenvereinbarung Bremer Ärzte" einzuschreiben, zeigte der Vorstand sich ablehnend, da dies keine Vorteile für die Patientinnen bedeute. Aus ethischen Gründen sei eine Teilnahme nicht zu empfehlen. Herr Schrömgens ging darüber hinaus auf zwei Ereignisse in der näheren Zukunft ein: Zum einen finde im April 2018 erstmals seit zehn Jahren wieder ein Deutscher Psychotherapeutentag in Bremen statt. An diesem könne die Kammeröffentlichkeit als Gast teilnehmen; entsprechende Informationen würden rechtzeitig bekannt gegeben. Zum anderen stehe im Frühjahr 2019 die Wahl des Kammervorstands an.

Trotz verschiedener Bemühungen des Vorstands konnte bisher keine Nachfolge für die beiden Spitzenpositionen des Vorsitzenden und seines Stellvertreters gefunden werden. Da Karl Heinz Schrömgens und Hans Schindler nicht für eine weitere Legislaturperiode zur Verfügung stehen, sei es dringend erforderlich, jetzt in eine vertiefte Diskussion über die Zukunft der Bremer Kammer einzusteigen. Würde kein arbeitsfähiger Kammervorstand gewählt, führe dies zwangsläufig zu einer Übertragung der Berufsangelegenheiten an den Staat. Neben Karl Heinz Schrömgens appellierte auch Frau Doktor Wietschel als Vertreterin der Aufsichtsbehörde eindringlich, sich hier zu engagieren, da die Selbstverwaltung der Berufsangelegenheiten ein hohes Gut sei. Sie wies auf das Drängen der Pflegeberufe in verschiedenen Ländern hin, eine eigene Pflegekammer einzurichten. Auf die Regelung der eigenen Angelegenheiten zu verzichten, könne nicht im Interesse der Berufsangehörigen liegen. Im Plenum wurden daraufhin verschiedene Möglichkeiten diskutiert, mit dieser Situation umzugehen; unter anderem wurde der Gestaltungsspielraum hervorgehoben, den ein berufspolitisches Engagement mit sich bringt. Gleichzeitig machten einige neue Kammermitglieder deutlich, dass die Nachfolgeproblematik nicht ausreichend bekannt sei und plädierten dafür, den Bedarf noch einmal stärker zu kommunizieren.

Diskussion zur Zukunft der Bremer Kammer

Änderungen der Entgeltordnung und Nachwahl zum Finanzausschuss

Auch im Hinblick auf eine attraktive Gestaltung einer berufspolitischen Tätigkeit brachte der Vorstand der PK Bremen einen Antrag auf Änderung der Entgeltordnung ein. Spezifisch wurde vorgeschlagen, Aufwände die im Rahmen der Kammerarbeit für Kinderbetreuung und Betreuung zu pflegender Angehöriger entstehen, bis zu einem Höchstbetrag von 120,– Euro/Tag zu erstatten. Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Durch das Ausscheiden von Frau Borowski aus dem Finanzausschuss wurde eine Nachbesetzung erforderlich. Hier kandidierte Frau Elke Mühlmeyer und wurde ebenfalls einstimmig in den Finanzausschuss gewählt. An dieser Stelle sei sowohl Frau Borowski als auch Frau Mühlmeyer für ihr Engagement gedankt.

Abschließend wurden der Haushalt 2016 sowie die Haushaltsplanung für 2018 vorgestellt und ohne Beanstandungen verabschiedet. Der Hebesatz kann durch die solide Haushaltsplanung auch für 2018 bei 0,94% gehalten werden.

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

Informationsabend der Kammer zu neuen Befugnissen

Großes Interesse für die Informationsveranstaltung zu den neuen Befugnissen

Am 19. September 2017 führte die PK Bremen eine erste Informationsveranstaltung zur Ausgestaltung der neuen Befugnisse für Psychotherapeutinnen durch. Etwa 90 Kolleginnen verfolgten mit großem Interesse die Ausführungen des Vorstands zu den seit 1. Juli 2017 für Psychotherapeutinnen freigegebenen Befugnissen der Krankenhauseinweisung sowie der Verordnung von medizinischer Rehabilitation, von Soziotherapie und von Krankentransport.

Im Rahmen einzelner Kurzreferate stellten die Vorstandsmitglieder Rahmenbe-

dingungen und Vorgehen bei der Verordnung der einzelnen Leistungen vor und verwiesen auf die entsprechenden gesetzlichen Regelungen. Die entsprechende Folienpräsentation kann auf der Homepage der PK Bremen unter www.pk-hb.de/show/8617188.html heruntergeladen werden.

Insgesamt wurden die Befugniserweiterungen von den meisten Teilnehmerinnen als positive Entwicklung und hilfreiche Ergänzung des psychotherapeutischen Behandlungsangebots gewürdigt. Es ergaben sich einige Nachfragen zu spezifischen Verfahrensweisen, die in Ermangelung praktischer Erfahrungen mit den neuen Befugnissen nicht alle ausreichend geklärt werden konnten. Entsprechend sind vonseiten der Kammer weitere Fortführungs- und Vertiefungsveranstaltungen geplant; insbesondere für die Kernbefugnis der Krankenhauseinweisung wird die Psychotherapeutenkammer Bremen im Januar des nächsten Jahres in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Leitenden der wichtigsten Anbieter stationärer Psychotherapie in Bremen eine Podiumsdiskussion zu Erfahrungen mit und Anforderungen an eine qualifizierte Krankenhauseinweisung durchführen. Diese Veranstaltung wird rechtzeitig angekündigt.

„Wo Licht ist, ist auch Schatten" – ein Beitrag zur Geschichte der Psychotherapie auf der Woche der seelischen Gesundheit

Auch in diesem Jahr beteiligte sich die PK Bremen am Programm der „Woche der seelischen Gesundheit", die durch die KulturAmbulanz des Klinikums Bremen Ost und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie LV Bremen e. V. organisiert wird. Unter dem Motto „Wie willst Du leben?" wurden eine Woche lang verschiedene Vorträge, Lesungen und Diskussionen rund um das Thema seelische Gesundheit angeboten. Als Vertreter der Psychotherapeutenkammer hielt Kammermitglied Björn Husmann am 12. Oktober 2017 einen Vortrag zum Thema „Psychotherapeutische Konzepte im Spiegel der Zeitgeschichte am Beispiel des Begründers des Autogenen Trainings J. H. Schultz".

Herr Husmann arbeitet seit 1995 niedergelassen in eigener Praxis und ist Gründungsmitglied und erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren. Er forscht seit Jahren aktiv zum Leben und Wirken von Johannes Heinrich Schultz.

In seinem Vortrag gelang es Herrn Husmann, Historisches und Anekdotisches aus dem Leben von Schultz zu einem dichten Bild der damaligen Zeit zu verweben, das die Verdienste von Schultz verdeutlichte, die nicht allein die Entwicklung des Autogenen Trainings als „Basispsychotherapeutikum" umfassen, sondern auch eine breite und umfangreiche Auseinandersetzung mit der Klassifikation und Behandlung psychischer Störungen. Gleichzeitig „unterwarf" Schultz sich nationalsozialistischer Sichtweisen zu Rassenethik, indem er bestimmte Formen psychischer Störungen oder geistiger Behinderung als „nicht behandlungsfähig" einstufte und so – zum Beispiel in Form von Publikationen und ähnlichem – zur Euthanasie beitrug.

Herr Husmann stellte auf Basis der Lebensgeschichte von Schultz Licht und Schatten in dessen Wirken eindrucksvoll nebeneinander und ließ die Frage offen, inwieweit Schultz ideologisch überzeugt oder opportunistisch zum Erhalt seiner Berufserlaubnis handelte. Durch diese bewussten Leerstellen wurde insbesondere auch die Frage nach der allgemeinen gesellschaftspolitischen Verantwortung von Psychotherapeutinnen sowie nach der eigenen Haltung zu gesellschaftlichen Entwicklungen aufgeworfen: Wie weit kann Akzeptanz und Anpassung gehen; wann muss man sich deutlich politisch positionieren?

Herrn Husmann ist es in seinem Vortrag gelungen, kenntnisreich und jederzeit spannend ein Stück Zeitgeschichte lebendig werden zu lassen, in dem durch Psychotherapeutinnen gleichermaßen wichtige Impulse für die Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren gesetzt wie auch Verbrechen gegen die Menschlichkeit begangen worden. In einem Fach wie der Psychologie, der oft Geschichtsvergessenheit vorgeworfen wird, ist es besonders wertvoll und wichtig, durch den Blick zurück

Dipl.-Psych. Björn Husmann

die Debatte über zentrale Werte und Menschenbilder in der Psychotherapie am Leben zu erhalten. Dazu hat Herr Husmann mit seiner Arbeit wesentlich beigetragen.

Woche der seelischen Gesundheit im Öffentlichen Dienst

Die Kammer beteiligte sich ebenfalls an der von der Finanzbehörde organisierten Woche der seelischen Gesundheit im öffentlichen Dienst. Vorstandsmitglied Wiebke Rappen stellte den ca. 30 anwesenden Gästen „Wege in die Psychotherapie" vor und stand anschließend als Expertin für Fragen zur Verfügung. Auch hier zeigte sich wieder der große Informationsbedarf, der nach wie vor bezüglich der Indikation für und den Abläufen bei psychotherapeutischen Behandlungen besteht.

Psychotherapie in der Psychiatrie – vom Stiefkind zum Wunschkind?

Der Andrang im Haus der Wissenschaft am 22. November 2017 war bemerkenswert. Die 120 Stühle des Olbers-Saales waren bis auf den letzten Platz besetzt. „So vielen Anmeldungen hatten wir noch nie im Rahmen der Vortragsreihe „Psychiatrie 2.0", so Psychiatriereferent Jörg Utschakowski in der Eröffnung. Seit 2015 gibt es diese Veranstaltungsreihe, die von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz durchgeführt wird.

Blick ins Auditorium

Auf Anregung des Präsidenten der PK Bremen Karl Heinz Schrömgens wurde diesmal das Thema „Psychotherapie in der Psychiatrie – vom Stiefkind zum Wunschkind" gewählt. Gesundheitssenatorin Eva Quante-Brandt betonte in ihrem Grußwort die Bedeutung einer personenzentrierten Psychiatrie, in der psychisch kranke Menschen im Zusammenhang mit ihren Lebensereignissen gesehen werden. Es bedürfe einer Erweiterung des psychiatrischen Behandlungsvokabulars und von Alternativen zur medikamentösen Behandlung.

Unter Moderation von Karl Heinz Schrömgens, der zunächst die Ist- Situation in der Versorgung und die erweiterten Handlungsmöglichkeiten infolge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie skizzierte, folgten vier Vorträge: Prof. Dr. Uwe Gonther, ärztlicher Direktor des Ameos-Klinikums Dr. Heines Bremen, erneuerte seine Kritik an der zu unkritischen Medikamentenvergabe bei psychisch kranken Menschen (s. a. PTKJ 1/17). Gonther betonte, dass trotz steigender Psychopharmaka-Gaben das Outcome in der Psychiatrie nicht besser geworden sei. Zugespitzt formulierte er, die Mainstream-Psychiatrie versetze ein psychisches Problem in eine fortwährende Erkrankung. Er warb für langfristige Behandlungen mit niedrigen Dosierungen und für Konzepte der Reduzierung und Absetzung von Medikamenten. In der Begleitung dieser Prozesse komme der Psychotherapie eine besondere Rolle zu.

Dr. Karsten Schützmann, leitender Psychotherapeut am Asklepios-Klinikum Ochsenzoll in Hamburg, stellte die erforderliche Behandler-Kontinuität von der stationären Aufnahme über die Tagesklinik bis zur ambulanten Behandlung in den Mittelpunkt seines Vortrages. Auf seiner Station werde dies durch eine Umorganisation gewährleistet, sodass eine langfristige psychotherapeutische Begleitung von psychotisch erkrankten Menschen möglich ist. Mithilfe eines Fallbeispiels konnte er eindrücklich seine Arbeitsweise vermitteln.

Dr. Michael Schödlbauer stellte die Ergebnisse der Integrierten Versorgung im „Hamburger Modell" am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vor. Dieses Konzept, vor zehn Jahren als Modellprojekt gestartet, nimmt durch einen Selektivvertrag mit vier großen Krankenkassen an der Regelversorgung in Hamburg teil. Das Besondere des Hamburger Modells sei die Einbeziehung von Psychotherapie. Das unterscheide es von allen anderen IV-Projekten bundesweit. Von drei multi-professionellen Teams werde im Rahmen einer „Capitation"-Finanzierung die Behandlung bedarfsorientiert stationär, teilstationär oder ambulant erbracht. Zum Einsatz kommt neben Pharmako-, Sozio-, Arbeits-, Familien-, Paar- und Bewegungstherapie eine beziehungsorientierte Psychotherapie, die zusätzlich vergütet wird. Im Laufe des Projektes kam es zu einer deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Aktuell sind 136 von 212 Patienten in psychotherapeutischer Behandlung.

Thelke Scholz, Psychiatrieerfahrene und Genesungsbegleiterin, schloss die Vortragsreihe mit einem beeindruckenden und berührenden Bericht über ihre Erfahrungen im psychiatrischen Versorgungssystem ab. Sie legte nachvollziehbar dar, wie Psychotherapie über einen 15-jährigen Zeitraum zu ihrer Genesung beigetragen hat. Sie verdanke ihren Psychotherapien, überhaupt noch am Leben zu sein. Sie sei sehr froh, heute über ihre Erfahrungen so offen berichten zu können.

Die Veranstaltung schloss mit einer Fishbowl-Diskussion unter Beteiligung des Publikums ab. Jörg Utschakowski sprach zum Abschluss seinen Dank an Herrn Schrömgens für seine umsichtige Moderation und seine inhaltliche Gestaltung dieses Nachmittages aus.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Wiebke Rappen, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 000
Fax: 0421 – 27 72 002
Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 10.00 – 14.00 Uhr
Mi: 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di: 12.30 – 13.30 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer HAMBURG

Fortbildungsveranstaltung „Neue sozialrechtliche Befugnisse für Psychotherapeuten“ am 12. Oktober 2017 und am 27. Oktober 2017

Seit Juni 2017 sind Psychotherapeutinnen dazu befugt, Krankenfahrten und Krankentransporte sowie Soziotherapie und medizinische Rehabilitation zu verordnen. Zudem können sie Patientinnen aufgrund einer psychischen Erkrankung zur stationären Behandlung ins Krankenhaus einweisen. Am 12. sowie am 27. Oktober 2017 boten die PTK Hamburg und die KV Hamburg gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen zur Umsetzung dieser neuen Befugnisse an. Etwa 400 interessierte Kammermitglieder nahmen insgesamt an den beiden Veranstaltungen teil.

Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, sowie Heike Peper, Präsidentin der PTK Hamburg, begrüßten die Anwesenden und führten kurz in das Thema ein. Jens Remmert, Bereichsleiter der Abteilung Recht der KV Hamburg, informierte zu Beginn über die rechtlichen Grundlagen der neuen sozialrechtlichen Befugnisse.

Im Anschluss folgte ein Vortrag von Dipl.-Psych. Dieter Best, ehemaliger Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie (BFA Psychotherapie) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er erläuterte die Befugnisse im Einzelnen und erklärte die Prozesse und Abläufe bei der Umsetzung der Verordnungen. Zudem zeigte er anhand von Beispielen, wie die Formulare auszufüllen sind.

Kammerpräsidentin Dipl.-Psych. Heike Peper
Foto: Michael Zapf

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung am 12.10.2017 Foto: Michael Zapf

Jens Remmert, Dipl.-Psych. Heike Peper, Caroline Roos und Dipl.-Psych. Dieter Best
Foto: Michael Zapf

Die Teilnehmenden nutzten aktiv die Fragenrunden, die nach jedem Thema eröffnet wurden. Bin ich verpflichtet die Befugnisse wahrzunehmen? In welche Kliniken und Krankenhäuser darf ich meine Patientinnen einweisen und an welchen Kriterien orientiere ich mich? Wo finde ich anerkannte Soziotherapeutinnen in Hamburg? Benötige ich für die Verordnung einer Soziotherapie eine Genehmigung der KV?

Diese und viele weitere Fragen wurden von den Kammermitgliedern und Referenten ausführlich diskutiert und erörtert. Auch wenn noch nicht alle Fragen im Detail geklärt werden konnten, rief Dieter Best dazu auf, die neuen Befugnisse zu nutzen und damit unsere Patientinnen umfassender versorgen und deren Behandlung zu steuern.

Die Präsentationen der Referenten Jens Remmert und Dieter Best finden Sie auf der Homepage der PTK Hamburg sowie auf der Homepage der KV Hamburg. Hier finden Sie zudem eine FAQ zu den neuen sozialrechtlichen Befugnissen, die von der KV Hamburg erstellt wurde.

BW

HH

Der Dolmetscherpool ist gestartet – Sprachmittlerinnen in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in Hamburg

Seit dem 1. September 2017 können Psychotherapeutinnen sowie Psychiaterinnen bei der Psychosozialen Beratungs- und Koordinationsstelle von SEGEMI eine Sprachmittlerin für eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung mit nicht Deutsch sprechenden Patientinnen beantragen. Hintergrund des Projekts ist ein Beschluss der Hamburgischen Bürgerschaft im Rahmen des „Hamburger Integrationsfonds". Insgesamt 200.000,– € stehen dafür bis zum Juli 2018 zur Verfügung. Aus diesen Mitteln werden auch Schulungen und Supervisionen für die Sprachmittlerinnen finanziert.

Dr. Mike Mösko

Am 20. September 2017 veranstalteten der Verein SEGEMI e. V., die Psychotherapeutenkammer Hamburg und der Paritätische Wohlfahrtsverband unter dem Titel „Arbeit zu dritt" eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zur Umsetzung dieses Projekts. Dr. Mike Mösko, Vorsitzender von SEGEMI, stellte das Projekt vor und erläuterte die Hintergründe des Sprachmittlerpools.

Im Anschluss gab Rabia Tayyeb, Sprachmittlerin und staatlich geprüfte Dolmetscherin, einen eindrucksvollen Einblick in die Arbeit einer Dolmetscherin bei der Begleitung einer Psychotherapie. So erläuterte sie z. B. die Schwierigkeiten der Übersetzung von Themen, die in einigen Kulturen als Tabuthemen gelten. Sie habe aber auch die Erfahrung gemacht, dass Patientinnen mit demselben sprachlichen und kulturellen Hintergrund sich ihr gegenüber schneller öffnen, da sie sich von ihr verstanden fühlen. Eine Dolmetscherin nehme somit nicht nur die bloße Rolle als Übersetzerin ein.

Rabia Tayyeb

Abschließend erklärte Frau Wichers, Koordinatorin des Sprachmittlerpools, die Antragsformulare und das Procedere in der Beantragung von Sprachmittlerinnen. Alle wichtigen Informationen sowie die Antragsformulare finden Sie auf der Homepage www.segemi.org.

BW

67. Delegiertenversammlung am 13. September 2017

Am 13. September 2017 lud der Vorstand zur 67. Delegiertenversammlung ins Rudolf-Steiner-Haus.

Nachdem über aktuelle Themen und Aktivitäten der Kammer informiert wurde, folgten die Berichte der Ausschüsse und Kommissionen sowie der Arbeitskreise der PTK Hamburg. Ein ausführlicher Bericht erfolgte auch von der Beschwerdekommission, die einen Überblick über die gravierendsten Berufsrechtsverstöße in 2017 gab. Erstmals waren vier Kammermitglieder persönlich zur Anhörung vorgeladen worden.

Im Anschluss diskutierte und verabschiedete die Delegiertenversammlung einstimmig die erste Satzung zur Änderung der Beitragsordnung, welche Sie am Ende der Berichte aus der PTK Hamburg finden. Die Änderungen treten am 01.01.2018 in Kraft. Ein weiterer wichtiger Tagesordnungspunkt war die Entscheidung zur Meldung der Anzahl der Kammermitglieder an die BPtK zur Berechnung der Delegiertensitze für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT). Die Delegiertenversammlung entschied einstimmig, dass auch die Kammermitglieder, die sich noch in Ausbildung befinden, an die BPtK gemeldet werden sollen. So wird sichergestellt, dass die Berechnung der Hamburger Delegiertensitze im DPT (aktuell sieben Hamburger Delegierte) auf Grundlage der Zahl aller Hamburger Kammermitglieder vorgenommen wird. Allerdings sind durch die Meldung ab 2018 auch für die Kammermitglieder in Ausbildung Beiträge an die BPtK abzuführen.

In einem weiteren Tagesordnungspunkt kündigte Frau Peper zwei Befragungen an, die die PTK Hamburg in den kommenden Monaten durchführen wird. Eine Befragung, die in Kooperation mit der BPtK und dem UKE durchgeführt wird, richtet sich an alle Kammermitglieder, die über einen Kassensitz verfügen und an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilnehmen. Evaluiert werden dabei die Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie. Eine andere Befragung richtet sich an alle Kammermitglieder, die in privaten Praxen

und ggfls. in der Kostenerstattung tätig sind. Auch hier werden die Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie untersucht. Wir bitten alle Kammermitglieder, die eine Benachrichtigung mit einem Online-Zugang zu einem Fragebogen erhalten um die Teilnahme an diesen wichtigen Umfragen!

BW

16. Allgemeine Kammerversammlung am 7. November 2017

Zum 16. Mal lud der Vorstand am 7. November 2017 alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg zur allgemeinen Kammerversammlung ein.

Vortrag KISS Hamburg

Als Gäste wurden Frau Christa Hermann, Leiterin von KISS Hamburg (Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen in Hamburg) sowie Karina Kalinowski und Anna Beurskens, Fachreferentinnen von KISS begrüßt. In ihrem Vortrag „Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen – Schnittstellen zur psychotherapeutischen Praxis“ stellten sie die Arbeit von KISS Hamburg vor und gaben Einblicke in die Struktur und die Schwerpunktthemen der Organisation, die rund 1.300 Hamburger Selbsthilfezusammenschlüsse in ihrer Datenbank pflegt. Besonders interessant für die Kammermitglieder waren die Anliegen, mit denen sich die Menschen an KISS wenden und sich in den Selbsthilfegruppen treffen. Die Mitarbeiterinnen von KISS berichteten, dass es in Hamburg eine sehr große Zahl von Selbsthilfegruppen zum Thema „Psychische Gesundheit“ bzw. „Psychische Krankheit“ gebe. So bestünden aktuell mehr als 40 Selbsthilfegruppen zum Thema „Depression“ gefolgt von mehr als 20 Gruppen zum Thema „Ängste“. Die Nachfrage sei seit Jahren unverändert hoch und habe sich auch durch die wachsende Zahl von Internetforen u. ä. nicht verändert. Frau Herrmann zeigte Schnittstellen zur psychotherapeutischen Behandlung auf und erklärte, dass die Selbsthilfegruppen oftmals eine hilfreiche Ergänzung zu einer Psychotherapie darstellen können. Eine Psychotherapie könne dadurch natürlich nicht ersetzt werden, und auch in einem Krisenfall komme eine Selbsthilfegruppe in der Regel schnell an ihre Grenzen. Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeutinnen und KISS wurde angeregt, den Kontakt zu den regionalen KISS-Stellen (Altona, Harburg, HH-Mitte, Wandsbek) zu nutzen und gemeinsame (z. B. trialogische) Veranstaltungen zu planen. Näheres zu der Organisation erfahren Sie auf der Homepage www.kiss-hh.de.

Berichte des Vorstands

Im Anschluss des Vortrags berichteten die Vorstandsmitglieder aus ihren Arbeitsbereichen und stellten die Aktivitäten der Kammer im vergangenen Jahr vor. Ausgewählte Schwerpunktthemen für das Jahr 2017 waren die Berufsaufsicht bzw. das Beschwerdemanagement, die Umsetzung einer Fortbildungsrichtlinie für gutachterliche

16. Allgemeine Kammerversammlung

Tätigkeit, die neue Psychotherapie-Richtlinie, die psychotherapeutische Versorgung geflüchteter und migrierter Menschen sowie die Reform der Psychotherapieausbildung. Weiter berichtete der Vorstand von den Veranstaltungen, die im Jahr 2017 von der Kammer angeboten wurden. So waren die Fortbildungsveranstaltungen „Tag der seelischen Gesundheit“, „Die neue Psychotherapie-Richtlinie“ und „Die neuen sozialrechtlichen Befugnisse“ sehr gut besucht. Auch die Fortbildungsveranstaltung „Schweigepflicht in der Psychotherapie“ stieß auf Interesse unter den Kammermitgliedern. Für 2018 kündigte der Vorstand an, weitere Veranstaltungen zu berufsrechtlichen Themen anbieten zu wollen.

BW

Versammlung der Kammermitglieder in Ausbildung am 17. Oktober 2017

Der Vorstand der PTK Hamburg lud alle Kammermitglieder, die sich in Ausbildung zur Psychotherapeutin (PiA) befinden, am 17. Oktober 2017 zu einer Versammlung ein. Auf der Tagesordnung standen unter anderem die Aufgaben der Kammer, die Probleme während der Ausbildung, die Vorstellung der Bundeskonferenz PiA sowie die Ausbildungsreform, aber auch berufliche Perspektiven nach der Approbation. Es soll ein Arbeitskreis PiA in der PTK Hamburg gegründet werden.

BW, HP

1. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 1.1.2017

Auf Grund von § 19 Absatz 1, Absatz 2 Ziffer 1 und § 6 Absatz 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGH) vom 14. Dezember 2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 21. Februar 2017 (HmbGVBl. S. 47) hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in ihrer Sitzung am 13. September 2017 die erste Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gemäß § 57 HmbKGH am 19. Oktober 2017 genehmigt hat.

§ 1
Änderungen

1. § 1 (Beitragspflicht) wird wie folgt geändert:

   1.1 In § 1 Absatz 6 werden *hinter den Wörtern* „Kammermitglieder, die" die Wörter „zum Stichtag 1. Februar" eingefügt.

   1.2 In § 1 Absatz 7 werden *hinter den Wörtern* „Kammermitglieder, die" die Wörter „zum Stichtag 1. Februar" eingefügt.

2. § 3 (Beitragsbemessung) wird wie folgt geändert:

   3.1 In § 3 Absatz 1 Satz 2 wird *hinter den Wörtern* „Vermietung und Verpachtung" ein *Komma* und das Wort „Versorgungsbezüge" eingefügt.

   3.2 Hinter § 3 Absatz 4 wird folgender *neuer Absatz 5* angefügt:

   „(5) Auf Antrag des Kammermitgliedes wird ab dem erstmaligen Erhalt von Altersbezügen bei angestellten Kammermitgliedern der Beitrag auf Grundlage einer aktuellen Gehaltsbescheinigung errechnet. Bei selbständigen Kammermitgliedern wird aufgrund einer vom Kammermitglied vorgelegten Einkommensschätzung ein vorläufiger Beitrag berechnet und erhoben, soweit keine anderen Einkommensnachweise vorliegen. Der Steuerbescheid ist nachzureichen, sobald er dem Kammermitglied vorliegt. Nach der Einreichung des Steuerbescheides wird der endgültige Beitrag berechnet. In dem Jahr des erstmaligen Erhaltes von Alrsbezügen ergibt sich der Beitrag aus der Summe der Einzelbeiträge, die sich vor erstmaligem Erhalt der Altersbezüge entsprechend § 3 Absatz 1 und ab erstmaligem Erhalt der Altersbezüge entsprechend Satz 1 und Satz 2 dieses Absatzes berechnen. Der Nachweis über die Altersbezüge ist mit dem Antrag einzureichen."

3. § 8 (Beitragsbefreiung, Beitragsnachlass, Stundung, Ratenzahlung) *erhält folgende Fassung*:

   „(1) Weist das Kammermitglied durch Vorlage des aktuellen Einkommens und einer schriftlichen Darlegung eine wirtschaftliche Notlage nach, kann die Kammer auf schriftlichen Antrag des Kammermitgliedes eine Beitragsbefreiung, einen Beitragsnachlass, Stundung oder Ratenzahlung auf den Gesamtbeitrag festsetzen. Ein Rechtsanspruch darauf besteht nicht.

   (2) Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Erhalt des Beitragsbescheides schriftlich unter Beifügung der Nachweise zur Glaubhaftmachung an die Psychotherapeutenkammer Hamburg zu richten."

§ 2
Inkrafttreten

Die vorstehenden Änderungen der Beitragsordnung treten am 1. Januar 2018 in Kraft.

Die vollständige Beitragsordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.ptk-hamburg.de → Die Kammer → Rechtliches

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Birte Westermann.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
www.ptk-hamburg.de
info@ptk-hamburg.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Dr. Heike Winter, Präsidentin

nach einem überraschenden Ergebnis der Bundestagswahl konnten wir erleben, wie interessante Optionen für eine künftige Regierungsbildung entstanden, die in den vergangenen Wochen intensiv hinsichtlich möglicher Kompromisse sondiert wurden. Wikipedia definiert den Kompromiss als „die Lösung eines Konfliktes ..., unter beiderseitigem Verzicht auf Teile der jeweils gestellten Forderungen". Dort erfährt man auch, dass Kompromisse in Deutschland lange für mangelnde Härte standen, als ein Lösungsweg für Schwächlinge und charakterschwache Individuen. Das Scheitern der angestrebten Jamaika-Koalition stimmt nachdenklich und wirft die Frage nach dem „Warum" auf. Immerhin wurde ein nicht unerheblicher weiterer Verlust in das Ansehen der Politik billigend in Kauf genommen.

Gesamtgesellschaftlich betrachtet erscheint dieser Mangel an Kompromissfähigkeit allerdings nicht selten. Die Unversöhnlichkeit und Härte, mit der Auseinandersetzungen über verschiedene Ansichten oder Haltungen geführt werden, führt zu Spaltung und in Folge zu Abkapselung innerhalb der eigenen Meinungsgruppe. Weiterentwicklung oder Erreichen von Größerem wird so unmöglich.

Wie aber gelingen Kompromisse? Der psychologisch interessante Teil des Kompromisses ist der Verzicht, in dessen Gefolge die Einschätzung von Gerechtigkeit auftritt: Mein Verzicht darf nicht größer sein als Dein Verzicht. Oft sind es diese subjektiven Einschätzungen, die den Kompromiss verhindern. Gefühlte Ungerechtigkeit ist kein guter Kompromissratgeber.

So schwer es nun manchem fallen mag, dem Arbeitsentwurf des BMG für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung aus vollem Herzen zuzustimmen, greift er doch unsere gemeinsam erarbeiteten Vorschläge weitestgehend auf. Einzig der Vorschlag, einen Modellstudiengang Psychopharmakologie einzuführen, kam völlig überraschend und beruhte nicht auf unseren Forderungen. Viele Fragen sind noch offen, insbesondere zur Weiterbildung. Sicher ist jedoch, dass wir im weiteren Verlauf als Berufsstand in unserer Kompromissfähigkeit und -bereitschaft gefordert sein werden.

Lassen Sie uns die anstehenden Feiertage und das Ausklingen des alten Jahres als eine gute Übungsgelegenheit nutzen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und Ihren Lieben frohe Weihnachten und einen guten Start in das neue Jahr.

Heike Winter

Selbsterfahrung – unverzichtbar in der Weiterbildung

Robert Schmidtner

In der heutigen Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin ist die Selbsterfahrung ein fester Bestandteil. In Hinblick auf die bevorstehenden Veränderungen durch die Reform der Psychotherapieausbildung ist es essentiell notwendig, über den Stellenwert und aktuellen Rahmen der Selbsterfahrung als Bestandteil der Weiterbildung und deren Integration in die neuen Curricula nachzudenken. Während in der gegenwärtigen Ausbildung die psychodynamischen Verfahren die Selbsterfahrung als unerlässlich ansehen, zeigt sich in der Verhaltenstherapie eine kontroverse Diskussion. Diese reicht von der Ansicht, dass Auseinandersetzung mit der eigenen Person in der modernen Verhaltenstherapie in der Ausbildung und darüber hinaus verpflichtend sein muss, bis hin zu der Überzeugung, das Selbsterfahrung im Alltag geschieht und in der Ausbildung redundant ist.

Nach Laireiter (2000) lassen sich die Funktionen von Selbsterfahrung wie folgt zusammenfassen:

1. Therapeutische Funktion
2. Sensibilisierung und Persönlichkeitsentwicklung
3. Präventive Funktion bzw. Belastungsreduktion
4. Sozialisation und Identitätsstiftung
5. Empathieförderung
6. Methodisch-didaktische Funktion/ Ausbildungsfunktion

Diese Funktionen kann man mit einem dreistufigen primär prozess- und erlebnisorientierten Ansatz gerecht werden,

der konzeptuell in der Weiterbildung verankert und weiterentwickelt werden soll.

Methodenorientierte Selbsterfahrung

Innerhalb einer verfahrensspezifischen Selbsterfahrung ist eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Verfahren unverzichtbar. Von daher ist es naheliegend, dass Weiterbildungsteilnehmerinnen in einer verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung mit den jeweiligen Methoden der Therapierichtung konfrontiert werden. Ein wesentlicher Punkt ist dabei die Herausarbeitung der persönlichen Motivation bezüglich der Berufswahl zur Verhaltenstherapeutin und der Identifikation mit der Methode.

Personenorientierte Selbsterfahrung

In der personenorientierten Selbsterfahrung liegt der Schwerpunkt auf der biographiefokussierten Selbstreflexion der Weiterbildungsteilnehmerinnen. Dies kann beispielhaft durch die Herausarbeitung der wichtigsten emotionalen Schemata und kognitiver Planstrukturen der Teilnehmerinnen geschehen. Dazu gehören unter anderem ungeschriebene und geschriebene Gesetze der Teilnehmerinnen im Umgang mit Gefühlen. Punkte wie beispielsweise „Welches Emotionskonzept liegt bei mir vor?", „Welche Bindungsmuster liegen bei mir vor?" oder „Welche Systemregeln liegen in meiner Ursprungsfamilie vor?" sind hierbei näher unter dem Aspekt zu betrachten, welche prinzipielle Bedeutung (Chancen und Risiken) dies für die therapeutische Arbeit haben kann.

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Bei der Patientenorientierten Selbsterfahrung stehen konkrete reale Therapiesituationen im Fokus der Selbstreflektion. Hierbei können exemplarisch anhand von Videoaufnahmen selbstdurchgeführter Therapiesitzungen Situationen analysiert werden, welche intensives emotionales Erleben bei den Selbsterfahrungsteilnehmerinnen auslösen. Übergeordnetes Ziel ist die Einordnung aktivierter Schemata innerhalb des biographischen Kontextes. Dabei sollen die Weiterbildungsteilnehmerinnen sensibilisiert werden, einen achtsamen Umgang mit ihren individuellen emotionalen Triggern zu finden.

In den letzten 20 Jahren haben innerhalb der Verhaltenstherapie neuere Therapieansätze in Form der 3. Welle Einzug gehalten. Gemeinsam ist diesen neuen Verfahren ein emotions- und beziehungsfokussierter Ansatz. Allein um die Anforderungen, die diese neuen Verfahren der Verhaltenstherapie an Weiterbildungskandidatinnen stellen, gerecht werden zu können, ist es unerlässlich, entsprechende Kompetenzen über eine professionell angeleitete und konzeptbasierte Selbsterfahrung zu vermitteln. Darüber hinaus ist die Burnout Prophylaxe ein unverzichtbarer Bestandteil der Weiterbildung, der nur über das Verfahren der Selbsterfahrung kompetent und nachhaltig vermittelt werden kann.

Der Selbsterfahrung sollte bei den bevorstehenden Veränderungen durch die Reform der Psychotherapieausbildung ein großer Stellenwert in der Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin beigemessen werden. Dabei sollte auf eine kontinuierliche konzeptionelle Weiterentwicklung geachtet werden. Besonders die Förderung des Transfers der Selbsterfahrung in den beruflichen Alltag auch nach Abschluss der Weiterbildung scheint aktuell noch vernachlässigt. Selbsterfahrungsaspekte sollten ganz natürlich in wirkungsvolle Intervisionsgruppen und in regelmäßige Fortbildungen integriert sein, um die Qualität in der psychotherapeutischen Arbeit in der Praxis nachhaltig zu sichern und zu verbessern.

Robert Schmidtner
Vorstand

4. Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer

Am **27. und 28. Oktober 2017** tagte die vierte Delegiertenversammlung (DV) der laufenden Wahlperiode in Wiesbaden.

In einer fachöffentlichen **Vorveranstaltung** am Freitagabend stellte Dr. Johannes Klein-Heßling, wissenschaftlicher Referent der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), den Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur **Reform des Psychotherapeutengesetzes** (PsychThGAusbRefG) vor.

Karl-Wilhelm Höffler, Vorstandsmitglied der hessischen Kammer, moderierte

Dr. Johannes Klein-Heßling und Karl-Wilhelm Höfller

den Vortrag und die anschließende Diskussion. Die Ausbildungsreform ist ein zentrales Anliegen der Psychotherapeutenschaft. Sie soll bundeseinheitlich einen Qualifikationsstandard auf Masterniveau für den Zugang zur Fachkunde-Qualifizierung sicherstellen sowie die jahrelange zweite Qualifizierungsphase ohne geregeltes Einkommen und ohne hinreichende soziale und rechtliche Absicherung für die Ausbildungsteilnehmerinnen durch eine Weiterbildung in Berufstätigkeit ersetzen. Der Arbeitsentwurf des BMG, der viele Forderungen des BPtK-Gesamtkonzepts aufgegriffen hat, sieht ein fünfjähriges Psychotherapiestudium vor. Nach abgeschlossenem Bachelor und Master wird nach zwei bestandenen Staatsprüfungen die Approbation erteilt. Wie die sozialrechtlichen Regelungen zur

anschließenden Weiterbildung aussehen sollen, hat der Gesetzgeber bislang offen gelassen. Er hat aber versichert, dass es kein Reformgesetz ohne entsprechende sozialrechtliche Regelungen der Weiterbildung geben werde.

Die Folien zum Vortrag finden sich im Mitgliederbereich der Kammerhomepage. In der Diskussion wurde der Entwurf grundsätzlich begrüßt und die spürbare Wertschätzung des BMG gegenüber dem Berufsstand thematisiert. Es wurde jedoch auch Kritik an dem Entwurf von einigen Delegierten geäußert. Viele Fragen bleiben noch offen, wie z. B. die Berufsbezeichnung, die Ausgestaltung der zukünftigen Approbationsordnung, die Ausgestaltung eines möglichen Modellstudiengangs Pharmakotherapie, die Struktur, Dauer und Koordinierung der Weiterbildung sowie deren Finanzierung. Das „Gesamtkonzept – Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung" (Stand: 5. Mai 2017, Gemeinsamer Entwurf des Vorstands der BPtK und der Bund-Länder-AG Transition) finden Sie auf der Homepage der BPtK.

Haushalt und Kammerbeitrag

Intensiv diskutierte die Delegiertenversammlung den **Haushalt 2018 der Kammer** und die zukünftige Gestaltung des Kammerbeitrags.

Der Vorstand hatte einen Antrag auf Absenkung des Kammerbeitrags eingebracht, da die Kammer derzeit über hohe Rücklagen verfügt. Grundsätzlich können Kammerbeiträge nach zwei Modellen erhoben werden, dem Vereinsmodell mit einem festen und gleichen Mitgliedsbeitrag für alle Kammermitglieder und dem Steuermodell mit einem Kammerbeitrag entsprechend einem prozentualen Anteil am Einkommen. Die hessische Kammer hatte sich schon lange für ein Mischmodell entschieden, mit einer Minderbelastung niedriger Einkünfte und einer Progression bei höheren Einkünften.

Der Vorstand schlug jetzt ein Modell der Beitragssenkung vor, das alle Einkommensgruppen entlasten wird und bei den niedrigen Beitragsgruppen lediglich einen Teil der Kosten berücksichtigt, die durch die Zahlungen an die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und für das Psychotherapeutenjournal (PTJ) entstehen. Drei der Oppositionslisten versuchten, eine zusätzliche obere Beitragsklasse einzuführen, die zu einer noch stärkeren Belastung der gut verdienenden Kolleginnen und Kollegen geführt hätte. Dieser Antrag wurde von der Mehrheit der DV abgelehnt.

Die Haushalts- und Kassenordnung wurde von der DV dahingehend verändert, dass die Rücklagenhöhe definiert und festgelegt wurde.

Kolleginnen und Kollegen, die in der Pflicht stehen, ihre Kinder oder ältere Angehörige zu versorgen, fällt es oft schwer, Zeit für ehrenamtliches Engagement in der Psychotherapeutenkammer frei zu machen. Deshalb hat die DV auf Antrag des Vorstands einstimmig eine Regelung beschlossen, die Aufwandsentschädigungsordnung um einen Absatz zur **Entschädigung für die notwendige Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen** zu erweitern. Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Delegiertenversammlung und Mitglieder von Ausschüssen können nunmehr eine Entschädigung für die Kosten einer notwendigen Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und pflegebedürftigen älteren Angehörigen in Höhe von 15,– Euro pro Stunde, maximal 150,– Euro pro Tag beantragen. Die Betreuung gilt als notwendig, wenn der/die Antragssteller/-in aufgrund der Teilnahme an Sitzungen innerhalb der Kammertätigkeit verhindert war und deshalb eine Betreuung beauftragen musste.

Die Koalition sieht darin insbesondere eine Möglichkeit der „Nachwuchsförderung", die jungen Kolleginnen und Kollegen Freiräume für ehrenamtliches Engagement in der Kammer verschafft.

Resolutionen

Zu aktuellen politischen Entwicklungen beschloss die Delegiertenversammlung drei Resolutionen:

„Angemessene Vergütung für psychotherapeutische Leistungen!"

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 11. Oktober 2017 die Rechtmäßigkeit der Systematik der „Strukturzuschläge" aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. September 2015 festgestellt. Die Delegiertenversammlung nimmt dieses enttäuschende Urteil zum Anlass und fordert von den zukünftigen Regierungsparteien, eindeutige Regelungen zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bereits im Koalitionsvertrag zu konkretisieren.

„Ausbildungsreform jetzt!"

Die Psychotherapeutenkammer Hessen fordert die zukünftigen Regierungsparteien mit dieser einstimmig verabschiedeten Resolution auf, die Reform des PsychThG auf der Basis des Arbeitsentwurfs des BMG vom Juli 2017 in ihren Koalitionsvertrag aufzunehmen und die rechtlichen sowie ökonomischen Voraussetzungen für die Weiterbildung zu schaffen.

„Ältere Menschen auf dem Land stark benachteiligt!"

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Oktober 2017 ohne nähere Prüfung beschlossen, den Demografiefaktor unbefristet und für alle Arztgruppen weiter unverändert zur Berechnung der notwendigen Anzahl von Praxissitzen einzusetzen. Der psychotherapeutische Behandlungsbedarf bei älteren Menschen wird damit weiter mit einem um den Faktor 7,4 gesenkten Bedarf angesetzt. Aktuelle Daten des Robert Koch Instituts (RKI) zeigen jedoch, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Über-65-Jährigen nur 1,5-fach geringer ist als bei Unter-65-Jährigen. Die Delegierten wenden sich mit dieser Resolution entschieden gegen diesen Beschluss des G-BA. Die Kammer will die hessische Landespolitik in die Pflicht nehmen, die Interessen älterer Menschen gegenüber dem BMG und dem G-BA zu vertreten.

Rechtliche Rahmenbedingungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Am **10. November 2017** fand im Frankfurter Ökohaus eine **Fortbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen** (KJP) zum Thema „Rechtliche Rahmenbedingungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen" statt. Anhand der vielfältigen Fragen der Teilnehmerinnen wurde sehr schnell deutlich, wie komplex sich Themen wie Aufklärung der Patientinnen am Beginn einer Behandlung, Dokumentationspflicht, Einsichtsrecht und der Umgang mit Sorgerechtskonstellation etc. darstellen. Das Einhalten der Schweigepflicht in einem Kontext von mehreren Personen, mit denen KJP in der therapeutischen Situation arbeiten, ist ebenfalls ein sehr sensibler Bereich, der innerhalb der Veranstaltung diskutiert wurde. Die Kammer plant, das Thema zum Gegenstand einer weiteren Veranstaltung mit größerem Zeitrahmen zu machen. Die Vortragsfolien finden Sie im Mitgliederbereich auf der Homepage der PTK Hessen.

Klinische Neuropsychologie – ein attraktives Berufsfeld für PP und KJP

Seit dem **1. Januar 2013** ist die Neuropsychologische Therapie zur Untersuchung und Behandlung neuropsychologischer Störungsbilder als GKV-Leistung anerkannt, das heißt, diagnostische und therapeutische Leistungen werden über eigene Abrechnungsziffern von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Versorgung der Betroffenen durch ambulante Therapieangebote ist jedoch noch immer mangelhaft. Es fehlen Psychologische Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) mit der Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie. Aktuell besitzen 42 Kammermitglieder die Zusatzbezeichnung „Klinische/r Neuropsychologe/in". Zehn Institutionen oder Kliniken wurden als Weiterbildungsstätten für die Bereiche „klinische Tätigkeit" und „Theorie" anerkannt und zwölf Mitgliedern wurde die Bezeichnung „Supervisor/in Klinische Neuropsychologie" verliehen.

Als Erleichterung für diejenigen, die bereits in diesem Feld gearbeitet haben, können seit 2016 zum Erlangen der Zusatzbezeichnung auch Teile angerechnet werden, die in der Zeit nach Aufnahme der Approbationsausbildung erworben wurden, sofern sie den Anforderungen der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen entsprechen. Auch kann die Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie lt. hessischer Weiterbildungsordnung bereits parallel zur Approbationsausbildung begonnen werden. Gefördert wird, wer auf einen neuropsychologischen Behandlungsschwerpunkt umstellt und dafür eine psychotherapeutische Praxis im Gebiet der KV Hessen übernimmt oder gründet. Darüber hinaus kann apparative, diagnostische und therapeutische Ausstattung der neuropsychologischen Praxis gefördert werden. Nähere Informationen auf kvhessen.de.

Die psychotherapeutische Sprechstunde: Ideen, Modelle, Instrumente, Diskussion

Am **15. November 2017** fand auf dem Uni Campus Westend in Frankfurt eine interessante Veranstaltung zur Durchführung und Organisation der Sprechstunde statt. Jörg Wollstadt, Ausschussvorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung, führte ins Thema ein und erläuterte die historischen und politischen Hintergründe der neuen Leistung. Sabine Schäfer, niedergelassen in eigener tiefenpsychologischer Praxis und Mitglied im Vorstand der DPtV, schilderte anschließend praxisnah die Organisation und ging spezifisch auf geeignete Instrumente zur orientierenden Diagnostik ein. Viele davon sind lizenzfrei erhältlich und gut erprobt. Dr. Mark Zimmermann, niedergelassen in verhaltenstherapeutischer Praxis, referierte anschließend über die besonderen Anforderungen in der Beziehungsgestaltung und den Umgang mit möglicher Enttäuschung seitens der Patientinnen, wenn kein anschließender Therapieplatz zur Verfügung gestellt werden kann. Die Teilnehmerinnen beteiligten sich lebhaft mit Fragen und Diskussionsbeiträgen. Das Fazit nach sechs Monaten Sprechstunden wurde fast durchweg positiv gesehen. Die Vortragsfolien finden Sie im Mitgliederbereich auf der Homepage der PTK Hessen.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Wilma Debacher, Marburg
Julian Bielicki, Frankfurt
Dr. Annelinde Eggert-Schmid Noerr, Frankfurt
Vera Fischer, Frankfurt
Heinrich Bott, Frankfurt

Redaktion

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

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Kammertag zur Ausbildungsreform

Kammertag der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen am 3. November 2017

Am 3. November 2017 fand für alle Delegierten der Kammerversammlung ein Kammertag statt, bei dem sich ausschließlich mit dem Thema Ausbildungsreform und dem diesbezüglichen Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit beschäftigt wurde. Wir hatten dazu Frau Dr. Andrea Benecke aus dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer eingeladen.

Frau Dr. Benecke referierte die Positionierung der Bundespsychotherapeutenkammer und der zu diesem Thema eingerichteten AGs zu Ausbildungsreform und Arbeitsentwurf. Herr Rudyk stellte anschließend kurz die wesentlichen Positionen der PKN dar.

Dr. Andrea Benecke (Vorstandsbeisitzerin der BPtK)

Das entsprechende Positionspapier der PKN zum Arbeitsentwurf ist auf der Homepage der PKN veröffentlicht.

Es folgte eine sehr konzentrierte und differenzierte Diskussion zu den Schwerpunkten

- Studium: Inhalte, praktische Anteile, Hochschulform,
- Weiterbildung: stationär, „komplementär", ambulant,
- politische Strategien,
- Legaldefinition,
- zunehmendes zahlenmäßiges Ungleichgewicht zwischen Männern und Frauen in Studium und Ausbildung.

Dr. Andrea Benecke und Roman Rudyk (Präsident der PKN)

Abschließend bestand Einigkeit darin, dass dieses komplexe Thema der Ausbildungsreform einer solch intensiven Befassung bedarf und dass weiterhin keine Alternative zu dieser hoffentlich bald erfolgenden Reform gesehen wird.

Roman Rudyk
Präsident der PKN

Kammerversammlung der PKN am 4. November 2017

Dr. T. Horn, F. Michaelis, G. Schwope, A. Kretschmar und R. Rudyk (v. l.)

Am 4. November 2017 fand die fünfte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Anwesend waren sechsunddreißig der vierzig Mitglieder der Kammerversammlung sowie als Gäste Herr Dr. Horn als Vertreter des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung und Herr Prof. Schöttke als Vertreter der Hochschulen, die PiA-Vertreterin Frau Müller sowie der Geschäftsführer Herr Dr. Kaufmann und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Frau Weiher und Frau Peter.

Herr Dr. Horn ging in seinem Grußwort wesentlich auf die Ausbildungsreform und die Einbindung der Länder in diesen Prozess ein. Dabei berichtete er, dass sich die Mehrheit der Gesundheitsministerien der Länder für ein Studium ausschließlich an Universitäten und ihnen gleichgestellten Hochschulen ausgesprochen hat und Niedersachsen diese mehrheitliche Position nicht teilt. Im Weiteren ging er auf die Bedeutung der Landespsychotherapeutenkammern bei der Weiterbildung ein und machte deutlich, dass die Finanzierung der Weiterbildung nur durch das GKV-System denkbar ist. Auch berichtete Dr. Horn davon, dass sich sein Ministerium für die Anerkennung des Abschlusses Klinische Psychologie einer in Niedersachsen ansässigen privaten Hochschule für angewandte Wissenschaften als Zugangsvoraussetzung für die PP-Ausbildung ausgesprochen hat.

Vor dem Einstieg in die Tagesordnung wurde mit erinnernden Worten und einer Schweigeminute dem verstorbenen früheren Kammerversammlungsmitglied Richard Winter gedacht.

Roman Rudyk (Präsident)

Vorstandsbericht

Schwerpunkte des Vorstandsberichts waren die Entwicklung der Geschäftsstelle, die Veranstaltungsplanung sowie die Diskussion zum verabschiedeten Landespsychiatrieplan. Angesprochen wurden auch Fragen zur Online-Therapie, zum Qualitätsmanagement, zum Kinderschutz und zu tariflichen Fragen. Die Ausbildungsreform wurde nicht erneut diskutiert, da sie bereits am Vortag alleiniges Thema war (siehe im vorigen Abschnitt dieser Länderseiten).

Herr Dr. Kaufmann stellte den Plan zur Fortentwicklung der Geschäftsstelle dar, an dem alle Mitarbeiterinnen mit großem Engagement beteiligt sind. Ein zentraler Punkt wird dabei die dringend notwendige Umstellung auf eine neue EDV sein. Hier sollen im kommenden Jahr die entscheidenden Schritte gegangen werden.

Frau Michaelis gibt einen Rück- und Ausblick zu den vielen Veranstaltungen, die die PKN 2017 durchgeführt hat und für das Jahr 2018 plant. Zu Letzteren gehört u. a. der Niedersächsische Psychotherapeutentag, der am 8. September 2018 zum Thema „Depression" stattfinden wird. Am Tag davor wird die PKN parallel verschiedene kleinere Veranstaltungen und Workshops z. B. für neuapprobierte oder in der Ausbildung befindliche Mitglieder anbieten.

Herr Kretschmar referierte über Projektentwicklungen im Rahmen des Landespsychiatrieplans und berichtete über das vom Landtag verabschiedete Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG). Es enthält erstmals die Möglichkeit, dass auch entsprechende erfahrene Psychologische Psychotherapeutinnen sozialpsychiatrische Dienste leiten können, falls sich keine geeignete qualifizierte Ärztin finden lässt.

Herr Schwope stellte Fragestellungen zur Onlinetherapie dar und beschrieb die neusten Entwicklungen im Qualitätsmanagement. Beides wird für die ambulante Psychotherapie weiterhin an Bedeutung gewinnen und wir werden unsere Mitglieder diesbezüglich auf dem Laufenden halten.

Herr Hermann berichtet schließlich zu Entwicklungen im Kinderschutz. Hier ist die bundesweite Medizinische Kinderschutzhotline installiert worden, die von Ärztinnen für Heilberuflerinnen angeboten wird. Sie soll u. a. auch auf regionale Angebote verweisen. Bezüglich der tariflichen Eingruppierung unserer Profession wies Herr Hermann nochmals darauf hin, dass Anträge zur Höhergruppierung noch in diesem Jahr gestellt werden müssen und bei positivem Bescheid rückwirkend zum 1. Januar 2017 wirksam werden.

Kammerversammlung am 4. November 2017 in Hannover

Haushaltsplan

Herr Dr. Lingen als Vorsitzender des Finanzausschusses stellte den Haushaltsplan für das kommende Jahr dar. Aufgrund der stetig wachsenden Aufgaben der Kammer sowie der allgemeinen Kostenentwicklung bei seit fünf Jahren stabilen Kammerbeiträgen sieht er ein Defizit für das kommende Jahr vor, das aber durch bestehende Reserven vollständig abgesichert ist. Nach einer Diskussion wird der Haushaltsplan mit zwei Enthaltungen und einer Gegenstimme angenommen.

Beitragsordnung

Die AG Beitragsordnung legte zusammen mit dem Finanzausschuss und dem Vorstand eine neue Beitragsordnung vor, in der die Beitragssätze weitgehend stabil bleiben. Dies wurde wesentlich notwendig, da aufgrund von vielen Sonderregelungen die Praktikabilität zunehmend eingeschränkt war. Zudem wurde der Beschluss der letzten Kammerversammlung umgesetzt, zukünftig von angestellten und selbstständigen Mitgliedern keine unterschiedlichen Beiträge mehr zu erheben. Auch gilt weiterhin der Beschluss der vorhergehenden Kammerversammlung, dass PiA weiterhin beitragsfrei bleiben. Die Einkommensgrenze für einen Antrag auf Ermäßigung auf den halben Beitrag wurde gleichzeitig von 25.000,– € auf 35.000,– € angehoben, womit mehr Mitglieder diese Ermäßigung beantragen können. Das Einkommen wird in diesem Fall, in dem eine Ermäßigung beantragt wird, durch die Einkommenssteuererklärung des Vorvorjahres nachzuweisen sein. Wir werden über die neue, im Internet bereits einsehbare neue Beitragsordnung alle unsere Mitglieder noch in diesem Jahr ausführlich informieren.

Eine Beitragsumstellung auf einen vollständig einkommensabhängigen Beitrag soll innerhalb der kommenden zwei Jahre diskutiert und ggf. umgesetzt werden. Diese Diskussion wurde gegenwärtig noch einmal zurückgestellt, da der Verwaltungsaufwand in der Phase der Umstrukturierung der Arbeitsprozesse in der Geschäftsstelle und der neu einzuführenden EDV als gegenwärtig nicht leistbar angesehen wird.

Die neue Beitragsordnung wurde einstimmig verabschiedet.

Es folgte die Diskussion der bereits vorliegenden Berichte der Ausschüsse.

31. DPT

Abschließend wurden die Themen des bevorstehenden 31. Psychotherapeutentags in Berlin dargestellt und diskutiert. In diesem Zusammenhang stellte Frau Michaelis die für dort vorliegenden Anträge zu Satzungsänderungen vor, die wesentlich dem Ziel dienen, dass zukünftig Männer und Frauen im Vorstand und den verschiedenen Gremien paritätisch besetzt werden sollen.

Herr Rudyk bedankte sich abschließend bei allen Anwesenden für die sehr konstruktiven Diskussionen und die konzentrierte und produktive Atmosphäre, die die Arbeit in der Kammerversammlung gegenwärtig und hoffentlich noch lange prägt.

Roman Rudyk
Präsident der PKN

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Roman Rudyk, Andreas Kretschmar, Tatjana Wanajew, Claudia Sieb (Fotos: PKN)

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
info@pknds.de / www.pknds.de

Bekanntmachung gem. § 26 Abs. 1 des Niedersächsischen Kammergesetzes für die Heilberufe

Änderung der Kammersatzung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Artikel 1

Die Kammersatzung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 18. Oktober 2000, zuletzt geändert am 25. April 2009, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 29. April 2017 wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt neu formuliert:

Bekanntmachungen von Satzungen und anderen Beschlüssen der Kammerversammlung

(1) [1]Die Psychotherapeutenkammer verkündet eine von der Kammerversammlung beschlossene Satzung dadurch, dass sie diese auf ihrer Internetseite[1] dauerhaft bereitstellt. [2]Dabei gibt sie den Tag der Bereitstellung an. [3]In der Zeitschrift „Psychotherapeutenjournal" weist sie auf die beschlossene Satzung hin und nennt die Internetadresse, unter der sie bereitgestellt ist.

(2) Andere Beschlüsse der Kammerversammlung macht die Kammer in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 bekannt.

(3) Absatz 2 gilt für sonstige Beschlüsse der Kammerversammlung sinngemäß.

2. aus §§ 10 bis 25 wird §§ 11 bis 26.

Artikel 2

Diese Satzung tritt am Tage nach ihrer Bereitstellung auf der Internetseite der Kammer in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Kammersatzung wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 20. November 2017

Roman Rudyk

Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

1 www.pknds.de

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in ihrer Sitzung am 29. April 2017 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

1. Änderung der Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
2. Änderung der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
3. Änderung der Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
4. Änderung der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat diese Satzungen auf ihrer Internetseite www.pknds.de bereitgestellt. Die Satzungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in ihrer Sitzung am 04. November 2017 folgende Satzungsänderung beschlossen:

Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird diese Satzung auf ihrer Internetseite www.pknds.de bereitstellen. Die Satzung wird nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 20. November 2017

Roman Rudyk
Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Aktuelle berufspolitische Aufgaben, Wahlen und Beschlussfassungen der Kammerversammlung am 11. November 2017 in Dortmund

Am Anfang der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) stand ein Abschied: Präsident Gerd Höhner dankte Ferdinand von Boxberg, der im September sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt hatte, für sein langjähriges berufspolitisches Engagement und wünschte dem ehemaligen Vorsitzenden der Fraktion Analytiker für die Zukunft alles Gute. Herzlich willkommen hieß Gerd Höhner die neuen Kammerversammlungsmitglieder Iris Blothner, Psychologische Psychotherapeutin aus Köln, Fraktion Analytiker, und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Ulrike Hadrich, ebenfalls aus Köln, Fraktion Bündnis KJP.

Gerd Höhner (links), Ferdinand von Boxberg

Vorstandsbericht

Den schriftlichen Bericht des Vorstandes ergänzte Gerd Höhner mündlich um die Einschätzung, dass es derzeit keinen Anlass gäbe, an der Umsetzung der Ausbildungsreform zu zweifeln. „Wir erleben zwar teilweise erhebliche Widerstände von Wettbewerbern und politisch ist vieles noch nicht geklärt. Es ist jedoch bei allen angekommen, dass unsere Profession eine erhebliche Versorgungsleistung erbringt. Wir haben zudem immer betont, dass sich die Reform auf Ausbildung *und* Weiterbildung beziehen muss. Derzeit sieht alles danach aus, dass dieser Weg beschritten wird."

Als ein weiteres Zukunftsthema klassifizierte er die Entwicklung neuer Arbeitsfelder. „Wir sind bei Diabetes gefragt und müssen insbesondere Angebote in der Jugend- und Altenhilfe machen." Ebenso müsse man sich mit dem Thema „Internet in der Psychotherapie" befassen. Die PTK NRW wird zentrale Fragestellungen hierzu im Januar 2018

Ulrike Hadrich (links), Iris Blothner

in einem großen Ratschlag erörtern. Schließlich stünde die Initiative „Frauen in der Berufspolitik" auf der Agenda. „Nach dem Landesgleichstellungsgesetz müssen wir unsere Gremien möglichst zu 40 Prozent mit Frauen besetzen", erläuterte der Präsident. „Gleichzeitig müssen wir uns damit befassen, dass das Gesundheitswesen immer weiblicher wird und die Frauen ihre Wünsche nach anderen Berufsformen und Arbeitswelten einbringen."

Hinsichtlich der Bedarfsplanung informierte Gerd Höhner, dass nach neuesten Gesprächen trotz abweichender Forderungen der Profession wahrscheinlich weniger als 100 neue Praxissitze im Ruhrgebiet eingerichtet würden. „Alle sind sich einig, dass dies nur ein erster Schritt ist. Endgültige Entscheidungen wird aber erst das Gutachten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) liefern, das sich mit der gesamten ambulanten Versorgung befasst und frühestens Mitte 2019 zu erwarten ist."

Des Weiteren berichtete der Kammerpräsident von guten Kontakten in die neue Landesregierung. „Wir sind in unseren Gesprächen bei allen Fraktionen auf Sachverstand und Interesse gestoßen und gehen von einer guten Zusammenarbeit mit dem neuen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW aus. Der in der vergangenen

Legislatur erarbeitete Landespsychiatrieplan NRW wird in der beschlossenen Form umgesetzt." Kammerintern könne er im Rückblick auf die Regionalversammlung in Köln Ende September, mit der die Kammer nunmehr in allen Regierungsbezirken eine solche Versammlung durchgeführt habe, eine positive Bilanz ziehen. „Wir haben gute Gespräche geführt und planen, die Regionalversammlungen fortzusetzen", hielt Gerd Höhner fest. „Es ist eine gute Möglichkeit, mit Kammermitgliedern außerhalb der Gremien ins Gespräch zu kommen."

Bedarfsplanung

Zum aktuellen Stand in der Bedarfsplanung informierte Barbara Lubisch aus dem Vorstand der PTK NRW. Sie erläuterte das von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) erarbeitete Konzept, das eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl vorsieht. „Dieses Konzept hat viele Diskussionen in Gang gesetzt", sagte Barbara Lubisch. Widerspruch käme vor allem aus großstädtischen Regionen, in denen bei einer einheitlichen Verhältniszahl Sitze abgebaut werden könnten. Ebenso sei man besorgt, ob die Sitze wie vorgesehen anderswo wieder aufgebaut würden. „Auch der Vorstand der PTK NRW hat das Konzept intensiv diskutiert", erklärte Barbara Lubisch. „Wir befürworten grundsätzlich den darin vorgesehenen Stichtag 2004 sowie die damalige Situation in Westdeutschland als Bezugsgröße. Sinnvoll und notwendig erscheint uns der Einbezug von Faktoren wie Wartezeiten auf einen Therapieplatz und Leistungen in Kostenerstattung als Indikatoren für zusätzlichen Versorgungsbedarf. Für die Planung weiterer Schritte erscheint es sinnvoll, die Arbeitsergebnisse des beauftragten Konsortiums abzuwarten." Für das Ruhrgebiet bliebe die Kammer bei ihrer Forderung nach Aufhebung der Sonderregion, der Anwendung der im Bundesgebiet geltenden Bedarfsplanungssystematik sowie 300 neuen Sitzen. „Diese Zahl wird durch das IGES-Gutachten fachlich untermauert und ist unser erstes Ziel. Fachlich unbegründete Kompromisse lehnen wir ab."

Beitragsordnung

Wie sich die Aufwände bei der Umsetzung der 2015 eingeführten einkommensorientierten Beitragsordnung im Vergleich zu denen der vorherigen Beitragsordnung mit Regelbeitrag verhalten, stellte Andreas Pichler, Vizepräsident der PTK NRW, dar. Anlass war der Antrag eines Kammerversammlungsmitgliedes an den Vorstand. Andreas Pichler wies darauf hin, dass aktuell kein abgesicherter Vergleich möglich sei, da für die letzten beiden Haushaltsjahre noch Beitragsangelegenheiten laufen würden. Zudem würden die Einführung eines Grundbeitrags von 70,– Euro pro Mitglied ab 2016 und die Unterscheidung von Kosten für die Implementierung neuer Abläufe und für das laufende Geschäft den Vergleich zwischen alter und neuer Beitragsordnung erschweren. Veränderungen im Stellenplan waren für die Umsetzung der neuen Beitragsordnung nicht erforderlich. Die Anzahl der Anträge auf Beitragsermäßigung hat sich von 2014 auf 2015 deutlich verringert. In Zukunft sei mit einem verringerten Antragsvolumen zu rechnen und der Bearbeitungsaufwand dürfte sich aufgrund von Routineprozessen reduzieren, so der Vizepräsident.

Frauen in der Berufspolitik

Cornelia Beeking aus dem Vorstand der PTK NRW berichtete aus der Bund-Länder-AG „Frauen in der Berufspolitik". Zu den Arbeitsaufträgen der AG gehört, Hemmnisse für Frauen in der Berufspolitik zu identifizieren und Strategien zur Änderung der Strukturen zu entwickeln. Um eine Gleichverteilung der Geschlechter in den Gremien zu erreichen, schlägt die AG vor, Quotenregelungen für beide Geschlechter in die Satzung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) aufzunehmen. In Nordrhein-Westfalen sehe bereits das Landesgleichstellungsgesetz eine verbindliche Quotierung von 40 Prozent Frauen in den Gremien vor. In bestimmten Fällen sei ein Abweichen möglich. Es müsse aber dargelegt werden, dass man sich hinreichend bemüht habe, die Mindestquote zu erfüllen, erläuterte Cornelia Beeking.

Cornelia Beeking (links), Barbara Lubisch

Die Aussprache zum Bericht des Vorstands war geprägt von Beiträgen insbesondere zu den Themen Ausbildungsreform, Weiterbildung und Beitragsordnung. Zu Gast waren die Vertreterinnen der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA). Sie verdeutlichten ihren Wunsch, als beruflicher Nachwuchs in die Kammerarbeit einbezogen zu werden und kritisierten, dass für PiA in Nordrhein-Westfalen keine Mitgliedschaft in der Kammer möglich ist.

Haushalt

Mit Blick auf den Haushalt zeigte Andreas Pichler auf, dass die Ausgaben der Kammer im Jahr 2016 unter Plan geblieben waren. Die PTK NRW habe in 2016 auch weniger als veranschlagt für Gremien, Öffentlichkeitsarbeit und Personal ausgegeben – Letzteres vornehmlich, weil nicht alle Planstellen besetzt werden konnten. In der Summe konnte die Kammer einen höheren Betrag als angenommen der Rücklage zuführen. Nach Empfehlung des Finanzausschusses nahm die Kammerversammlung den Jahresabschluss 2016 einstimmig an und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2016. Für das Haushaltsjahr 2018 rechnet die PTK NRW mit einem weiteren Mitgliederzuwachs und daraus resultierenden Mehreinnahmen aus Beitragserlösen, so Andreas Pichler. Dem stehen im Vergleich zu 2017 aber auch höhere Ausgaben gegenüber, unter anderem durch höhere Druck- und Portokosten, mehr Informationsveranstaltungen sowie weitere höhere sächliche Ausgaben. Andreas Pichler wies in diesem Zusammenhang einmal mehr auf den Aufbau eines E-Mail-Verteilers hin, in den sich jedes Kammermitglied eintragen lassen könne. In der Summe ist für 2018 eine weitere Aufstockung

der Rücklage vorgesehen. Die Kammerversammlung folgte auch hier dem Votum des Finanzausschusses und nahm den Haushaltsplan 2018 einstimmig an.

Beschlussfassungen

Die Fraktion Bündnis KJP schlug in einem Antrag vor, dass Kammermitglieder, die während ihrer Sitzungszeit eine Betreuung für Kinder unter zwölf Jahren oder von ihnen versorgte pflegebedürftige Angehörige gewährleisten müssen, für ihren zusätzlichen Aufwand eine Entschädigung erhalten. Nach intensiver Diskussion wurde der Antrag zur Prüfung an den Finanzausschuss verwiesen. Einstimmig angenommen wurde der Antrag der Fraktion Bündnis KJP, dass der Vorstand eine Kommission „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung" einsetzen möge. Sie soll über eine bessere Versorgung für diese Patientinnen beraten und prüfen, ob bei der Kammer die Position einer Inklusionsbeauftragten geschaffen werden sollte. Der Antrag greife die Impulse der PTK NRW-Veranstaltung „Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung" im Oktober 2017 auf, die entsprechende Bedarfe und Defizite in der Versorgung verdeutlicht habe, so die Antragsteller. Der Antrag der Fraktion Kooperation starke Kammer, die Protokolle nach § 3 der Geschäftsordnung der PTK NRW der Kammerversammlungen zu allen Tagesordnungspunkten inklusive aller Anträge, Berichte und Beschlüsse, bei denen die Öffentlichkeit zugelassen war, auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen, wurde mehrheitlich angenommen. Der vierte Antrag wurde vom Vorstand vorgelegt. Die Kammerversammlung beauftragte den Ausschuss Fort- und Weiterbildung der PTK NRW, einen Entwurf für einen Weiterbildungsbereich „Spezielle

Andreas Pichler

Psychotherapie bei Diabetes" entsprechend der Musterweiterbildungsordnung der BPtK zu prüfen und der Kammerversammlung zu berichten.

Wahlen

In den Ergänzungswahlen zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) wurden für die Fraktion Analytiker Dr. Rupert Martin als Delegierter und Iris Blothner als stellvertretende Delegierte gewählt. Neue stellvertretende Delegierte für die Fraktion Bündnis KJP wurde Ulrike Hadrich, für die Fraktion Kooperative Liste Julia Leithäuser. Ebenfalls fanden Ergänzungswahlen für die Ausschüsse der Kammer statt. Neues Mitglied im Ausschuss „Satzung und Berufsordnung" wurde Dr. Rupert Martin, stellvertretendes Mitglied Wolfgang Schreck, Fraktion dgvt. Mitglied im Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation" wurde Ulrike Bondick, Fraktion dgvt. Neues stellvertretendes Mitglied im Ausschuss „Fort- und Weiterbildung" wurde Ulrike Hadrich, Fraktion Bündnis KJP, Wolfgang Schreck wurde als stellvertretendes Mitglied in den Finanzausschuss gewählt.

Resolutionen

Die Kammerversammlung der PTK NRW verabschiedete vier Resolutionen. Besonders intensiv verlief die Diskussion der vom Vorstand vorgelegen Resolution „Ausbildungsreform jetzt angehen! – Finanzierung sicherstellen!". Betont wurde, dass die Profession verdeutlichen müsse: Die Reform sei gewollt, wünschenswert sei die Aufnahme in den Koalitionsvertrag. Mit Blick auf den vorliegenden Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit sei noch viel Gestaltungsarbeit zu leisten. Ebenso wurden die Resolutionen „Psychotherapeutische Versorgung im Ruhrgebiet sicherstellen – Bedarfsplanung korrigieren!", „Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verbessern" und „Ausreichende Zahl von Therapieplätzen statt Vermittlung von probatorischen Sitzungen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (TSS)" verabschiedet. Sie sind auf der Kammerhomepage (www.ptk-nrw.de) eingestellt.

Auslage Haushaltsplan 2018

Der Haushaltsplan 2018 kann in der Zeit vom 15. bis 24. Januar 2018 zu den üblichen Öffnungszeiten in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

Plenum

13. Jahreskongress Psychotherapie

Die PTK NRW veranstaltete am 14. und 15. Oktober 2017 in Bochum gemeinsam mit dem Hochschulverbund NRW den 13. Jahreskongress „Wissenschaft Praxis". Etwa 340 Teilnehmerinnen besuchten den Fachkongress mit rund 50 Workshops. Der diesjährige Eröffnungsvormittag fand zu dem Thema „Gewalt: Autoaggression und Fremdaggression in der Psychotherapie" statt. Kammerpräsident Gerd Höhner hielt in seiner Begrüßung fest, dass die Psychothera-

peutenkammer als Repräsentanz, aber auch jede Psychotherapeutin aufgefordert sei, zu den gesellschaftlichen Bezügen von Autoaggression und Fremdaggression Stellung zu nehmen. „Entsprechende Verhaltensweisen werden schnell mit individuellem Versagen und Krankheit in Verbindung gebracht. Es wirken aber ganz klar auch gesellschaftliche Faktoren. Damit müssen wir uns befassen".

Soldatinnen und Soldaten in der psychotherapeutischen Praxis

Am 11. Oktober 2017 fand in der Luftwaffenkaserne Köln-Wahn die Fortbildung „Soldatinnen und Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen" statt, veranstaltet federführend von der PTK NRW, der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes in Kooperation mit der Bundeswehr. „Mit Soldatinnen und Psychotherapeutinnen scheinen mit Blick auf Rollenbilder und den Umgang mit Emotionalität zwei sehr unterschiedliche Welten aufeinanderzutreffen", sagte Gerd Höhner zu Beginn der Veranstaltung. „Die Fortbildung greift daher therapierelevante bundeswehrspezifische Themen, spezielle Symptom- und Belastungslagen von Soldatinnen-Patientinnen und die psychologische Wirksamkeit von Rollenstereotypen auf." Viele der über 250 Teilnehmerinnen bewerteten abschließend positiv, Einblicke in die Besonderheiten des Soldatinnenberufes und Informationen über die Schnittstellen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erhalten zu haben.

Gerd Höhner

Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung

Verena Bentele

Auf der Veranstaltung „Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung" der PTK NRW am 4. Oktober 2017 in Neuss sprach Verena Bentele, die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, in einem Grußwort bestehende Barrieren in den Köpfen an. Sie thematisierte die Rolle von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen sowie die dafür – auch für Psychotherapeutinnen – notwendigen Strukturen. Impulse zu „Gesundheit und Selbstbestimmung" gab Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes e. V. Einen Einblick in die Arbeit mit intelligenzgeminderten Menschen erhielten die rund 60 Teilnehmerinnen von Christian Janßen, Psychologischer Psychotherapeut aus Bielefeld, und Silke Sacksofsky, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Reutlingen. Zu Gast in einer Diskussionsrunde waren zudem Annette Schlatholt, Geschäftsführerin der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe NRW e. V., und Prof. Dr. Michael Seidel, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. „Unsere Profession hat die fachliche Kompetenz, um mit Menschen mit Intelligenzminderung zu arbeiten. Es fehlen die nötigen Rahmenbedingungen in der Finanzierung, zum Beispiel bei der erforderlichen Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen", betonte Kammerpräsident Gerd Höhner abschließend. „Ich möchte die Kolleginnen anregen, mutiger Angebote zu machen. Wir müssen aber auch dafür sorgen, dass Besonderheiten wie ein höherer Zeitaufwand strukturell berücksichtigt werden."

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 Ferdinand von Boxberg, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Psychodynamische Liste" hat am 06.09.2017 sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.
Nachgerückt ist Frau Iris Blothner, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Psychodynamische Liste".

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

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Fachtag Gemeindepsychiatrie in Leipzig: Möglichkeiten der Psychotherapie für Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen diskutiert

PD Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme plädierte in seinem Eröffnungsvortrag des Fachtages für mehr „Genesungsbegleitung von Psychosen. Mehr Psychotherapie, weniger Neuroleptika".

Gemeinsam mit der Gemeindepsychiatrie der Stadt Leipzig gestaltete die OPK den Fachtag Gemeindepsychiatrie am 20. Oktober 2017 im Neuen Leipziger Rathaus. Dieser Tag als Fortbildungsveranstaltung zielte darauf ab, aktuelle und für die Versorgung wichtige Fachinhalte öffentlich bekannt zu machen und gemeinsam mit allen Akteurinnen, Angehörigen und Betroffenen zu diskutieren. Darüber hinaus sollte die Veranstaltung, die von allen Bereichen der Gemeindepsychiatrie unterstützt und selbständig organisiert wurde, die Zusammenarbeit innerhalb des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems (Kliniken, ambulante Dienste, Niederlassungen und komplementäre Einrichtungen) verbessern.

In diesem Jahr war aus besonderem Anlass des zehnjährigen Bestehens der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer das Thema „Psychotherapie in der Gemeindepsychiatrie" hinzugekommen. Dies wurde zum einen hinsichtlich der Möglichkeiten von Psychotherapie für Menschen mir eher schweren Erkrankungen, die in früheren Zeiten fast ausschließlich medikamentös behandelt werden konnten, diskutiert. Zum anderen stellte sich die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Psychotherapeutinnen und der Gemeindepsychiatrie, vor dem Hintergrund erweiterter Behandlungsoptionen unserer Berufsgruppe, verbessert werden kann.

Überblick zu gemeindepsychiatrischen Angeboten vermittelt

Der Tag der Gemeindepsychiatrie widmete sich in Workshops Themen, die in der aktuellen Versorgung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem Suchthilfesystem, der Jugendhilfe und der Wohnungslosenhilfe, bei Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und mit Beteiligung von Betroffenen von Belang sind. In diesen Rahmen eingebettet, gab es für niedergelassene psychologische Psychotherapeutinnen einen speziellen Workshop zum Thema „Hilfe zur Selbsthilfe, Beratung, Behandlung, Betreuung – Gemeindepsychiatrische Angebote in Leipzig".

Der Psychiatriekoordinator der Stadt Leipzig, Thomas Seyde und Sebastian Witteborn vom „Netzwerk psychische Gesundheit Leipzig" gaben in dem 90-minütigen Seminar einen weitreichenden Einblick in die gemeindepsychiatrischen Selbsthilfe-, Behandlungs- und Betreuungsangebote der Stadt Leipzig. Die 40 teilnehmenden Psychotherapeutinnen aus dem Raum Leipzig erfuhren über die vielfältigen Möglichkeiten der Stadt Leipzig an gemeindepsychiatrischen Projekten für eine bedarfsgerechte und nachhaltige psychiatrische Versorgung der Betroffenen.

In der sich anschließenden Diskussion wurde gemeinsam beraten, wie die Angebote flankierend zur therapeutischen Arbeit genutzt werden können. Dabei wurden im besonderen Maße die Risiken bei Übergängen und Schnittstellen zwischen den verschiedenen Angeboten und Möglichkeiten Brücken zu bauen, betrachtet. Neben diesen Aspekten interessierten die Teilnehmerinnen auch die praktischen Aspekte zur Arbeit der Soziotherapeutinnen im Raum Leipzig und die Praktikabilität der neuen Befugnisse in dem Kontext der komplementären Dienste.

Zudem präsentierten sich die Versorgungsangebote der Gemeindepsychia-

Ein Blick in den Workshop für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, der im Ratssaal des Rathauses stattfand.

(v. l. n. r.): Prof. Dr. Thomas Fabian, Psychologe und Bürgermeister und Beigeordneter für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule der Stadt Leipzig, Referent PD Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme, Andrea Mrazek, Präsidentin der OPK und Thomas Seyde, der Psychiatriekoordinator der Stadt Leipzig stehen für Kooperation und Vernetzung aller Akteure im gemeindepsychiatrischen Verbundsystem.

trie – Selbsthilfe, Beratung und Begegnung, Wohn- und Arbeitsangebote im Überblick.

Alle Beteiligten empfanden diese Veranstaltung als sehr nachhaltig mit einer Menge an Informationen, Vernetzung und Ankerpunkten zu den Versorgungsmöglichkeiten in der Region.

Geschichte, Gegenwart und Zukunft psychischer Erkrankungen in einer multimedialen Ausstellung – „Das ist eine gigantische Reise."

Als Betrachterin verschlägt es einem die Sprache, jagt einem eine Gänsehaut über den Rücken, auf so viel Unwissen, Angst, Vorurteile, Aberglaube und Ablehnung zu stoßen. Die Rede ist von der wohl ungewöhnlichsten Zeitreise „Dämonen und Neuronen, Psychiatrie Gestern – Heute – Morgen", die vom 20. Oktober 2017 für zehn Tage in Leipzig zum Mitreisen einlud.

Der Ausstellungsmacher, Professor Dr. Christfied Tögel, studierte Psychologie und Philosophie und habilitierte später in Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsgeschichte. Er ist einer der führenden Freud-Biografen unserer Zeit. Sein Freudsches Lieblingszitat ist: „Die Stimme des Intellekts ist leise, aber sie ruht nicht, ehe sie sich Gehör geschafft hat." (Die Zukunft einer Illusion). Eine innere Stimme muss es wohl auch gewesen sein, die ihn auf eine Mission schickte und ihn eine Allianz mit dem Sänger Herbert Grönemeyer schmieden ließ. Eine Allianz gegen Vorurteile, Benachteiligung und Ablehnung psychisch kranker Menschen. Seit 2010 ist seine Ausstellung „Dämonen und Neuronen, Psychiatrie Gestern – Heute – Morgen" europaweit unterwegs und erzählt eine 5.000 Jahre alte Geschichte. Herbert Grönemeyer ist der offizielle Schirmherr und das prominente Gesicht zu „Dämonen und Neuronen". Auch sein Leben begleiteten dunkle Stunden, die es nicht mehr zuließen, Musik zu schaffen.

Am 20. Oktober 2017 kam Professor Dr. Christfried Tögel zur Ausstellungseröffnung ins Neue Rathaus nach Leipzig.

Professor Dr. Christfried Tögel führte zur Ausstellungseröffnung mehrmals persönlich durch seine Schau „Dämonen und Neuronen".

Die multimediale Ausstellung wurde in der unteren Wandelhalle des Rathauses gezeigt.

Teresa Enke kam auch nach Leipzig. Die Ausstellung erzählt von der sportlichen Karriere ihres Mannes, den Extremen seiner Laufbahn und seinem Kampf gegen die Depression

Die Besucherinnen und Besucher ließen sich gern von Interview- und Videomitschnitten, von Filmbeiträgen und den vielen Artikeln auf eine Zeitreise mitnehmen.

In der bundesweiten Woche der Seelischen Gesundheit setzte die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer ein Zeichen für einen offenen, lebhaften Diskurs über den gesellschaftlichen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen. Dazu holte sie „Dämonen und Neuronen" nach Leipzig. Die Ausstellungsbesucherinnen waren berührt, verstört und fasziniert zugleich: „Dies ist eine gigantische Reise, auf die man sich einlassen muss. Es gibt viel zu lesen, viele Reportagen, Interviews und Berichte per Videomitschnitt. Ich hätte nicht für möglich gehalten, welches Leid diese betroffenen Menschen zu ihrer Erkrankung in einigen Epochen und Gesellschaften als ‚Heilung' und ‚Behandlung' erfahren mussten."

Wanderausstellung „Dämonen und Neuronen" zu Gast in Leipzig: Öffentliche Talkrunde dazu offenbarte das Dilemma um den menschlichen „Makel" psychischer Erkrankungen – gerade in der Arbeitswelt

Die öffentliche Talkrunde nach der Ausstellungseröffnung mit dem Thema: „Wie weit sind wir in der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen bis heute gekommen?".

Woran erkennt man ein Stigma? Fehlendes Wissen, falsche Grundeinstellungen sowie mangelndes Unterstützungsverhalten werden als die Grundbausteine für Stigmatisierung benannt. Genau um diese Punkte kreiste ebenso die Diskussion der öffentlichen Talkrunde anlässlich der Ausstellungseröffnung von „Dämonen und Neuronen" am 20. Oktober in Leipzig. Die Gleichsetzung psychischer Erkrankungen mit somatischen Erkrankungen sei im praktischen Leben nicht angekommen. Aufklärung zum Thema Achtsamkeit gegenüber der eigenen psychischen Gesundheit ist bis heute kein Lehrplanthema und noch immer fern deutscher Bildungseinrichtungen. Es gäbe noch viel zu tun,

In der Publikumsdiskussion kamen interessante Projekte zu Sprache, wie hier das Schulprojekt „Irrsinnig menschlich".

um wirkliches Wissen zu psychischen Erkrankungen und das Fallen von Vorurteilen in der Öffentlichkeit zu etablieren und zu erreichen, zog Moderator Dr. Albrecht Kloepfer schnell Bilanz.

Unglaubliche Scham, von einer solchen Krankheit betroffen zu sein

Die Talkgäste schilderten ihren Blickwinkel und ihre Erfahrungen aus ihren Gesellschaftsbereichen: aus der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, aus ökonomischer Sicht, als persönliche Lebensgeschichte oder aber von der Sisyphusarbeit, sich zu bekennen und mit dem Thema breit in die deutsche Öffentlichkeit zu gehen. So berichtete Waltraud Rinke, die Vorsitzende der Deutschen Depressions-Liga, von ihrer monatelangen Geheimhaltung ihrer Depressionserkrankung, von unglaublicher Scham, von dieser Krankheit „betroffen" zu sein, von Versagensängsten und dem Druck, im Arbeitsleben Gesundheit vorzugaukeln. Professor Christfried Tögel, der Ausstellungsmacher, sprach die eigene Profession an: „Warum tun wir Ärztinnen, Psychiaterinnen oder Psychotherapeutinnen selbst so geheimnisvoll? Patientinnen haben oftmals gar keine Probleme, öffentlich über ihre Erkrankungen zu sprechen. Warum sind wir nicht auch offensiver damit?"

Rosi Haase, die Leipziger Patientenvertreterin, schilderte ihren Blick auf Patientinnen in der Psychiatrie und wie dieser menschlicher werden könne.

OPK-Präsidentin Andrea Mrazek skizzierte die neuen Versorgungsoptionen in der Psychotherapie nach der jüngsten Reform. Diesen Punkt aufgreifend, bremste Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband mit seiner persönlichen Einschätzung recht rasch aufkommende Vorfreude. „Der in den vergangenen Jahren zunehmend offenere Umgang mit Fragen psychischer Erkrankung sollte allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass es in Zeiten krisenhafter Zuspitzungen, beispielsweise bei Konjunktureinbrüchen mit sinkenden Beitragseinnahmen, zu gegenläufigen Entwicklungen kommen kann. Wenn alle Leistungen der Krankenkassen in solchen Situationen auf den Prüfstand gestellt werden, könnte auch der Bereich der psychotherapeutischen Leistungen erneut unter einen Legitimationsdruck geraten."

Auch erschreckende Fälle der Ablehnung geschildert

Teresa Enke, die Witwe des ehemaligen Nationaltorwarts Robert Enke, gab sehr offene Einblicke in ihre Gefühlswelt als nächste Angehörige ihres an Depression erkrankten Mannes. Aber auch von der Kraft und den Mut, den es braucht, um in der Männerwelt des Profifußballs das Thema „unvorstellbarer Leistungsdruck" anzusprechen, berichtete sie.

Unter den Publikumsgästen befand sich Jeannine Scheibler vom Beruflichen Trainingszentrum Leipzig. Dieses Zentrum unterstützt Menschen, die psychisch erkrankt sind, auf ihrem Weg zurück ins Berufsleben. Sie schilderte klar die Chancen Betroffener nach einer zumeist mehrjährigen Auszeit vom Beruf. Erfreulicherweise stünden Arbeitgeberinnen diesen „Neueinsteigerinnen" recht aufgeschlossen gegenüber. Die große Aufgabe für Trainingsteilnehmerinnen bestünde vielmehr darin, eine gute Balance zwischen Arbeit und Gesundheit im Leben sowie eine allmähliche Steigerung der Anforderungen zu finden.

In der Publikumsdiskussion beteiligten sich die Zuhörerinnen rege. Sie berichteten von gut laufenden Projekten, wie dem Schulprojekt „Irrsinnig Menschlich“, das wegen des enormen Zuspruchs in Leipzig nun zu einem Projekt auch für Studenten wurde. Aber auch kuriose Fälle der Ablehnung psychisch erkrankter Menschen kamen zur Sprache. Ein Betroffener berichtete, dass ihm das Blutspende-Institut aufgrund der Kenntnis seiner Erkrankung das Blutspenden verweigerte.

Gewiss, am Ende der Talkrunde blieb eine Ernüchterung bei dem Blick auf Erreichtes in der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Es wird noch sehr viel Mut, Kraft und Bekennen vieler Menschen bedürfen, um psychische Erkrankungen zu entzaubern, zu entwünschen und Menschen zu entängstigen.

OPK vor Ort 2017: Neue Befugnisse für Psychotherapeutinnen – ein erster Einblick

Informationen aus erster Hand: „OPK vor Ort“ in Potsdam

Die Informationsveranstaltungen im Jahr 2017 beschäftigten sich mit dem Schwerpunktthema „Neue Herausforderungen in der psychotherapeutischen Versorgung“. In Kooperation mit den fünf örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen wurde insbesondere ein erster Einblick in die neuen Befugnisse für Psychotherapeutinnen gegebenen, aber auch diskutiert, wie die neuen Leistungen nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie in der Praxis umgesetzt werden. Es wurde deutlich, dass sich die niedergelassenen Psychotherapeutinnen im OPK-Gebiet auf die Neuerungen eingestellt haben und diese in der Patientenversorgung umsetzen. Deutlich wurde aber auch, dass eine nachhaltige Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nach wie vor notwendig ist, um deren vorhandene Möglichkeiten noch besser ausschöpfen zu können.

An den Veranstaltungen in Rostock, Potsdam, Erfurt, Dresden und Magdeburg nahmen ca. 900 Mitglieder teil. Vorstandsmitglieder der OPK stellten einen Überblick über die aktuellen Projekte und Vorhaben der OPK im Bereich Fortbildung, Neuapprobierte und Psychotherapeuten in der ambulanten und der stationären Versorgung vor. Außerdem ordneten sie die neuen Leistungen und Befugnisse sowohl aus berufsrechtlicher, als auch aus berufspolitischer Perspektive ein.

Seit dem Jahr 2017 können Psychotherapeutinnen die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassender koordinieren. Sie können seit Juni Krankenfahrten und Krankentransport sowie Soziotherapie und medizinische Rehabilitation verordnen und Patientinnen wegen ihrer psychischen Erkrankung zur stationären Behandlung ins Krankenhaus einweisen. Der OPK war daran gelegen, dieses Thema zusammen mit den KVen in einem kollegialen Austausch zu beleuchten. So stellten Vertreterinnen der fünf kassenärztlichen Vereinigungen in den jeweiligen Bundesländern die Regelungen zu den neuen Befugnissen für Psychotherapeutinnen vor und hatten die Möglichkeit, auf die aus ihrer Sicht wichtigsten Eckpunkte in Bezug auf die Reform der Psychotherapie-Richtlinie einzugehen. Wir bedanken uns für die interessanten Beiträge und die konstruktive Zusammenarbeit. Die Konstruktion einer länderübergreifenden Kammer zeigte aber auch, wie unterschiedlich die Schwerpunktsetzung der einzelnen KVen zur Thematik ausfällt.

Zum aktuellen Zeitpunkt lagen die EBM-Ziffern für Soziotherapie und Reha noch nicht vor, so dass der Fokus überwiegend auf die Verordnung von Krankenhauseinweisung und Krankentransport gelegt wurde. Da sich herausstellte, dass es viel Klärungsbedarf gibt und mitunter nicht alle Fragen beantwortet werden konnten, planen wir im Frühjahr 2018 eine weitere Veranstaltung in Dresden, um über die Grundlagen zu informieren, Hinweise zur Umsetzung in der Praxis zu geben und konkrete Fragen zu beantworten. Wir werden Sie zeitnah auf unserer Homepage und per Newsletter über das genaue Datum der Veranstaltung informieren.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

LPK RLP richtet schriftlichen Appell an Krankenkassen

Der Vorstand der LPK RLP appelliert in einem Schreiben an die Krankenkassen, weiterhin den **Kostenerstattungsanspruch** der Versicherten nach §13 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu gewährleisten.

„Mit Bedauern und Befremden registrieren wir eine Zunahme von Beschwerden unserer Mitglieder und von Patienten, dass beantragte Psychotherapien im Bereich der sogenannten Kostenerstattung fast durchgängig abgelehnt werden", heißt es in dem Brief.

Der LPK-Vorstand erinnert daran, dass die seit dem 1. April 2017 eingeführte psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung nichts an der Tatsache ändere, dass psychisch kranke Menschen weiterhin einen Anspruch auf Kostenerstattung haben.

Dem Schreiben liegt eine entsprechende Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer bei. Der Vorstand betont, dass die LPK RLP Kostenerstattung nur als Notlösung außerhalb der Regelversorgung im Interesse der Versicherten sehe, dieses Instrumentarium aber in Kraft bleiben müsse, solange es keine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Versicherten in der Regelversorgung gäbe.

Foto: akf/Fotolia

Der Brief endet entsprechend mit dem Aufruf an die Krankenkassen, sich gemeinsam mit der LPK RLP für eine angepasste Bedarfsplanung auf Bundesebene einzusetzen und sich für eine adäquate psychotherapeutische Regelversorgung zu engagieren.

LPK RLP und Landesärztekammer RLP fordern kritische Diskussion um Heilpraktikerwesen

„Um einen ausreichenden Schutz der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, müssen wir die Kompetenzen und den Umfang der Erlaubnis von Heilpraktikern zur Ausübung der Heilkunde innerhalb des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik dringend kritisch diskutieren." Diese Auffassung vertreten die beiden Präsidenten der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz **Dr. Günther Matheis** und **Peter Brettle** in einer gemeinsamen Pressemitteilung.

Brettle spricht sich insbesondere für die Abschaffung der beschränkten Heilpraktikererlaubnis im Bereich der Psychotherapie aus. Ohne eine psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben zu müssen, kann sich jede zu einer Prüfung zur Heilpraktikerin im Teilgebiet Psychotherapie anmelden. Im schriftlichen Teil müssen nur einige Multiple-Choice-Fragen beantwortet werden. Das Berufsbild der Psychotherapeutin hebt sich genauso wie das Berufsbild der Ärztlichen Psychotherapeutin deutlich von der Ausübung der Psychotherapie durch Heilpraktikerinnen mit beliebiger Vorbildung und ohne geregelte Ausbildung ab.

Für Patientinnen ist das Nebeneinander von „Heilpraktikerinnen für Psychotherapie" einerseits und Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeutinnen andererseits sowie deren grundsätzlich unterschiedliche Qualifikation kaum zu durchschauen. „Es besteht die Gefahr, dass die Kompetenz der Heilpraktiker überschätzt wird und eine notwendige wissenschaftlich fundierte Behandlung daher ausbleibt", sind sich die beiden

Kammerpräsidenten Dr. Matheis und Brettle einig.

Die vollständige gemeinsame Pressemitteilung finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP". Dort haben wir auch das breite Medienecho dokumentiert, das die Pressemeldung hervorgerufen hat. Berichtet hatten SWR Aktuell, Allgemeine Zeitung, aerzteblatt.de und Ärztezeitung online.

Erste LPK-Fachtagung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten war ein voller Erfolg

Am 30. August 2017 hat die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zum ersten Mal eine Fachtagung speziell für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten veranstaltet. Das Tagungsthema „Herausforderungen in der Kinder- und Jugendpsychotherapie" lockte rund 120 Teilnehmerinnen in die Akademie der Wissenschaften und der Literatur Mainz.

Die Schirmherrschaft hatte die rheinland-pfälzische **Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** übernommen. **Gesundheitsstaatssekretär David Langner** sprach ein Grußwort und bedankte sich bei der LPK für die 15-jährige gute Zusammenarbeit mit der Landesregierung.

In den anschließenden Fachvorträgen von **LPK-Vorstandsmitglied Sabine Maur** und **Prof. Dr. Christina Schwenk** wurde auf berufspolitische und inhaltliche Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen eingegangen sowie aktuelle Studien und Forschungsprojekte vorgestellt. Über die Themen der vier Workshops, die nach der Mittagspause parallel angeboten wurden, hatten die Teilnehmerinnen vorab selbst in einer Umfrage abgestimmt. Nun hatten sie die Wahl zwischen den Workshops „Schwierige Therapiesituationen in der Adolszenz", „Hochstrittige Eltern", „Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der Jugendhilfe" sowie „Transidentität im Kindes- und Jugendalter".

Rund 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen zur ersten KJP-Fachtagung der LPK

Vonseiten der Teilnehmerinnen wurde ausdrücklich begrüßt, dass die LPK RLP eine solche KJP-Veranstaltung angeboten hat. Es war allgemeiner Wunsch, weitere KJP-Veranstaltungen durch die Kammer zu organisieren – ein Wunsch, dem die Kammer gerne nachkommen wird. Weitere Informationen zur Tagung und alle Präsentationen der Referentinnen zum Download finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP".

LPK-Fachtagung zu Sexualität und Psychotherapie

Rund 140 Teilnehmerinnen folgten der Einladung der LPK RLP und versammelten sich am 23. September 2017 zur großen Fachtagung, die dieses Jahr unter dem Motto „Let's talk about sex – Sexualität und Psychotherapie" stand.

In seiner Begrüßungsansprache betonte LPK-Präsident **Peter Brettle**, dass das Tagungsmotto durchaus wörtlich zu verstehen sei: Viel zu oft werde in der Psychotherapie das schambesetzte Thema Sexualität nicht nur von Patienten und Patientinnen, sondern auch von Therapeuten und Therapeutinnen ausgeklammert. Dabei sei die Sexualität von großer Bedeutung sowohl für die psychische als auch für die physische Gesundheit. Brettle plädierte daher für einen unverkrampften Umgang mit dem Thema Sexualität und übergab anschließend das Mikrofon an LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke**, die die Veranstaltung moderierte. Es folgten spannende Vorträge von nationalen und internationalen Expertinnen.

Den Auftakt machte **Prof. Dr. Ellen T. M. Laan** von der Universität Amsterdam, die die weibliche Sexualität in den Vordergrund ihres Vortrags stellte. Auch sie betonte, dass sexuelle Probleme häufig die Ursache sowohl für individuelle Schwierigkeiten als auch für Beziehungsprobleme seien und daher nicht unberücksichtigt bleiben dürften. In weiteren Vorträgen wurden verschiedene „Geschlechtsidentitäten", der Therapiealltag mit Sexualstraftätern und sexuelle Sucht thematisiert.

Insgesamt gelang es den Referentinnen, den Zuhörenden einen interessanten Einblick in die große Bandbreite des Themas „Sexualität und Psychotherapie" zu geben. Auf dem anschließenden Herbstfest bestand dann die Gelegenheit, bei Fingerfood, regionalen Getränken und Klavierspiel weiter über die Vorträge zu diskutieren – getreu dem Tagungsmotto „Let's talk about sex"! Weitere Informationen zur Tagung und alle Präsentationen der Referentinnen zum Download finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP".

Prof. Dr. Ellen T. M. Laan und Dr. Andrea Benecke

Vertreterversammlung verabschiedet zwei Resolutionen

Am Samstag, den 28. Oktober 2017 trat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz in der Geschäftsstelle in Mainz zusammen. Während ihrer produktiven Sitzung verabschiedeten die Mitglieder der Vertreterversammlung unter anderem zwei Resolutionen: Die erste Resolution thematisiert die Versorgung psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Rheinland-Pfalz, die zweite nimmt die angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in den Fokus.

Beide Resolutionen finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP".

Gemeinsam eine bessere Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher schaffen!

Bild: Fotolia

Am **Samstag, den 27. Januar 2018** veranstaltet die LPK RLP zusammen mit mehreren Projektpartnern eine Fortbildung unter dem Motto „Gemeinsam eine bessere Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher schaffen!". Die Veranstaltung ist ein gemeinschaftliches Projekt der LPK RLP und dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP), der Landesärztekammer RLP und der Kassenärztlichen Vereinigung RLP. Ziel ist es, zum Wohl psychisch kranker Kinder und Jugendlicher die Kooperation zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotheraeutinnen mit Kinder- und Jugendpsychiaterinnen in Rheinland-Pfalz zu verbessern.

In einem Fachvortrag wird **Dr. Reinhold Feldmann** das „Fetale Alkohlsyndrom" thematisieren. Neben einer genauen Beschreibung des Syndroms und seiner Symptome wird er Hinweise zur Therapie und zu Hilfen im Alltag vorstellen. Anschließend werden **Dr. Gundolf Berg** (BKJPP) und LPK-Vorstandsmitglied **Sabine Maur** verschiedene bereits existierende Kooperationsmodelle aus der Praxis präsentieren. Geplant ist außerdem, das Kompetenzverbund-Modell KBV vorzustellen und weitere Möglichkeiten der Kooperation der beiden beteiligten Berufsgruppen in RLP zu erörtern. Wir freuen uns auf eine spannende Veranstaltung und werden Ihnen rechtzeitig auf unserer Homepage das genaue Programm und ein Anmeldeformular zu Verfügung stellen!

Psychotherapeutenversorgungswerk: neue Delegierte

Seit die Psychologischen Psychotherapeutinnen ein Beruf mit eigener Kammer sind, dürfen sie eigene Versorgungswerke unterhalten. Die Kammerbezirke bzw. Bundesländer Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz haben ein gemeinsames Versorgungswerk mit Sitz in Hannover gebildet (p-v-w.eu). Aus allen Bezirken werden insgesamt 30 Delegierte für fünf Jahre gewählt. Als Delegierte für Rheinland-Pfalz wurden im Juni 2017 **Ruth Stenner**, **Prof. Dr. Sebastian Murken** und **Engelbert Achten** gewählt. Am 8. September 2017 tagte die erste Delegiertenversammlung der neuen fünfjährigen Wahlperiode. Frau **Dr. Monika Frank** wurde einstimmig wieder zur Vorsitzenden der Delegiertenversammlung gewählt, Herr **Ulrich Wirth** zum stellvertretenden Vorsitzenden. Als internes Mitglied des Verwaltungsrates für RLP wurde Herr **Engelbert Achten** gewählt.

LPK RLP und Landesgesundheitsministerin Bätzing-Lichtenthäler: Reform der Bedarfsplanung nötig

In einem Interview mit der Deutschen Presseagentur (dpa) kritisiert **LPK-Präsident Peter Brettle** die psychotherapeutische Versorgung als unzureichend. Patientinnen bekämen zwar häufig einen Ersttermin bei der Psychotherapeutin, müssten dann aber wochen- bis monatelang auf einen Therapieplatz warten. Vor allem für Kinder und Jugendliche gäbe es zu wenig Psychotherapeutinnen. In ländlichen Regionen sei das mangelnde Angebot an Therapieplätzen „besonders dramatisch", sagte Peter Brettle.

Die Landespsychotherapeutenkammer setzt sich daher für die dringend notwendige Reform der Bedarfsplanung ein.

LPK-Präsident Peter Brettle und Landesgesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler im Juni 2017

Auch die rheinland-pfälzische **Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** sprach von nachweislichen Versorgungsengpässen, für deren Linderung weitere Psychotherapeutinnen zugelassen werden müssten. Ebenso wie die LPK hält die Ministerin eine Änderung der Bedarfsplanung für notwendig, damit es in Regionen mit hohen Wartezeiten mehr Therapeutinnen gebe.

Das Gespräch der dpa mit Peter Brettle fand Niederschlag in verschiedenen Veröffentlichungen: Über das Thema berichteten *Focus Online*, *SWR Aktuell*, *aerzteblatt.de*, der Ärztenachrichtendienst, die *Allgemeine Zeitung Mainz*, *Mannheimer Morgen* und *Rhein-Zeitung*. Weitere Infos und Links finden Sie auf unserer Homepage unter: www.lpk-rlp.de/news.html.

Beitrag 2018

Aufgrund von § 2 Abs. 4 Satz 1 der Beitragsordnung hat die Vertreterversammlung am 28.10.2017 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrages für das Jahr 2018 auf 540,00 Euro festzusetzen. Die Höhe des Regelbeitrages wird hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Mainz, den 16. November 2017

Peter Brettle
Präsident

Bekanntmachung der Satzung des Schlichtungsausschusses bei der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (Schlichtungsordnung)

Die Vertreterversammlung hat in der Sitzung vom 28.10.2017 die Satzung des Schlichtungsausschusses bei der LandesPsychotherapeutenKammer RLP (Schlichtungsordnung) beschlossen. Sie ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 15.11.2017 mit AZ 652-01-723-2.7 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2, 3 der Hauptsatzung der LandesPsychotherapeutenKammer RLP hat die Kammer diese Satzung am 1.12.2017 auf ihrer Internetseite bereitgestellt.

Mainz, den 21. November 2017

Peter Brettle
Präsident

Der Vorstand und die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wünschen allen Mitgliedern und Kollegen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr!

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

pks

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Podiumsdiskussion vor der Bundestagswahl

v. l. n. r.: Irmgard Jochum, Bernhard Morsch, Kirsten Cortez, Esra Limbacher, Nadine Schön, Thomas Lutze, Markus Tressel

Unter dem Motto „Themen zur Bundestagswahl 2017" hatte die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes am Mittwoch, den 30. August 2017 die saarländischen Spitzenkandidatinnen der Parteien zur Bundestagswahl 2017 ins „kinoachteinhalb" im Nauwieserviertel zu einer Podiumsdiskussion eingeladen. Nadine Schön (CDU), Esrah Limbacher (SPD), Thomas Lutze (DIE LINKE), Kirsten Cortez (FDP) und Markus Tressel (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) diskutierten mit den zahlreichen Gästen, wie eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland gelingen kann und wie dabei die berufliche Situation der Psychotherapeutinnen und deren Einbindung in die Versorgung angemessen gestaltet werden kann.

Bereits in seiner Begrüßung machte Bernhard Morsch deutlich, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen, die psychisch erkrankt sind, in Deutschland weiterhin schlechter ist, als die Versorgung somatischer Erkrankungen. Besonders prekär sei die Versorgunglage für spezielle Patientengruppen wie z. B. psychisch erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung oder für erkrankte Flüchtlinge. Die noch immer unbefriedigende Versorgungslage drücke sich sowohl in gesellschaftlich fortbestehender Stigmatisierung psychischer Krankheit und der unzureichenden Behandlungsangebote, als auch in der eingeschränkten Wertschätzung des psychotherapeutischen Berufs aus.

Gerade in der stationären psychotherapeutischen Versorgung bestehe erheblicher Nachholbedarf, dass Psychotherapeutinnen entsprechend ihres Kompetenzprofils als eigenständige Heilberufe Behandlungsverantwortung und selbstverständlich auch Leitungsfunktionen besetzen können. Wertschätzung drücke sich auch in der Höhe der Vergütung bzw. Honorierung der Behandlungsleistungen aus, beides sei dringend reformbedürftig: So würden angestellte Psychotherapeutinnen trotz ihrer hohen fachlichen Qualifikation (Facharztstandard) im Vergleich zu anderen akademischen Heilberufen tariflich benachteiligt. Ihre Vergütung liege sogar unter der eines Assistenzarztes, der im Krankenhaus erst seine fachärztliche Weiterbildung beginnt. Auch niedergelassene Psychotherapeutinnen (ärztliche gleichermaßen wie PP und KJP) erzielten nicht einmal die Hälfte des durchschnittlichen Fachgruppeneinkommens der somatisch tätigen Kolleginnen.

Politik für psychisch kranke Menschen – Positionspapier der PKS

Die geladenen Spitzenkandidatinnen der Parteien hatten mit der Einladung das Papier der Psychotherapeutenkammer „Politik für psychisch kranke Menschen 2017-2021" erhalten. In dem Grundsatzpapier macht die Kammer insbesondere Vorschläge für die kommende Wahlperiode des Deutschen Bundestages im Hinblick auf die Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Behandlung, der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Rehabilitation und Inklusion. Das Positionspapier zeigt auf der anderen Seite auf, dass ein gewachsenes Aufgaben- und Anforderungsprofil an Psychotherapeu-

tinnen von einer reformierten Aus- und Weiterbildung flankiert werden und die Reform des Psychotherapeutengesetzes in der kommenden Legislatur abgeschlossen werden muss. Das gesamte Papier steht für Sie auf unserer Website zum Download bereit.

Grundsatzfragen zur Versorgung

Mit der Einladung zur Podiumsdiskussion hatten die Politikerinnen auch einige Fragen erhalten, zu denen Statements abgegeben werden konnten:

- Wie sehen Sie die Versorgungssituation für psychisch Kranke im Saarland und in Deutschland?
- Wie schätzen Sie den Stand der psychotherapeutischen Versorgung der vielen nach Deutschland vor Gewalt und Folter Geflüchteten ein?
- Wie bewerten Sie die Rolle der beiden Heilberufe Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen fast 20 Jahre nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes?
- Wie bewerten Sie die gesellschaftliche Entwicklung im Hinblick auf die Akzeptanz psychischer Erkrankungen?

Da keine der Spitzenkandidatinnen sich als ausgewiesene Gesundheitsexpertin outete, stand die Diskussion eher im Zeichen „Wir Politiker informieren uns bei Euch Experten". Über alle Parteien hinweg schlossen sich die Teilnehmerinnen des Podiums der Einschätzung an, dass die Versorgung unzureichend sei. Auch die Forderung der Kammer, nach einer wirklich bedarfsgerechten Planung der Anzahl der Behandlungsplätze wurde geteilt. Thomas Lutze, Die Linke, ließ keinen Zweifel daran aufkommen, dass es eine gesellschaftliche Grundsatzentscheidung sei: Das Problem lasse sich nicht mit Kennziffern lösen, es gehe nichts daran vorbei, hier mehr Geld in die Hand zu nehmen.

Markus Tressel, Bündnis90/Die Grünen, kritisierte, dass Bedarfsplanung über Kosten geregelt werde und nicht über den tatsächlichen Bedarf. Er forderte, dass die Politik das Heft selbst in die Hand nehmen müsse und nicht allein dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Verantwortung für die Bedarfsplanung überlassen dürfe. Damit begründete er auch die Forderung von Bündnis90/Die Grünen, nach der Einrichtung einer Expertenkommission zur Bedarfsplanung.

Auch Nadine Schön von der CDU sah im Saarland keine Überversorgung nach der heutigen Bedarfsplanung, im Gegenteil fülle die Kostenerstattung hier eine bestehende Unterversorgungs-Lücke. Sie nehme jedoch den G-BA eher als Treiber und Innovator wahr, der seine Aufgaben durchaus erfüllen könne.

Kirsten Cortez von den Freien Demokraten, studierte Sozialwissenschaftlerin und Ernährungspsychologin, die seit vielen Jahren im Saarland als selbständiger Ernährungscoach tätig ist, hatte von den Podiumsteilnehmerinnen noch den engsten beruflichen Bezug zum Thema Gesundheit. Sie wünschte sich eine Veränderung in der Versorgungssituation und in der Ausbildung. Sie wolle sich aktiv dafür einsetzen, dass die Reform in der nächsten Legislaturperiode schnellstmöglich angepackt werde, das gelte auch für die Problematik bei der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen, die sie insbesondere wegen der fehlenden Sprachmittlung als völlig unzureichend bezeichnete.

Diskussionsverlauf

Von Gästen der Veranstaltung wurde unter anderem das Thema Ökonomisierung im Gesundheitswesen problematisiert: Es wurde die Frage gestellt, weshalb die Politik die Verantwortung an den Markt abgebe: Sie lasse es zu, dass Großkonzerne, denen es weniger um eine qualitativ gute Versorgung als mehr um quantitativ hohe Gewinne gehe, in erheblichem Umfang vor allem die Gesundheitsversorgung in der Akut- und Reha-Behandlung übernehmen. Eine klare Antwort gab es zu dieser Frage seitens des Podiums nicht, eher allgemeine Aussagen, die sich in der Spannbreite bewegten zwischen Statements, dass eine Entscheidung privat versus staatlich keine gute Lösung sei, es müsse gute Vorgaben seitens des Staates geben, dann sei eine Zusammenarbeit mit privaten Trägern durchaus sinnvoll. Auf der anderen Seite des Spektrums standen Aussagen, dass die Politik natürlich gegensteuern und der sog. „Gesundheitswirtschaft" Grenzen setzen müsse.

Aus dem Publikum wurde die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bereich der Privaten Versicherungen heftig kritisiert: Es sei nicht hinnehmbar, dass psychische Erkrankungen weiterhin bei den meisten Versicherern Ausschlussgründe für den Abschluss von z. B. Berufsunfähigkeitsversicherungen seien; auch hier müsse die Politik endlich etwas tun, das Problem sei seit Jahren benannt und bekannt.

Weiteres Diskussionsthema war das Bundesteilhabegesetz, dessen Umsetzung in der Praxis sehr problematisch gesehen wurde.

Ein Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen bemängelte, dass die gute Reform der Psychiatrie im Saarland beim Thema Inklusion von psychisch Kranken in den Arbeitsmarkt gescheitert sei: Psychisch Kranke würden zunehmend, statt sie auf dem ersten Arbeitsmarkt an vernünftige Arbeitsplätze zu vermitteln, in Behindertenwerkstätten untergebracht. Hier müsse man doch mehr Anreize für Betriebe schaffen, psychisch Kranke zu integrieren und sowohl Attraktivität als auch eine auskömmliche Finanzierung sicherstellen, statt neue Ghettos zu schaffen. Seitens einiger Podiumsteilnehmerinnen wurde diese Sicht sehr unterstützt: Inklusion gehe nicht über Integration in Behindertenwerkstätten.

Ausblick zum Ende der Diskussion

Alle anwesenden Politikerinnen bekräftigten die Notwendigkeit der Reform der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und sicherten ihre Unterstützung der Reform zu, die in der auslaufenden Legislatur noch nicht umgesetzt wurde. In Anbetracht

der Versorgungslücken müsse der psychotherapeutische Nachwuchs auf die veränderten Herausforderungen in Form einer neu gestalteten Aus- und Weiterbildung vorbereitet werden. Es sei nicht weiter hinnehmbar, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen anders als z. B. Ärzte, ihre Aus- und Weiterbildung komplett selbst finanzieren müssten und insbesondere im Rahmen der achtzehn Monate dauernden praktischen Tätigkeit in der Klinik mit einer durchschnittlichen Vergütung von fünfhundert Euro im Monat in finanzielle Notlagen gerieten.

Die jüngste Umfrage der Abgeordneten Klein-Schmeink, Bündnis90/Die Grünen, vom Juni 2017, in der 3.500 PiA befragt wurden, hat diese Notsituation der PiA erneut eindrücklich bestätigt. In einem Positionspapier werden Forderungen an die Bundesregierung gemacht, die Ausbildungsreform nicht weiter zu verschleppen und die Missstände und gleichzeitige Ungleichbehandlung zur Aus- und Weiterbildung in anderen Heilberufen endlich zu beseitigen. Die Untersuchungsergebnisse und das Positionspapier sind auf unserer Website unter Aktuelles eingestellt (www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/befragung-be.html).

Expertenhearing Prävention in der PKS

„Koordinieren Sie noch oder helfen Sie schon?“

Nicht immer vergehen drei Stunden so schnell und nicht immer sind sie so gehaltvoll, wenn Expertinnen zu einem Thema wie z. B. Prävention an einem Tisch sitzen. Am 16. Oktober allerdings war beides der Fall, als Kammervorstand und der saarländische Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ Vertreterinnen unterschiedlicher Institutionen und mögliche Kooperationspartner in Sachen Prävention zum Expertenhearing eingeladen hatten.

Neben Vertreterinnen von Vorstand und PTI-Ausschuss waren Ärztekammer, Selbsthilfe, Gesundheitsämter, Krankenkassen, Agentur für Arbeit und das zuständige Ministerium sowie PUGIS e. V., der Nachfolgeorgansiation der LAGS (Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung im Saarland) mit am Tisch.

Bernhard Morsch erläuterte einleitend den langwierigen Prozess, der schließlich 2015 zur Verabschiedung des Präventionsgesetzes auf Bundesebene geführt hat. Seit Februar 2017 liegt nun auch die Landesrahmenvereinbarung des Saarlandes dazu vor.

Erstaunlicherweise wird die klinische und empirische Expertise der Psychologie und Psychotherapie im Präventionsgesetz nicht berücksichtigt, ebenso wie Psychotherapeutinnen nicht als Akteure in der Prävention genannt werden. „Obwohl psychische Erkrankungen zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts gehören, sollen Psychotherapeuten weder Gesundheitsuntersuchungen durchführen noch Präventionsempfehlungen ausstellen“, kritisiert Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer bereits im Juni 2015 anlässlich der Verabschiedung des Präventionsgesetzes durch den Deutschen Bundestag. „Hier wird ein großes Potenzial verschenkt, denn Prävention gehört zu den essenziellen Leistungen einer psychotherapeutischen Sprechstunde, wie sie mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführt wird.“

Der Ausschuss PTI Saar hatte dieses Defizit und seine mögliche Fortschreibung in der Saarländischen Präventionslandschaft – nicht zuletzt auch in der Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz – zum Anlass genommen, das Thema auf die Agenda zu setzen. Saarländische Akteurinnen wurden kontaktiert und eingeladen sich auszutauschen, zu vernetzen, vor allem aber mit uns zu hören und zu diskutieren, welchen konkreten Beitrag unsere Profession hier leisten kann.

Einführungsvortrag von Dr. phil. Petra Schuhler zur psychologischen Prävention

Der einleitende Vortrag von Dr. Petra Schuhler orientierte über die neue Ausrichtung des Präventionsgesetzes, über psychologische Präventionsmodelle und die besondere psychotherapeutische Expertise, wenn es um Prävention geht: Im Mittelpunkt präventiver Maßnahmen sollte eine dichtere Vernetzung der Versorgungssegmente Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege stehen, wobei Gesundheitsförderung und Prävention (Becker, 1997) als integraler Bestandteil der Gesamtversorgung aufzunehmen wäre.

Psychologische Präventionsmodelle könnten dabei eine wegweisende Rolle spielen, wie das Health-Belief-Modell (Becker & Rosenstock, 1987), die Selbstwirksamkeits-Theorie von Bandura (1997) oder das Verhaltensänderungsmodell von Prochaska & Di Clemente (1983), das die Rückfall- und Rezidivprophylaxe in den Mittelpunkt stellt und damit die Nachhaltigkeit und langfristige Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen fördern könnte. Gut etablierte psychologische Ansätze der Ressourcen- und Schutzfaktorenstärkung sind darüber hinaus nahezu unverzichtbar. Dies gilt sowohl in der Verhaltensprävention wie z. B. bei Lebenskompetenzprogrammen, die die Steigerung von Selbstwertgefühl und Problemlösekompetenzen zum Ziel haben als auch, wenn es um gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung in Betrieben und Schulen geht.

Psychotherapie und Prävention haben vor diesem Hintergrund große historische, theoretische und methodische Gemeinsamkeiten, zum Beispiel ist das grundlegende psychotherapeutische biopsycho-soziale Arbeitsmodell auch in den modernen präventiven Ansätzen gefordert und die psychologische Psychotherapie als Fach darf durchaus als Expertin für Einstellungs- und Verhaltensänderung, sowie Ressourcenaktivierung gelten.

Als entscheidend hemmender Faktor präventiver Maßnahmen wirkt sich allgemein ein niedriger sozio-ökonomischer Status aus: Arme Menschen mit wenig Bildung werden durch Präventionsprogramme nur unzulänglich erreicht. Deshalb ist die Stoßrichtung des neuen Präventionsgesetzes genau richtig, nämlich Prävention in den Lebenswelten zu betreiben, dort, wo Menschen leben und arbeiten. Auf dieser Basis wurde die Perspektive einer suchtpräventiven Vorgehensweise in der Arbeitswelt beschrieben, in der die Grenzen zwischen Prävention, Psychotherapie, Arbeitsschutz und Rehabilitation überwunden werden.

Vortrag von Dipl.-Psych. Ullrich Böttinger, Präventionsnetzwerk Ortenaukreis

Der anschließende Vortrag Ullrich Böttinger, PP und Leiter des Amtes für Soziale und Psychologische Dienste sowie Vorstandsbeauftragter für Frühe Hilfen und Prävention der LPK Baden-Württemberg, stellte ein von der BzgA finanziertes Best-practice-Modell des Präventionsnetzwerkes Ortenaukreis vor. Darin geht es um die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit und der sozialen Teilhabe für Kinder und ihre Familien im Alter von drei bis zehn Jahren. Das Interesse daran war sehr groß, denn Vergleichbares gibt es bislang nirgendwo.

Frühe Hilfen, die ein umfangreiches Angebot während der Schwangerschaft und bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres anbieten, sind auch im Saarland bereits seit 2007 gut etabliert in allen Landkreisen. Daran knüpfte man 2009 im Ortenaukreis an mit der Fragestellung „Frühe Hilfen und was dann?" und entwickelte eine kommunale Gesamtpräventionsstrategie. Sie setzt in den Lebenswelten Kita und Schule an mit dem Schwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit und berücksichtigt explizit sozial benachteiligte Stadtteile. Auf die Nachhaltigkeit der einzelnen Angebote wird dabei besonderen Wert gelegt. So entwickelte sich aus einer Maßnahme zur Schulentwicklung die Einführung einer regelmäßigen Unterrichtsstunde zur Resilienz im Rahmen der Leitbildentwicklung „Gestärkt durchs Leben gehen" mit den drei Säulen Bewegung, Ernährung, Resilienz.

Nähere Informationen zu diesem Projekt findet man unter www.pno-ortenau.de.

Und im Saarland?

Zu Recht wurde an dieser Stelle kritisiert, dass im Saarland selbst die Einführung einer dritten Sportstunde in der Schule ein unüberwindbares Hindernis zu sein scheint.

Die Gründung des Präventionsnetzwerkes „Das Saarland lebt gesund", dem auch die PKS vor gut zwei Jahren beigetreten ist, blieb bisher weitestgehend folgenlos. Vergleichbare Aktivitäten auf Landes- oder Landkreisebene sind kaum erkennbar. „Koordinieren Sie noch oder helfen Sie schon?" so der ironische Kommentar eines Teilnehmers zu diesem Beispiel eines Netzwerks ohne Inhalte.

Dr. Lamberty, zuständiger Abteilungsleiter für Gesundheit im Saarländischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie kritisierte die fehlende Struktur zur Umsetzung im Präventionsgesetz. So ermögliche das Gesetz, dass allein der Steuerungskreis aus GKV-Vertreterinnen über den Präventionsetat von immerhin ca. 1,2 Mio. € jährlich im Saarland verfügen könne.

Dass es viele erfolgversprechende Ideen aus dem Bereich der Prävention gibt, deren Realisierung allerdings außerhalb des Wettbewerbsfeldes der Einzelkassen anzusiedeln wäre, wurde an mehreren Stellen deutlich. Ein Beispiel dafür ist die zahnärztliche Prophylaxe, die bundesweit in Schulen seit über 30 Jahren fest etabliert ist.

Im Februar 2018 soll eine Landespräventionskonferenz stattfinden, so Dr. Lamberty. PUGIS e. V. plant ein Projekt für Arbeitslose in Kooperation mit dem Jobcenter St. Wendel zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung. Beides sind gute Gelegenheiten vom Koordinieren zum Helfen überzugehen. Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes wird nun allerdings auch zu der Landespräventionskonferenz eingeladen, wie am Ende des Expertenhearings zu vernehmen war.

Literatur

Becker, P. (1997) Präventions- und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 517-534). Göttingen: Hogrefe.

Becker, M. & Rosenstock, I. (1987). Comparing social learning theory and the health belief model. In W.B. Ward (Ed.), Advances in Health Education and Promotion (Vol.2) (pp. 245-249). Greenwich, CT: JAI.

Bandura, A. (1997) Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1998). The transtheoretical model of behaviour change. In S. Shumaker & E. Schron (Eds.), The handbook of health behaviour change (pp. 59-84). New York: Springer.

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

SL

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2017 neigt sich dem Ende entgegen. So turbulent, wie es für uns Psychotherapeutinnen durch die Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie begonnen hat, so turbulent geht es auch im Bereich der großen Politik zu Ende. Kurz vor Redaktionsschluss dieser Ausgabe wurde das Scheitern der so genannten Jamaika-Koalitions-Sondierungsgespräche öffentlich verkündet. Auch wenn es noch ungewiss ist, mit welcher Regierung wir es im Bund in den nächsten Jahren zu tun haben werden, so haben wir dennoch die Chance genutzt, in diesem Jahr die Kontakte zu allen für unsere berufspolitischen Anliegen wichtigen Parteien aufbauen zu können. Wie dem vorliegenden Bericht aus der Kammerversammlung zu entnehmen ist, haben wir intensive Lobbyarbeit für die dringend anstehende Reform der Psychotherapeutenausbildung betrieben und haben uns auch sonst für die Anliegen sowohl der niedergelassenen als auch der angestellten Psychotherapeutinnen eingesetzt. Wir hoffen, bei der Lektüre Ihrer Kammermitteilungen aus Schleswig Holstein auf Ihr Interesse zu stoßen und wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen ein frohes, besinnliches und ruhiges Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2018.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Bericht aus der 46. Kammerversammlung

Auf der letzten Kammerversammlung am 10. November 2017 wurde das Thema „Frauen in der Berufspolitik" ausführlich diskutiert, in der PKSH sind 74 Prozent der Mitglieder Frauen, auf Bundesebene sind es 78 Prozent. In den meisten berufspolitischen Gremien der Kammern sind Frauen jedoch unterrepräsentiert. Auf Bundesebene wurde deshalb eine Arbeitsgemeinschaft initiiert, die sich mit diesem Missverhältnis in der Geschlechterverteilung/-beteiligung in den berufspolitischen Gremien beschäftigt: Gründe analysiert, Barrieren identifiziert, geeignete Instrumentarien auslotet/entwickelt. Zielsetzung ist dabei, mehr Frauen für die Berufspolitik zu gewinnen.

Innerhalb der Kammerversammlung der PKSH und auch in den Kammerausschüssen gibt es eine relative Gleichverteilung der Geschlechter, sodass bei uns in Schleswig-Holstein aktuell nicht von einer Unterrepräsentanz von Frauen oder Männern gesprochen werden kann, dennoch hat sich die Kammerversammlung der PKSH des Themas Förderung der Frauen in der Berufspolitik angenommen, um damit ein Zeichen nach außen zu setzen.

Die Kammerversammlung war sich darin einig, dass die Qualifikation einer Person unabhängig vom Geschlecht zu betrachten ist. Dennoch gibt es aktuell noch immer viele Beispiele dafür, dass Frauen, bei aller Hochqualifizierung, in leitenden Funktionen in der Berufspolitik unterrepräsentiert sind. Darüber hinaus sind – bei aller bereits gelebten Gleichberechtigung – Frauen nach wie vor häufig zusätzlich zu ihrem beruflichen Engagement auch für die familiären Belange zuständig. Als ein erster unterstützender Schritt wurde die Anpassung der Entschädigungsordnung hinsichtlich der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftiger Angehöriger während einer Ausschusssitzung in der Kammerversammlung diskutiert.

Die Kammerversammlung der PKSH spricht sich dafür aus, Frauen in der Berufspolitik zu fördern, aber gleichzeitig auch Hürden, die sie möglicherweise davon abhalten, ein Ehrenamt zu übernehmen, abzubauen. Hierzu haben die Mitglieder der Kammerversammlung die folgende Erklärung einstimmig angenommen: „Die Kammerversammlung der PKSH unterstützt das Anliegen der Bund-Länder AG ‚Frauen in der Berufspolitik' auf Satzungsänderung der BPtK auf dem 31. DPT, das Geschlechterverhältnis der Kammermitglieder in den Gremien angemessen abzubilden. Dies erfordert aktuell, Barrieren für die Partizipation von Frauen abzubauen."

Ausbildungsreform

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung ist seit vielen Jahren ein wichtiges Thema, in das auch die PKSH in unterschiedlichen Gremien auf Bundes- und Landesebene involviert ist. Im Rahmen vielfältiger Lobbyarbeit hat die PKSH an diversen Aktionen teilgenommen, um auf die Dringlichkeit einer Reform der Psychotherapeutenausbildung hinzuweisen. Im Vorwege der Bundestagswahl hat sich das Präsidium der PKSH deshalb an die Bundestagskandidatinnen gewandt, die ihren Wahlkreis in Schleswig-Holstein haben, um eindringlich auf die Notwendigkeit einer Reform der Psychotherapeutenausbildung zur Sicherung der Versorgung der Bevölkerung auch in der Zukunft hinzuweisen. Nachdem Ende Juli der Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorlag

und aufgrund des Ergebnisses der Bundestagswahl sich eine sogenannte Jamaika-Koalition abzuzeichnen begann, haben wir uns zudem an die potenziellen Koalitionspartnerinnen gewandt mit dem Ziel, die Ausbildungsreform der Psychotherapeutinnen in die Koalitionsvereinbarungen mit aufzunehmen und im Anschluss daran die Weiterarbeit an dem vorliegenden Arbeitsentwurf des BMG zu fördern.

Auf dem erstmals durchgeführten gemeinsamen Parlamentarischen Abend der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) ergriff der Präsident der PKSH, Dr. Oswald Rogner, die Gelegenheit, auf die große Bedeutung der Ausbildungsreform für die zukünftige Versorgung der Bevölkerung mit psychotherapeutischen Leistungen hinzuweisen. Der auf dieser Veranstaltung anwesende Gesundheitsminister des Landes Schleswig-Holstein, Dr. Heiner Garg, sicherte in seinem Eröffnungsreferat seine Unterstützung bei der auch aus seiner Sicht dringend erforderlichen Reform der Psychotherapeutenausbildung zu.

Manipulative Darstellung der Techniker Krankenkasse

Die Techniker Krankenkasse behauptet auf ihrer Homepage, jede zweite Psychotherapie werde nach zehn Stunden beendet. Dies hat die Kammer doch sehr erstaunt, sodass sie prüfend tätig geworden ist. Anhand der Auswertungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lassen sich die Zahlen der TK in keiner Weise erklären.

Die PKSH wandte sich daraufhin an die Kassenärztliche Vereinigung in Schleswig-Holstein (KVSH) und bat um Unterstützung bei der Aufklärung des Sachverhaltes. Die KVSH reagierte prompt und lieferte zwei Tage später die Zahlen für unser Bundesland. Demnach dauert eine durchschnittliche Psychotherapie 28,5 Sitzungen. Die TK, die wir daraufhin mit den Zahlen konfrontierten und um Aufklärung baten, spielte auf Zeit. Trotz mehrmaliger Anfragen vonseiten der PKSH reagierte diese lediglich telefonisch mit allgemeinen Erklärungen, die nichts zur Aufklärung beitrugen. Nach über einem Jahr des Wartens hat der Vorstand sich nun an das Bundesversicherungsamt, die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen gewandt. Mit dem Hinweis, dass unser Berufsstand in Statistik bestens ausgebildet und es gewohnt ist, dass statistische Zahlen belegt werden müssen, wenn sie veröffentlicht werden, baten wir die Behörde um Mithilfe bei der Aufklärung.

Ausschuss Berufsordnung gegründet

Bereits auf der letzten Kammerversammlung, die im Juni dieses Jahres stattfand, hatte der Vorstand der PKSH darauf hingewiesen, dass eine Anpassung der Berufsordnung der PKSH aufgrund von neuen Entwicklungen in der Berufsausübung der Psychotherapeutinnen dringend erforderlich sei. Somit stand das Thema „Wahl eines Ausschusses Berufsordnung" auf der Tagesordnung der Kammerversammlung im November. Insbesondere die Themen Psychotherapie und neue Medien, Vertretungsregelungen bei längerer Abwesenheit der Praxisinhaberin, Präzisierung des Abstinenzgebotes und Sorgfaltspflicht im Umgang mit sensiblen Patientendaten sollten dabei in der Berufsordnung präzisiert und an neue Entwicklungen angepasst werden.

Sozialminister Dr. Garg *(Foto: V. Rebehn)*

Gleich zu Beginn des Tagesordnungspunktes „Gründung eines Berufsordnungsausschusses" stellten Vertreterinnen der KamOn-Fraktion auf der Kammerversammlung die Sinnhaftigkeit eines solchen Ausschusses generell infrage. Es wurde der Wunsch geäußert, Themen, welche die Berufsordnung betreffen, allgemein in der gesamten Kammerversammlung zu diskutieren und im Falle einer erforderlichen Anpassung der Berufsordnung der PKSH auf Vorarbeiten aus anderen Landeskammern und der Musterberufsordnung der BPtK zurückzugreifen, obwohl es auch dort noch keine ausreichenden Regelungen für den Umgang mit neuen Medien in der Psychotherapie gibt und zudem das sensible Thema „Abstinenz" in den einzelnen Landeskammern ganz unterschiedlich geregelt ist.

Der Vorstand der PKSH und die DPtV-Fraktion sahen es demgegenüber als dringend notwendig an, dass der Berufsordnungsausschuss, wie auf der vorherigen Kammerversammlung angekündigt, schnellstmöglich gegründet wird und seine Arbeit aufnehmen kann. Gerade im Bereich „Neue Medien in der Psychotherapie" besteht aufgrund der aktuellen Entwicklung dringender Handlungsbedarf. Einem Berufsordnungsausschuss käme dabei die Aufgabe zu, für die Kammerversammlung eine effiziente Zuarbeit zu leisten und für die Mitglieder der Kammerversammlung wertvolle Informationen zusammenzutragen, um deren Entscheidungsgrundlage für anstehende Anpassungen der Berufsordnung zu verbessern.

Die Kammerversammlung hat sich schließlich mehrheitlich der Argumentation der DPtV-Fraktion angeschlossen und für die Gründung eines Berufsordnungsausschusses, der aus drei Mitgliedern bestehen wird, gestimmt. Von der DPtV-Fraktion wurden in diesen Ausschuss die Vizepräsidentin, Frau Dr. Angelika Nierobisch, und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

pkSH
Psychotherapeutenkammer
Schleswig-Holstein

– Save the date –

5. Norddeutscher Psychotherapeutentag

Freitag, 1. Juni 2018, 16:00 Uhr

Ein Jahr neue Psychotherapie-Richtlinie – Segen oder Fluch?

Vortrag und Diskussion

Sonnabend, 2. Juni 2018, 9:00 bis 18:30 Uhr

Es werden halbtägige Workshops u. a. zu folgenden Themen angeboten:

- Trauma-Release-Exercises (TRE)
- Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)
- Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
- Körpersprache in der Psychotherapie
- Gruppenpsychotherapie in der Behandlung von Kindern & Jugendlichen
- ADHS im Erwachsenenalter

Infotische Sonnabend 09:00 – 11:00 Uhr:

- für Ausbildungsteilnehmende (PiA)
- für Studierende

Ort:

Wissenschaftszentrum Kiel
Fraunhoferstraße 13 (Westring)

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Alter Markt 1-2, 24103 Kiel,
Tel. 0431 / 66 11 990, Fax 0431 / 66 11 995, E-Mail info@pksh.de, **www.pksh.de**

SH

Wolfgang Eicke, stellvertretender ehrenamtlicher Richter am Berufsgericht, entsandt. Da die KamOn-Fraktion auf der Kammerversammlung kein Mitglied für den Berufsordnungsausschuss benennen konnte, wurde ihr von der Kammerversammlung mit den Stimmen der DPtV-Fraktion für die Suche nach einer Vertreterin für diesen Ausschuss Zeit bis Weihnachten eingeräumt.

Psychotherapeutinnen im Bereitschaftsdienst und in der Notfallversorgung

Ein weiteres wichtiges Thema, das in den letzten Monaten verstärkt an den Vorstand der PKSH insbesondere von den angestellten Kammermitgliedern herangetragen wurde, ist der Umgang mit Bestrebungen von Klinikleitungen, Psychotherapeutinnen in Bereitschaftsdienste und in die Notfallversorgung/Notfallambulanzen einzubinden. Dabei tauchten Fragen auf, inwieweit dies mit der Berufsordnung der PKSH vereinbar sei und wo die Grenzen bei der Übertragung von Entscheidungs- und Behandlungskompetenzen auf Psychotherapeutinnen in Notfallsituationen lägen.

Zu dieser Thematik hatte das Präsidium der PKSH im Sommer dieses Jahres ein ausführliches und konstruktives Gespräch mit dem ärztlichen Direktor einer psychiatrischen Klinik geführt. Klinikleitung und PKSH waren sich darin einig, dass Psychotherapeutinnen aufgrund ihrer Ausbildung durchaus die Kompetenz haben, in einer Klinik Führungsaufgaben zu übernehmen. Zu diesen Führungskompetenzen zählen die eigenverantwortliche Leitung einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Station und auch der eigenverantwortliche Einsatz im Rahmen von Bereitschaftsdiensten und Notfallambulanzen. Dabei muss allerdings vonseiten der Klinik gewährleistet sein, dass sich die auf die Psychotherapeutin übertragenen Aufgaben nur auf die durch das Psychotherapeutengesetz geregelte heilkundliche Psychotherapie beziehen darf. Für die somatische Abklärung (Diagnostik) und eventuell erforderlichen oder einzuleitenden medizinischen Behandlungsmaßnahmen (wie Medikamentenverordnung und Medikamentengabe) muss zwingend eine Ärztin bzw. Fachärztin in der Einrichtung anwesend und erreichbar sein.

Haushaltsplan 2018 und Beitragssatzung verabschiedet

Auf der letzten Kammerversammlung des Jahres wird traditionell der Haushaltsplan für das Folgejahr vorgestellt, in diesem Jahr war es der Plan für 2018. Der Vorstand der PKSH hat sich mit dem Haushalt für 2018 wieder dem Primat der optimalen Serviceorientierung für die Mitglieder bei kostengünstigem und effizientem Einsatz sämtlicher Ressourcen verpflichtet. Dennoch werden die Ausgaben der Kammer für das Jahr 2018 deutlich steigen, was in erster Linie daran liegt, dass im nächsten Jahr erstmalig Mitgliedsbeiträge für die in Ausbildung befindlichen Mitglieder der Kammer (die sogenannten PiA) an die Bundespsychotherapeutenkammer abgeführt werden müssen.

Der Haushaltsplan 2018 wurde von dem Geschäftsführer der PKSH, Herrn Wohlfarth, in Zusammenarbeit mit dem Finanzausschuss und dem Vorstand der Kammerversammlung vorgestellt. Eine kontroverse Diskussion einzelner Haushaltsposten gab es nicht, sodass der Haushalt für das Jahr 2018 in der Kammerversammlung eine sehr breite Mehrheit fand. Da die ursprünglich vorhandenen Rücklagen der Kammer im Jahr 2017 fast vollständig dadurch abgebaut wurden, dass auf die Erhebung eines Kammerbeitrages verzichtet wurde, müssen im nächsten Jahr die Ausgaben nahezu vollständig durch Kammerbeiträge der Mitglieder gedeckt werden.

Es ist dem Vorstand der PKSH gelungen, die für das Jahr 2018 zu erhebenden Beiträge so zu kalkulieren, dass sie von der Höhe her noch unter den vor zehn Jahren erhobenen Beiträgen liegen und im Bundesvergleich ebenfalls am unteren Ende der Kammerbeiträge. Die geltenden Beiträge für die einzelnen Beitragsgruppen können der Homepage (pksh.de) entnommen werden.

Neu eingeführt wurde die Beitragsgruppe VII für die in Ausbildung befindlichen Kammermitglieder (sogenannte PiA). Die Höhe des Mitgliedsbeitrages für diese Mitglieder bemisst sich rein nach den Kosten, die die PKSH an externe Stellen hierfür abführen muss (BPtK-Beitrag und Kosten für das PTJ). Haushalterisch handelt es sich somit um einen durchlaufenden Posten, um den Beitrag für diese Gruppe möglichst gering zu halten.

Benennung der Mitglieder des PTI-Ausschusses

Bereits auf der ersten Kammerversammlung des Jahres 2017 wurde die Gründung eines Ausschusses für PsychotherapeutInnen in Institutionen (PTI) beschlossen. Auf der letzten Kammerversammlung im November wurden nun die Mitglieder für diesen Ausschuss von den beiden Fraktionen benannt. Die Kammerversammlung begrüßt es ausdrücklich, dass sich junge Kolleginnen für die Mitarbeit in der Kammer zur Verfügung stellen.

Als eine erste Aufgabe an den PTI-Ausschuss einigte sich die Kammerversammlung auf die Erstellung einer Konzeption für eine Umfrage, in wieweit angestellte Kammermitglieder in Kliniken und sonstigen Institutionen in die Bereitschaftsdienste und Notfallambulanzen eingebunden werden sollten.

Dr. Oswald Rogner, Präsident
Dr. Angelika Nierobisch, Vizepräsidentin

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegin:

Christine Buttmann, Klein Offenseth
geb. 14.11.1939
verst. 02.10.2017

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

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

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

Bayern
Birketweg 30
80639 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 14.00 – 15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen
Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Hamburg
Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
Mo, Mi, Do 13.00 – 15.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Hessen
Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen
Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Nordrhein-Westfalen
Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo 9.00 – 12.30 Uhr und
13.00 – 16.00 Uhr
Di 9.00 – 12.30 Uhr
Mi, Do 13.00 – 16.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Rheinland-Pfalz
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 14.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland
Scheidterstraße 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein
Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

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 4/2017

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

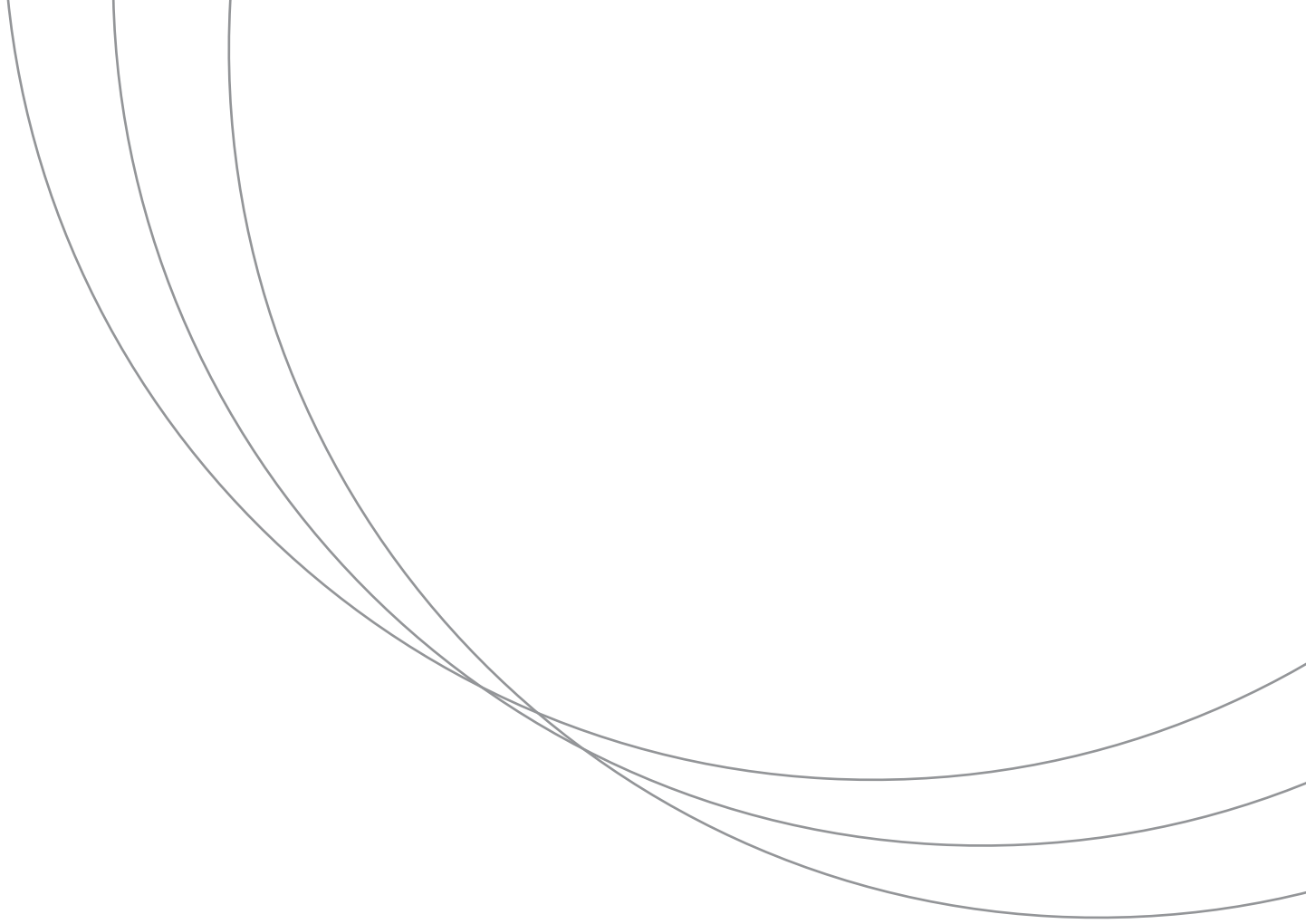
Redaktionsschluss für Ausgabe 1/2018 ist der 22. Dezember 2017. Weitere Redaktionsschluss-Termine ab Anfang 2018 unter www.psychotherapeutenjournal.de. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf- Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (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. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. 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