

Psychotherapeuten journal

- Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie
- Neue Versorgungsmodelle in der Psychotherapie
- Weisheitstherapie zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung
- Klinische Neuropsychologie: Versorgungssituation und Förderungsmöglichkeiten
- Rechtliches zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Straftäterinnen

www.psychotherapeutenjournal.de

Geschlechtersensible Sprache

Das Psychotherapeutenjournal wechselt im Sinne eines geschlechtersensiblen Sprachgebrauchs in seinen Ausgaben zwischen einem in weiblicher Form und einem in männlicher Form verfassten Heft ab. Dies betrifft Textpassagen, in denen nicht eindeutig ein Mann/Männer bzw. eine Frau/Frauen gemeint sind. Durch das Abwechseln zwischen weiblicher und männlicher Sprachform sollen Frauen ebenso wie Männer sprachlich sichtbar gemacht werden. Transgeschlechtlichkeit kann aktuell in der Sprache des PTJ noch nicht abgebildet werden, transgeschlechtliche Menschen sind jedoch ausdrücklich mitgemeint und angesprochen. Zur ausführlichen Begründung dieses Beschlusses lesen Sie bitte das Editorial in Ausgabe 4/2017.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie halten heute das zweite Psychotherapeutenjournal in der Hand, das in weiblicher Sprachform erscheint. Nach den letzten beiden Heften gab es einige Leserbriefe, die sich mit dieser Entscheidung des Redaktionsbeirats und der Herausgeberseite beschäftigt haben. Darunter Stimmen, die die Initiative schätzten, aber nicht weitgehend genug fanden, bis hin zu Stimmen, die den Hinweis auf Gendergerechtigkeit ganz und gar ablehnten. Auch im Redaktionsbeirat und auf der Herausgeberseite haben wir die verschiedenen Positionen diskutiert und um Lösungen gerungen. Und, wie in einer Demokratie üblich, war das Ergebnis ein Kompromiss zwischen all den möglichen Positionen, die in ihrer Bandbreite manchmal schwer auszuhalten sind, gerade wenn sie mit eigenen Sichtweisen kollidieren – eine immer wieder herausfordernde Übung in Begrenzung und Toleranz. Als Mitglied des Redaktionsbeirates bin ich froh, dass wir uns dieses Themas angenommen und die Diskussion auch unter die Herausgeberinnen und unsere Leserinnen getragen haben. Als Psychotherapeutinnen wissen wir, wie viel Zeit und Wiederholung die Etablierung von Neuem bedarf. Und dabei wollen wir nicht stehenbleiben. Veränderungen erscheinen manchmal wie komplexe Bergbesteigungen. Immer wieder müssen Zwischenstationen erreicht, Zwischenlager eingerichtet werden, um sich zu akklimatisieren. Dann können weitere Aufstiege gewagt werden. Das ist mühselig, aber notwendig, um möglichst viele mitnehmen zu können. Denn alle Entwicklung findet notwendigerweise zwischen Bewahren und Verändern statt. In diesem Sinne freue ich mich auf die weiteren Entwicklungen des Psychotherapeutenjournals.

Welche Entwicklungen werden in der Gesundheitspolitik auf uns zukommen?

Im März hat sich sechs Monate nach der Wahl die neue Bundesregierung konstituiert. Einige Personalentscheidungen waren mit Überraschungen verbunden. Wir nehmen zur Kenntnis, dass lediglich sechs von 15 Ministerien mit Frauen besetzt wurden, wobei die „großen“ Ministerien wie Inneres, Außen, Wirtschaft und Finanzen den Männern vorbehalten blieben. Das für unseren Berufsstand besonders wichtige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird nun von Jens Spahn als Gesundheitsminister geleitet. Das Ausscheiden von vertrauten Staatssekretärinnen und einer Ministerialdirigentin aus dem BMG führt vor dem Hintergrund der anstehenden Ausbildungsreform natürlich zu Verunsicherungen. Wie wird es weitergehen? Jens Spahn hatte vor seiner Zeit als parlamentarischer Staatssekretär im Finanzministerium die Funktion des gesundheitspolitischen Sprechers der CDU-Fraktion inne, also dort erste Erfahrungen gesammelt. Einschätzbarer macht ihn das aber leider nicht, zumal er bereits nach wenigen Tagen im Amt als Gesundheitsminister mit Schlagzeilen zu ganz anderen als gesundheitspolitischen Themen für Aufregung in der Presse sorgte. Man darf also gespannt sein, wie sich dieser Wechsel an der Spitze des BMG gerade auf die für den Berufsstand so wichtige Reform der Ausbildung, aber auch auf die Gesundheitsversorgung insgesamt auswirken wird. Auf dem 32. DPT in Bremen, der zum Zeitpunkt des Erscheinens des aktuellen Heftes schon stattgefunden haben wird, werden die Delegierten weitere Entscheidungen zur Ausbildungsreform zu treffen haben.

Eine zu großem Aufruhr in Teilen des Berufsstandes führende Entscheidung hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) im Januar 2018 getroffen, als er der Humanistischen Psy-



chotherapie die wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren und damit die Zulassung zur vertieften Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin absprach. Das Gutachten kann auf der Homepage des WBP eingesehen werden. Auch wir wollen uns diesem Thema widmen. Aufgrund des zeitlichen Vorlaufs und terminlicher Verpflichtungen hat der Redaktionsbeirat beschlossen, für das dritte Heft dieses Jahres einen Schwerpunkt zu diesem Thema zu planen, in dem auch die mit der Ablehnung verbundenen Zusammenhänge aufbereitet werden sollen.

Nun bleibt mir noch, Ihnen unser aktuelles Heft zur Lektüre ans Herz zu legen, in dem Sie wie immer neben aktuellen Informationen aus der BPtK und den Landeskammern interessante Originalia finden. Dabei möchte ich auf den Artikel zur psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und auf den Beitrag zu rechtlichen Rahmenbedingungen ambulanter Therapie von Straftäterinnen hinweisen, die Themen beleuchten, die sicher häufig außerhalb unserer Alltagswahrnehmung liegen.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Früh-sommer.

*Torsten Michels (Hamburg)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia

106

Johannes Mander, Miriam Gschwendt, Tanja Schildmann, Paul Blanck, Eva Vonderlin & Hinrich Bents

Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Achtsamkeitsbasierte Methoden sind in den letzten Jahren zu wichtigen Komponenten neuer Ansätze in der Psychotherapie geworden. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über neue Entwicklungen von achtsamkeitsbasierten Programmen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

114

Ann Kathrin Skirde, Bianca Lehmann, Steffen Böhm & Heiner Vogel

Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie. Stand und Perspektiven

Der Artikel gibt einen Überblick über neue Versorgungsformen in der Psychotherapie. Die von Krankenkassen mit Leistungsanbietern vereinbarten Versorgungsmodelle sind darauf gerichtet, spezifische Versorgungsprobleme anzugehen und die Therapie flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten.

123

Kai Baumann

Weisheitstherapie zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung und anderer Anpassungsstörungen

Weisheitstherapie ist eine verhaltenstherapeutische Technik, die zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung entwickelt wurde. Der Artikel stellt zunächst das Konzept der Posttraumatischen Verbitterungsstörung vor und beschreibt anschließend die zentralen Elemente der Weisheitstherapie.

130

Barbara Feldmann-Schmidt, Michael Ruh, Karin Schoof-Tams & Monika Wagensonner

Klinische Neuropsychologie: Zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich. Ein Erfahrungsbericht aus Hessen

Die Neuropsychologische Therapie ist seit dem 01.01.2013 als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Untersuchung und Behandlung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen anerkannt. Neben einem Fallbeispiel und einem Überblick zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich werden Weiterbildungs- und Fördermöglichkeiten am Beispiel Hessens vorgestellt.

135

Katharina Kremitzl, Amelie Engenhorst, Traudel Simon, Alexander Wunsch, Roland Straub & Rüdiger Nübling

Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg. Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen

Erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung (IM) haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken. Der Artikel stellt Ergebnisse einer explorativen Querschnittserhebung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM in Baden-Württemberg vor.

Recht: aktuell

144

Andreas Maltry

Offenbarungs- und Verschwiegenheitspflichten in der ambulanten Psychotherapie von Straftäterinnen

Kurzbeitrag

148

Ruth Böhr

OEG-Trauma-Netzwerke zur zeitnahen therapeutischen Versorgung psychischer Gesundheitsstörungen von Gewaltopfern

Buchrezensionen

- 149 Neid. Der verpönte Affekt**
Eine Rezension von Johanna Naumann: Focke, I., Pioch, E. & Schulze, S. (Hrsg.). (2017). Neid. Zwischen Sehnsucht und Zerstörung.
- 150 Träumen gestern und heute**
Eine Rezension von Brigitte Boothe: Hierdeis, H. (2018). Traum und Traumverständnis in der Psychoanalyse. Band in der Reihe Psychodynamik kompakt.
- 151 Vom theoretischen Wissen zum praktischen Tun. Eine Lehrfilmreihe**
Rezension von Thorsten Padberg: Fliegel, S., Buß, L. & Maith, V. (Produktionsleitung) (2017). Lehrfilmreihe Handwerk der Psychotherapie.
- 152 Spiritualität in der Psychotherapie**
Eine Rezension von Christian Roesler: Hofmann, L. & Heise, P. (Hrsg.). (2017). Spiritualität und spirituelle Krisen. Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis.
- 153 Weniger ist mehr. Der Alltagshelfer für die kreative Psychotherapie**
Eine Rezension von Lea Finke: Bergmann, F. & Bergmann, D. (2017). Krimskrams und Co. – Besondere und alltägliche Gegenstände in der Kindertherapie und Elternberatung.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

- | | | | |
|------------|--------------------------------------|------------|--|
| 157 | Bundespsychotherapeutenkammer | 188 | Hessen |
| 165 | Baden-Württemberg | 192 | Niedersachsen |
| 169 | Bayern | 195 | Nordrhein-Westfalen |
| 175 | Berlin | 199 | Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| 179 | Bremen | 203 | Rheinland-Pfalz |
| 183 | Hamburg | 207 | Saarland |
| | | 211 | Schleswig-Holstein |

- 103 Editorial**
- 154 Leserbrief**
- 214 Impressum Psychotherapeutenjournal**
- A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
- A16 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

Hinweise:

Diese Ausgabe können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.

Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Johannes Mander, Miriam Gschwendt, Tanja Schildmann, Paul Blanck, Eva Vonderlin & Hinrich Bents

Zusammenfassung: Achtsamkeitsbasierte Methoden sind in den letzten Jahren zu wichtigen Komponenten neuer Ansätze in der Psychotherapie geworden. Zahlreiche kontrollierte Wirksamkeitsstudien belegen deren klinische Effektivität in der Erwachsenenpsychotherapie. Achtsamkeitsprogramme für Therapeutinnen¹ und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind jedoch weniger etabliert. Dieser Beitrag soll die Struktur und den aktuellen wissenschaftlichen Stand der modernen achtsamkeitsbasierten Programme für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie skizzieren. In diesem Kontext werden Ideen und Übungen für den praktischen Einsatz von Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschrieben.

Achtsamkeit – Definition und Überblick

Burrhus Skinner, Vater der operanten Konditionierung, ist als Behaviorist wenig bekannt dafür, Aussagen über mentale Zustände getroffen zu haben. Doch in seinem visionären Roman „Futurum Zwei“, in welchem er seine Zukunftsvision für die menschliche Gesellschaft aufspannt, formuliert er als Kernelement: „Was wir unseren jungen Leuten hier vermitteln, ist ein Griff an die gegenwärtigen Kräfte, mit denen eine Kultur zu tun hat. Keine ihrer Mythen, keine ihrer Heroen, keine Geschichte, keine Bestimmung – einfach nur das Hier und Jetzt!“ (Skinner, 1948, S. 214). Hier bringt Skinner, vielleicht ohne es explizit zu wollen, auf den Punkt, was das Achtsamkeitsprinzip im Kern ausmacht. Achtsamkeit wird definiert als eine spezifische Form der Aufmerksamkeitslenkung, die (a) auf das Hier und Jetzt gerichtet ist, (b) absichtsvoll und (c) nicht-bewertend erfolgt (Kabat-Zinn, 1990). Dabei ist wichtig, dass (1) die Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum auf das Hier und Jetzt fokussiert wird; (2) die Aufmerksamkeit zurück ins Hier und Jetzt gelenkt wird, falls die Gedanken abschweifen; und (3) eine Inhibition elaborativer Sekundärprozesse durchgeführt wird, also dass insbesondere negative Bewertungen von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen aufmerksam beobachtet werden, aber nicht danach gehandelt oder sich darin verloren wird (Bishop et al., 2004).

Jon Kabat-Zinn führte in den 1980er Jahren mit seinem Gruppenprogramm „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“ (mindfulness-based stress reduction, MBSR) das Achtsamkeitsprinzip in die klinische Psychologie ein (Kabat-Zinn, 1990). Aus MBSR entwickelten Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale das Gruppenprogramm „Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie“ (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT), indem sie Elemente aus MBSR mit Elementen der kognitiven Therapie kombinierten (Segal, Williams & Teasdale, 2015). MBSR wurde ursprünglich zur Behandlung

von chronischem Schmerz entwickelt (Kabat-Zinn, 1990), MBCT ursprünglich zur Rückfallprophylaxe bei rezidivierender Depression (Segal et al., 2015). MBSR und MBCT bestehen aus acht im Wochenabstand stattfindenden Gruppensitzungen mit einer typischen Gruppengröße zwischen 12 und 15 Patientinnen. Ein hoher Übungsanteil spielt eine wichtige Rolle: Zuhause sollen täglich 45 Minuten Achtsamkeitsübungen praktiziert werden. Die einzelnen Gruppensitzungen sind klar strukturiert und dauern zwei bis zweieinhalb Stunden. Die Sitzungen starten jeweils mit einer etwa 30-minütigen Achtsamkeitsübung und einem darauffolgendem Austausch in der Gruppe über die dort gemachten Erfahrungen.

Mittlerweile liegen zahlreiche Studien zu den beiden Programmen für die Behandlung von chronischem Schmerz, die Rückfallprophylaxe von Depression, aber auch für die Behandlung von Angststörungen, akuter Depression, Zwangsstörung, Essstörungen und Substanzabhängigkeit vor (Goyal et al., 2014). Meta-Analysen zu randomisiert kontrollierten Studien belegen die Wirksamkeit von MBSR und MBCT mit Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Khoury et al., 2013). MBSR und MBCT haben sich auch in Deutschland in der psychotherapeutischen Versorgung etabliert und sind die beiden am intensivsten beforschten achtsamkeitsbasierten Therapieprogramme (Khoury et al., 2013; Mander, Kröger & Blanck, 2017).² Beide Programme wurden für die Erwachsenenpsychotherapie konzipiert. In den letzten Jahren wurden innovative Ansätze entwickelt, wie adaptierte Achtsamkeitsübungen aus diesen Programmen auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingesetzt werden können.

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

² Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Achtsamkeitsforscher vermuten einen engen Zusammenhang zwischen dem mentalen Zustand während der Achtsamkeitspraxis und den Eigenschaften und Wahrnehmungen von Kindern und Jugendlichen (Semple & Lee, 2014). So beinhaltet das Achtsamkeitskonzept des „Anfängergeistes“ Eigenschaften wie z. B. Offenheit, Empfänglichkeit und die Bereitschaft zu lernen (Kabat-Zinn, 1990). Junge Menschen werden gerade durch diese Eigenschaften charakterisiert und sind neugierig, neue Ideen auszuprobieren und zu erlernen (Goodman, 2005). Es liegt also nahe, achtsamkeitsbasierte Konzepte für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu nutzen (Bluth, Gaylord, Campo, Mullarkey & Hobbs, 2016). Umso erstaunlicher ist es, dass diese Ansätze in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bislang relativ wenig systematische Anwendung gefunden haben (Mander, Kröger, Blanck et al., 2017). In den letzten Jahren wurden erste Schritte unternommen, um achtsamkeitsbasierte Verfahren, die zunächst für die Behandlung Erwachsener konzipiert wurden, auch für Kinder und Jugendliche zu adaptieren (Semple, Lee, Rosa & Miller, 2010). Im Folgenden stellen wir diese innovativen Achtsamkeitsprogramme für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anhand von praktischen Beispielen vor und beschreiben den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand.

Die Achtsamkeitsbasierte Therapie für Kinder mit Angststörungen (MBCT-C)

Die „achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie für Kinder mit Angststörungen“ (mindfulness-based cognitive therapy-children, MBCT-C) wurde von *Randy J. Semple und Jennifer Lee* (2014; *Semple, Reid & Miller, 2005*) als eine Adaptation des MBCT-Programms für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entwickelt. Konkret wurde das MBCT-Programm speziell für Kinder mit Angststörungen im Alter von 9 bis 12 Jahren angepasst, wobei die begrenzte Aufmerksamkeitskapazität von Kindern berücksichtigt wurde. Dazu wurde das Programm von 8 Wochen auf 12 Wochen erweitert und die Dauer der Gruppensitzungen von 120 Minuten auf 90 Minuten verkürzt. Die Gruppengröße wurde von 12 bis 15 Patientinnen auf 7 bis 8 Personen reduziert. Die längeren achtsamen Atem- und Körperübungen wurden durch kürzere und häufiger wiederholte Übungen ersetzt. Die Sitzmeditationsübungen werden zuerst in Blöcken zu je 3 Minuten durchgeführt und später dann auf 10 Minuten ausgedehnt. Die Kinder üben zuhause täglich kurze Übungen, um Achtsamkeit für den Alltag nutzbar zu machen.

Viele Kinder mit Angststörungen haben eine übermäßig auf vergangene und künftige Ereignisse fokussierte Aufmerksamkeit (Semple et al., 2005). Anhand des Achtsamkeitstrainings wird geübt, die Aufmerksamkeit in der Gegenwart zu

halten. Ziel des Programms ist es also, bewusster die einzelnen Momente im Leben aktiv wahrzunehmen (Semple & Lee, 2014). Die Kinder sollen lernen, in jedem Moment eigene Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen bewusster zu erleben. Das gilt für sowohl angenehme als auch unangenehme Empfindungen. Durch diese stärkere Bewusstheit im Hier und Jetzt soll ein aktiver Umgang mit Ängsten im Alltag ermöglicht werden (Semple et al., 2010).

Das Programm beginnt mit einer Einführung in das Achtsamkeitsprinzip, geht dann über zur Kultivierung von Achtsamkeit mit allen Sinnen und endet mit einer Integration der einzelnen

— Achtsamkeit wird zunächst mit jedem einzelnen Sinn separat geübt, bis dann in späteren Sitzungen in einer Übung mehrere Sinne achtsam wahrgenommen werden. —

Sitzungen. Achtsamkeit wird zunächst mit jedem einzelnen Sinn separat geübt, bis dann in späteren Sitzungen in einer Übung mehrere Sinne achtsam wahrgenommen werden. Das Rational von Achtsamkeit wird im Programm nicht verschult theoretisch vermittelt, sondern erfahrungsbezogen (Semple et al., 2010). Konkret impliziert dies, dass den Kindern Achtsamkeit direkt durch das Durchführen und Nachbesprechen von konkreten Übungen erklärt wird. Beim Nachbesprechen der Übungen werden mit den Kindern Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen, die während der Übung aufgetreten sind, ausführlich reflektiert. Dieses sogenannte Inquiry dient dazu, ein vertieftes Verständnis von Achtsamkeit zu entwickeln. Durch diese erfahrungsbasierte Vermittlung können die Kinder direkt am eigenen Körper erleben, was Achtsamkeit bedeutet.

Die Kinder lernen anhand der Achtsamkeitsübungen den Unterschied zwischen Bewerten und Beschreiben sowie den Einfluss der Gedanken auf Emotionen und körperliche Empfindungen (Semple & Lee, 2014). Durch das Üben von Achtsamkeit lernen die Kinder außerdem, sich selbst im Hier und Jetzt besser wahrzunehmen und dadurch besser mit schwierigen Situationen und Entscheidungen umzugehen (Mander et al., 2015). Alle Übungen werden von den Kindern gemeinsam in der Gruppe durchgeführt. Die Gruppe schafft zum einen günstige motivationale Bedingungen für das Üben, da sich die Kinder gegenseitig positiv bestärken können. Zum anderen können sich die Kinder gegenseitig helfen, ein tieferes Verständnis für die einzelnen Übungen zu entwickeln.

Klassische Achtsamkeitsübungen aus MBCT-C

MBCT-C besteht aus erfahrungsbezogenen und interaktiven Übungen, die alle Sinne einschließen. Tabelle 1 präsentiert eine ausführliche Übersicht über das gesamte Programm

| Sitzung und Thema | Inhalt | Übungen |
|--|--|---|
| (1) Auf Autopilot sein | Erklärung, dass wir oft automatisch und mit wenig Bewusstheit handeln, was als Autopilot bezeichnet wird. Vermittlung, dass eine achtsame Aufmerksamkeit das Aussteigen aus dem Autopilotenmodus ermöglicht. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Achtsames Atmen und Hinlegen ■ Achtsames Atmen und Aufsetzen ■ Achtsamkeit in einer Tasse entdecken |
| (2) Achtsam sein ist einfach, aber nicht leicht | Achtsamkeit ist nicht leicht zu lernen. Regelmäßige Übung und Geduld sind wichtig. Es werden aktiv durch praktische Übungen achtsames Atmen und achtsame Körperwahrnehmung vermittelt. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Achtsames Atmen ■ Achtsame Körperwahrnehmung durch achtsames Essen: Die Rosinenübung |
| (3) Wer bin ich? | Was sind Gedanken? Gedanken treten in der Gegenwart auf, befassen sich aber oft mit der Zukunft oder der Vergangenheit. Es wird vermittelt, dass Gedanken keine Tatsachen sind und nicht immer zutreffen. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Achtsames Atmen ■ Achtsame Körperwahrnehmung ■ Angenehme Ereignisse achtsam wahrnehmen ■ Achtsam Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen wahrnehmen |
| (4) Der Geschmack der Achtsamkeit | Es wird vermittelt, was Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen sind und wie diese gut achtsam wahrgenommen werden können. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Achtsam eine Orange öffnen und schmecken ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Achtsame Yoga-Bewegungen |
| (5) Musik in unseren Ohren | Achtsamer Umgang mit Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen beim Hören stehen im Fokus. Zusätzlich Vertiefung der zuvor vermittelten Übungen. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Achtsame Körperwahrnehmung ■ Achtsames Hören |
| (6) Sich mit Geräuschen ausdrücken | Weitere Vertiefung der Übungen aus den letzten Sitzungen. Zusätzlich wird der achtsame Umgang mit unangenehmen Geräuschen eingeführt. Dabei werden wieder Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen sehr bewusst wahrgenommen. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Achtsames Yoga ■ Achtsames Wahrnehmen von unangenehmen Geräuschen ■ Emotionen achtsam durch Geräusche ausdrücken |
| (7) Das Sehen üben | Achtsames Sehen steht im Vordergrund. Genaues Beobachten von kleinsten Details wird geschult, um die aufmerksame Wahrnehmung zu fördern. Die Rolle des Urteilens beim Wahrnehmen wird untersucht. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Kleine Details sehen ■ Belastende Ereignisse achtsam wahrnehmen |
| (8) Den Aufmerksamkeitsmuskel stärken | Die Unterscheidung von Wahrnehmen und Urteilen wird intensiviert geschult. Es wird reflektiert, wie durch Urteilen die Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen beeinflusst werden. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Sehen von fünf neuen Dingen ■ Bewusstes Wahrnehmen und Urteilen wird geschult ■ Achtsames Gehen |
| (9) Achtsame Berührungen | In dieser Sitzung wird der Tastsinn fokussiert. Achtsames Berühren wird vermittelt. Wieder wird die Unterteilung von Wahrnehmen und Urteilen geschult. Die Rolle von Wahrnehmung und Urteilen bei Entscheidungen wird untersucht. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Achtsame Körperwahrnehmung ■ Achtsames Tasten |
| (10) Was die Nase weiß | Die Unterscheidung von Wahrnehmen und Urteilen wird weiter vertieft. Es wird geübt, nicht nur angenehme, sondern auch unangenehme Ereignisse einfach erstmal im gegenwärtigen Moment wahrzunehmen, ohne diese gleich zu beurteilen. Es wird vermittelt, wie dies helfen kann, klarere Entscheidungen zu treffen. Dazu wird der Geruchssinn fokussiert. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Angenehme und unangenehme Gerüche wahrnehmen ■ Achtsames Yoga |
| (11) Das Leben ist keine Wiederholung | Es wird vermittelt, wie Achtsamkeit mit allen Sinnen im alltäglichen Leben praktiziert werden kann. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Eine Rosine achtsam essen ■ Gedanken und Gefühle achtsam wahrnehmen |
| (12) Leben mit Präsenz, Leidenschaft und Bewusstheit | Wiederholung der wichtigsten Übungen. Es werden Ideen gesammelt, wie Achtsamkeit langfristig in den Alltag integriert werden kann. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei-Minuten-Atemraum ■ Achtsamkeit mit allen Sinnen ■ Abschlusszeremonie |

Tabelle 1: Übersicht über die achtsamkeitsbasierte Therapie für Kinder mit Angststörungen (modifiziert nach Semple & Lee, 2014, S. 97-101)

und stellt die einzelnen Übungen in kurzen Stichpunkten dar. Es werden für Kinder adaptierte Versionen der klassischen Übungen aus dem MBCT-Programm vermittelt (Semple et al., 2010). Dazu gehören die „Rosinenübung“, die „achtsame Körperwahrnehmung“, der „Atemraum“ und „achtsames Yoga“. Bei den Instruktionen zu diesen Übungen wird explizit darauf geachtet, die Kinder in kurzen, leicht verständlichen Sätzen direkt anzusprechen.

Bevor den Kindern die ausführlichen Achtsamkeitsübungen vermittelt werden, wird in den ersten Sitzungen Achtsamkeit durch die kurzen Übungen „Rosinenübung“ und „achtsames Atmen“ vermittelt. Durch die „Rosinenübung“ wird das Achtsamkeitsprinzip direkt erfahrungsbezogen eingeleitet. Ziel der Übung ist es, eine Rosine mit allen Sinnen (Sehen, Tasten, Hören, Riechen und Schmecken) einfach nur im Hier und Jetzt wahrzunehmen. Dabei wird verdeutlicht, dass Achtsamkeit bei alltäglichen, scheinbar nebensächlichen Tätigkeiten beginnt. Die Übung „achtsames Atmen“ soll den Kindern helfen, zu erlernen, wie der Atem mit Aufmerksamkeit beobachtet werden kann. Es wird ihnen erklärt, dass der Atem unser ständiger Begleiter im Leben ist, es aber schwierig ist, diesen gut zu beobachten, da wir ständig von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen abgelenkt werden. Zu lernen, den Atem zu beobachten, kann uns helfen, mit stärkerer Bewusstheit im Hier und Jetzt präsent zu sein. Bei der Übung werden folgende Instruktionen verwendet: „Wir beginnen damit, dass wir nur drei Atemzüge achtsam betrachten [...] ihr könnt an eurem Bauch auf den Atem achten – indem ihr fühlt, wie der Bauch sich hebt und senkt, während die Luft in euren Körper hinein- und wieder herausströmt. Konzentriert eure Aufmerksamkeit dabei so gut, wie ihr könnt, auf euren Bauch. Beobachtet die Luft dabei, wie sie herein- und herausströmt [...] Wenn eure Aufmerksamkeit abschweift, ist das in Ordnung. Dann üben wir einfach, die Aufmerksamkeit wieder zu jedem einzelnen Atemzug zurückzuführen [...]“ (Semple & Lee, 2014, S. 142-143).

Die „achtsame Körperwahrnehmung“ ist eine Übung, bei der auf dem Rücken liegend oder auf einem Stuhl sitzend zunächst der eigene Atem wahrgenommen wird. In den nächsten Schritten wird die Aufmerksamkeit auf einzelne Körperteile (Hände, Arme, Füße, Beine, Bauch etc.) ausgerichtet, um wahrzunehmen, welche Empfindungen dort im aktuellen Moment präsent sind. Die achtsame Körperwahrnehmung soll helfen, durch eine verbesserte Körperwahrnehmung den Fokus mehr auf das Hier und Jetzt zu lenken und aus negativen angstbezogenen Gedankenspiralen auszusteigen. Die Instruktionen während der Übung betonen, dass eine offene, akzeptierende Haltung sowohl gegenüber angenehmen als auch unangenehmen Körperempfindungen eingenommen werden soll. Es wird als wichtig erachtet, auch unangenehme Empfindungen offen wahrzunehmen, um Vermeidungs-

verhalten zu unterbinden. Außerdem werden die Kinder angeleitet, dass es vollkommen normal ist, wenn Gedanken während der Übung abschweifen. Sollte das passieren, sollen die Kinder das Abschweifen bewusst wahrnehmen und dann die Aufmerksamkeit wieder behutsam auf die einzelnen Körperempfindungen zurück lenken. Typische Instruktionen dabei sind: „Wenn ihr mögt, legt die Hände auf den Bauch. Fühlt, wie der Bauch sich bei jedem Atemzug hebt und senkt. Fühlt, wie sich auch eure Hände mit jedem Atemzug heben und senken [...] Wenn eure Gedanken abschweifen, ist das völlig in Ordnung, das passiert einfach. Beobachtet einfach, dass eure Gedanken abgeschweift sind, und führt eure Aufmerksamkeit sanft zu eurem Atem zurück [...] Nun verlagert eure Aufmerksamkeit auf euren rechten Fuß. Fühlt, wo er den

— Übungen wie die „achtsame Körperwahrnehmung“ sollen helfen, den Fokus mehr auf das Hier und Jetzt zu lenken und aus negativen angstbezogenen Gedankenspiralen auszusteigen. —

Boden berührt. Beobachtet all die unterschiedlichen Empfindungen dort, wo euer Fuß den Boden berührt [...]“ (Semple & Lee, 2014, S. 152-153).

Einfache Dehnübungen aus dem Yoga dienen dazu, Erfahrungen von Achtsamkeit in Bewegung zu ermöglichen. Dabei werden die Bewegungen von einzelnen Tieren (Hund, Katze, Kuh, Schmetterling und Kobra) spielerisch nachempfunden. So wird beispielsweise die Katze nachempfunden, indem die Kinder sich auf allen vieren auf die Matte stellen und dann den Rücken nach oben biegen. Dann lassen sie den Rücken langsam sinken, bis er nach unten durchhängt. Dabei dürfen die Kinder miauen und fauchen wie eine Katze. Dieses Beugen der Wirbelsäule nach oben und nach unten wird mehrfach wiederholt. Diese einfachen Yoga-Übungen helfen, die achtsame Körperwahrnehmung zu fördern und den eigenen Körper besser kennen zu lernen.

Achtsamkeitsübungen für den Alltag und die Eltern

Um Achtsamkeit in Form von kurzen Übungen in den Alltag (z. B. nach dem Zähneputzen) integrieren zu können, wird der „Atemraum“ praktiziert. In dieser Kurzmeditation werden zunächst alle aktuellen Empfindungen (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen) wahrgenommen, dann wird die Aufmerksamkeit auf den Atem gerichtet, bevor sie auf den ganzen Körper ausgedehnt wird. Der Atemraum soll mehrmals täglich zu festen Uhrzeiten praktiziert werden (z. B. nach dem Zähneputzen). Zudem soll er eingesetzt werden, um sich in schwierigen Situationen auf den aktuellen Moment zu fokussieren, damit dann adäquat Problembewältigungsstrategien eingesetzt werden können. Dabei werden folgende Instruktionen verwendet: „Was sind meine Erfahrungen genau jetzt?

In meinen Gedanken, in meinen Gefühlen, und in meinen körperlichen Empfindungen? Nimm jede Erfahrung zur Kenntnis und merke sie dir, auch wenn sie unerwünscht ist. Dann führe deine volle Aufmerksamkeit sanft zu deinem Atem [...] Dehne dein Bewusstheitsfeld über deinen Atem hinaus aus, sodass es die Empfindung deines ganzen Körpers beinhaltet [...]“ (Semple & Lee, 2014, S. 164-165).

Zusätzlich wurden spezifische Übungen für Kinder entwickelt, die achtsames Wahrnehmen von Empfindungen mit einzelnen Sinnen fokussieren. Durch die Achtsamkeit bei der Sinneswahrnehmung sollen die Kinder lernen, den aktuellen Moment bewusster und aufmerksamer wahrzunehmen. Die Idee dabei ist, den Alltag von Achtsamkeitserfahrungen durchdringen zu lassen. Zunächst wird daran gearbeitet, den Geschmackssinn achtsam zu schulen. Dazu werden beim Essen alle auftretenden Empfindungen ausführlich beobachtet. Die Kinder sollen reflektieren, welche Gefühle und Gedanken aufkommen, wenn sie etwas essen. Sie sollen beobachten, welche Empfindungen beim Essen auftreten und den Geschmack der Speisen sehr genau wahrnehmen. Im nächsten Schritt wird der Gehörsinn geschult. Die Kinder lernen, achtsam Geräusche aus dem Alltag wahrzunehmen und dabei aufkommende Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen zu beobachten. Dabei wird insbesondere die achtsame Wahrnehmung von unangenehmen, angstauslösenden Geräuschen (z. B. Regen und Donner während das Kind nachts im Bett liegt) geschult. Das Kind soll dabei lernen, diese unangenehmen Geräusche und damit verbundenen Empfindungen einfach so wahrzunehmen, wie sie sind, ohne sich gleich in der Angst zu verlieren. Dies soll helfen, unangenehme Situationen besser aushalten zu können und aktiv zu bewältigen (Semple & Lee, 2014). Im nächsten Schritt wird achtsames Sehen geschult. Die Kinder sollen in spezifischen Situationen im Alltag (z. B. nachmittags auf dem Balkon Ereignisse auf der Straße beobachten) einfach achtsam wahrnehmen, was sie sehen und alle dabei auftretenden Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen aufmerksam beobachten. Die Übung „fünf neue Dinge sehen“, bei der Details von Umweltobjekten genauer beschrieben werden, hilft den Kindern, ihre Umwelt aufmerksam zu entdecken und achtsames Sehen spielerisch anzugehen. Hier kann z. B. ein einzelnes Objekt, wie ein Bleistift auf dem Schreibtisch des Vaters, in fünf seiner Eigenschaften (glatte Oberfläche, hellbraun, Holz an der Oberfläche, Riss an der Seite, stumpf) beschrieben werden. Diese Übung soll helfen, den Alltag bewusster wahrzunehmen. Kurze Tagesprotokolle dienen als Unterstützung, um achtsame Sinnesindrücke im Alltag genauer festzuhalten.

Auch die Eltern werden direkt in MBCT-C mit einbezogen, um die Achtsamkeitspraxis zuhause und die täglichen häuslichen Übungen zu unterstützen (Semple & Lee, 2014). Ein oder zwei Wochen vor Beginn des Programms wird eine 90-minütige Sitzung mit den Eltern durchgeführt, in der sie einige der Achtsamkeitsübungen erproben, die ihre Kinder im Laufe der Therapie erlernen werden. Den Eltern werden er-

fahrungsbetonte kurze Achtsamkeitsübungen vermittelt und es wird ihnen genauer erklärt, wie diese Übungen bei der Bewältigung von Ängsten hilfreich sein können. Konkret werden der „Atemraum“ und die „Rosinenübung“ durchgeführt und ausführlich nachbesprochen. Dadurch bekommen die Eltern ein adäquates inhaltliches Verständnis für die Übungen, die auch ihre Kinder während des Programms praktizieren. Während des Programms findet ein weiterer Austausch mit den Eltern statt. Dort wird konkret besprochen, wie die Eltern ihre Kinder bei der Achtsamkeitspraxis zuhause unterstützen können.

Forschungsstand und Wirkprinzipien von MBCT-C

Erste klinische Studien deuten darauf hin, dass Achtsamkeitstechniken zur Behandlung von Angstsymptomen bei Kindern im Schulalter hilfreich sind (Semple et al., 2005). Konkret konnte gezeigt werden, dass MBCT-C zu einer Verringerung von Angstsymptomen und zu weniger Verhaltensproblemen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe führte (Semple, 2010). Außerdem zeigten Forscher, dass Achtsamkeitstrainings bei Kindern zu besserer Aufmerksamkeitsleistung, höherer kognitiver Flexibilität und verbessertem Arbeitsgedächtnis führen (Jansen, Schulz & Nottberg, 2016). Allerdings steht noch aus, die Langfristigkeit der Effekte des Programms zu überprüfen (Mander, Kröger & Blanck, 2017). Zukünftige Studien sollten in Katamneseuntersuchungen überprüfen, ob die positiven Effekte von MBCT-C auch nach ein bis zwei Jahren noch erhalten bleiben. Es wird davon ausgegangen, dass die Wirksamkeit der achtsamkeitsbasierten Programme bei Kindern mit Angststörungen vor allem durch den Wechsel vom verbalanalytischen Verarbeitungsmodus in einen erfahrungsbasierten Verarbeitungsmodus erklärt werden kann (Michalak, Mander & Heidenreich, 2017; Semple et al., 2010). Der verbalanalytische Verarbeitungsmodus, auch als „Doing-Mode“ bezeichnet, ist durch ständige Ist-Soll-Vergleiche gekennzeichnet, bei welchen die Gedanken nicht im aktuellen Moment, sondern in vergangenen und zukünftigen Zuständen verhaftet sind (z. B. „das muss auch noch alles gemacht werden“). Der erfahrungsbasierte Verarbeitungsmodus, auch „Being-Mode“ bezeichnet, ist dagegen gekennzeichnet durch eine akzeptierende Haltung im Hier und Jetzt und soll durch regelmäßige Achtsamkeitspraxis erreicht werden (Blanck et al., 2017). MBCT-C soll dabei helfen, im Alltag von einem „Doing-Mode“ mehr in einen „Being-Mode“ zu wechseln (z. B. bei alltäglichen Tätigkeiten die körperlichen Empfindungen des eigenen Atems im Hier und Jetzt bewusst wahrnehmen, anstatt über vergangene oder zukünftige Zustände nachzudenken) (Segal et al., 2015; Semple & Lee, 2014). Gemäß dem auf empirischen Daten entwickelten Modell von Britta Hölzel und Kollegen (2011) führt regelmäßige Achtsamkeitspraxis zu einer Steigerung von Aufmerksamkeitsregulation, Körperbewusstsein, Emotionsregulation und Selbstakzeptanz, wodurch dann eine Intensivierung des „Being-Mode“ herbeigeführt wird.

| Sitzung und Thema | Inhalt | Übungen |
|---|--|--|
| (1) Achtsames Selbstmitgefühl entdecken | Die Definitionen von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl werden eingeführt. Es wird vermittelt, dass wir mit uns selbst oft strenger sind als mit anderen. Meditationen zu Selbstmitgefühl können helfen, sich selbst besser zu akzeptieren. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Metta-Meditation zu Selbstmitgefühl ■ Achtsames Atmen |
| (2) Absichtsvoll aufmerksam sein | Achtsamkeit steht im Fokus der Sitzung. Es werden erfahrungsbasiert grundlegende Achtsamkeitsübungen durchgeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Achtsame Körperwahrnehmung ■ Achtsames Essen |
| (3) Liebevolle Güte | Es wird auf die kritische Lebensphase der Adoleszenz eingegangen. Sowohl neurobiologische Befunde als auch Befunde aus der Entwicklungspsychologie werden diskutiert. Uns selbst mit liebevoller Güte zu behandeln, kann helfen, diese komplexen Lebensaufgaben zu meistern. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Metta-Meditation zu Selbstmitgefühl und liebevoller Güte ■ Übung „ein Moment für mich“ ■ Atemmeditation |
| (4) Selbstmitgefühl | Die wissenschaftliche Definition von Selbstmitgefühl wird eingeführt und diskutiert. Es wird eine vertiefte, mit Musik unterstützte Übung zu Selbstmitgefühl durchgeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Metta-Meditation zu Selbstmitgefühl mit musikalischer Unterstützung ■ Übung „ein Moment für mich“ ■ Atemmeditation |
| (5) Selbstwert/Selbstmitgefühl | Es werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Selbstwert und Selbstmitgefühl herausgearbeitet. Dabei ist wichtig, dass Selbstmitgefühl einer unbedingten Wertschätzung gleichkommt, während Selbstwert eher bedingt ist durch Aspekte wie persönlichen Erfolg. Für Selbstmitgefühl ist Mitmenschlichkeit wichtig: Nur wenn ich anderen mit Güte begegnen kann, kann ich auch mir selbst mit Güte begegnen. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Metta-Meditation zu Selbstmitgefühl und liebevoller Güte ■ Übung „Hier und Jetzt-Stein“ |
| (6) Tiefgründig leben | Zentrale persönliche Werte werden anhand von künstlerischen und schreibenden Aktivitäten entdeckt und dargestellt. Auch wird geübt, sich Selbstmitgefühl zu schenken, wenn man im Leben von seinen Werten abweicht, um wieder zu sich und seinen Werten zu finden. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Achtsames Malen und Schreiben zu persönlichen Werten ■ Metta-Meditation zu Selbstmitgefühl und eigenen Werten |
| (7) Mit schwierigen Gefühlen arbeiten | Es werden Situationen besprochen, die schwierige Gefühle auslösen. Diesen wird mit selbstmitgefühlsbasierten Meditationen begegnet. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Metta-Meditation zu schwierigen Gefühlen und Selbstmitgefühl ■ Übung „Hier und Jetzt-Stein“ |
| (8) Das Leben mit Dankbarkeit umarmen | Dankbarkeit und Selbstakzeptanz sind zentrale Themen der Sitzung. Es wird ein Plan überlegt, wie selbstmitgefühlsbasierte Übungen langfristig direkt in den eigenen Alltag eingebaut werden können. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Metta-Meditation zu schwierigen Gefühlen und Selbstmitgefühl ■ Übung „ein Moment für mich“ |

Tabelle 2: Übersicht über das Programm zu achtsamem Selbstmitgefühl „Making Friends with Yourself“ (modifiziert nach Bluth & Eisenlohr, 2017, S. 111-112)

Achtsames Selbstmitgefühl: Das Programm „Making Friends with Yourself“ (MFY)

MBCT-C wurde speziell für Kinder zwischen 9 und 12 Jahren entwickelt. Allgemein ist jedoch anerkannt, dass gerade die Adoleszenz durch ihre Vielzahl von Entwicklungsaufgaben, wie die ersten Schritten zu einer Erwachsenenrolle und die Herausbildung der eigenen Identität, eine sehr anspruchsvolle Entwicklungsphase darstellt, und gemäß dem Diathese-Stress-Modell potentiell das Risiko für die Entstehung von psychischen Problemen in dieser Lebensphase hoch

ist (Erikson, 1968; Susman & Dorn, 2013). Ein Weg für Jugendliche, innere Ressourcen zu stärken und psychischen Krisen vorzubeugen, kann die Entwicklung von Fähigkeiten der Achtsamkeit und des Selbstmitgefühls darstellen (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017). Tatsächlich konnte in empirischen Studien gezeigt werden, dass Achtsamkeit und Selbstmitgefühl die Resilienz von Jugendlichen gegenüber psychischen Störungen steigern können (Albertson, Neff & Dill-Shackleford, 2015). Deshalb haben Karen Bluth und Lorraine Hobbs vom „Center for Mindfulness“ der Universität Kalifornien ein Programm zum achtsamen Selbstmitgefühl speziell für Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren entwickelt, das im englischen Original den Namen „Making Friends with Your-

self“ (MFY) trägt (Bluth et al., 2016). MFY ist ein evidenzbasiertes Training, welches in Anlehnung an das Programm zum achtsamen Selbstmitgefühl von Kristin Neff und Christopher Germer (2013) entwickelt wurde, um Fertigkeiten des Selbstmitgefühls zu erlernen (Bluth et al., 2016). Das Programm soll helfen, mit Ängsten und depressiven Stimmungen besser umgehen zu lernen. Die acht 90-minütigen Sitzungen des Programms vermitteln die wesentlichen Grundlagen und Übungen zum Thema Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Ziel dabei ist es, emotional belastenden Situationen und alltäglichen Stresssituationen mit Güte, Fürsorge und Verständnis begegnen zu können und weniger kritisch und streng mit sich selbst zu sein (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017).

Die einzelnen Übungen aus MFY und Ergebnisse aus ersten Studien

Das MFY-Programm integriert Kernkomponenten von Selbstmitgefühl und traditionelle MBCT-Interventionen. Die Struktur des Programms ist in Tabelle 2 zusammengefasst. Selbstmitgefühl setzt sich aus den drei Kernelementen (a) Freundlichkeit mit sich selbst, (b) Gefühl von Mitmenschlichkeit und (c) achtsames Bewusstsein zusammen und kann durch sogenannte Metta-Meditationen geübt werden. Bei Metta-Meditationen steht Selbstmitgefühl im Fokus (Hofmann et al., 2015), indem in aufrecht sitzender Haltung mit geschlossenen Augen positive Selbstinstruktionen (z. B. „Möge ich freundlich zu mir selbst sein“ oder „Möge ich mir selbst das Mitgefühl schenken, das ich brauche“) abgewechselt werden mit einer achtsamen Wahrnehmung des Atems (Hofmann et al., 2015; Neff & Germer, 2013). Diese Selbstinstruktionen mit Fokus auf Selbstmitgefühl werden wie ein Mantra über mehrere Minuten (typischerweise 10 bis 30 Minuten) immer wieder still wiederholt und sollen helfen, bei sich selbst eine Empfindung von Trost und Beruhigung zu bewirken (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017). Im MFY-Programm werden sowohl Metta-Meditationen als auch klassische Achtsamkeitsübungen aus dem MBCT-Programm (z. B. die oben beschriebene „achtsame Körperwahrnehmung“ oder der „Atemraum“) durchgeführt (Bluth et al., 2016).

Zwei zentrale Übungen aus dem MFY-Programm zur Stärkung von Selbstmitgefühl sind die Interventionen „Ein Moment für mich“ und „Hier und Jetzt-Stein“ (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017). In der Übung „Ein Moment für mich“ sollen die Jugendlichen im ersten Schritt ihren Stress oder eine schwierige Situation achtsam wahrnehmen und beschreiben (z. B. „Das ist eine schwere, schmerzliche Situation“), im zweiten Schritt geht es um Mitmenschlichkeit und liebevolle Güte („Das darf schwer und schmerzlich für mich sein. Ich schenke mir mein Mitgefühl dafür. Jeder Mensch fühlt irgendwann Schmerz und Leid in seinem Leben. Ich bin nicht alleine“). Der dritte Schritt vermittelt die Fähigkeit, sich selbst mit Güte und Verständnis zu behandeln, sich selbst Trost und Fürsorge zu geben (z. B. „Was würdest du einem guten Freund in dieser Situation sagen? Du bist o. k., so wie du bist. Ich mag dich so, wie du bist. Das darf ich auch mir selbst sagen“).

In der Übung „Hier und Jetzt-Stein“ lernen die Jugendlichen in einer stressvollen Situation ihre Aufmerksamkeit achtsam auf einen Stein in ihrer Hosentasche zu richten und sich durch bewusste und gezielte Aufmerksamkeitslenkung auf das Hier und Jetzt von ihren stressvollen Gedanken abzuwenden („Wie fühlt sich der Stein an, beschreibe die Oberfläche, Struktur, Temperatur“). Ziel dabei ist es, den Stein mit allen Sinnen wahrzunehmen und dabei die volle Aufmerksamkeit und Konzentration auf diese Tätigkeit zu richten. Dadurch sollen negative Gedankengänge unterbrochen werden und die Aufmerksamkeit mehr in das Hier und Jetzt gelenkt werden. Mit dieser stärker gegenwartsorientierten Geisteshaltung können im nächsten Schritt die Problemgedanken konzentrierter bearbeitet werden.

In ersten Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das MFY-Programm bei Jugendlichen zu einer Steigerung von Selbstmitgefühl, einer Zunahme des seelischen Wohlbefindens und einer Abnahme von Angst und Depression führt (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth et al., 2016). Weiterhin belegen die Studien, dass diese Zunahme an Selbstmitgefühl mit gesteigertem Selbstwert, positiven zwischenmenschlichen Beziehungen sowie einer gesünderen Lebensweise verbunden ist (Albertson et al., 2015; Neff & Germer, 2013). Allerdings sind dies nur erste Befunde, in den nächsten Jahren sind weitere Untersuchungen nötig (Bluth et al., 2016). Insbesondere ist die langfristige Wirksamkeit des Programms bisher noch nicht evaluiert. Das ist jedoch notwendig, um Aussagen über die zeitliche Stabilität der klinischen Effekte des Programms treffen zu können (Mander, Blanck & Bents, 2016; Mander, Kröger & Blanck, 2017). Längerfristige Studien mit Katamneseuntersuchungen nach ein bis zwei Jahren befinden sich aktuell in Planung (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017). Auch stehen Untersuchungen aus, die die Wirkprinzipien des Programms erforschen. Insgesamt besteht also noch hoher Forschungsbedarf, die ersten Befunde stimmen jedoch optimistisch.

Fazit

Achtsamkeit ist in der Psychotherapie in Form von manualisierten Gruppenprogrammen etabliert und bei erwachsenen Patientinnen ausführlich beforscht. Allerdings existieren wenig empirische Befunde zu Achtsamkeitsprogrammen für die Therapie von Kindern und Jugendlichen. Die hier vorgestellten innovativen Konzepte und ersten empirischen Befunde ermutigen dazu, sich mit diesen Themen zukünftig stärker zu beschäftigen, um potentielle Verbesserungsmöglichkeiten in der psychotherapeutischen Routineversorgung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu identifizieren.

Literatur

Blanck, P., Perleth, S., Heidenreich, T., Kröger, P., Ditzen, B., Bents, H. et al. (2017). Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 102, 25-35.

Bluth, K. & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.

Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C. & Hobbs, L. (2016). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness*, 7 (2), 479-492.

Mander, J., Kröger, P. & Blanck, P. (2017). Die PrOMET-Studie: Achtsamkeitsübungen in Ausbildungstherapien. *Psychotherapie im Dialog*, 18 (4), 68-72.

Mander, J., Kröger, P., Blanck, P., Call, M., Bents, H. & Heidenreich, T. (2017). Theorie-Praxis Netzwerke in verhaltenstherapeutischer Ausbildung: Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie am Beispiel von Achtsamkeit. *Verhaltenstherapie*, 27 (2), 97-106.

Michalak, J., Mander, J. & Heidenreich, T. (2017). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie – ein Überblick. *Ärztliche Psychotherapie*, 12 (3), 152-157.

Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1), 28-44.

Semple, R. J. (2010). Does mindfulness meditation enhance attention? A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 1 (2), 121-130.

Semple, R. J. & Lee, J. (2014). Achtsamkeitsbasierte Therapie für Kinder mit Angststörungen. Paderborn: Junfermann.

Semple, R. J., Reid, E. F. G. & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (4), 379-392.



PD Dr. Johannes Mander

Korrespondenzadresse:

Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP)
Universität Heidelberg
Bergheimer Straße 58a
69115 Heidelberg
johannes.mander@zpp.uni-hd.de



Dr. Miriam Gschwendt

PD Dr. Johannes Mander ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am ZPP Heidelberg und dort für das Ausbildungsprogramm und die Psychotherapieforschung zuständig. Er leitet die DFG-geförderte PrOMET-Achtsamkeitsstudie (DFG: MA6526/2-1).

Dr. Miriam Gschwendt ist stellvertretende Leiterin der Ausbildung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ am ZPP Heidelberg.



Dipl.-Psych. Tanja Schildmann

Dipl.-Psych. Tanja Schildmann koordiniert am ZPP Heidelberg die Fort- und Weiterbildungsangebote sowie den Bereich Öffentlichkeitsarbeit.



M. Sc. Psych. Paul Blanck

M. Sc. Psych. Paul Blanck absolviert seit August 2015 die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten am ZPP und ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der DFG-geförderten PrOMET-Achtsamkeitsstudie.



Dr. Eva Vonderlin

Dr. Eva Vonderlin ist Leiterin des postgraduellen Ausbildungsgangs „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ am ZPP Heidelberg.



Dr. Hinrich Bents

Dr. Hinrich Bents ist geschäftsführender Direktor des ZPP Heidelberg.

Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie

Stand und Perspektiven

Ann Kathrin Skirde, Bianca Lehmann, Steffen Bohm & Heiner Vogel

Zusammenfassung: In der vorliegenden Studie sollte ein systematischer Überblick über die existierenden Modelle im Rahmen neuer Versorgungsformen zur Psychotherapie erarbeitet werden. Nach umfangreicher Recherche konnten 240 Modelle identifiziert werden, in denen psychotherapeutische Leistungen eine Rolle spielen. Es wurde eine öffentlich zugängliche Datenbank erstellt, in der die Modelle anhand mehrerer Bestimmungsmerkmale näher beschrieben werden. Ausgehend von einer Sichtung der verfügbaren Modellbeschreibungen wird zur näheren Analyse der Modelle eine Systematik vorgeschlagen, in der die Modelle nach den Dimensionen Komplexitätsgrad und Stellung der Psychotherapie in der Gesamtversorgung differenziert werden. Angesichts der häufig unzureichend dokumentierten oder fehlenden Evaluation fällt eine Gesamtbewertung bis heute schwer. Entwicklungsbedarfe und mögliche Probleme für die Versorgung, aber auch Chancen für die betroffenen Patientinnen¹ und die Psychotherapeutinnen werden aufgezeigt und diskutiert.

Hintergrund

In dem Bestreben, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu verbessern und in der Regelversorgung bestehende Versorgungsprobleme zu lösen, ist die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsformen unerlässlich. Nach wie vor bestehen beispielsweise Probleme langer Wartezeiten (*Bundespsychotherapeutenkammer, 2011, 2018; Walendzik, Rabe-Menssen, Lux, Wasem & Jahn, 2014*), unzureichender Leitlinienorientierung (*Pietsch et al., 2014*) sowie Schnittstellenprobleme (*Altmann, Thielmann & Strauß, 2016*).

Mit „neuen Versorgungsformen“ sind hier Versorgungsmodelle gemeint, die über die ambulante psychotherapeutische Regelversorgung (gemäß Psychotherapierichtlinie) der gesetzlichen Krankenkassen hinausgehen und Ergänzungen oder Alternativen bieten. Der Gesetzgeber hat hierzu seit den 1990er Jahren verschiedene gesetzliche Grundlagen geschaffen und sukzessive erweitert. Im Jahr 2000 wurden mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz in den §§ 140a ff. SGB V Verträge zur integrierten Versorgung und Selektivverträge als neue Versorgungsmodelle eingeführt (siehe Kasten). Da zunächst kaum Selektivverträge zustande kamen, wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 Anschubfinanzierungen für entsprechende Modellprojekte bis Ende 2008 festgelegt, die die ausgabenneutrale Finanzierung erster selektivvertraglicher Vereinbarungen beinhaltete. Dieser finanzielle Anreiz reichte aus, dass anschließend in rascher Folge neue Verträge zur integrierten Versorgung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen wurden.

Selektivverträge

Verträge zur Erbringung von Leistungen neben der kollektivvertraglich organisierten Versorgung, die direkt zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden; die Teilnahme durch die Versicherten an entsprechenden Angeboten ist freiwillig.

Integrierte Versorgung

Selektivverträge, in denen die Versorgung in Zusammenarbeit von Leistungserbringern verschiedener Sektoren erbracht wird. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür wurden im Jahr 2000 mit dem Gesundheitsreformgesetz geschaffen (§§ 140a-d SGB V). Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das am 23. Juli 2015 in Kraft trat, ist diese Vertragsform durch die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ersetzt worden. Zu diesem Zeitpunkt bestehende Verträge gelten fort.

Strukturverträge

Selektivverträge, in denen neue Versorgungs- und differenzierte Vergütungsstrukturen im ambulanten Sektor zwischen Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern vereinbart werden. Die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit wird auf den Leistungserbringer übertragen. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür wurden 1997 mit dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz geschaffen (§ 73a SGB V). Auch diese Vertragsform ist mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz durch die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ersetzt worden. Zu diesem Zeitpunkt bestehende Verträge gelten fort.

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Nachdem die von Anfang an befristete Option der Anschubfinanzierung ausgelaufen war, wurde ein Teil der geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung aufgelöst. Außerdem erlosch Ende 2008 die Mitteilungspflicht. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 wurden die Verträge der integrierten Versorgung und weitere Selektivverträge unter dem § 140a SGB V „Besondere Versorgung“ zusammengeführt. Bis heute wurde keine zentrale Stelle etabliert, die neue Versorgungsformen systematisch erfasst, wodurch eine Sichtung und Bewertung der bestehenden Versorgungsformen erschwert wird.

Neben der Möglichkeit, neue Versorgungsformen nach § 140a SGB V zu etablieren, können auch andere normative Regelungen des SGB V Grundlage für innovative Versorgungsformen sein, z. B. über Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V, über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V oder im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation des § 43 SGB V.

Aus diesen Gründen wurde die im Folgenden vorgestellte Untersuchung (ausführlich in *Lehmann & Bohm, 2017*) bei der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in Auftrag gegeben. Auftraggeber waren die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. und der DGVT-Berufsverband e. V.

Ziel war es, einen Überblick über die bestehenden psychotherapeutischen Versorgungsformen der letzten zehn Jahre jenseits der Regelversorgung des SGB V (Psychotherapie-richtlinie) zu erarbeiten und diese anschließend einer Bewertung zu unterziehen. Verschiedene Blickwinkel, insbesondere aus Sicht der Psychotherapeutinnen und aus Sicht der Versorgung, sollten dabei berücksichtigt und diskutiert werden. Schließlich wurde die Ausarbeitung einer Checkliste angestrebt, die die einzelne Psychotherapeutin in der Entscheidung für oder gegen die Mitwirkung an einem konkreten neuen Versorgungsmodell unterstützen soll.

Die Untersuchung widmete sich folgenden Fragestellungen:

- Welche neuen Versorgungsmodelle zur psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen gibt es?
- Welche Versorgungsprobleme sollen durch neue Versorgungsmodelle behoben werden?
- Wie können neue Versorgungsformen systematisch bewertet werden?
- Wie kann die Stellung psychotherapeutischer Angebote in neuen Versorgungsformen bewertet werden?
- Was sind Entscheidungskriterien für die einzelne Psychotherapeutin für oder gegen die Mitwirkung an einem neuen Versorgungsmodell?

Methoden

Es wurde eine mehrstufige Recherche vorgenommen. Im ersten Schritt wurden bestehende Übersichten und Überblicksarbeiten zu psychotherapeutischen Versorgungsmodellen recherchiert. Zusätzlich wurde eine Befragung bei psychotherapeutischen Fachverbänden und in Mailinglisten von Psychotherapeutinnen mittels strukturiertem Fragebogen durchgeführt. Im zweiten Schritt wurden die gefundenen Modelle miteinander abgeglichen mit dem Ziel, Mehrfachnennungen (Dubletten) zu beseitigen. Im dritten Schritt wurde gezielt nach Modellen gesucht, die bisher nicht explizit publiziert wurden (z. B. Internetrecherche bei Kostenträgern, Leistungserbringern, in Datenbanken). Anschließend wurden die gefundenen Informationen in eine Datenbank integriert. Ergänzend wurde ein Experteninterview durchgeführt.

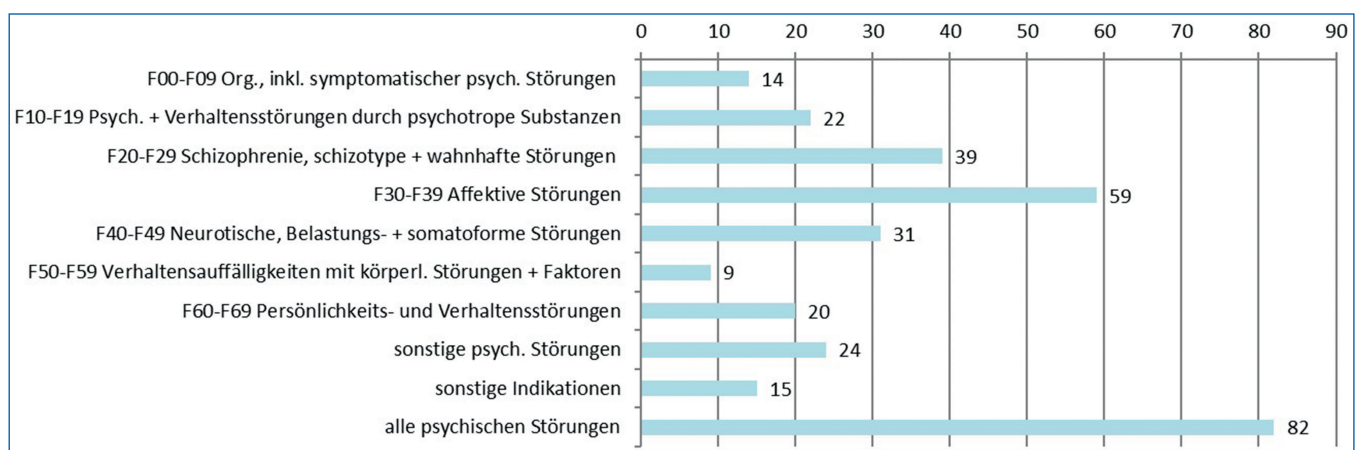


Abbildung 1: Verteilung neuer Versorgungsmodelle nach Indikation (n = Anzahl der zugeordneten Modelle, Mehrfachnennungen möglich)
Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung

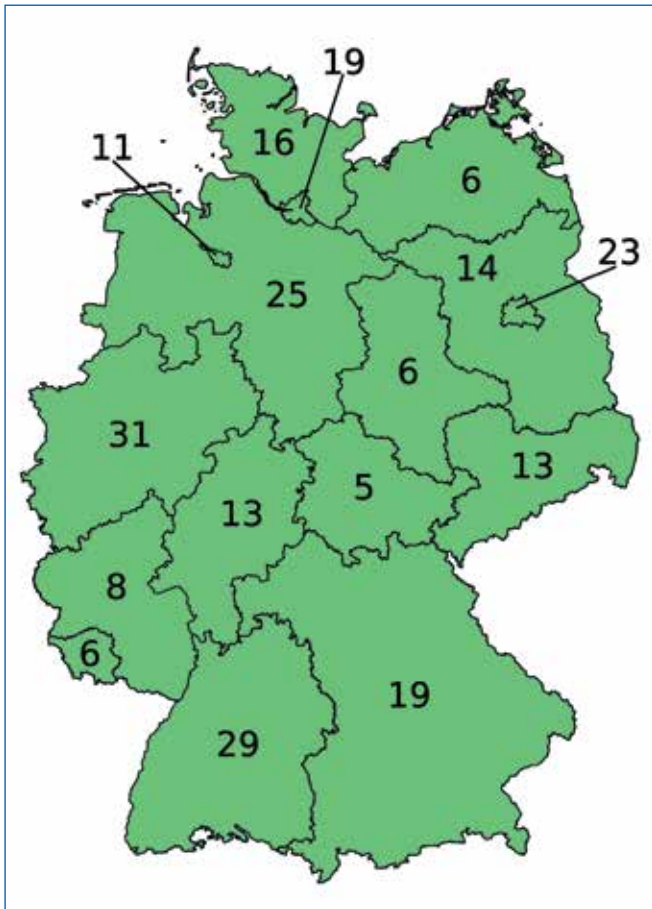


Abbildung 2: Verteilung neuer Versorgungsmodelle nach Region (Angaben zur Region lagen bei 88 % aller Modelle vor)
Quelle: Eigene Berechnungen; Kartenerstellung auf der Grundlage der Geodaten des Geodatenzentrums, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (<http://www.bkg.bund.de>)

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

Insgesamt konnten bis Ende 2016 240 neue Versorgungsmodelle recherchiert werden, die psychotherapeutische Leistungen beinhalten. Es wurde eine öffentlich zugängliche Datenbank erstellt, in der die Modelle anhand mehrerer Bestimmungsmerkmale (Zielgruppe/Indikation, Region, Partner der Vereinbarung/Beteiligte, rechtliche Grundlage, Interventionsansatz, Leistungsspektrum, Vergütungsmodell, Komplexitätsgrad, Stellung der Psychotherapie, Quellen) näher beschrieben werden. Die Datenbank soll als Arbeitsbasis von den Nutzerinnen sukzessive ergänzt werden und Grundlage für weitere Analysen bieten.²

Ein Drittel der gefundenen Modelle ist indikationsoffen angelegt. Unter den indikationsspezifischen Angeboten sind am häufigsten Angebote für Menschen mit affektiven Störungen vertreten, gefolgt von Versorgungsmodellen für Menschen mit Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen sowie Angststörungen (Abb. 1).

Knapp die Hälfte der Versorgungsmodelle wird von Ersatzkassen angeboten, ein Viertel entfällt auf Betriebskrankenkassen, ein Fünftel auf AOKen. Die regionale Verteilung (Abb. 2) zeigt, dass in jedem Bundesland verschiedene Versorgungsmodelle existieren, was aber noch nichts darüber aussagt, wie viele Versicherte tatsächlich in diesen Modellen versorgt werden bzw. werden können.

Insgesamt wird eine hohe Heterogenität der Modelle ersichtlich: Diese zeigt sich beispielsweise in Bezug auf die Zielgruppen, den Schweregrad der Erkrankung, die Art und Komplexität des psychotherapeutischen Angebots oder auch die Finanzierung.

Evaluationsergebnisse

Wie eingangs berichtet, gibt es keine Vorgaben des Gesetzgebers bezüglich der Evaluation neuer Versorgungsmodelle. Insofern fanden sich lediglich vereinzelt Modelle, die umfassend bzw. methodisch hochwertig evaluiert sind. Viele der Modelle scheinen hingegen nicht wissenschaftlich bewertet zu werden, die Ergebnisse werden nicht zugänglich gemacht oder die Evaluationsdesigns sind methodisch unzulänglich. Deswegen lassen sich insgesamt nur wenige Aussagen zur tatsächlichen Wirkung und Qualität, aber auch zu Kosten-/Nutzenaspekten neuer Versorgungsformen treffen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Autoren, die bisher Teilstichproben von neuen Versorgungsmodellen untersucht hatten (Nolting & Hackmann, 2012; Schmid, Steinert & Borbé, 2013).

Stellung der Psychotherapie in neuen Versorgungsformen

Aufgrund der hohen Heterogenität der gefundenen Versorgungsmodelle wurde eine Systematik erarbeitet, um die Modelle hinsichtlich der Rolle und Bedeutung von psychotherapeutischen Angeboten bewerten zu können. Es werden zwei Dimensionen vorgeschlagen:

- 1) Die **Stellung** psychotherapeutischer Angebote in den neuen Versorgungsformen
- 2) Der **Komplexitätsgrad** der neuen Versorgungsformen

Bezüglich der **Stellung** psychotherapeutischer Angebote wird unterschieden zwischen Modellen:

- mit zentralem Fokus auf Psychotherapie (= „zentral“),
- mit Psychotherapie als festem und integralem Bestandteil (= „integral“),
- mit Psychotherapie als optionalem Bestandteil (= „optional“).

² Die Datenbank wird über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) zur Verfügung gestellt, mit der Möglichkeit, Kommentare und Ergänzungen einzufügen: <https://www.dgvt-bv.de/aktuell/studie-versorgungsmodelle>.

| Komplexitätsgrad | Stellung psychotherapeutischer Angebote | | |
|---------------------|---|----------|----------|
| | Zentral | Integral | Optional |
| Service-Modelle | 42 | 14 | 13 |
| Vernetzungs-Modelle | 4 | 21 | 14 |
| Komplexversorgung | 0 | 29 | 20 |

Tabelle 1: Einordnung neuer Versorgungsmodelle (n) nach den Dimensionen „Stellung psychotherapeutischer Angebote“ und „Komplexitätsgrad“

Anmerkung: n = 83 Modelle konnten aufgrund von fehlenden oder widersprüchlichen Angaben nicht eindeutig in die Matrix eingeordnet werden

| Beispiele ausgewählter Versorgungsmodelle | | |
|--|--|---|
| Zentrales Service-Modell | Videosprechstunde (AOK Nordost) | Erweiterung einer bestehenden Kurz- oder Langzeitpsychotherapie um die Möglichkeit einer Online-Sprechstunde. |
| Integrales Service-Modell | KOMPASS (40 Betriebskrankenkassen) | Gestufte Versorgung durch einen strukturierten und koordinierten Behandlungsansatz. Module sind z. B. psychosoziale Beratung, ein Online-Selbsthilfeprogramm, Psychoedukation, Einzel- und Gruppentherapie. |
| Optionales Service-Modell | Telefoncoaching (BIG direkt und gesund) | Wöchentlich stattfindende telefonische Coachings über eine Programmdauer von drei Monaten. |
| Zentrales Vernetzungs-Modell | Allegro Seelische Gesundheit (Betriebskrankenkassen Landesverband Bayern) | Versicherte mit leichter oder mittelgradiger Depression erhalten Hilfe von einem bayernweiten Expertinnennetzwerk, z. B. Psychotherapeutinnen, Psychiaterinnen, Psychologinnen und Sozialarbeiterinnen. Bei Bedarf Zugang zu einer Einzel- oder Gruppentherapie ohne längere Wartezeiten. |
| Integrales Vernetzungs-Modell | Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis (AOK Baden-Württemberg) | Umsetzung eines strukturierten Gesamtbehandlungsplans bei Versicherten mit Essstörungen. Neben Einzel- und Gruppenpsychotherapie erfolgen beispielsweise Ernährungsberatung, Familientherapie und Sozialberatung. |
| Optionales Vernetzungs-Modell | PsycheAktiv Sachsen (AOK Plus Sachsen) | Versicherte haben je nach Diagnose Zugang zu den Angeboten des Projekts, z. B. patientinnenbezogener Versorgungsverbund, interdisziplinäre psychiatrische Versorgung, Therapiebegleiterinnen, Zweitmeinungsverfahren, Entlassungsmanagement. |
| Integrale oder optionale Komplexversorgung | IV Verträge Seelische Gesundheit leben (SeGel; integral) und Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG; optional) (diverse Krankenkassen) | Zugang zu Ergänzungen der haus- und fachärztlichen Versorgung wie z. B. Home Treatment, Case Management, Soziotherapie, Psychotherapie, Psychoedukation, 24h-Rufbereitschaft. |

Tabelle 2: Beispielhafte Einordnung von neuen Versorgungsmodellen nach den Dimensionen „Stellung psychotherapeutischer Angebote“ und „Komplexitätsgrad“

Der **Komplexitätsgrad** unterscheidet zwischen:

- Service-Modellen, die primär organisatorische Verbesserungen anstreben,
- Vernetzungsmodellen, die die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer beabsichtigen,
- Modellen mit Komplexversorgung, die über die Regelversorgung hinausgehen und verschiedene Hilfen und Dienste miteinbeziehen.

Tabelle 1 zeigt die Anzahlen der gefundenen Versorgungsmodelle, eingeordnet nach der vorgeschlagenen Systematik. In Tabelle 2 werden ausgewählte neue Versorgungsmodelle nach den Dimensionen „Stellung psychotherapeutischer Angebote“ und „Komplexitätsgrad“ beispielhaft skizziert.

In Tabelle 3 werden nachfolgend zwei weitere Versorgungsmodelle exemplarisch ausführlicher vorgestellt: Das BKK ProPsych-Projekt (Vogel & Musekamp, 2017) und das Projekt psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit (Härter, Brandes, Hillebrandt & Lambert, 2015).

Insgesamt konnte die Studie eine beeindruckende Vielfalt von Modellen zur psychotherapeutischen Versorgung aufzeigen, die – soweit man das überblicken kann – durch unterschiedliche Zielsetzungen und Ansatzpunkte und auch durch unterschiedliche Interessen geprägt sind und die sicher ein lohnendes Feld bieten, um in vertiefenden Analysen die Potentiale von verschiedenen Arten von Versorgung zu untersuchen.

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Name | BKK ProPsych | psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit |
| Einordnung Strukturschema | Service-Modell/zentral | Komplexversorgung/integral |
| Kooperationspartner | Sieben Betriebskrankenkassen, Diagnostische Leitstellen Universitäten Würzburg und Erlangen, ca. 40 Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen, Betriebsärztinnen | Elf Krankenkassen, 105 Hausärztinnen, Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen, sieben Krankenhäuser |
| Region | Franken/Nordbayern | Hamburg |
| Rechtsgrundlage | § 43 SGB V | BMBF-gefördertes Projekt |
| Zielgruppe | Beschäftigte | Menschen mit Depression, Psychose, somatoformen Störungen, Anorexie, Bulimie; Alkohol im Jugendalter |
| Beschreibung | Schnelle psychodiagnostische Abklärung innerhalb von 14 Tagen nach Anmeldung. Bei PT-Indikation erfolgt die rasche Einleitung einer ambulanten Psychotherapie bei Projekt-Psychotherapeutinnen. Außerdem erfolgt eine Beratung über und die Einleitung ergänzender oder alternativer Maßnahmen (z. B. stationäre Therapie). | Versorgungs- und Forschungsverbund zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Hamburger Bevölkerung im Rahmen von fünf Aktionsfeldern und elf Teilprojekten. Beispiel Teilprojekt Depression: Optimierte, leitlinienorientierte Versorgung durch schweregradabhängiges, gestuftes und vernetztes Vorgehen unter Einbezug der Hausärztinnen, Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen. |
| Vorteile | <ul style="list-style-type: none"> ■ Stabile Vernetzung der Kooperationspartner ■ Kommunikation über ein internes, gesichertes Online-Portal ■ Erweiterung der regionalen Bedarfsplanung durch Einbezug von „nicht kassenzugelassenen“ Psychotherapeutinnen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Frühere Erkennung und nachhaltigere Behandlung von psychischen Störungen ■ Leitlinienorientierung ■ Umfassende Begleitforschung ■ Einbezug von Aufklärungsmaßnahmen der Hamburger Bevölkerung |

Tabelle 3: Ausführliche Beispiele neuer Versorgungsmodelle

Bewertung

Die Bewertung neuer Versorgungsformen kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln erfolgen; hier sollen die versorgungspolitische Perspektive, die Perspektive der Psychotherapeutinnenschaft sowie die der Patientinnen näher ausgeführt werden.

Aus **versorgungspolitischer Perspektive** ist zunächst interessant, welche Versorgungsdefizite (z. B. lange Wartezeiten, Schnittstellenprobleme, mangelnde Differenzierung der Angebote) durch innovative Konzepte behoben werden sollen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über mögliche Versorgungsdefizite und Versorgungsformen, die diese zu beheben versuchen.

Eine weitergehende versorgungsanalytische Bewertung scheint notwendig, war in diesem Rahmen aber nicht realistisch und auch nicht vorgesehen. Ein zentrales Hindernis wären aber auch die zumeist fehlenden Informationen gewesen. Idealtypisch müssten dazu, ausgehend von einem definierten Versorgungsproblem und seiner Operationalisierung, die mit dem Modell angestrebten Veränderungen auf die Versorgung definiert und sodann überprüft werden. Sie müssten dann wiederum im Vergleich mit Regionen/Populationen, die außerhalb des Modells liegen, bewertet werden. Die Vergleichsstudie des AQUA-Instituts zu integrierten Ver-

sorgungsmodellen bei psychischen Störungen (*Ruppert et al., 2016*) und auch die sehr vorbildliche systematische Evaluation des Hamburger Modells psychnet (*Brandes, Lambert & Härter, 2017*) dokumentieren anschaulich die Herausforderungen eines solchen Vorhabens. Sie zeigen aber auch, dass entsprechende Untersuchungen möglich und sinnvoll sind.

Die Stellung der **Psychotherapeutinnen** kann durch die Mitwirkung an neuen Versorgungsformen gestärkt werden, indem sie ihre Expertise in die Entwicklung und Ausgestaltung dieser Modelle einbringen. Attraktiv erscheint die Mitwirkung an neuen Versorgungsformen auch dann, wenn es gelingt, sog. Kostenerstattungspsychotherapeutinnen bzw. Kolleginnen ohne Vertragsarztsitz regelhaft in die Versorgung einzubeziehen (siehe beispielsweise ProPsych-Projekt in Tabelle 3) oder im Hinblick auf Modelle, in denen beteiligte Vertragspsychotherapeutinnen weitere Kolleginnen anstellen können (Facharztprogramm PNP von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK). In diesen Fällen kann das psychotherapeutische Angebot in unterversorgten Gebieten erweitert werden, weil mehr Psychotherapieleistungen möglich sind, als es die sogenannte Bedarfsplanung vorsieht.³ Leider beschränken sich viele Modelle – entsprechend den vordergründigen gesetzlichen Vorgaben – auf die Mitwirkung von Vertragspsychotherapeutinnen, was

³ Zur Kritik an der gegenwärtigen Bedarfsplanung vergleiche *IGES-Institut und Jacobi (2016)*.

| Bewertungsdimension | Mögliche Versorgungsdefizite | Versorgungsformen, die Versorgungsdefizite adressieren |
|--|---|---|
| Verfügbarkeit von und Zugang zu Versorgungsangeboten | <ul style="list-style-type: none"> ■ regionale Unterschiede in der Versorgung/regionale Unterversorgung ■ lange Wartezeiten mit der Gefahr der Chronifizierung ■ mit Antragsverfahren einhergehende Hürden im Zugang | <ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die regionale Versorgungsprobleme adressieren ■ Modelle, die psychische Belastungen frühzeitig niedrigschwellig identifizieren ■ Modelle, die einen schnellen, einfachen Zugang ermöglichen ■ Modelle, die weitere Behandlerinnenkapazitäten (zusätzlich zu Vertragspsychotherapeutinnen) „erschließen“ |
| Differenzierungsgrad von Versorgungsangeboten | <ul style="list-style-type: none"> ■ zu wenig/fehlende Behandlungsangebote für leichte Erkrankungen ■ zu wenig komplexe/langfristig angelegte Behandlungsangebote für schwere psychische Erkrankungen ■ zu wenig Angebote für bestimmte Patientinnengruppen ■ unzureichendes Angebot für steigende Zahl psychischer Probleme bei somatischen Erkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die niedrigschwellige Unterstützung bieten ■ Modelle, die sich an bestimmte Zielgruppen richten ■ Modelle, die sich an bestimmten Schweregraden psychischer Erkrankungen ausrichten |
| Qualität der Versorgungsangebote | <ul style="list-style-type: none"> ■ Sicherstellung der Angemessenheit/Qualität der Versorgung ■ Mängel in der Leitlinienorientierung/unzureichende indikationsbezogene Differenzierung der Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die eine evidenzbasierte, leitlinienorientierte Behandlung sicherstellen ■ Modelle, die ausgehend von klarer Zielformulierung wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden |
| Überwindung von Sektorengrenzen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Probleme in der Abstimmung der Behandlung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ■ heterogene Zuständigkeiten im Bereich der Finanzierung und Vergütung behindern die Versorgung | <ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die fachgruppen- und sektorenübergreifend ausgerichtet sind ■ Modelle, die unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten und fehlsteuernde Vergütungsmodalitäten überwinden |

Tabelle 4: Versorgungsdefizite, die durch neue Versorgungsformen angegangen werden

letztlich in der Bilanz keine Verbesserung für die Versorgung erbringt, nur eine Verschiebung zwischen den Kassen (wenn beispielsweise im Projekt bessere Honorare für die Psychotherapie gezahlt werden als in der Regelversorgung).

Aus Sicht der einzelnen Psychotherapeutin ist die Entscheidung für oder gegen die Mitwirkung an einem neuen Versorgungsmodell außerhalb der Richtlinienpsychotherapie von ganz verschiedenen Faktoren abhängig. Zu beachten sind dabei die Rahmenbedingungen eines konkreten Modells, regionale Besonderheiten sowie individuelle Aspekte auf Psychotherapeutinnenseite (z. B. fachliche Spezialisierung, zeitliche Ressourcen). Verschiedene Zielsetzungen spielen eine Rolle, wenn es darum geht, durch die Beteiligung an neuen Versorgungskonzepten das eigene Leistungsspektrum zu erweitern, betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen verbessern zu können oder auch mehr Möglichkeiten zur Mitgestaltung der regionalen Versorgung zu bekommen. Eine bessere Vernetzung mit anderen Leistungserbringern sowie Möglichkeiten zur eigenen, weiteren Spezialisierung sind weitere Aspekte, die erstrebenswert erscheinen können.

Die entwickelte Checkliste unternimmt den Versuch, den interessierten Psychotherapeutinnen eine Hilfestellung und

Orientierung im Entscheidungsprozess zu geben, indem entscheidungsrelevante Fragen zu verschiedenen Dimensionen strukturiert wurden (siehe Kasten).

Bezogen auf die **Patientinnen** kann kritisch angemerkt werden, dass für diese durch die Teilnahme an einem neuen Versorgungsprojekt die Behandlerinnenwahl eingeschränkt wird. Außerdem übernehmen Krankenkassen-Mitarbeiterinnen nicht selten als Fallmanagerin eine steuernde Funktion in der Zuweisung von Versicherten zu neuen Versorgungsprojekten. Dies kann unterschiedlich bewertet werden: Auf der einen Seite kann es zu einer besseren Passung bzw. Bedarfsorientierung der Behandlerinnenwahl führen, insofern als fachliche Unterstützung erfolgt und auf diesem Weg die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Auf der anderen Seite kann es allerdings sowohl bei der Patientin als auch bei der Psychotherapeutin als Bevormundung erlebt werden, insbesondere wenn andere Motive als die Versorgungsqualität bei der Auswahl/Steuerung ins Spiel kommen (z. B. fiskalische). Generell sind allerdings die meisten Projekte wesentlich darauf ausgerichtet, Psychotherapie bedarfsgerecht zu ermöglichen, was in der Regelversorgung bei den derzeit unzumutbaren Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht gewährleistet ist (*Bundespsychotherapeu-*

Checkliste für die Beteiligung an neuen Versorgungsmodellen

(Erstellung unter Nutzung von *Deister & Wilms, 2014; Regorz, 2005*)

Hat das Modell Relevanz für meinen Versorgungsalltag?

- Handelt es sich um eine Patientinnengruppe, die für mich relevant ist (quantitativ, interessebezogen)?
- Für wie viele meiner Patientinnen käme das Modell derzeit in Betracht?
- Welchen Stellenwert hat die beteiligte Krankenkasse in meiner Region (Marktanteil)?
- Welche Möglichkeiten gibt es, weitere Patientinnen zu gewinnen (z. B. durch Aktivitäten der Krankenkasse, Öffentlichkeitsarbeit)?
- Ist die Menge der im Rahmen des Modells behandelten Patientinnen begrenzt?
- Droht bei Nichtteilnahme an dem Modell, dass ein Teil der bisher von mir behandelten Patientinnen zu anderen Leistungserbringern wechselt?

Passt das Modell zu meinen professionsbezogenen Schwerpunktsetzungen?

- Welche Behandlungskonzepte stehen im Zentrum? Passen diese zu meiner (derzeitigen oder geplanten) inhaltlichen Ausrichtung?
- Sieht das Behandlungskonzept eine Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern vor? Wenn ja, in welcher Form?
- Welche Rolle spiele ich als Psychotherapeutin im Behandlungssetting?
- Wie innovativ ist der Ansatz? Handelt es sich um verbesserte Regelversorgungsleistungen oder geht die inhaltliche Ausrichtung des Angebots über die Richtlinienpsychotherapie hinaus?
- Werden E-Health-Elemente (verpflichtend) genutzt?

Entspricht das Modell meinen Qualitätsansprüchen?

- Orientiert sich das Versorgungsmodell an den entsprechenden Leitlinien?
- Wurden für das Modell strukturierte Behandlungspfade entwickelt?
- Gibt es strukturierte Formen der Zusammenarbeit bzw. der Weiterbildung (Qualitätszirkel etc.)?
- Gibt es ein Qualitätsmanagement? Wie wird die Qualität der Versorgung sichergestellt/überprüft?
- Wie wird der Datenschutz gewährleistet? Wer hat Zugang zu welchen Daten?
- Wurde das Modell pilotiert/systematisch erprobt? Liegen Evaluationsergebnisse vor?
- Welche Outcomefaktoren wurden gemessen?
- Von wem wurde die Evaluation durchgeführt (intern, extern)?
- Fanden/Finden Anpassungen aufgrund von Evaluationsergebnissen statt?

Sind die Rahmenbedingungen des Versorgungsmodells für mich tragbar?

- Handelt es sich um ein neues oder ein bereits etabliertes Modell? Welche Erfahrungswerte von anderen Psychotherapeutinnen liegen ggf. vor?
- Ist das Modell befristet oder unbefristet angelegt? Welche Laufzeit ist vorgesehen?
- Kann ich den Vertrag mitgestalten?
- Sind alle wesentlichen Punkte im Vertrag konkretisiert und eindeutig formuliert?
- Wer überwacht die Einhaltung der vertraglichen Regelungen?
- Unter welchen Umständen kann der Vertrag gekündigt werden (von beiden Seiten)?
- Was passiert, wenn der Vertrag vorzeitig endet bzw. wenn ich den Vertrag vorzeitig beende?
- Welche Auswirkungen hat es, wenn nur wenige Patientinnen teilnehmen? Gibt es eine Mindestpatientinnenzahl pro Leistungserbringer?

Mit welchem Aufwand lässt sich das Versorgungsmodell in meinen Versorgungsalltag integrieren?

- Wie hoch ist der allgemeine administrative Aufwand und der Dokumentationsaufwand?
- Gibt es Vorgaben für die interne Prozesssteuerung? Wie ist die Zusammenarbeit der am Modell beteiligten Leistungserbringer/Partner geregelt?
- Muss ich zusätzliche Qualifikationen/Kompetenzen erwerben, um an dem Modell teilnehmen zu können?
- Sind (regelmäßige) Fortbildungen, Qualitätszirkel o. Ä. verpflichtend?
- Muss für das Versorgungsmodell neue Hard-/Software angeschafft werden? Ist diese kompatibel mit der bisherigen Ausstattung? Lässt sich diese auch außerhalb des Modells nutzen?

Wie sehen die Reglementierungen für meine professionelle Tätigkeit in dem Modell aus? Mit welchen Risiken ist die Teilnahme an dem Modell für mich verbunden?

- Inwieweit wird das eigene professionelle Arbeiten reglementiert? Welche Vorgaben, die ich als Psychotherapeutin einhalten muss, gibt es (z. B. Frequenz der Behandlungseinheiten, max. Wartezeiten)?
- Welche Auswirkungen hat es, wenn Leistungen von mir nicht eingehalten werden (z. B. längere Wartezeit als angegeben)?
- Welche Auswirkungen hat es, wenn erwartete Ergebnisse nicht erreicht werden (z. B. Symptomverbesserung in einem vorgegebenen Zeitraum)?
- Welche Leistungen muss ich verpflichtend gegenüber der Patientin im Rahmen des Modells erbringen, welche sind ggf. ausgeschlossen (z. B. Gruppenpsychotherapiemodell, in dem keine weitere Einzeltherapie parallel durchgeführt werden kann)?
- Kann ich der Patientin – neben den im Modell enthaltenen Leistungen – weitere Leistungen anbieten?

tenkammer, 2018). In dieser Hinsicht bieten fast alle Modelle für die Patientinnen spürbare Vorteile.

Grundsätzlich kann problematisiert werden, dass Krankenkassen mit neuen Versorgungsformen auch in den Wettbewerb um Versicherte gehen (können). Dies widerspricht dem Auftrag und Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherung auf einheitliche und bedarfsgerechte Versorgung. In Hinblick auf die derzeitige psychotherapeutische Versorgung kann allerdings entgegnet werden, dass die unzureichende Bedarfsplanung hier schon seit vielen Jahren zu inakzeptablen Versorgungsengpässen führt (Hauschild, 2018) und die neuen Versorgungsformen zumindest punktuell Verbesserungen für die Patientinnen der beteiligten Kassen in den jeweiligen Regionen erbringen.

Die neuen Versorgungsformen/-modelle können schließlich auch niedrigschwellige Versorgungsangebote für Versicherte bieten. Sie können den Zugang für bestimmte Patientinnengruppen erleichtern, die sonst vermutlich keine Psychotherapie in Anspruch nehmen würden (z. B. Modelle für alte/sehr alte Menschen; für Arbeitnehmerinnen aus der rohstoffverarbeitenden Schwerindustrie; Bode, Wunsch, Finger & Kröger, 2016).

Diskussion

Die gesetzliche Einführung von Rahmenbedingungen für die Entwicklung von neuen Versorgungsformen jenseits der üblichen vertragsärztlichen Regelungen durch die Kassenärztliche Versorgung sollte den Krankenkassen die Gelegenheit bieten, vom klassischen „Payer“ zum „Player“ in der Gesundheitsversorgung zu werden. Die Vorgaben ermöglichen es nunmehr, sehr verschiedenartige Versorgungskonzepte anzubieten, Sektorengrenzen zu überwinden und neue Formen der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zu entwickeln und zu erproben. Dies ist in vielen Modellen, so kann man 20 Jahre später festhalten, erreicht worden. Die durchgeführte Recherche ergab mit 240 Funden eine Vielzahl existierender und in ihrer regionalen Verbreitung, Zielgruppenorientierung und Komplexität heterogener Modelle. Bei näherem Hinsehen sind es aber oft Modelle, die nur für wenige Jahre existieren und/oder nur regional bzw. für eine kleine Zielgruppe angeboten werden.

Der Gesetzgeber hat die Entwicklung neuer Versorgungsformen nicht zuletzt deshalb gefördert, damit die Erfahrungen von erfolgreichen neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung transferiert werden und die vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Versorgung daraus lernen kann. Da systematische oder zumindest publizierte Begleit-evaluationen bisher aber eher die Ausnahme als die Regel darstellen, sollte hier vonseiten des Gesetzgebers nachgebessert und es sollten Verpflichtungen zur Evaluation sowie zur Veröffentlichung von Modellevaluationen eingeführt werden. Nur so kann diese Entwicklung auch dem eigentlichen

Ziel des Ausbaus neuer Versorgungsformen gerecht werden, nämlich Impulse für die Weiterentwicklung der Regelversorgung abzuleiten. Die Frage, inwieweit neue Versorgungsformen tatsächlich imstande sind, Versorgungsprobleme zu lösen, kann nur durch weiterführende Analysen vor dem Hintergrund ausreichender Transparenz beantwortet werden. Möglicherweise werden zukünftig auch Verbände oder Kammern über bestehende regionale Versorgungsmodelle systematisch informieren und dazu beitragen, die Transparenz zu verbessern.

Fazit

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurden in den zurückliegenden Jahren bundesweit von vielen Krankenkassen und Kassenverbänden gemeinsam mit Psychotherapeutinnen und anderen Leistungserbringern neue Versorgungsmodelle (meist durch Selektivverträge) entwickelt und etabliert. Trotz durchaus vorhandener kritischer Punkte liegen darin vielfältige Chancen für die Verbesserung des Zugangs zur Psychotherapie und der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung für die Patientinnen. Da sich der Rahmen und die Inhalte der professionellen Arbeit der Psychotherapeutinnen in solchen Versorgungsmodellen von der Richtlinienpsychotherapie z. T. deutlich unterscheiden, sollten sich interessierte Psychotherapeutinnen vor der Entscheidung zur Mitwirkung sorgfältig mit den Details der Regelungen auseinandersetzen.

Literatur

- Altmann, U., Thielemann, D. & Strauß, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis*, 43 (7), 360-366.
- Bode, K., Wunsch, E.-M., Finger, F. & Kröger, C. (2016). Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66, 235-241.
- Brandes, A., Lambert, M. & Härter, M. (2017) psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit Vision, Organisation und Umsetzung eines Forschungs- und Versorgungsnetz in der Metropolregion Hamburg. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen II* (S. 133-148). Wiesbaden: Springer.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf [08.03.2018].
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). Wartezeiten 2018. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf [14.04.2018].
- Deister, A. & Wilms, B. (2014). Regionale Verantwortung übernehmen: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Härter, M., Brandes, A., Hillebrandt, B. & Lambert, M. (2015). psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 42 (Supplement 1), 4-8.
- Hauschild, J. (2018). Umstrittene Psychotherapie-reform. Patienten sind in einer Schleife gefangen. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/psychotherapie-reform-patienten-warten-noch-laenger-a-1190627.html> [11.02.2018].

IGES-Institut & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten. Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutenstelle. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPTK/2016/20161117_1/IGES_Bericht_Bedarfsplanung_Psychotherapeuten.pdf [17.04.2018].

Lehmann, B. & Bohm, S. (2017). Neue ambulante psychotherapeutische Versorgungsformen und -angebote außerhalb der Richtlinienpsychotherapie: Sichtung und Bewertung von laufenden Modellen und Entwicklungen. Berlin: AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH. Verfügbar unter: <https://www.dgvt-bv.de/aktuell/studie-versorgungsmodelle> [08.05.2018].

Nolting, H.-D. & Hackmann, T. (2012). Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Modellprojekte_nach__64_b_2012_03.pdf [17.04.2018].

Pietsch, B., Härter, M., Nolting, A., Nocon, M., Kulig, M., Gruber, S. et al. (2014). Verbesserte Versorgungsorientierung am Beispiel Depression – Ergebnisse aus dem Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

In J. Klauber, C. Günster, B. Gerste, B. Robra & N. Schmacke (Hrsg.), Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression (S. 55-75). Stuttgart: Schattauer.

Regorz, A. (2005). Risiko-orientierte Checkliste Integrierte Versorgung. Verfügbar unter: <http://www.regorz.de/checkliste%20integrierte%20versorgung.pdf> [17.04.2018].

Schmid, P., Steinert, T. & Borbé, R. (2013). Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 40 (8), 414-424.

Ruppert, D., Stegbauer, C., Bramesfeld, A., Bestmann, B., Szecsenyi, J. & Götz, K. (2016). „Die Hoffnung stirbt zuletzt ...“ – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. Psychiatrische Praxis, 44 (3), 134-140.

Vogel, H. & Musekamp, G. (2017). Neue Versorgungsformen für die ambulante Psychotherapie – Fachsymposium von DGVT und DGVT-BV am 13. März 2017 in Berlin (Tagungsbericht). Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 49 (2), 401-409.

Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. & Jahn, R. (2014). Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). Das Gesundheitswesen, 76 (3), 135-146.



Dipl.-Psych. Ann Kathrin Skirde

Ann Kathrin Skirde, Diplom-Psychologin, ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Würzburg. Sie ist als Diagnostische Beraterin im Versorgungsprojekt BKK Pro-Psych tätig.



Dr. phil. Bianca Lehmann

Dr. phil. Bianca Lehmann, Soziologin und Pädagogin, ist Senior Scientist + Senior Consultant in der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in Berlin. Ihre Schwerpunkte sind u. a. neue Versorgungsformen, die Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie Versorgungs- und Sozialforschung.



Dipl.-Volkswirt Steffen Bohm

Steffen Bohm, Diplom-Volkswirt, ist Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in Berlin. Seine Schwerpunkte liegen u. a. im Gesundheits- und Versorgungsmanagement, der Unternehmensentwicklung und dem Innovationsfonds.



PD Dr. Heiner Vogel

Korrespondenzadresse:

Universität Würzburg
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
h.vogel@uni-wuerzburg.de

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

Weisheitstherapie zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung und anderer Anpassungsstörungen

Kai Baumann

Zusammenfassung: Weisheitstherapie ist eine verhaltenstherapeutische Technik, die zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung (PTED) entwickelt wurde. Wenn zwischen dem auslösenden Ereignis und dem Behandlungsbeginn ein größerer Zeitraum liegt, sind die Erwartungen der Betroffenen hinsichtlich des gewünschten Therapieergebnisses häufig unrealistisch. Vor diesem Hintergrund zielt die Behandlung zunächst auf die Motivierung zur Akzeptanz akkommodativ ausgerichteter Bewältigungsstrategien. Anschließend werden Akzeptanz erleichternde, Sinn stiftende und eigene Verantwortung bzw. Schuld in Frage stellende Perspektiven erarbeitet.

Hintergrund

Ärger, Kränkung und Verbitterung sind Emotionen, die im klinischen Alltag häufig auftreten, von den Betroffenen oft jedoch nicht direkt als Problem oder Ursache ihrer Symptomatik erkannt oder kommuniziert werden. Während über „Burnout“ oder Depression noch offen gesprochen werden kann, wird die Äußerung von Ärger oder Kränkung als Ursache einer Störung eher vermieden. In der psychosomatischen Rehabilitation werden viele Patientinnen¹ mit Einweisungsdiagnosen wie Depression (bzw. Burnout), Angststörungen, somatoformen oder Schmerzstörungen aufgenommen, die jedoch tatsächlich aufgrund von Konflikten – oft Arbeitsplatzkonflikten – eine Anpassungsreaktion zeigen. In diesem Zusammenhang hat *Linden (2003)*² mit der Posttraumatischen Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder, PTED) einen Subtyp der Anpassungsstörungen beschrieben, der solche Ärger- bzw. Kränkungsreaktionen abbilden kann. Danach stellte sich die Frage, wie man diese Patientinnen psychotherapeutisch am besten erreichen kann. *Baltes & Smith (1990)* definieren Weisheit als Expertise im Umgang mit schwierigen Fragen des Lebens, wie z. B. Fragen der Lebensplanung, Lebensgestaltung und Lebensdeutung. Daraus ergab sich die Idee, dass, wenn Weisheit zur Bewältigung von schwierigen Lebensproblemen beitragen kann, weisheitsassoziierte Strategien auch zur Bewältigung von Kränkung und Verbitterung nützlich sein müssten. In der Folge wurde für die PTED ein verhaltenstherapeutischer Behandlungsansatz entwickelt, der sich inhaltlich an verschiedenen, in der Literatur vorhandenen Weisheitskompetenzen orientiert (Baumann, 2007; Baumann & Linden, 2008). Im vorliegenden Artikel soll zunächst kurz das Konzept der PTED und anschließend die Weisheitstherapie vorgestellt werden.

Posttraumatische Verbitterungsstörung

Die PTED ist als eine spezifische Anpassungsreaktion beschrieben (*Linden, 2003; Linden, Schippan, Baumann & Spielberg, 2004*): Der **Auslöser** ist ein eindeutig identifizierbares, zeitlich eingrenzbare, eher lebensübliches kritisches Lebensereignisse wie z. B. Kündigung, Nicht-Versetzung, Trennung oder als ungerecht erlebte Sorgerechts- oder Erbschaftskonflikte. Typische **Symptome** sind ein massiver Ärger-, Kränkungs- und Verbitterungsaffekt, Ungerechtigkeits erleben, eine dysphorisch-aggressiv-depressiv getönte Grundstimmung, ausgeprägte Unruhe bei Gedanken an das auslösende Ereignis bei einer jedoch erhalten gebliebenen emotionalen Schwingungsfähigkeit, ein blockierter Antrieb, häufige Intrusionen, häufiger Lebensüberdruß- oder Suizidgedanken und weitere unspezifische Symptome wie körperliche Beschwerden, verstärktes Schmerzerleben oder phobische Ängste (z. B. Vermeidung des Ortes der Kränkung). **Verlauf:** Eine PTED liegt erst dann vor, wenn die Symptomatik nach sechs Monaten noch so ausgeprägt besteht, dass die Betroffenen ihren gewohnten Lebensablauf nicht fortsetzen können, deswegen oft arbeitsunfähig sind und sich massiv zurückziehen. **Diagnostik:** Weitere Kriterien sind, dass im Jahr vor dem kritischen Lebensereignis keine manifeste psychische Störung bestand, die die aktuelle Problematik erklären kann und der gegenwärtige Zustand kein Rezidiv einer vorbestehenden psychischen Störung ist. Da die PTED nicht in der ICD-10 aufgeführt wird, sollte sie als F43.8 (Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung) kodiert werden. Die PTED lässt

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

² Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

sich differentialdiagnostisch folgendermaßen abgrenzen: Gegenüber einer Depression besteht ein anderer vorherrschender Affekt (Ärger, Verbitterung) und die Modulationsfähigkeit (z. B. spontanes Lächeln beim Ansprechen von Rachedenken) bleibt erhalten. Gegenüber der Posttraumatischen Belastungsstörung besteht ebenso ein anderer Affekt und das auslösende Ereignis ist eher lebensüblich. Gegenüber einer Persönlichkeitsstörung hat die PTED einen anderen Verlauf: Die Patientinnen sind meistens vor dem auslösenden Ereignis unauffällig gewesen (Linden, Baumann, Rotter & Lieberei, 2008; Linden, 2017). Eine ausführliche Beschreibung der PTED findet sich in Linden (2017).

Fallbeispiel:

Herrn V., einem Verwaltungsangestellten, wurde jahrelang die Nachfolge der Abteilungsleitung in Aussicht gestellt. Unter diesen Voraussetzungen engagierte er sich besonders, vertrat zusätzlich zu den eigenen Aufgaben den bisherigen Abteilungsleiter, wenn dieser krank oder verreist war, machte viele unbezahlte Überstunden und Fortbildungen und schlug ein anderes attraktives Stellenangebot aus. Kurz vor dem Ruhestand des Abteilungsleiters wurde die Stelle jedoch mit einem jungen Kollegen besetzt, der neu ins Unternehmen eingetreten war. Später stellte sich noch heraus, dass dieser Wechsel schon vor Monaten eingefädelt worden war. In der Folge zeigte der Betroffene eine massive Anpassungsreaktion mit einem ausgeprägten Ärger- und Ungerechtigkeiterleben, war völlig darauf eingeengt, zog sich aus allen sozialen Bezügen heraus, wurde länger krankgeschrieben und war nicht in der Lage, den Arbeitsplatz aufzusuchen oder dort anzurufen. Nach etwa neun Monaten wurde dann zur Klärung der Erwerbsfähigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine psychosomatische Rehabilitation initiiert.

Weisheitstherapie

Die PTED beschreibt eine Anpassungsreaktion, die aufgrund der geforderten sechsmonatigen Mindestdauer per definitonem nicht leicht bewältigt werden konnte. Ursache dafür ist in der Regel der bis dahin nicht gelungene Versuch, den Auslöser bzw. seine Konsequenzen zu beseitigen bzw. sich der neuen Situation anpassen zu können. Häufig befindet sich die Betroffene in einem Dilemma und hat sich bis dahin in einem komplexen Gefüge aus eigenen Zielen und diesen widersprechenden Umgebungsbedingungen verstrickt. Einfache Lösungen sind in der Regel zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zu erwarten.

Wenn Weisheit eine Fähigkeit ist, mit komplexen Lebensproblemen umgehen zu können (s. o.), sollte das Weisheitskonzept Ideen zur Bewältigung der PTED beitragen können. *Sternberg (1998)* stellt die Anwendung des „stillschweigenden Wissens“ (tacit knowledge) in den Mittelpunkt seiner Balance-Theorie der Weisheit. Dabei handelt es sich um ein praktisches und handlungsorientiertes Wissen, das dazu dient, persönliche Ziele zu erreichen bzw. schwierige Situationen zu bewältigen. *Ardelt (2005)* zeigt in einer Untersuchung zur dreidimensionalen Weisheitstheorie, dass Probandinnen

mit einer hohen Weisheitsausprägung belastende Ereignisse aktiver und gelassener bewältigen als Probandinnen mit geringen Weisheitswerten und dass sie zudem besser in der Lage sind, Strategien zur kognitiven Umbewertung (z. B. Perspektivwechsel) anzuwenden. In der psychologischen Weisheitsforschung wird das Konzept „Weisheit“ von verschiedenen Autorinnen durch jeweils unterschiedliche Weisheitskompetenzen operationalisiert. Eine eigene Durchsicht und Analyse dieser Weisheitskompetenzen unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten führte zur Zusammenstellung der Techniken, die hier unter dem Begriff „Weisheitstherapie“ zusammengefasst und im Folgenden beschrieben werden. Auf die Weisheitskompetenzen selbst soll hier nicht weiter eingegangen werden. Eine ausführliche Zusammenstellung verschiedener Weisheitskompetenzen findet sich in *Baumann & Linden (2008)*.

Weisheitstherapie wurde als Behandlungsansatz für die PTED entwickelt, hat sich jedoch in vielen Fällen auch bei der Behandlung anderer Anpassungsstörungen bewährt. Sie ist ein großes, aus mehreren Techniken bestehendes Therapiemodul, das in einen Gesamtbehandlungsplan eingearbeitet und bei Bedarf um weitere Techniken ergänzt werden kann. Neben der Durchführung in der Einzeltherapie hat sie sich auch in der Gruppentherapie bewährt. Im weiteren Verlauf werden die zentralen Elemente der Weisheitstherapie genauer dargestellt.

Modifikation des Krankheitsmodells

Es wurde schon beschrieben, dass Betroffene nach einem als zutiefst kränkend oder ungerecht empfundenen Ereignis versuchen, dieses Ereignis oder daraus folgende Konsequenzen in Teilen rückgängig zu machen oder eine ausgleichende Kompensation zu erlangen, was hier als Versuch einer „**Problemlösung**“ bezeichnet werden soll. Damit werden die Verantwortung für die Krise und die Verantwortung für ihre Auflösung miteinander verknüpft und an die Verursacherin delegiert. Wenn diese zunächst einmal nachvollziehbare und einfache Lösung gelingt, lösen sich die Probleme meistens auf, und es entwickelt sich keine PTED heraus. Das hartnäckige Festhalten an dieser assimilativen Strategie wird jedoch dann dysfunktional, wenn dieses Ziel nicht mehr angemessen erreichbar ist, was schließlich dazu führt, dass sich die Betroffene in einer Sackgasse befindet. Dieser Prozess wird nach *Brandtstädter (2007)* durch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen, eine geringe Substituierbarkeit von Zielen, eine geringe Selbstkomplexität, d. h. das Fehlen einer komplexen, multithematischen Struktur von Lebensplänen und Identitätszielen, und eine geringe Verfügbarkeit entlastender Kognitionen zur Einordnung in Sinnzusammenhänge verstärkt. Wenn man bedenkt, dass die Vorlaufzeit für eine PTED mindestens sechs Monate beträgt, sind in der Praxis zwischen dem auslösenden Ereignis und dem Behandlungsbeginn meist noch deutlich mehr Monate vergangen. Vor diesem Hintergrund verbleibt der Betroffenen realistischweise nur noch die Möglichkeit, das Geschehene zu akzeptieren, also letztlich

einen Anpassungsprozess zu vollziehen, was im Folgenden als „**Problembewältigung**“ bezeichnet werden soll. Danach bleibt die Verantwortung für die Krise bei der Verursacherin, die Betroffene übernimmt aber – nur deshalb, weil ihr nichts anderes mehr übrig bleibt! – selbst die Verantwortung für deren Auflösung. Der gleiche Zielkonflikt, der der piagetschen Unterscheidung zwischen Assimilation (Problemlösung) und Akkommodation (Problembewältigung) zugrunde liegt (Piaget, 1976), ergibt sich auch bei der Bewältigung von Trauer und oft bei körperlichen Einschränkungen oder Schmerzen. Typische Facetten akkommodativer Prozesse sind nach *Brandstädter (2007)* die Ausrichtung auf neue Ziele durch Abwertung und Reflexion von negativen Seiten der blockierten Ziele, die Generierung positiver Bedeutungen eines neuen Zieles oder die Einordnung von Verlusten und aversiven Lebensereignissen in Sinnbezüge. Nach dieser Grundidee ist das Ziel von Weisheitstherapie, die Betroffene dabei zu unterstützen, das zu diesem Zeitpunkt meistens dysfunktionale Ziel der Problemlösung zugunsten einer Problembewältigung aufzugeben und diesen Akzeptanzprozess durch verschiedene Techniken zu unterstützen. Dieses Ziel wird explizit mit der Patientin erarbeitet und dazu die Begriffe „Problemlösung“ und „Problembewältigung“ eingeführt. Diese entscheidende Weichenstellung, deren Entwicklung manchmal den gesamten Therapieprozess begleiten kann, stellt für die Patientinnen zunächst eine besondere Herausforderung und Belastung dar. Wenn eine genaue Analyse des Problems ergeben hat, dass eine erfolgreiche Problemlösung unwahrscheinlich ist, und die Patientin dazu bereit ist, sich auf diese alternative Strategie einzulassen, hat es sich in der Praxis bewährt, streng zwischen diesen beiden Zielen zu unterscheiden und im weiteren Verlauf konsequent nur noch in Richtung Problembewältigung zu denken. Dieser Prozess kann durch die folgenden Überlegungen bzw. Strategien unterstützt werden:

- Reflexion und Bewertung des Ergebnisses der bisherigen Problemlösestrategie einschließlich einer realistischen Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit für die Zukunft unter den gegebenen Rahmenbedingungen.
- Die Betroffene erlebt die innere Auseinandersetzung mit der Verursacherin schwarzweiß als eine Art Tauziehen, bei dem sie nur gewinnen oder verlieren kann und folglich keine Alternative zum Weiterkämpfen hat. Tatsächlich hat sie jedoch eine Wahl zwischen den Alternativen „Problemlösung“ und „Problembewältigung“ mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen und weiteren Implikationen. Es wird nun versucht, die beiden Alternativen gegenüberzustellen und die Betroffene zu motivieren, eine **aktive Wahl** für die Problembewältigung zu treffen. In der Praxis stehen dann die zahlreichen Nachteile, Einschränkungen und Symptome der Problemlösung den positiven Konsequenzen der Problembewältigung gegenüber, was die Entscheidung häufig erleichtert.
- Reflexion, dass die Betroffene sich durch das Festhalten am Ziel der Problemlösung weiterhin vom Handeln der Verursacherin abhängig macht, dieser die Macht überlässt, über

ihr Befinden bzw. das Ende ihrer Krise zu entscheiden. Hier könnte versucht werden, gegenüber diesem Machtgefüge eine Reaktanz aufzubauen: „Wollen Sie ihr nach allem, was sie Ihnen angetan hat, diese Macht noch zugestehen?“

Probleme, die im weiteren Therapieprozess auftreten, sind meistens Ausdruck eines Haderns mit der Akzeptanz bzw. einer Nicht-Akzeptanz der Bewältigungsperspektive.

Fallbeispiel:

Herr V. könnte seine Arbeitsunfähigkeit, die ihm keine Entlastung verschafft und den Eindruck, abseits zu stehen, eher noch verstärkt, im Sinne einer Problemlösung als eine Art von Rache oder Genugtuung betrachten (Problemlösung) oder er könnte das Ziel entwickeln, sich im Unternehmen mit der Situation zu arrangieren und dort oder andernorts einen Neuanfang zu versuchen (Problembewältigung).

ABC-Technik

Gefühle wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, Ärger oder Aggressivität können durch das Nichtverstehen äußerer Vorgänge bzw. durch das Erleben von Sinnlosigkeit entstehen (Tausch, 2004). Nach Frankl (1981) sind Menschen nicht frei von Bedingungen, sondern frei zu einer Stellungnahme gegenüber den Bedingungen. Der Motor dafür ist die „Trotzmacht des Geistes“, eine Art Selbstregulation, die trotz aller auftretenden Lebensprobleme zur Suche nach einer sinnstiftenden Bewertung der Lebenssituation motivieren kann.

„Bedenke: Nicht wer dich beschimpft oder dich schlägt, verletzt dich, sondern nur deine Meinung, dass diese Leute dich verletzen. Wenn dich also jemand reizt, so wisse, dass es deine eigene Vorstellung ist, die dich gereizt hat.“

Epiktet (aus: Handbüchlein der Moral)

In der Weisheitstherapie wird versucht, diese stoische Grundidee mit Hilfe von mehreren sinnstiftenden Techniken aufzugreifen und auf die Behandlung der PTED anzuwenden. Für den Einstieg hat sich die ABC-Technik (Ellis, 1977) bewährt. Die ABC-Technik stellt Bewertungsprozesse als Moderatorvariablen emotionalen Erlebens in den Mittelpunkt. Sie bietet ein allgemeines, relativ leicht zu lernendes Modell und eine einfache Übungsoberfläche für das Rational der Problembewältigung an. Da sie sich besonders für die Bewältigung von kleineren Alltagsproblemen oder Ärgernissen eignet, ist sie zudem ein gutes praktisches Beispiel für Problembewältigung und eine gute vorbereitende Übung für die nachfolgenden Techniken der Weisheitstherapie.

Fallbeispiel:

Herr V. berichtet, dass ein Nachbar an ihm vorbeigelaufen ist, ohne ihn zu grüßen (**Activating event**). Er bewertet das zunächst z. B. als Ausdruck einer geringen Wertschätzung oder eines Desinteresses an seiner Person (**Belief**), ist traurig-gekränkt (**Consequences**), und sucht

jetzt nach anderen, alternativen Bewertungen („alternativer Gedanken“), überlegt sich z. B., dass der Nachbar ihn vielleicht nicht gesehen haben könnte, vielleicht gerade abgelenkt war, es vielleicht sehr eilig hatte usw., was ihn – wenn ihn der Gedanke emotional anspricht – schließlich entlasten und zu einem weniger unangenehmen Gefühl („veränderte Konsequenz“) führen sollte.

Prototypen

Diese Übung zielt darauf, neue, Sinn stiftende und entlastende Ideen oder Perspektiven für einen Konflikt zu gewinnen bzw. zu reaktivieren. Diese Perspektiven werden in Form von Alltagsweisheiten in die Technik eingebaut und sollen von der Betroffenen reflektiert und hinsichtlich ihrer persönlichen Valenz beurteilt und ggf. weiterentwickelt werden. Ziel der Übung ist, dass die Betroffene Ideen aus dem Pool der erarbeiteten Perspektiven für sich gewinnen und zu einer entlastenden Betrachtung des Konfliktes weiterverarbeiten kann. Ein direkter Vorschlag, ein Problem „doch so oder so zu sehen“ wird jedoch oft als Belehrung oder Konkurrenz um die Frage erlebt, wer Recht hat oder das Leben besser meistern kann. Er führt schnell zu Reaktanz, wird deswegen zurückgewiesen und belastet die therapeutische Beziehung. Aus diesem Grund werden neue Perspektiven und Ideen zunächst nicht direkt mit der Patientin besprochen, sondern indirekt über Klischeepersonen (Prototypen) selbst erarbeitet. Bewährt haben sich als Prototypen solche Personen, die verschiedene klischeehafte Facetten einer hohen Bewältigungskompetenz repräsentieren:

Großmutter:

- repräsentiert positive Emotionalität,
- ist gütig, mitfühlend, hilfsbereit, bescheiden,
- hat Lebenserfahrung, hat viele Lebensprobleme gemeistert,
- denkt in langfristigen Zusammenhängen.

Managerin:

- ist zielorientiert, vertritt ihre eigenen Interessen,
- repräsentiert Rationalismus, Pragmatismus, praktische Intelligenz, Ressourcenorientierung.

Pfarrer (Geistlicher, Prediger, Mönch, Imam usw.):

- ist mitfühlend, kann verzeihen, hat Verständnis und repräsentiert das Gute,
- befasst sich mit dem Lebenssinn; repräsentiert eine theologische, moralische bzw. philosophische Kompetenz.

Person aus einem anderen Kulturkreis (z. B. türkische Nachbarin):

- repräsentiert Lebensgewohnheiten, Glaubensinhalte, Denkweisen, Geschichten, Mythen und Rituale aus einer anderen Kultur.

Zu Beginn der Übung werden die Prototypen kurz eingeführt und die Übung in zwei Schritten durchgeführt, zunächst an einem vorgegebenen Übungsbeispiel, um allgemein die Fähigkeit zur Suche nach entlastenden Perspektiven zu üben und ohne gleich persönlich involviert zu sein.

Übungsbeispiel:

Herr S. hat einen Verein gegründet und darin viel Arbeit investiert. Nachdem der Verein nach einer langen Durststrecke gut angelaufen ist, wird er von einem bei den anderen Vereinsmitgliedern beliebteren Konkurrenten ausgebootet.

Anschließend wird beispielsweise gefragt, wie eine – so wie gerade beschriebene – „typische Großmutter“ mit dem Problem umgehen würde bzw. wie sie es sehen würde. Es werden verschiedene Perspektiven bzw. Ideen herausgearbeitet und anschließend die gleiche Frage am Beispiel einer Managerin, eines Pfarrers und einer Person aus einem anderen Kulturkreis wiederholt, zu der man die Patientin fragen kann, ob sie jemanden persönlich kennt, etwas darüber weiß oder z. B. Erfahrungen auf einer Reise gemacht hat. Das Ziel ist dabei nicht, entlastende Lebensweisheiten oder praktische Tipps zu transportieren, sondern vielmehr funktionale und entlastende Perspektiven zu sammeln, deren konkrete Ausgestaltung reflektieren zu lassen und die Patientin schließlich zu motivieren, diese für sich weiter zu entwickeln. Welcher Prototyp dabei welche Idee anstößt, spielt keine Rolle.

In einem zweiten Durchgang der Übung wird dann in gleicher Weise das konkrete Problem der Patientin durchgespielt. Es gibt eine große Anzahl an möglichen Perspektiven. Hier werden vier mögliche Beispiele aufgeführt:

- Die Großmutter von Herrn V. könnte bei Anerkennung der negativen Seiten des Problems besonders die positiven hervorheben: „Du hast oft darunter gelitten, dass du dich übermäßig an (...) anpassen musstest, dass du keine Zeit für (...) gehabt hast und schon immer noch etwas anderes (...) machen wolltest.“ Sie könnte ihm am Beispiel eines früheren, schon zurückliegenden Konfliktes seine Ressourcen zur Problembewältigung aufzeigen.
- Die Managerin könnte z. B. ungerecht erlebte Personalentscheidungen als ein „häufig auftretendes Problem“ und als etwas, was auch viele andere erfolgreiche Menschen in ihrer Karriere schon erlebt haben, relativieren. Sie könnte empfehlen, daraus für die Zukunft zu lernen, keine Ressourcen mehr für ein nicht mehr erreichbares Ziel zu vergeuden, sich im Rahmen der realistischen Bedingungen ein neues Ziel zu setzen und sich darauf zu konzentrieren. Sie könnte ihm auch raten, wenn z. B. gravierende Gründe dafür sprechen, im Betrieb zu bleiben, sich mit dem neuen Abteilungsleiter zu arrangieren und so noch zu versuchen, möglichst viele eigene Ziele weiterzuverfolgen.
- Ein Pfarrer könnte ihm z. B. raten, die Kränkung als „Prüfung“ oder „Wille“ Gottes oder Allahs bzw. weltlich als

„persönliche Herausforderung“ zu betrachten und damit wieder ein Ziel zu haben, welches er aktiv ansteuern kann. Er könnte ihm empfehlen, den beteiligten Personen im Sinne eines entlastenden altruistischen Aktes zu vergeben oder ihn darin unterstützen, seine persönlichen Ziele denen des Betriebes unterzuordnen und sich als Teil des Ganzen zu betrachten.

- Aus der Kulturperspektive könnte sich er sich z. B. ein persönliches Abschlussritual überlegen, mit dem er die Kränkung formal abschließt. Er könnte wie ein „Gentleman“ den neuen Abteilungsleiter unterstützen oder sein Verlassen des Betriebes selbstbewusst-würdevoll gestalten.

Die Perspektiven werden zunächst ungefiltert gesammelt, dann hinsichtlich ihrer persönlichen Valenz überprüft und diejenigen, die emotional ansprechen, schließlich im Detail durchgespielt. Das Ziel der Übung ist erreicht, wenn die Patientin eine oder mehrere entlastende Perspektiven für sich entwickeln konnte.

Perspektivwechsel

Ein Grund für die Unfähigkeit zur Bewältigung von Kränkungen ist die Blockade der dafür notwendigen Weisheitskompetenzen (Baumann, 2007). Betroffene bewerten Ereignisse, die für sie Nachteile haben und Ärger oder Kränkung auslösen, als persönlich gegen sich gerichteten Angriff. Die dadurch ausgelöste Wutreaktion entlastet kurzfristig, verhindert jedoch langfristig die Aktivierung von angemessenen Bewältigungsstrategien, wie z. B. die Suche nach entlastenden äußeren Gründen. Somit wird durch Vermeidung und innere Weigerung, sich in die Verursacherin hineinzusetzen, genau das unterlassen, was im Sinne von korrigierenden Erfahrungen die Blockade auflösen könnte. Dieser Prozess wird durch die Abwertung der Verursacherin oder Rachedgedanken noch verstärkt.

Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel lässt sich in Anlehnung an die dreidimensionale Weisheitstheorie (Ardelt, 2003) als Fähigkeit und Bereitschaft definieren, ein Problem aus den verschiedenen, an einem Konflikt beteiligten Perspektiven betrachten zu können. Sie hilft dabei, das Verhalten der Beteiligten, deren Verhaltensweisen und sich daraus ergebende gemeinsame Konflikte besser zu verstehen und zu bewältigen. Der Perspektivwechsel ist damit nicht nur eine zentrale Weisheitskompetenz, sondern auch eine psychotherapeutische Basisstrategie beim Verständnis und bei der Bewältigung von Konflikten. In der Weisheitstherapie dient der Perspektivwechsel als Technik zur Reflexion der dem Verhalten der Verursacherin zugrundeliegenden Motive, Sachzwänge, Kontextbedingungen und Gefühle. Er zielt hier auf die Erkenntnis der Betroffenen, die Ereignisse nicht persönlich nehmen zu müssen, bzw., wenn der Betroffenen gezielt ein Schaden zugefügt wurde, dafür im Sinne einer Schuldreatribution keine nennenswerte eigene Verantwortung zu tragen. Dazu noch eine weitere Überlegung: PTED-Patientinnen tragen objektiv

meist keine bedeutsame Verantwortung für die Ereignisse. Wenn z. B. jemand die Partnerin betrügt oder stiehlt und deswegen verlassen bzw. entlassen wird, ist nicht zu erwarten, dass sie die Trennung bzw. Entlassung als langanhaltende Kränkung erlebt, weil diese eben ein inneres Ungerechtigkeitsserleben voraussetzt. Verbittert reagiert jemand dann, wenn dies geschieht, obwohl sie sich an die Regeln gehalten hat und dann von den Ereignissen überrascht wird.

Zu Beginn der Durchführung werden der Perspektivwechsel und seine Wirkweise erklärt und anhand einfacher Beispiele sein Funktionieren demonstriert. Dafür würde sich z. B. das o. a. Beispiel für die ABC-Technik eignen, die hier ebenfalls einen kleinen Perspektivwechsel herbeiführen kann: Die emotionale Entlastung durch die alternativen Gedanken entsteht dann, wenn beispielsweise Herr V. sich vorstellen kann, dass er aufgrund der genannten Gründe keine persönliche Verantwortung dafür trägt, dass er nicht begrüßt wurde.

Zur Verdeutlichung der Idee werden weitere Beispiele oder Kasuistiken präsentiert. Bevor konkret geübt wird, sollte mehrmals und mit Nachdruck erklärt werden, dass das Ziel ausschließlich die Entlastung der Betroffenen ist, und dass das Verstehen der Verursacherinnenperspektive nur zu diesem Ziel angestrebt wird und nicht dem Verständnis, der Akzeptanz oder der Entschuldigung ihres Verhaltens dienen soll, was häufig der Grund dafür ist, dass Patientinnen diese Übung zunächst ablehnen.

Der Perspektivwechsel ist eine Bewältigungsstrategie, die in vielen Situationen auch nicht sinnvoll ist, wenn sich z. B. etwas verändern lässt oder ein Kompromiss hergestellt werden kann (Problemlösung). Zudem ist das Erleben von Wut zunächst angemessen und nützlich, weil sie zur Herbeiführung einer solchen Änderung motiviert. Ein Perspektivwechsel in diesem Kontext ist also erst dann angemessen, wenn es keine andere Alternative für eine Problemlösung gibt. Anhand weiterer Beispiele wird mit der Patientin erarbeitet, dass der Perspektivwechsel sogar dann noch funktioniert, wenn die Verursacherin die Betroffene z. B. absichtlich abgewertet hat, indem die Betroffene reflektieren soll, dass sie für den Grund der Beleidigung keine persönliche Verantwortung trägt (z. B. Abwertung als „Ossi“ oder „Wessi“).

Anschließend wird die Reflexion des Problems aus der Perspektive derjenigen Person geübt, die als Ursache der Kränkung angesehen wird. Dies geschieht zunächst anhand von zwei Übungsbeispielen und später am konkreten Problem der Patientin. Als Übungsbeispiele haben sich das o. g. und die nachfolgende, deutlich schwierigere Kasuistik bewährt.

Übungsbeispiel:

Frau M. hat für die Karriere ihres Mannes ihren Beruf aufgegeben und sich um die Kinder gekümmert. Nach 15 Ehejahren hat ihr Mann ein Verhältnis mit ihrer langjährigen und besten Freundin begonnen und ist nach der Trennung mit ihr zusammengezogen. Mehrere gemeinsame

Freunde und Bekannte haben schon länger von dem Verhältnis gewusst, ihr aber nichts gesagt. Bei einer Aussprache zwischen ihr und ihrem Mann begründete er das Verhältnis damit, dass sie langweilig und unattraktiv geworden sei. Seitdem fühlt sie sich tief verletzt, abgelehnt und hat sich aus dem gemeinsamen Freundeskreis zurückgezogen. Sie kann sich außerdem nicht vorstellen, beruflich wieder Fuß zu fassen.

Nach diesen beiden Übungsdurchgängen wird die Übung schließlich am Problem der Patientin durchgeführt. Diese anspruchsvolle und für die Betroffenen anstrengende Übung kann dadurch erleichtert werden, dass die Betroffene in Ich-Form sprechen soll: „Ich als Vorgesetzte habe das und das aus diesem und jenem Grund gemacht, weil ...“.

Herr V. konnte durch einen Perspektivwechsel z. B. reflektieren, dass

- seine Vorgesetzte ihrerseits von ihrem Vorgesetzten unter Druck gesetzt worden sein könnte,
- er sein Versprechen nie verbindlich mit seiner Vorgesetzten abgesprochen hatte und sich dann nicht durchsetzen konnte,
- seine Vorgesetzte irgendwelche persönlichen Vorteile davon hatte, eine andere Entscheidung zu treffen, als vereinbart worden ist,
- seine Vorgesetzte den tatsächlichen Nachfolger später kennengelernt und unter vielleicht geänderten Rahmenbedingungen für noch geeigneter gehalten hat (was nicht heißt, dass der Patient kein guter Nachfolger geworden wäre!) oder er über noch mehr Erfahrungen bzw. Qualifikationen verfügt,
- seine Vorgesetzte aufgrund der guten Integration des Patienten in den Betrieb Schwierigkeiten für seinen Rollenwechsel vorausgesehen hat,
- seine Vorgesetzte sich später überlegt hat, dass es für das Unternehmen von Vorteil wäre, wenn von außen ein neuer Kollege frischen Wind in den Betrieb bringt.

Eine Erklärung dafür, dass ihm die Entscheidung spät mitgeteilt worden ist, könnte darin liegen, dass

- die Vorgesetzte sich vor der schwierigen Situation gedrückt hat,
- befürchtete, ihn dadurch zu verlieren,
- noch gehofft hat, falls sie ihrerseits unter Druck gesetzt worden ist, dass der neue Kollege doch nicht kommt.

Keine dieser Ideen stellt die Integrität, die Qualifikation oder die Fähigkeit des Patienten in Frage oder beinhaltet eine nennenswerte persönliche Verantwortung für die Nichtbesetzung. Sie alle sind objektiv nachvollziehbar und haben das Potenzial, den Betroffenen zu entlasten, wenn er einmal akzeptiert hat, dass sich die Entwicklung nicht mehr ändern lässt. Das Ziel des Perspektivwechsels ist wie bei den Proto-

typen dann erreicht, wenn der Betroffene eine oder mehrere Ideen für sich entdeckt oder entwickelt hat, die ihn entlasten können bzw. mit denen er sich weiter auseinandersetzen möchte.

Modellsuche

Diese einfach durchzuführende Technik schließt die Weisheitstherapie ab. Ihr Ziel ist noch einmal, die Betroffene funktionale Bewertungen, Einstellungen und Verhaltensweisen zur Problembewältigung reflektieren zu lassen. Wenn sich Weisheitsleistungen bei der Bewältigung eines konkreten Problems allgemein durch Modellernen (*Sternberg, 1998*) oder durch eine vorgeschaltete, sowohl reale als auch imaginierte Beratung mit einer nahestehenden Person (*Baltes, Glück & Kunzmann, 2002*) verbessern lassen, sollte dies auch zur Aufhebung einer Blockade von Weisheitskompetenzen beitragen können. Zur Umgehung des Reaktanzproblems werden mögliche Lösungen nicht direkt am Beispiel der Patientin, sondern wieder über Dritte erarbeitet. Dazu soll sich die Patientin als „Modell“ eine Person mit einem idealerweise gleichen oder ähnlichen Problem vorstellen, das sie aus ihrer Sicht gelassener bzw. funktionaler bewältigen kann. Diese Person muss nicht persönlich bekannt sein oder real existieren (z. B. SchauspielerIn, Romanfigur), sie muss auch kein Held sein, sondern nur mit einem bestimmten Problem besser umgehen können.

Beispielinstruktion:

Stellen Sie sich jemanden vor (Freundin, Verwandte, Romanfigur, SchauspielerIn), die ein großes Problem hat, das Ihrem ähnlich ist, und die gelassener damit umgegangen ist bzw. es gut gemeistert hat. Wie genau könnte sie damit umgegangen sein? Was könnte sie anders gemacht haben als Sie? Was könnten Sie von ihr lernen?

Es werden verschiedene Einstellungen bzw. Verhaltensweisen gesammelt und anschließend durch einen sokratischen Dialog noch weitere mögliche erarbeitet. Wichtig bei der Durchführung ist es, darauf zu achten, dass Unterschiede im Denken und Verhalten des Modells auf unterschiedliche Bewertungen, Einstellungen oder Fähigkeiten und nicht auf günstigere Umgebungsbedingungen attribuiert werden.

Fallbeispiel:

Herr V. versuchte, sich an einem engen Freund zu orientieren, der eine schwere Erkrankung überstanden und dadurch einen anderen Blick auf die „wirklich wichtigen Dinge“ im Leben gewonnen hat, was ihm ebenso half, sich leichter auf vorhandene Ressourcen (Familie, Freunde, Interessen) zu konzentrieren und zu stützen. Zudem imponierte ihm, dass sein Freund „eine Haltung zeigte“, sich nicht gehen ließ, stets versuchte, die körperlichen Einschränkungen zu akzeptieren und seine Ziele möglichst gut zu verfolgen. Erst in diesem Zusammenhang fiel ihm ein, dass er sich nach einer sehr belastenden, schon Jahre zurückliegenden Trennung ähnlich verhalten hatte und die Trennung damit gut bewältigen konnte.

Insbesondere die Reflexion, alles Mögliche getan zu haben und keine nennenswerte eigene Verantwortung für die Entwicklung zu tragen, konnte Herrn V. deutlich entlasten, sodass sich Stimmung und Antrieb wieder verbesserten, er aktiver werden und sich um eine neue Stelle – zurückgehen wollte er nicht – bewerben konnte. Er konnte wieder mit Kollegen telefonieren und seine persönlichen Sachen während der Arbeitszeit abholen. Die gesamte Auseinandersetzung mit seiner Situation verschob sich zunehmend von einer hilflos-verbittert-anklagenden Haltung in Richtung einer beruflichen Neuorientierung und der Lösung der damit verbundenen praktischen Probleme.

Wirksamkeit

In der ersten Therapiestudie wurden nach der Entwicklung eines Ratinginstruments zur Messung von Weisheitskompetenzen und der Entwicklung eines kurzen Weisheitstrainings anschließend 50 PTED-Patientinnen und -Patienten mit einer gleich großen klinischen Kontrollgruppe hinsichtlich der Weisheitswerte bei ihrem „klinischen Problem“ und einem fiktiven „allgemeinen Lebensproblem“ verglichen und die Veränderung durch das Weisheitstraining gemessen (Linden, Baumann, Böhmig-Krumhaar, Spielberg & Schippan, 2004). Nach dem Training bestand kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Weisheitskompetenzen beider Gruppen sowohl beim fiktiven Problem als auch bei dem Problem, das den Behandlungsgrund darstellte. Da die Kontrollgruppe praktisch nicht, die PTED-Gruppe jedoch deutlich von einem kurzen Training profitieren konnte, wurde das Ergebnis als Aufhebung einer Blockade von bereits vorhandenen Weisheitskompetenzen gewertet (Baumann, 2007; Baumann & Linden, 2008).

In einer weiteren kontrollierten Untersuchung wurden bei PTED-Patientinnen und -Patienten aus der Symptomcheckliste (Franke, 1995) die GSI-Prä-Post-Differenzen bei Weisheitstherapie, Weisheitstherapie in Kombination mit einer euthymen Therapie, einer unspezifischen verhaltenstherapeutischen Behandlung und den Behandlungsergebnissen von anderen klinischen Gruppen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik verglichen. Während es zwischen den ersten beiden Bedingungen keinen nennenswerten Unterschied gab, waren deren Veränderungen deutlich höher als bei der Routinebehandlung und den unspezifischen Verhaltenstherapien in der Klinik. Die Ergebnisse zeigen, dass Weisheitstherapie zu einem besseren Ergebnis führt als eine Rou-

tinebehandlung, und dass eine zusätzliche euthyme Therapie keine weiteren Verbesserungen erbringt (Linden, Baumann, Lieberei, Lorenz & Rotter, 2011).

Literatur

- Ardelt, M. (2003). Empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale. *Research on Ageing*, 25 (3), 275-324.
- Ardelt, M. (2005). How wise people cope with crises and obstacles in Life. *ReVision: A Journal of Consciousness and Transformation*, 28 (1), 7-19.
- Baltes, P. B., Glück, J. & Kunzmann, U. (2002). Wisdom: Its structure and function in regulating successful life span development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hrsg.), *Handbook of Positive Psychology* (S. 327-347). Oxford: Oxford University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1990). Weisheit und Weisheitsentwicklung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 22, 95-135.
- Baumann, K. & Linden, M. (2008). *Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Brandtstädter, J. (2007). Harnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 413-445). Stuttgart: Kohlhammer.
- Linden, M. (2003). Posttraumatic embitterment disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 195-202.
- Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Lorenz, C. & Rotter, M. (2011). Treatment of posttraumatic embitterment Disorder with cognitive behaviour therapy based on wisdom psychology and hedonia strategies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 199-205.
- Linden, M., Schippan, B., Baumann, K. & Spielberg, R. (2004): Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. *Der Nervenarzt*, 75, 51-57.
- Sternberg, R. J. (1998). A Balance Theory of Wisdom. *Review of General Psychology*, 2 (4), 347-365.



Dipl.-Psych. Dr. Kai Baumann

Praxis für Psychotherapie
Linienstraße 146
10115 Berlin
mail@psychotherapie-kai-baumann.de

Kai Baumann ist Psychologischer Psychotherapeut, Dozent und Supervisor und in eigener Praxis in Berlin niedergelassen. Zuvor war er Mitglied in der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation und in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken tätig.

Klinische Neuropsychologie: Zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich

Ein Erfahrungsbericht aus Hessen

Barbara Feldmann-Schmidt, Michael Ruh, Karin Schoof-Tams & Monika Wagensonner

Zusammenfassung: Seit 01.01.2013 ist die Neuropsychologische Therapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Untersuchung und Behandlung neuropsychologischer Störungsbilder durch Psychologische Psychotherapeutinnen¹ mit Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie anerkannt. Im folgenden Artikel wird die Relevanz eines neuropsychologischen Behandlungsangebotes für Menschen nach erworbenen Hirnschädigungen herausgestellt und anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht. Es erfolgt eine Darstellung der Versorgungssituation vor und nach Anerkennung der Neuropsychologischen Therapie als GKV-Leistung. Es werden die von den Psychotherapeutenkammern der Bundesländer angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten in Klinischer Neuropsychologie vorgestellt und der aktuelle Stand der Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie sowie die Förderungsmöglichkeiten durch die KV am Beispiel Hessens beschrieben. Anliegen der Autorinnen ist es, den Psychotherapeutenkammern Impulse für eine gezielte Förderung der Klinischen Neuropsychologie zu geben und damit zu einer besseren ambulanten Versorgungssituation beizutragen.

Seit 01.01.2013 ist die Neuropsychologische Therapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Untersuchung und Behandlung neuropsychologischer Störungsbilder anerkannt und kann von Psychologischen Psychotherapeutinnen mit Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie erbracht werden. Die Folgen von erworbenen Hirnschädigungen, die sich in Beeinträchtigungen auf kognitiver, emotional-affektiver und Verhaltens-ebene manifestieren können, stellen für die Betroffenen eine z. T. erhebliche Einschränkung ihrer Teilhabefähigkeit und Lebensqualität dar und bedürfen einer fachkundigen neuropsychologischen und psychotherapeutischen Behandlung. In unserem Artikel möchten wir die Relevanz der Neuropsychologischen Therapie als Behandlungsangebot für hirnrnorganisch erkrankte Menschen hervorheben, einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation geben und die durch die Psychotherapeutenkammern geschaffenen Weiterbildungsmöglichkeiten sowie bestehende Fördermöglichkeiten am Beispiel Hessens vorstellen.

Fallvignette als Beispiel einer ambulanten Neuropsychologischen Therapie:²

Herr X., ein 51-jähriger Mann, verheiratet, zwei erwachsene Kinder, technischer Angestellter in einer überregionalen Firma, wurde Anfang 2014 an einem bösartigen Tumor – Glioblastom WHO Grad IV im Frontalhirnbereich – operiert. Der Tumor konnte nicht vollständig entfernt werden, sodass anschließend über mehrere Monate hinweg eine Bestrahlung und eine Chemotherapie erfolgten. In einer darauf folgenden stationären neurologischen Rehabilitationsmaßnahme Ende 2014 bis Anfang 2015 zeigten sich in der neuropsychologischen Diagnostik

bei Herrn X. als Folge der hirnrnorganischen Schädigung Aufmerksamkeitsdefizite, Gedächtnisprobleme, eine erschwerte Auffassungsgabe, eine verlangsamte Reaktion und eine verminderte Belastbarkeit und psychische Stabilität. Herr X. wurde arbeitsunfähig entlassen, auch die Fahreignung war vorerst nicht gegeben. Eine ambulante neuropsychologische Therapie wurde empfohlen und Mitte 2015 begonnen. Herr X. nannte als Teilhabeziele die Wiederaufnahme seiner beruflichen Tätigkeit und das Autofahren. In der letzten MRT-Untersuchung war kein Tumor mehr nachweisbar gewesen. In der ambulanten neuropsychologischen Therapie wurde zunächst der aktuelle neuropsychologische Status diagnostisch abgeklärt. Es zeigten sich neben weiterhin bestehenden Aufmerksamkeitsdefiziten und einer Verlangsamung in der Reaktion auch eine verminderte Impulskontrolle und ein eingeschränktes Störungsbewusstsein mit Unterschätzung seiner noch bestehenden neuropsychologischen Defizite. So gab Herr X. an, sich gut zu fühlen und sich sowohl die Bewältigung beruflicher Anforderungen als auch das Autofahren wieder zuzutrauen. Als Therapieziel wurde mit Herrn X. festgelegt, seine neuropsychologische Leistungsfähigkeit im Hinblick auf seine zentralen Teilhabeziele „berufliche Reintegration“ und „Autofahren“ zu verbessern. Die bei Herrn X. durchgeführte neuropsychologische Therapie beinhaltete zum einen ein gezieltes neuropsychologisches Therapieprogramm, das neuropsychologische Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Reaktionsleistungen und die Erarbeitung und Einübung von Problemlösestrategien zum Umgang mit neuropsychologisch bedingten Alltagsschwierigkeiten

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorde- ren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

² Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden einzelne Angaben und Informationen bewusst verändert.

umfasste (u. a. Stressmanagement, Reduktion von Reizintensität und Zeitdruck). Zum anderen wurde die von Herrn X. erlebte Selbstwertkränkung, ausgelöst durch den Verlust seiner früheren Kompetenzen und Verwirklichungsmöglichkeiten, psychotherapeutisch bearbeitet. Neben Ressourcenaktivierung und Stärkung von Bewältigungskompetenz wurde auch seine Störungseinsicht durch empathische Konfrontation verbessert. Herr X. signalisierte im Therapieverlauf zu keinem Zeitpunkt das Bedürfnis nach einer tieferen emotional-affektiven Auseinandersetzung mit seiner potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung. Dies wurde als eine für ihn adäquate, da ihn stabilisierende und vor Überflutung von negativen Affekten schützende Bewältigungsstrategie anerkannt. Herr X. zeigte sich nach anfänglicher Ablehnung bereit, einen von seinem Arbeitgeber großzügig angebotenen Sonderarbeitsplatz mit leidensgerechteren Arbeitsbedingungen anzunehmen, obwohl er das Angebot auch als selbstwertkränkend empfand, denn es beinhaltete eine geringere Eigenverantwortung. Nach ausreichender Verbesserung seiner Aufmerksamkeits- und Reaktionsdefizite war er wieder in der Lage, aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen. In Kooperation mit dem Integrationsfachdienst und durch die Unterstützung des Arbeitgebers war ihm eine berufliche Wiedereingliederung in Form einer innerbetrieblichen Umsetzung möglich. Die ambulante neuropsychologische Therapie konnte nach 35 Stunden erfolgreich abgeschlossen werden.

Historischer Rückblick

Bis zur Anerkennung der Neuropsychologischen Therapie als GKV-Leistung wurde die ambulante neuropsychologische Therapie durch Diplom-Psychologinnen und Psychologische Psychotherapeutinnen erbracht, die eine postgraduierte Qualifikation in Klinischer Neuropsychologie des Fachverbandes der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) absolviert hatten.

Zur Analyse der Versorgungssituation wurde 2009 in einer epidemiologischen Studie an der TU Chemnitz (*Mühlig, Rother, Neumann-Thiele & Scheurich, 2009*) erstmals eine bundesweite Totalerhebung aller Neuropsychologinnen³ (weiblich und männlich) in ambulanter Niederlassung durchgeführt. Auf der Grundlage der Behandlerinnenliste der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) wurden 231 ambulant tätige Neuropsychologinnen identifiziert und um die Beantwortung eines Fragebogens gebeten. Basierend auf der um Non-Responder und „neutrale Ausfälle“ (nicht mehr oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Neuropsychologinnen) bereinigten Auswertungsstichprobe von N = 118 Befragten ergaben sich die in der Tabelle vorgestellten Ergebnisse.

Die Versorgungsdichte ambulant tätiger Neuropsychologinnen – bei 231 registrierten ambulanten Neuropsychologinnen (weiblich und männlich) – lag basierend auf Daten von 2006 des Statistischen Bundesamtes bei 1 zu 356.874 Einwohnerinnen im bundesweiten Durchschnitt. Damit lag die ambulante neuropsychologische Versorgung um den Faktor 100 unter der Versorgungsdichte der ambulanten Psychotherapie. Auch wenn der Bedarf an neuropsychologischer Therapie als weit unterhalb des psychotherapeutischen Versorgungsbe-

| Am häufigsten behandelte neurologische Krankheitsbilder | |
|--|--------|
| Schädel-Hirn-Traumata | 36,4 % |
| Cerebrovaskuläre Erkrankungen | 31,2 % |
| Hirntumore | 7,0 % |
| Entzündliche/Vaskuläre Erkrankungen | 6,4 % |
| Degenerative Hirnerkrankungen | 5,4 % |
| Häufigste neuropsychologischen Störungen (Mehrfachnennungen möglich) | |
| Störungen der Aufmerksamkeit | 73,7 % |
| Gedächtnisstörungen | 58,6 % |
| Störungen der Affektivität | 44,5 % |
| Störungen der Problemlösefähigkeit | 40,6 % |
| Störungen der exekutiven Funktionen | 40,1 % |
| Die wichtigsten Behandlungsgründe der Patientinnen aus Therapeutinnensicht (Mehrfachnennungen möglich) | |
| Funktionswiederherstellung | 77,0 % |
| Bewältigung emotionaler Belastungen | 49,0 % |
| Berufliche Wiedereingliederung | 44,0 % |
| Therapeutische Ausbildung der Neuropsychologinnen | |
| Verhaltenstherapie | 70,0 % |
| Tiefenpsychologie | 7,3 % |
| Andere | 22,9 % |
| Abrechnungsmodalitäten neuropsychologischer Leistungen | |
| Berufsgenossenschaften – BG-GOÄ ⁴ | 33,0 % |
| Berufsgenossenschaftliche und Unfallkassen – BG-GOÄ/UV-GOÄ | 23,0 % |
| Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – EBM (Verhaltenstherapie) | 24,0 % |
| Private Krankenversicherung – GOP (Verhaltenstherapie) | 20,0 % |

Tabelle: Ausgewählte Ergebnisse der Erhebung von Mühlig et al. 2009

darfs einzuschätzen war, konnte nach Aussage von Mühlig et al. (2009) davon ausgegangen werden, dass zur Abdeckung des realen Bedarfs in Deutschland etwa viermal so viele ambulant tätige Neuropsychologinnen benötigt würden, als zur Verfügung standen. Mühlig et al. stellten 2009 fest: „In Deutschland wird die Anzahl von Patienten mit Indikation für eine ambulante neuropsychologische Therapie auf jährlich ca. 40.000-60.000 geschätzt. Dem stehen bundesweit lediglich

³ Dieser Begriff bezieht sich auf Diplom-Psychologinnen und Psychologische Psychotherapeutinnen mit der Zusatzqualifikation Klinische Neuropsychologie (GNP).

⁴ Abrechnung neuropsychologischer Leistungen nach der Sondervereinbarung der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) mit den Berufsgenossenschaften.

ca. 200 ambulant tätige Psychologische Psychotherapeuten (PPT) mit neuropsychologischer Qualifikation gegenüber. Conclusio: Um die Versorgungslage zu verbessern, muss die ambulante neuropsychologische Psychotherapie sozialrechtlich besser geregelt sowie die Ausbildungskapazität deutlich erhöht werden“ (S. 93).⁵

Die aktuelle Versorgungssituation

Nach einer Recherche des Arbeitskreises „Ambulante Neuropsychologie“ der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) im Frühjahr/Sommer 2017 haben bundesweit 185 Neuropsychologinnen (weiblich und männlich) eine Abrechnungsgenehmigung für Neuropsychologie als GKV-Leistung. Diese umfasst Psychotherapiesitze mit Abrechnungsgenehmigung für Neuropsychologie, Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen.⁶ Nicht erfasst sind hierbei die ambulant tätigen Neuropsychologinnen, die über andere Kostenträger (Berufsgenossenschaften, Privatkassen, Haftpflichtversicherungen, Kostenerstattungsverfahren der GKV u. a.) abrechnen.⁷ Zum Umfang der Leistungen anderer Kostenträger gegenüber der GKV liegen uns zwar keine Daten vor, dennoch macht diese Zahl deutlich, dass der in der Studie von 2009 dargestellte Versorgungsbedarf an ambulanter neuropsychologischer Behandlung nach wie vor unzureichend abgedeckt ist.

Die sozialrechtliche Anerkennung war zwar ein wichtiger Schritt, hat allerdings an der drastischen Unterversorgung bisher nicht wesentlich etwas geändert. Daher ist es ein zentrales Anliegen der Landespsychotherapeutenkammern,

— Es ist ein zentrales Anliegen der Landespsychotherapeutenkammern, durch die Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten in Klinischer Neuropsychologie eine angemessenere bundesweite Versorgung an neuropsychologischer Therapie zu erreichen. —

durch die Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten in Klinischer Neuropsychologie eine angemessenere bundesweite Versorgung an neuropsychologischer Therapie zu erreichen. Die Bundespsychotherapeutenkammer gibt in einer Synopse zum Status Quo aus dem September 2017⁸ einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der anerkannten Neuropsychologinnen und die Weiterbildungsmöglichkeiten in Klinischer Neuropsychologie.

Erfreulich ist: In allen Landespsychotherapeutenkammern ist die Weiterbildung für Klinische Neuropsychologie durch eine Weiterbildungsordnung (WBO) geregelt. 331 Psychologische Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich) verfügen inzwischen über die Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologin, davon 294 nach der Übergangsregelung (Anerkennung des GNP-Zertifikates als Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie bei Vorliegen der Approbation). In

diese Zahl fließen allerdings auch Neuropsychologinnen ein, die angestellt sind und/oder über andere Kostenträger als die GKV abrechnen.

Für Psychologische Psychotherapeutinnen (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP), die die Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie machen möchten, gibt es bundesweit 40 akkreditierte Weiterbildungsstätten für die Weiterbildungsbereiche Theorie und Klinische Tätigkeit, und es wurden 100 Anerkennungen zur Weiterbildungsbefugnis für Theorie/Klinische Tätigkeit erteilt.⁹ Darüber hinaus sind eine Reihe von Anträgen zur Zusatzbezeichnung und Weiterbildungsbefugnis noch in Bearbeitung, die genannten Zahlen dürften sich in den kommenden Monaten daher noch erhöhen. Insgesamt zeigt diese erfreuliche Entwicklung, dass der Stellenwert neuropsychologischer Therapie als spezifische fachkundige Behandlung von an hirnganischen Störungen leidenden Personen zunehmend erkannt wird und die Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie für Psychologische Psychotherapeutinnen ein interessantes und attraktives Tätigkeitsfeld eröffnen kann.

Die Weiterbildungssituation für Klinische Neuropsychologie am Beispiel Hessens

Bereits im September 2007 wurde der erste Prüfungsausschuss „Klinische Neuropsychologie“ in der Psychotherapeutenkammer Hessen etabliert. Damit wurde dem Ziel, die Klinische Neuropsychologie zu fördern, hohe Priorität eingeräumt.

In Hessen ist die Neuropsychologie stark vertreten und so hatten und haben die relevanten Gremien der Kammer von Anfang an eine hohe Motivation, sich für die Anerkennung und Verbreitung einzusetzen. Die Mitglieder des Prüfungsausschusses erhielten und erhalten große Unterstützung

durch die Vorstände der Kammer und die Delegiertenversammlung.

So ist es nicht verwunderlich, dass die Psychotherapeutenkammer Hessen eine der ersten Kammern war, die die Weiterbildungsordnung in Klinischer Neuropsychologie um-

⁵ Bei der geschätzten Anzahl an Patientinnen mit einem Bedarf an ambulanter neuropsychologischer Therapie greifen *Mühlig et al. (2009)* auf die Untersuchung von *Kasten, Eder, Robra und Sabel (1997)* zurück.

⁶ Eine Ermächtigung dient der Teilnahme an der ambulanten Versorgung durch die KV, wenn bestimmte Leistungen im vertragsärztlichen Bereich nicht im notwendigen Umfang erbracht werden können. Die Ermächtigung ist in der Regel auf zwei Jahre befristet.

⁷ Dies erklärt die Differenz zu den von *Mühlig et al. (2009)* genannten 231 ambulant tätigen Neuropsychologinnen (weiblich und männlich).

⁸ Weiterbildung in den Landespsychotherapeutenkammern, Synopse zum Status Quo, Stand: 4. September 2017.

⁹ Mehrere Weiterbildungsbefugte können an einer Institution tätig sein.

fassend umsetzte. Immerhin 37 Psychologische Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich) haben die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ beantragt und erhalten. Daneben wurden bisher zwölf Weiterbildungsstätten für den Bereich „Klinische Tätigkeit“ (davon fünf Praxen und ein Verbund) und zwölf Befugte, eine Weiterbildungsstätte für Theorie und eine Befugte sowie sieben Supervisorinnen anerkannt.

Die Mitglieder des Prüfungsausschusses nahmen viele Gelegenheiten wahr, um für die Weiterbildung der Kammer bei den Kolleginnen zu werben: beim Hessischen Psychotherapeutentag, den Treffen der Neuapprobierten, den Treffen der Personen in Ausbildung zur Psychotherapeutin (PiA) und in den Ausbildungsinstituten. Es gibt einen Flyer und umfangreiches Informationsmaterial.

Da die Weiterbildung sehr umfangreich ist und zu der Ausbildung hinzugerechnet werden muss, wurde in der Weiterbildungsordnung die Möglichkeit geschaffen, dass Inhalte, die bereits vor der Approbation, aber in der Zeit der Ausbildung erworben wurden, für die Weiterbildung angerechnet werden können. Der Prüfungsausschuss der Psychotherapeutenkammer Hessen hofft dadurch, für PiA einen Anreiz zu schaffen, sich in diesem spannenden Arbeitsfeld zu engagieren. Erfreulicherweise machen bereits einige (zehn) künftige Psychologische Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich) Gebrauch von dieser Regelung, sodass wir uns auf einem positiven Weg befinden.

Ganz besonders erfreulich aber ist, dass durch die Vermittlung des Beauftragten für die Belange der Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Michael Ruh, ein umfangreiches Förderprogramm für die Weiterbildung und die Niederlassung für Neuropsychologinnen eingerichtet wurde.

Förderung der neuropsychologischen Weiterbildung und Niederlassung durch die KV Hessen

Das bislang unzureichende Versorgungsangebot im Bereich der neuropsychologischen Behandlung in Hessen hat den Vorstand und die Vertreterversammlung der KV dazu veranlasst, im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen und paritätisch von den hessischen Krankenkassen und den KV-Mitgliedern finanzierten Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V) die Niederlassung von neuropsychologischen Behandlerinnen und die neuropsychologische Weiterbildung zu fördern.

Die KV Hessen fördert darin ohne regionale Einschränkung die Praxisübernahme von Psychotherapiesitzen mit einem

einmaligen Betrag. Voraussetzung dafür ist, dass diese Praxis künftig schwerpunktmäßig neuropsychologische Behandlungen anbietet. Klinische Neuropsychologinnen, die eine psychotherapeutische Praxis im Rahmen der Nachfolgebesetzung übernehmen, können hierfür einen Zuschuss der KV in Höhe von 40.000 € bekommen (20.000 € bei hälftigem Versorgungsauftrag). Zusätzlich kann ein einmaliger Investitionskostenzuschuss in Höhe von bis zu 10.000 € für die apparative diagnostische und therapeutische Ausstattung der Praxis beantragt werden. Diese Fördermittel wurden im bisherigen Jahresverlauf 2017 schon von einigen niederlassungswilligen neuropsychologischen Psychotherapeutinnen in Anspruch genommen. Weiter wird die ambulante Weiterbildung approbierter Psychotherapeutinnen in Klinischer Neuropsychologie mit einem Gehaltszuschuss durch die KV Hessen gefördert. Die insgesamt zwei Jahre dauernde Weiterbildung kann für die Dauer eines Jahres auch in Vollzeit oder entsprechend länger in Teilzeit in einer neuropsychologischen Praxis absolviert werden. Durch die von einer neuropsychologischen Weiterbildungsteilnehmerin durchgeführten am-

— **Das bislang unzureichende Versorgungsangebot im Bereich der neuropsychologischen Behandlung in Hessen hat den Vorstand und die Vertreterversammlung der KV dazu veranlasst, die Niederlassung von neuropsychologischen Behandlerinnen und die neuropsychologische Weiterbildung zu fördern.** —

bulanten Behandlungen war allerdings ein dem stationären Bereich entsprechendes Gehalt in diesem ambulanten Weiterbildungsjahr nicht refinanzierbar. Eine Weiterbildung in der Praxis einer niedergelassenen Klinischen Neuropsychologin kam daher bisher für Weiterbildungsteilnehmerinnen nicht in Frage. Die Förderung dieser ambulanten Weiterbildung sollte zur stationären Vergütung der Weiterbildungsteilnehmerinnen vergleichbar sein, ebenso in der Gehaltshöhe mit der Förderung der weiteren ambulanten fachärztlichen Weiterbildung. Wenn daher eine Weiterbildungskandidatin in Vollzeit ein Bruttogehalt von mindestens 4.800 €/Monat (das Mindestgehalt in der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung) erhält, dann bezahlt die KV Hessen für die Weiterbildungszeit einen Gehaltszuschuss in Höhe von 2.400 €/Monat. Bei Teilzeit reduzieren sich diese Beträge entsprechend, die Förderzeit verlängert sich anteilig. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Weiterbildungsteilnehmerin während ihrer Arbeitszeit in der Praxis durch die Patientinnenbehandlungen ihr restliches Gehalt inklusive den Arbeitgeberinnenanteil an der Sozialversicherung erwirtschaften kann. Damit wird es den neuropsychologischen Weiterbildungspraxen möglich sein, konkurrenzfähige Gehälter zu bezahlen, die auch der Qualifikation der approbierten Psychotherapeutinnen, die diese Weiterbildung nach ihrer psychotherapeutischen Ausbildung absolvieren, entsprechen.

Fazit

Es lässt sich feststellen, dass inzwischen Strukturen berufs- und sozialrechtlicher Natur geschaffen wurden, die eine adäquatere Versorgung der Bevölkerung mit Klinischer Neuropsychologie möglich machen können. Die Psychotherapeutenkammern sollten die Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie fördern und das Interesse von Psychologischen Psychotherapeutinnen an diesem spannenden und zukunftsweisenden Berufsfeld wecken. Der Prüfungsausschuss der Psychotherapeutenkammer Hessen hofft, durch diesen Beitrag auch anderen Kammern Impulse für eine gezielte Förde-

rung der Klinischen Neuropsychologie zu geben und damit zu einer besseren ambulanten Versorgung durch dieses Therapieangebot beizutragen.

Literatur

Kasten, E., Eder, R., Robra, B.-P. & Sabel, B. A. (1997). Der Bedarf an ambulanter neuropsychologischer Behandlung. Zeitschrift für Neuropsychologie, 8 (1), 72-85.

Mühlig, S., Rother, A., Neumann-Thiele, A. & Scheurich, A. (2009). Zur Versorgungssituation im Bereich der ambulanten neuropsychologischen Therapie – eine bundesweite Totalerhebung. Zeitschrift für Neuropsychologie, 20 (2), 93-107.



**Dipl.-Psych.
Barbara Feldmann-Schmidt**

Korrespondenzadresse:
praxis.feldmannschmidt@web.de

Barbara Feldmann-Schmidt ist als Psychotherapeutin in eigener Praxis in Bad Homburg tätig. Berufliche Wiedereingliederung nach erworbenen Hirnschädigungen und die Verarbeitung der kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen sind ihre therapeutischen Schwerpunkte. Als Landesvertreterin der GNP in Hessen, Sachverständige der KV Hessen, Vorstandsvorsitzende der DPtV Hessen und Delegierte der LPPKJP Hessen setzt sich Frau Feldmann-Schmidt für die Belange der Neuropsychologinnen in Hessen ein.



Dipl.-Psych. Michael Ruh

praxis.ruh@posteo.de

Dipl.-Psych. Michael Ruh ist als Psychologischer Psychotherapeut in Gemeinschaftspraxis in Frankenberg/Eder (Nordhessen) tätig. Er ist stellvertretender Bundesvorsitzender der DPtV und Mitglied im Landesvorstand Hessen der DPtV, Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen und Vorstandsbearbeiter für Psychotherapie der KV Hessen.



Dr. rer. nat. Karin Schoof-Tams

kschoof-tams@t-online.de

Dr. rer. nat. Karin Schoof-Tams ist als Psychotherapeutin und Neuropsychologin in eigener Praxis (anerkannte Weiterbildungspraxis für Klinische Neuropsychologie) in Kassel tätig. Sie verfügt über eine umfassende Weiterbildungsbefugnis für Klinische Neuropsychologie und ist Mitglied des Prüfungsausschusses in Hessen.



Dipl.-Psych. Monika Wagensonner

monika.wagensonner@web.de

Dipl.-Psych. Monika Wagensonner ist als Psychologische Psychotherapeutin und Neuropsychologin an der Asklepios Neurologischen Klinik Bad Salzhausen in Nidda (Wetterau) und in eigener Praxis in Frankfurt am Main tätig. Sie ist Weiterbildungsbefugte für Klinische Neuropsychologie und Mitglied des Prüfungsausschusses Neuropsychologie der Psychotherapeutenkammer Hessen.

Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg

Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen

Katharina Kremitzl, Amelie Engenhorst, Traudel Simon, Alexander Wunsch, Roland Straub & Rüdiger Nübling

Zusammenfassung: Erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung (IM) haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken. Die von der Katholischen Hochschule Freiburg in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg durchgeführte Erhebung gibt erste Hinweise zur psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM und psychischen Störungen in Baden-Württemberg. Insgesamt haben n = 154 Psychologische Psychotherapeutinnen¹ (weiblich und männlich) an der Befragung teilgenommen. Die Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM wird von den Antwortenden als mangelhaft eingeschätzt. Nur rund 40 % dieser Psychotherapeutinnen hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits Menschen mit IM behandelt. Die Erhebung gibt Hinweise auf Gründe für die Nicht-Behandlung, auf vorwiegend behandelte psychische Störungen und auf Verbesserungspotenziale. Aufgrund der bisherigen unzureichenden Forschungslage sind weiterführende Studien dringend geboten.

Einführung und Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben gleiche Rechte, bei psychischen Störungen eine Psychotherapie zu erhalten. Im Grundgesetz (Artikel 3) und auch im SGB V (§ 2a) finden sich entsprechende Normierungen. Spezifiziert ist dies durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention 2009 durch den Deutschen Bundestag (Artikel 25). Nach der Konvention gilt es, ein Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu erreichen. Zudem soll Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und nach demselben Standard zur Verfügung stehen wie anderen Menschen. Gesundheitsleistungen sollen (in Baden-Württemberg gesetzlich geregelt seit Neufassung des Landesbehindertengleichstellungsgesetzes vom 1. Januar 2015) allen Menschen in gleicher Weise zur Verfügung stehen und so gemeindenah wie möglich erbracht werden. Trotz des Rechts auf eine Gesundheitsversorgung im selben Umfang, in selber Qualität und nach denselben Standards, wie sie für Menschen ohne Behinderung zur Verfügung stehen soll, ist die Suche nach einem Psychotherapieplatz besonders für Menschen mit Intelligenzminderung derzeit sehr schwierig. Dieser aus der Praxis berichtete Mangel an psychotherapeutischen Angeboten für Menschen mit Intelligenzminderung (IM) und psychischen Störungen waren Anlass, über eine Fragebogenerhebung ein differenzierteres Bild der Situation zu erhalten.

Stand der Forschung

In Baden-Württemberg leben derzeit ca. 140.000 Menschen mit einer geistigen Behinderung bzw. Intelligenzminderung (Pflugmann-Hohlstein & Allgöwer, 2016). Nach Henricke, Buscher, Häßler und Roosen-Runge (2009) ist die Prävalenz für psychische Störungen bei Menschen mit IM mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der allgemeinen Bevölkerung (vgl. u. a. auch Irblich & Stahl, 2003). *Došen (2010)*² geht von einer Prävalenz von 30 bis 50 % aus. Dies würde einer Gesamtzahl von ca. 42.000 bis 70.000 Menschen entsprechen, die mit einer IM psychotherapeutisch behandlungsbedürftig wären. *Nübling, Bär et al. (2014)* errechneten, dass bundesweit jährlich ca. 1,5 Mio. Menschen stationär und ambulant psychotherapeutisch versorgt werden, für Baden-Württemberg mit einem Bevölkerungsanteil von 13 % (11 von 82 Mio.) wären dies ca. 200.000 Menschen.

Bereits die Ergebnisse von Studien zur allgemeinen psychotherapeutischen Versorgungssituation liefern Hinweise auf eine ambulante Unterversorgung (vgl. Gaebel, Kowitz, Fritzsche

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform. Dort, wo es zu Verwechslungen kommen könnte (beispielsweise mit einer rein weiblichen Stichprobe einer Erhebung), wird auf beide Geschlechter hingewiesen.

² Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

& Zielasek, 2013; Jacobi & Kessler-Scheil, 2013; Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014; Walendzik et al., 2010). Voß, Schade, Kaiser und Jeschke (2008) resümieren, dass die Barrieren für eine Psychotherapie bei Menschen mit IM unverhältnismäßig hoch seien, d. h. es kann davon ausgegangen werden, dass die Versorgungssituation für Menschen mit IM deutlich schlechter ausfällt als für die Allgemeinbevölkerung. Laut Kufner (2015) existiert bislang keine umfassende Studie zur Versorgungslage von Erwachsenen mit IM und einer psychischen Störung in Deutschland.

Die psychotherapeutische Versorgung von erwachsenen Menschen mit IM wurde bisher nur als Teilaspekt in allgemeinen Versorgungsstudien erfasst. So befasste sich beispielweise die Studie „Barrierefrei gesund“ von Schäfer-Walkmann, Traub, Häussermann und Walkmann (2015) mit der gesundheitlichen Versorgung in Stuttgart. Ergebnisse waren unter anderem, dass es große Versorgungslücken in der sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungslandschaft gibt und Strukturen und Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung selbst in einer Großstadt wie Stuttgart nur ansatzweise auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit IM vorbereitet sind. Es mangle, so die Studie, an Angeboten; daneben behinderten Verständigungsprobleme sowie Vorurteile gegenüber den Klientinnen eine gute Versorgung. Psychotherapeutische Angebote seien für Menschen mit IM kaum zugänglich.

Schützwohl et al. (2016) erhoben psychische Störungen und Problemverhalten bei erwachsenen Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen Form der IM sowie die Nutzung des Gesundheitssystems der Region Dresden, der Metropolregion Rhein-Neckar sowie der Region Bayrisch-Schwaben. Die gängigste Behandlung der psychischen Störungen bei erwachsenen Menschen mit IM erfolgte mittels Psychopharmaka. Bei der Behandlung von psychischen Störungen wurden überwiegend Psychiaterinnen kontaktiert; nur eine sehr kleine Anzahl hatte Kontakt zu einer Psychotherapeutin.

Fragestellungen

Auf der Grundlage des bisherigen Forschungsstands sowie der angenommenen Unterversorgung wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche Einstellungen haben Psychotherapeutinnen zur psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen mit IM?
- Wie gestaltet sich die aktuelle psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit IM und psychischen Störungen in Baden-Württemberg?
- Welche Gründe gibt es, die eine psychotherapeutische Behandlung erwachsener Menschen mit IM erschweren?
- Welche psychischen Störungen werden behandelt?

- Wie werden Psychologische Psychotherapeutinnen auf die Behandlung vorbereitet?
- Welche Verbesserungspotenziale gibt es im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung?

Methodik

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wurde eine explorative Querschnittserhebung der in Baden-Württemberg tätigen Psychologischen Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich) durchgeführt. Die Daten wurden mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens erhoben und als (Online-)Befragung in Form einer elektronisch bearbeitbaren PDF-Datei an alle potenziellen Personen versandt (Micheel, 2010). Der Bogen konnte direkt am PC oder am mobilen Endgerät ausgefüllt und in digital gesicherter Form zurückgesendet oder handschriftlich ausgefüllt und postalisch zurückgesendet werden. Als Grundlage für den Fragebogen dienten bereits vorhandene Fragebögen von Metaxas, Wunsch, Simon und Nübling (2014), von Nübling, Jeschke et al. (2014) sowie von Schäfer-Walkmann et al. (2015). Insgesamt umfasste er 59 Fragen zu demographischen Daten, zu Einstellungen und Meinungen, zu Überzeugungen sowie zum Verhalten der befragten Personen. Der erste Teil war ein allgemeiner Teil, den alle Psychotherapeutinnen ausfüllten. Eine Filterfrage führte dazu, dass Psychotherapeutinnen mit und ohne Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM unterschiedliche Fragen beantworteten. Abschließend bot eine offene Frage die Möglichkeit, Ergänzungen und Anmerkungen in eigenen Worten vorzunehmen. Der Fragenbogen wurde vor seiner Fertigstellung einer Expertinneneinschätzung durch Mitglieder des Arbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg unterzogen. Die Studie wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der Katholischen Hochschule Freiburg durchgeführt (Engenhorst & Kremitzl, 2016).

Auswahl der befragten Personengruppe

In die Befragung wurden alle Psychologischen Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich) der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) einbezogen, die in der Datenbank der Kammer eine E-Mail-Adresse hinterlegt hatten. Zusätzlich wurde über die Internetseite der LPK BW und über die Länderseiten des Psychotherapeutenjournals auf die Befragung hingewiesen. Der Fragebogen war auf der Internetseite der Kammer frei zugänglich. Insgesamt wurden 2.395 Mitglieder per E-Mail angeschrieben, davon kamen ca. 50 E-Mails als nicht zustellbar zurück. Die Auswahlpopulation betrug somit $N = 2.350$.

Datenanalyse und -auswertung

Die Daten wurden quantitativ mit Hilfe von SPSS analysiert. Insgesamt ergab sich ein Rücklauf von 156 Fragebögen. Auf-

| Variable | | n | in Prozent oder M (SD) |
|---------------------------------------|---|--------------------|------------------------|
| Geschlecht weiblich | | 113 | 75,3 % |
| Durchschnittsalter | | 154 | 52,5 Jahre (10,8 SD) |
| Art Approbation | PP | 154 | 100,0 % |
| | KJP und PP | 27 | 17,9 % |
| Approbationsjahr | 1977-1999 | 65 | 42,2 % |
| | 2000-2010 | 50 | 32,4 % |
| | 2011-2016 | 31 | 20,1 % |
| Kassenzulassung | 100 % | 45 | 29,2 % |
| | 50 % | 38 | 24,7 % |
| | Keine | 57 | 43,5 % |
| Berufserfahrung (Jahre) | | 150 | 18,4 Jahre (10,4 SD) |
| Behandlungsrahmen | Eigene Praxis (KV-Zulassung) | 80 | 51,9 % |
| | Angestellt in Praxis | 9 | 5,8 % |
| | Eigene Praxis (ohne KV-Zulassung) | 16 | 10,4 % |
| | Beratungsstelle | 10 | 6,5 % |
| | Stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe | 4 | 2,6 % |
| | Institutsambulanz | 2 | 1,3 % |
| | Psychiatrische Klinik/Tagesklinik | 8 | 5,2 % |
| | Allgemeines Krankenhaus | 2 | 1,3 % |
| | Psychosomatische/Psychotherapeutische Klinik/Rehabilitation | 8 | 5,2 % |
| | Sonstiges | 6 | 3,9 % |
| | Fehlend | 9 | 5,8 % |
| | Psychotherapieverfahren (Mehrfachnennung) | Verhaltenstherapie | 103 |
| Analytische Psychotherapie | | 22 | 14,3 % |
| Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie | | 46 | 29,9 % |
| Andere Verfahren | | 43 | 27,9 % |

Tabelle 1: Stichprobe

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

grund von unvollständig ausgefüllten Fragebögen wurden $n = 154$ Datensätze in die Auswertung einbezogen. Der bereinigte Rücklauf konnte daher auf 6,6 % der angeschriebenen Psychotherapeutinnen beziffert werden. Die Studie erhebt selbstverständlich keinen Anspruch auf Repräsentativität. Da zu den hier untersuchten Fragestellungen bislang keinerlei empirische Daten verfügbar sind, zeigt sie zumindest wichtige Anhaltspunkte bzgl. der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung auf. Die Datenanalyse erfolgt dementsprechend fast ausschließlich deskriptiv.

Ergebnisse

Tabelle 1 gibt einen Überblick über Stichprobencharakteristika der antwortenden Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich).

76 % aller Antwortenden ($n = 117$) hatten in irgendeiner Form bereits Kontakte oder Erfahrungen mit Menschen mit IM gesammelt. Kontakte fanden unter anderem im Zivildienst oder in Praktika, im Studium, im Beruf aber auch im privaten Bereich statt. 23 % ($n = 36$) hatten noch keine Erfahrung oder Kontakte.

Welche Einstellungen haben Psychotherapeutinnen zur psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen mit IM?

Insgesamt zeigten sich bei den antwortenden Psychotherapeutinnen recht eindeutige Einstellungen zur psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen mit IM. So gaben jeweils über 90 % an, dass eine kontinuierliche Ansprechpartnerin (außer der Patientin; 93 % Zustimmung), eine zielgruppengerechte Sprache (93 %) sowie spezielles Fachwissen (93 %) wichtig seien und dass durch eine psychotherapeutische Versorgung dieser Patientinnen auch deren Partizipation gefördert werde (91 %). Weiter gaben jeweils über 80 % an, dass Menschen mit IM im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung mit Vorurteilen und Stigmatisierung konfrontiert seien (90 %), zu wenig Ressourcen für die Arbeit mit dem Unterstützerrinnensystem zur Verfügung stehen (87 %), Verständigungsprobleme mit diesen Patientinnen die Versorgung erschweren (84 %), eine Begleitung durch der Patientin vertraute Personen im Rahmen der Psychotherapie nötig sind (83 %) sowie der Erfolg dieser Behandlungen in einer besonderen Weise abhängig ist von einer guten Zusammenarbeit mit Bezugspersonen (83 %). Darüber hinaus sind ca. drei Viertel der Befragten der Auffassung, dass die Versorgung intelligenzgeminderter Patientinnen mit mehr Aufwand verbunden ist (74 %). Weitgehend abgelehnt wird die Aussage, dass die Kontaktaufnahme zur Psychotherapie von Menschen mit IM „selbstbestimmt“ erfolge (88 % Ablehnung).

Wie gestaltet sich die aktuelle psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit IM und psychischen Störungen?

Zur Einschätzung der Versorgungssituation wurden Antworten zur vorhandenen Erfahrung mit Menschen mit IM, zu behandelten Formen der IM und deren Verteilung, zu Finanzierungswegen, zur Anzahl der Anfragen für eine Behandlung sowie der im letzten Jahr behandelten Menschen mit IM berücksichtigt. Weiterhin wurden Gesamtstundenumfänge der Behandlung von Menschen mit IM und der geschätzte zeitliche Mehraufwand, die Schnittstellen in der psychotherapeutischen Arbeit und angewandte diagnostische Verfahren sowie der Vergleich des Stundenumfanges abgeschlossener Psychotherapien bei Menschen mit und ohne IM zur Beurteilung herangezogen.

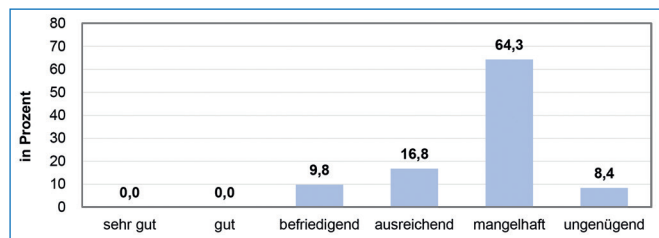


Abbildung 1: Bewertung der aktuellen psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit IM (in Schulnoten)

Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM wurde von 73 % der Befragten als mangelhaft oder gar ungenügend eingeschätzt (MW = 4,73, SD = 0,76; vgl. Abb. 1).

61 (40 %) der teilnehmenden Psychotherapeutinnen hatten Behandlungserfahrung mit Menschen mit IM, 93 (60 %) keine. Diejenigen mit Behandlungserfahrung hatten in mehr als der Hälfte der Fälle Menschen mit leichteren Formen der IM in Behandlung. Nur etwa jede dritte Patientin litt unter einer mittelgradigen Form der IM und nur etwa jede zehnte unter einer schweren oder schwersten Form. Die unterschiedlichen Finanzierungen der Behandlungen sind in Abbildung 2 dargestellt.

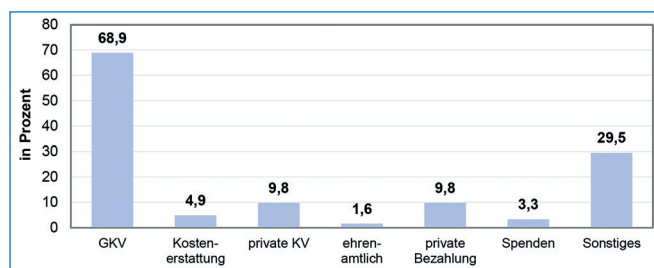


Abbildung 2: Formen der Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung bei Menschen mit IM (n = 61)

Von den Psychotherapeutinnen, die Patientinnen mit IM behandeln, hatten 77 % (n = 46) in den vergangenen zwölf Monaten im Durchschnitt 4,3 Anfragen (SD = 4,9) auf einen Therapieplatz (Minimum: 1, Maximum: 20). Durchschnittlich wurden 2,9 (SD = 3,3) Menschen mit IM psychotherapeutisch in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung behandelt. Die befragten Psychotherapeutinnen schätzten den erforderlichen zeitlichen Mehraufwand verglichen mit Patientinnen ohne IM auf 21,9 % (SD = 17,5). Die durchschnittliche Behandlungsdauer der IM-Patientinnen betrug 39,3 Stunden (SD = 45,5).

Hinsichtlich angewandter diagnostischer Verfahren gaben 93 % (n = 57) der antwortenden Psychotherapeutinnen, die bereits mit intelligenzgeminderten Patientinnen Erfahrung hatten (n = 61), an, Interviews zu führen, eine biographische Anamnese zu erheben oder zu explorieren. 75 % (n = 46) der Psychotherapeutinnen nutzten die Verhaltensbeobachtung als diagnostisches Verfahren. Eine Leistungs-, Intelligenz- oder Vigilanzdiagnostik (z. B. WAIS-IV, Petermann, 2012; K-TIM, Melchers et al., 2006; SON-R, Tellegen et al., 2012; alle zitiert nach Došen, 2010), wurde von 30 % (n = 18) durchgeführt. 44 % (n = 27) der Befragten setzten eine störungsspezifische Diagnostik ein. Nur jede zehnte Antwortende verwendet darüber hinaus Verfahren zur Erfassung des sozialen und des emotionalen Entwicklungsniveaus oder adaptiver Kompetenzen (kognitiv-kommunikative, praktische und soziale Kompetenzen; z. B. Vineland-II/VABS, Sparrow, 2011; Sparrow et al., 2005; ABAS-II, Oakland & Harrison, 2008; SRZ/SRZ-P, Kraijer & Kema, 2004; SEO-Rating, Došen, 2010; alle zitiert nach Došen, 2010) ein. Dabei hielten 90 % (n = 55)

den Einsatz solcher spezifischer diagnostischer Verfahren bei erwachsenen Menschen mit IM im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung für sinnvoll. Zu den Gründen für den fehlenden Einsatz spezifischer diagnostischer Verfahren vgl. Abbildung 3.

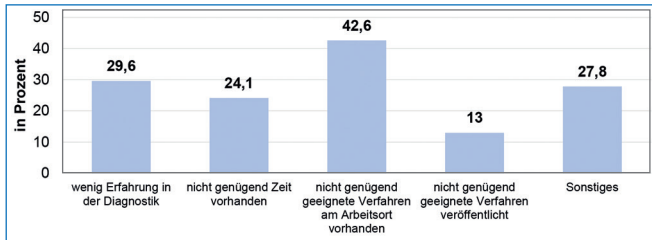


Abbildung 3: Gründe für den fehlenden Einsatz spezifischer diagnostischer Verfahren (n = 54)

Wichtige Schnittstellen im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit sahen die Befragten zu Angehörigen, pädagogischem Personal, niedergelassenen Ärztinnen und Klinikärztinnen sowie ambulanten und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Welche Gründe gibt es, die eine psychotherapeutische Behandlung erwachsener Menschen mit IM erschweren?

Hierzu wurden Aussagen hinsichtlich Barrierefreiheit, Einstellungen zur Durchführbarkeit von Psychotherapie, Einschätzungen der eigenen Behandlungskompetenz und Behandlungsbereitschaft, Gründe für eine Nichtbehandlung sowie Erschwernisse in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM berücksichtigt.

Nur 40 % (n = 62) gaben an, dass ihre Praxis/ihr Arbeitsplatz räumlich barrierefrei ist; 58 % (n = 89) dagegen verneinten dies. 111 der 154 (72 %) antwortenden Personen hielten Psychotherapie bei Menschen mit IM grundsätzlich für durchführbar, 6 (3 %) Personen sahen Psychotherapie als nicht durchführbar an und 37 (24 %) hatten sich diesbezüglich noch nicht damit auseinander gesetzt. Nach der Einschätzung der eigenen Kompetenz befragt, hielten sich 66 % der Psychotherapeutinnen selbst für wenig bis gar nicht kompetent, Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln (vgl. Abb. 4).

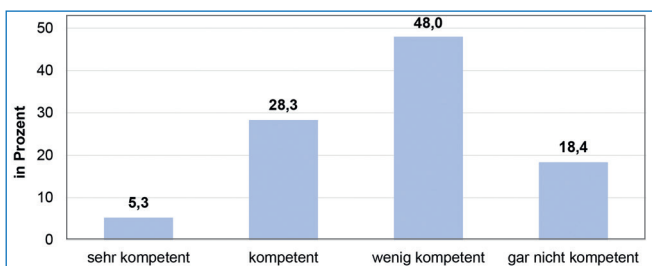


Abbildung 4: Einschätzung der eigenen fachlichen Kompetenz für die Behandlung von Menschen mit IM (n = 152)

62 % der Psychotherapeutinnen gaben eine hohe (18 %) oder mittlere (43 %) Bereitschaft an, mit Patienten mit IM zu arbeiten, demgegenüber nannte rund ein Drittel eine geringe (30 %) bis gar keine (9 %) Behandlungsbereitschaft (n = 152). Es bestand hier ein Zusammenhang zwischen Ausbildungsinhalten („Das Thema IM war Bestandteil der Ausbildung“: ja vs. nein) und der Bereitschaft, mit Menschen mit IM zu arbeiten ($\chi^2 = 9,48$, $df = 3$, $p = 0,024$). Bei Betrachtung der einzelnen Therapieausrichtungen bezüglich der Behandlungsbereitschaft zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Als Gründe für ausbleibende Behandlungen wurden keine Anfragen (82 %), andere Schwerpunktsetzung (41 %), erlebte eingeschränkte eigene Kompetenz (36 %), kein Ausbildungsinhalt und fehlende Kenntnisse (29 %) sowie mangelndes Wissen über Behinderung (29 %) genannt. Als erschwerend in der psychotherapeutischen Arbeit wurden die Nichtverfügbarkeit erforderlicher kontinuierlicher Ansprechpartnerinnen, Verständnisprobleme sowie mangelnde zeitliche Ressourcen für die Arbeit mit dem Unterstützerinnensystem angegeben.

Welche psychischen Störungen erwachsener Menschen mit IM werden von Psychologischen Psychotherapeutinnen behandelt?

Eine Übersicht der am häufigsten behandelten psychischen Störungen bei Menschen mit IM zeigt Abbildung 5.

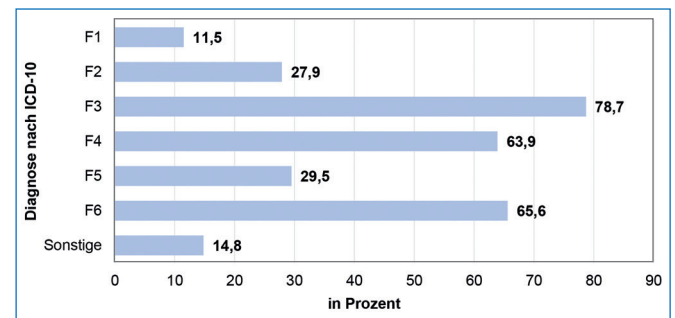


Abbildung 5: Behandelte Störungen bei Menschen mit IM; F-Diagnosegruppen nach ICD-10

Anmerkungen: F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3: Affektive Störungen, F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Von den im Fragebogen aufgeführten zehn Verhaltensstörungen und Problembereichen bei Menschen mit IM wurden vorrangig Rückzug aus sozialen Kontakten bzw. Kontaktschwierigkeiten (77 %), aggressives Verhalten bzw. expansive Verhaltensstörungen (64 %), Autonomiekrisen, Ablösungskrisen und Pubertätskrisen (59 %) sowie Hyperaktivität und Unruhe (59 %) angegeben.

Wie werden Psychologische Psychotherapeutinnen auf die Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen vorbereitet?

Im Rahmen der Ausbildung zur Psychotherapeutin wurde IM bei 43 % (n = 66) thematisiert. Bei 55 % (n = 85) stellte das Thema keinen Ausbildungsinhalt dar. Unterscheidet man bzgl. der Therapieverfahren, so zeigt sich, dass fast jede zweite (48 %) VT-Psychotherapeutin sowie 45 % der analytisch ausgebildeten Psychotherapeutinnen angaben, dass das Thema IM im Verlauf der Ausbildung (Studium, PT-Ausbildung, Fortbildungen) Thema war; bei tiefenpsychologisch ausgebildeten Kolleginnen waren dies nur 27 %. Der Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 3,26$, $df = 2$, $p = 0,196$).

Antwortende, bei denen IM-Themen Ausbildungsinhalt waren, behandelten eher erwachsene Menschen mit IM (57 % vs. 42 % der Psychotherapeutinnen, bei denen IM kein Thema war). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($\chi^2 = 7,77$, $df = 1$, $p = 0,007$).

Welche Verbesserungspotenziale gibt es im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit IM?

Die Psychotherapeutinnen, die bislang keine IM-Patientinnen behandelten (n = 92), wurden dazu befragt, was sich verändern müsste, damit sie sie behandeln würden. Aus ihrer Sicht bedarf es mehr Fortbildungen zu dem Thema (50 %), vermehrtes Wissen über IM (40 %) sowie höhere zeitliche Ressourcen in der Behandlung (37 %); lediglich jede Fünfte nannte verbesserte Kooperation und bessere Vergütung. 22 % sind der Meinung, dass nichts verbessert werden müsse (vgl. Abb. 6).

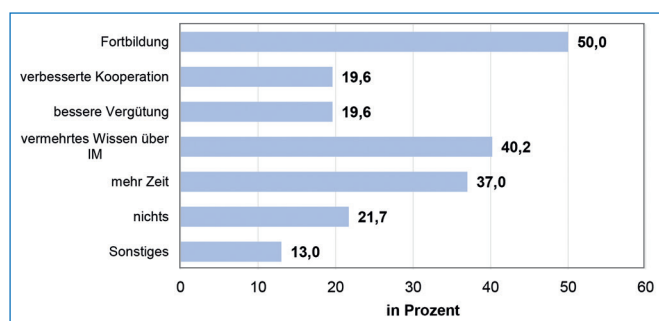


Abbildung 6: Verbesserungspotenziale aus Sicht der Befragten

Antworten auf die offenen Fragen

Von insgesamt n = 61 der Antwortenden (ca. 40 % der Stichprobe) liegen Antworten auf die offenen Fragen am Ende des Fragebogens vor. Ergänzend zu den quantitativen Ergebnissen der Befragung sollen hier abschließend diese Antworten zusammengefasst werden. Wörtliche Zitate sind in Anführungszeichen gesetzt.

Allgemein wurde positiv hervorgehoben, dass es gut sei, dass sich die Landespsychotherapeutenkammer dieses Themas annimmt, sowohl im Rahmen dieser Befragung als auch in einer Reihe von Fortbildungsveranstaltungen.

Kritisiert wurde u. a., dass der „untersuchte Bereich [...] aus Unwissen von einer Mehrzahl der KollegInnen nicht beachtet“ werde, und es wurde betont, dass „eine Nachbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Intelligenzminderung für dringend notwendig“ erachtet wird. Hierzu könnten sich u. a. auch „kreativtherapeutische Ansätze wie Musiktherapie [...] in besonderer Weise für die psychotherapeutische Begleitung/Behandlung“ eignen. Als hilfreich werden neben „speziellen fachlichen, kooperativen und abrechnungstechnischen Infos auch Infos/Diskussionen über den Möglichkeitsraum des Veränderungspotenzials bei verschiedenen Behinderungen und Schweregraden“ gesehen.

Manche halten das „klassische ambulante Psychotherapie-setting für diese Zielgruppe für ungeeignet (ausgenommen leichte Intelligenzminderung mit vorhandener Alltagskompetenz)“ und sind der Meinung, dass ein institutioneller und multiprofessioneller Rahmen bessere Behandlungsmöglichkeiten biete. Eine Antwortende mit Erfahrung im „beschützenden Bereich“ merkt an, „dass relativ wenige Menschen mit IM aus eigenem Antrieb psychotherapeutische Hilfe suchen“ und oft „fremdmotiviert“ von den Alltagsbegleiter/innen/Eltern (aufgrund deren Leidensdruck) geschickt“ werden würden, sich aber dann oft eine eigene Motivation entwickelten.

Ein größerer Anteil der Anmerkungen enthielt Kritik an den Psychotherapierichtlinien und den Gutachterinnen. So wird z. B. über Fälle berichtet, in denen die Gutachterinnen „trotz dem im Antrag ausgeführten starken Leidensdruck, hoher Motivation und Zuverlässigkeit des Patienten und dargestellter nachvollziehbarer Psychodynamik“ den Antrag ablehnten, u. a. mit der Begründung, dass der „Patient eine Unterstützung außerhalb der Regelversorgung“ benötige. Dies sei „sehr unbefriedigend und motivationsraubend“ für jene Kolleginnen, die bereit wären, behinderte Patientinnen aufzunehmen. Es sei „empörend und traurig“, von Gutachterinnen abgelehnt zu werden mit der Begründung, stützende Gespräche wären ausreichend. Und es sei auch „sehr ärgerlich“ sowie „für die Patienten schlimm und destabilisierend“, da es die Schwächsten und Hilflosesten treffen würde. „Blamabel“ sei auch das Wissen einiger Gutachterinnen; hier liege „deutlicher Aufklärungsbedarf“ vor. So brauche man „sehr viel überdurchschnittliches Engagement, um sich nicht demotivieren zu lassen (und das für absolut unzureichende Honorare)“.

Mehrfach wird auf die großen Probleme für Menschen mit IM bei der Therapieplatzsuche hingewiesen und es werden Möglichkeiten zur Ausweitung der erforderlichen Behandlungsangebote beschrieben. Vorgeschlagen wird u. a., dass sich die „Psychotherapeutenkammer [...] bei den Krankenkassen bzw. der kassenärztlichen Vereinigung dafür einsetzen [sollte], dass approbierte Psychotherapeuten, die langjährige Er-

fahrung mit diesem Klientel haben, durchaus auch Therapien im Ermächtungsverfahren übernehmen dürfen, um den Bedarf abzudecken“.

Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse deuten auf eine unzureichende psychotherapeutische Versorgungslage für erwachsene Menschen mit IM in Baden-Württemberg hin. Die Psychotherapeutinnen, die sich an der Befragung beteiligten, bewerteten die Versorgung als überwiegend mangelhaft bis ungenügend. Nach epidemiologischen Schätzungen könnten ca. 40.000 bis 70.000 Menschen mit IM psychotherapeutisch behandlungsbedürftig sein. Jährlich werden in Baden-Württemberg insgesamt etwa 200.000 Menschen ambulant und stationär psychotherapeutisch behandelt. Geht man davon aus, dass z. B. 25 % der o. g. behandlungsbedürftigen Menschen mit IM, also ca. 10.000 bis 20.000, einen Behandlungsplatz suchen, dann müsste jeder 20. bzw. 10. vorhandene Therapieplatz einem Menschen mit IM zur Verfügung stehen. Dies ist ziemlich unrealistisch.

Die Behandlung von Menschen mit IM scheint abhängig zu sein von der Einschätzung der eigenen Kompetenz der Psychotherapeutinnen, ihres Wissens, ihrer Erfahrung und ihrer Einstellung gegenüber Menschen mit IM. Um Psychotherapie bei Menschen mit IM effektiv zu gestalten, braucht es zudem kontinuierliche Ansprechpartnerinnen und eine Mitgestaltung der Wohn- und Arbeitssituation, was vielen Psychotherapeutinnen aufgrund zeitlich begrenzter Ressourcen und gegebener Rahmenbedingungen nur schwer möglich ist. Der mit ca. 20 % geschätzte Mehraufwand dafür dürfte eine weitere wichtige Barriere der Behandlung sein.

Die Ergebnisse bestätigen Aussagen von *Schanze (2008)* sowie *Simon und Jäckel (2014)*, dass die Psychotherapie von Menschen mit IM in der Ausbildung zur Psychotherapeutin weitgehend ausgeblendet wird. Eine Verankerung IM-spezifischer Themen in der Ausbildung erscheint zur Verbesserung der Versorgungssituation notwendig und wünschenswert.

Limitierungen

Es kann festgehalten werden, dass die in der vorliegenden Studie befragten Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich) hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht den größer angelegten, annähernd repräsentativen Studien von *Nübling, Jeschke et al. (2014)* und *Walenzik et al. (2010)* sehr ähnlich sind. Bei anderen Merkmalen, wie beispielsweise der Approbation oder den verwendeten Psychotherapieverfahren, ist die vorliegende Stichprobe nicht vergleichbar. Gründe für eine Teilnahme an der Studie könnten in einem besonderen Interesse an dem Thema bzw. der Verbesserung der Situation liegen. Es könnte daher vermutet werden, dass die vielen angefragten Psychotherapeutinnen, die den Fragebo-

gen nicht bearbeitet haben, überwiegend wenig bis gar keine erwachsenen Menschen mit IM behandeln und dass demzufolge die tatsächliche Versorgung noch schlechter ist, als es hier erfasst wurde. Es ist darüber hinaus allerdings auch denkbar, dass z. B. der Fragebogen zu lang war oder dass die angefragten Psychotherapeutinnen keine Motivation hatten, schon wieder an einer der aktuell vielen Online-Befragungen teilzunehmen. Angesichts des verhältnismäßig geringen Rücklaufs von 6,6 % sind die Ergebnisse nicht generalisierbar/übertragbar auf die in Baden-Württemberg tätigen Psychotherapeutinnen. Sie stellen aber eine erste und wichtige Einschätzung zur Versorgung erwachsener Menschen mit IM aus der Sicht der Profession dar.

Schlussbetrachtung

Die explorativ angelegte Studie wurde im Rahmen einer Masterarbeit in Zusammenarbeit zwischen Hochschule (Klinische Heilpädagogik) und Psychotherapeutenkammer als Low-Budget-Forschung durchgeführt. Die Studie hat einige Mängel bzw. Grenzen (s. o.), sie macht jedoch auch deutlich, dass es sich lohnen würde, zu diesem Thema mehr Mittel in wissenschaftlich fundierte Projekte zu investieren.

Insgesamt gehen die Autorinnen und Autoren dieser Studie aufgrund der Ergebnisse davon aus, dass es hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit speziellen Bedürfnissen und Erfordernissen einen erheblichen Mangel an geeigneten psychotherapeutischen Behandlungsangeboten gibt. Besonders betroffen scheinen Menschen mit schwereren Formen der IM und einer psychischen Störung.

Die Studie und ihre Ergebnisse sollen anregen, sich weiteren Fragestellungen hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit IM zuzuwenden. Selbstverständlich sollten aus künftigen Studien belastbarere Ergebnisse v. a. auf der Grundlage umfangreicherer Stichproben vorgelegt werden können. Eine länderübergreifende Befragung könnte die bundesweite Versorgungslage beleuchten. Darüber hinaus könnte eine Studie zur Versorgung z. B. in zwei bis drei ausgewählten Regionen zu einer vertiefenden bzw. differenzierteren Analyse beitragen und z. B. Hinweise liefern, wie eine Verbesserung der Vernetzung zwischen Professionen konkret besser funktionieren könnte. Ein weiterer Fragenkomplex könnte sich darauf richten, welche Anreize und Veränderungen seitens der Rahmenbedingungen erforderlich wären, um die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten von Menschen mit IM zu erleichtern und zu verbessern.

Deutlich wurde auch, dass der Einsatz und v. a. auch die Weiterentwicklung einer IM-spezifischen Diagnostik zentral und wichtig ist. Die zur Verfügung stehenden Verfahren sind zum einen allerdings oft sehr zeitaufwendig (weshalb sie nur teilweise verwendet werden), zum anderen mangelt es an geeigneten und validierten Instrumenten in deutscher Sprache

(Kufner, 2015; Meir, 2015). Hier sollten Neuentwicklungen und/oder Übersetzungen und Adaptionen bestehender Verfahren im Vordergrund stehen.

Eine weitere Perspektive ist es, Studien sowie auch die Versorgung stärker interprofessionell anzulegen, um die in der Versorgung therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen und Strukturen, die im Rahmen einer Behandlung psychisch kranker Menschen mit IM wichtig sind, besser einbeziehen zu können. So könnten z. B. Professionen wie die Heilpädagogik oder Sonderpädagogik die psychotherapeutische Arbeit unterstützen bzw. ergänzen (vgl. Werther & Hennicke, 2008).

Die vielerorts entstandenen und entstehenden Initiativen u. a. der Psychotherapeutenkammern in Zusammenarbeit mit interessierten bzw. in der psychotherapeutischen Behandlung intelligenzgeminderter Patientinnen erfahrenen Psychotherapeutinnen aus ambulanten Praxen, aus Beratungsstellen oder aus universitären Abteilungen sind beispielgebend. Sie machen Hoffnung auf eine mittel- und langfristig tatsächlich verbesserte Versorgung dieser Menschen.

Literatur

Došen, A. (2010). Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.

Engenhorst, A. & Kremitzl, K. (2016). Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und

psychischen Störungen in Baden-Württemberg. Masterarbeit. Katholische Hochschule Freiburg. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/versorgungsforschung/20161218-engenhorst-kremitzl-masterthesis.pdf> [25.04.2018].

Kufner, K. (2015). Wie behandeln wir Menschen mit einer Intelligenzminderung? *Psychotherapie im Dialog*, 16 (2), 18-21.

Meir, S. (2015). Besondere Bedingungen in der Diagnostik und der Therapie. In K. Hennicke (Hrsg.), *Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel. Materialien der DGSGB Band 33 (S. 13-18). Berlin: Eigenverlag der DGSGB. Verfügbar unter: <http://dgsbg.de/volumes/978-3-938931-34-9/978-3-938931-34-9.pdf> [25.04.2018].

Metaxas, C., Wünsch, A., Simon, T. & Nübling, R. (2014). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*, 13 (2), 122-130.

Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 13 (4), 389-397.

Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart.

Schanze, C. (2008). Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Psychotherapie im Dialog*, 9 (2), 157-162.

Schützwohl, M., Koch, A., Koslowski, N., Puschner, B., Voß, E., Salize, H. J. et al. (2016). Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51 (5), 767-776.

Simon, T. & Jäckel, A. (2014). Inhalte zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 13 (2), 131-133.



Katharina Kremitzl, M. A.

Katharina Kremitzl, Klinische Heilpädagogin (M. A.), ist Mitarbeiterin der Interdisziplinären Frühförderstelle und des Fachdienstes Integration im Kindergarten der Lebenshilfe Lörrach e. V. Vor Beginn des Studiums der Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule Freiburg arbeitete sie im Rahmen der Ausbildung zur Heilerziehungspflegerin in der stationären Behindertenhilfe mit erwachsenen Menschen.



Amelie Engenhorst, M. A.

Amelie Engenhorst, Klinische Heilpädagogin (M. A.), ist Lehrerin am Institut für Soziale Berufe Ravensburg gGmbH an der Fachschule für Heilerziehungspflege. Vor und während des Studiums der Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule Freiburg war sie als Heilerziehungspflegerin in der stationären Behindertenhilfe mit erwachsenen Menschen tätig. Hinzu kommt Berufserfahrung in einer ambulanten Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.



Prof. Dr. Traudel Simon

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



Dr. Alexander Wünsch

Dr. Alexander Wünsch ist Leitender Psychologe der Psychozialen Krebsberatung Freiburg, Tumorzentrum CCCF in Kooperation mit dem Department Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg. Neben der Patientenversorgung und Lehre liegt sein Forschungsinteresse in den Bereichen Arzt-Patienten-Kommunikation, Lehrergesundheit und Versorgung. Er ist außerdem Dozent an der Katholischen Hochschule Freiburg und involviert im Fachbereich Forschungskompetenz.



Dr. Roland Straub

Dr. Roland Straub ist Psychologischer Psychotherapeut und war lange Jahre in der Psychiatrie in Klinik und Forschung tätig. Er ist Supervisor in Verhaltenstherapie und Lehrbeauftragter/Dozent. Seit 2010 ist er Mitglied des Vorstandes der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und Behindertenbeauftragter.



Dr. Rüdiger Nübling

Korrespondenzadresse:

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

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

Offenbarungs- und Verschwiegenheitspflichten in der ambulanten Psychotherapie von Straftäterinnen

Andreas Maltry

Zusammenfassung:¹ Der Beitrag beschäftigt sich mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Psychotherapie von Straftäterinnen,² denen eine gerichtliche Therapieweisung erteilt worden ist. Als Faustregel gilt, dass bei Patientinnen, die unter Bewährungsaufsicht stehen, die Verschwiegenheitspflicht der Psychotherapeutin nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB zu beachten ist, während bei Patientinnen, die unter Führungsaufsicht stehen, die Verschwiegenheitspflicht nur eingeschränkt gilt, da daneben eine Offenbarungspflicht nach § 68a Abs. 8 StGB besteht.

Vorbemerkungen

Der Beitrag möchte der Leserinnen-schaft der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen die Grundlagen und rechtlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Psychotherapie von Straftäterinnen mit einer Therapieweisung darlegen und eine möglicherweise vorhandene Scheu vor der Behandlung dieser Patientinnen wegen der eingeschränkten Verschwiegenheitspflicht nehmen.

Da es für die Frage, ob eine behandelnde Psychotherapeutin besonderen Offenbarungspflichten unterliegt, u. a. darauf ankommt, ob die Patientin die gerichtliche Therapieweisung als Bewährungs- oder als Führungsaufsichts-Probandin erhalten hat, werden daher zunächst in einem kurzen Überblick die Grundlagen der Bewährungs- und der Führungsaufsicht dargestellt.

Grundlagen zur Bewährungsaufsicht

Voraussetzung für die Aussetzung der Vollstreckung einer (Gesamt-)Freiheitsstrafe bis zu einer Höhe von zwei Jahren zur Bewährung ist nach § 56 StGB³ u. a., dass die verurteilte Person sich schon die Verurteilung zur Warnung hat dienen lassen und dass sie künftig auch ohne die Einwirkung des Strafvollzugs

keine Straftaten mehr begehen wird. Mit anderen Worten muss der Patientin vom Gericht eine **günstige Sozialprognose**⁴ gestellt werden. Neben der Strafaussetzung einer (Gesamt-)Freiheitsstrafe zur Bewährung bereits mit dem Urteil – einer sogenannten originären Bewährung – kann ein Gericht die Vollstreckung des Strafrests einer (Gesamt-)Freiheitsstrafe auch erst nach Verbüßung eines Teils der Strafe zur Bewährung aussetzen gemäß § 57 StGB. Auch für diesen Fall ist eine günstige Sozialprognose erforderlich.⁵

Mit der Bewährungsentscheidung bestimmt das Gericht die Dauer der Bewährungszeit, welche bei Erwachsenen⁶ zwischen zwei bis fünf Jahren dauert (§ 56a StGB).⁷ Nach § 56c Abs. 1 Satz 1 StGB erteilt das Gericht der verurteilten Person für die Dauer der Bewährungszeit Weisungen, wenn sie dieser Hilfe bedarf, um keine Straftaten mehr zu begehen. Ein Gericht kann daher einer Patientin gemäß § 56c StGB eine Therapieweisung erteilen, d. h. beispielhaft die Weisung, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen.⁸ Heilbehandlungen, welche mit einem körperlichen Eingriff und/oder mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, dürfen nach § 56c Abs. 3 StGB nur mit Einwilligung der Patientin erteilt werden. Nach der Rechtsprechung handelt es sich bei der psychotherapeutischen Behandlung nicht um eine Behandlung, welche einer Einwilligung im Sinne des

§ 56c Abs. 3 StGB bedarf.⁹ Ferner kann das Gericht nach § 56d StGB die Patientin auch der Aufsicht und Leitung einer Bewährungshelferin unterstellen. Dies steht bei Erwachsenen im Ermessen des Gerichts, bei Jugendlichen ist die Unterstellung unter eine Bewährungshelferin dagegen nach § 24 JGG obligatorisch. Die Bewährungshelferin steht der Patientin dabei einerseits helfend und betreuend zur Seite gemäß § 56d

¹ Der Beitrag basiert auf einem Vortrag des Autors zum Thema „Rechtliche Rahmenbedingungen der ambulanten Therapie von Straftätern; insbesondere Offenbarungs- und Verschwiegenheitspflichten“ auf der Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Bayern „Psychotherapie mit Straftätern“ am 2. Dezember 2017 in Nürnberg.

² Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

³ StGB = Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322) zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 30. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3618).

⁴ Vgl. hierzu Fischer, Kommentar zum Strafgesetzbuch, 65. Auflage, 2018 (im Folgenden: Fischer), § 56 Rn. 3.

⁵ Vgl. hierzu Fischer § 57 Rn. 12ff., 22.

⁶ Bei Jugendlichen (Alter zur Tatzeit zwischen 14 bis 17 Jahren) beträgt die Bewährungszeit gemäß § 22 JGG (= Jugendgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3427) zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 27. August 2017 (BGBl. I S. 3295)) zwischen zwei bis drei Jahren.

⁷ Bei der Strafrestbewährung gilt § 56a StGB in Verbindung mit § 57 Abs. 3 Satz 1 1. HS StGB.

⁸ Vgl. Fischer § 56c Rn. 12.

⁹ Vgl. OLG Hamm NStZ 2000, S. 373; Bundestags-Drucksache 13/9062 vom 13. November 1997, S. 8f.

Abs. 3 Satz 1 StGB, andererseits überwacht die Bewährungshelferin auch im Einvernehmen mit dem Gericht die Erfüllung der erteilten Auflagen und Weisungen, berichtet dem Gericht über die Lebensführung der Patientin und teilt gröbliche oder beharrliche Verstöße der Patientin gegen Auflagen und Weisungen mit (§ 56d Abs. 3 Satz 2, 3 StGB). Bei neuen Straftaten während der Bewährungszeit bzw. bei gröblichen und/oder beharrlichen Verstößen gegen Auflagen und/oder Weisungen bzw. wenn sich die Patientin der Aufsicht und Leitung durch die Bewährungshelferin entzieht, kann das aufsichtsführende Gericht die Aussetzung zur Bewährung widerrufen oder die Bewährungszeit verlängern (§ 56f StGB).

Als einfache Faustformel gilt: **In den Fällen einer Therapieweisung nach § 56c StGB (d. h. im Rahmen einer Bewährung) besteht die Verschwiegenheitspflicht der Psychotherapeutin nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB.**¹⁰

Grundlagen zur Führungsaufsicht

Die Führungsaufsicht ist eine sog. Maßregel der Besserung und Sicherung gemäß § 61 Nr. 4 StGB. Führungsaufsicht tritt in der Regel kraft Gesetzes ein. Hauptanwendungsfälle sind:

- Vollverbüßung einer zumindest einjährigen (Gesamt-)Freiheitsstrafe bei Sexualdelikten im Sinne von § 181b StGB¹¹ bzw. einer zumindest zweijährigen (Gesamt-)Freiheitsstrafe bei anderen vorsätzlich begangenen Delikten (§ 68f StGB) oder
- Erledigung oder Aussetzung einer der unten aufgeführten freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung zur Bewährung
 - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)
 - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)
 - Unterbringung in der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB)

Aufgabe der Führungsaufsicht ist es, den Versuch zu machen, auch verur-

teilten Personen **mit vielfach schlechter Sozialprognose** eine Lebenshilfe vor allem für den Übergang von der Freiheitsentziehung in die Freiheit zu geben und sie dabei zu führen und zu überwachen.¹² Die Dauer der Führungsaufsicht beträgt mindestens zwei Jahre und kann bei zeitiger Führungsaufsicht höchstens fünf Jahre dauern (§ 68c Abs. 1 Satz 1 StGB). Allerdings kann unter den Voraussetzungen des § 68c Abs. 2 und Abs. 3 StGB auch unbefristete Führungsaufsicht angeordnet werden. Jede verurteilte Person unter Führungsaufsicht untersteht obligatorisch einer Bewährungshelferin und einer Aufsichtsstelle (§ 68a Abs. 1 Satz 1 StGB). Das Gericht kann der Patientin für die Dauer der Führungsaufsicht bzw. für eine kürzere Zeit Weisungen erteilen (§ 68b StGB). Wichtig hierbei ist, dass **Weisungen nach § 68b Abs. 1 StGB enumerativ** (abschließend) aufgezählt und **strafbewehrt** sind. Denn nach § 145a StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer während der Führungsaufsicht gegen eine bestimmte Weisung der in § 68b Abs. 1 StGB bezeichneten Art verstößt und dadurch den Zweck der Maßregel gefährdet. **Weisungen nach § 68b Abs. 2 StGB** wiederum sind **beispielhaft** aufgeführt („insbesondere“), d. h. das Gericht kann der Patientin unter Führungsaufsicht auch weitere nicht namentlich aufgeführte Weisungen erteilen. Bei einem Verstoß gegen eine nicht-strafbewehrte Weisung nach § 68b Abs. 2 StGB kann das Gericht unter den Voraussetzungen von § 68c Abs. 1 und Abs. 2 StGB unbefristete Führungsaufsicht anordnen und bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 67g Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 StGB eine zur Bewährung ausgesetzte Maßregel der Besserung und Sicherung widerrufen.

Als einfache Faustformel gilt: **In den Fällen einer Therapieweisung nach § 68b Abs. 2 Satz 2 und 3 StGB (d. h. im Rahmen der Führungsaufsicht) besteht nur eine eingeschränkte Verschwiegenheitspflicht der Psychotherapeutin nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB. Gleiches gilt in den Fällen einer Vorstellungsweisung¹³ im**

Rahmen der Führungsaufsicht nach § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 StGB.

Im Rahmen der Führungsaufsicht hat man es mit mehreren Akteuren zu tun:

- Bewährungshilfe
- Führungsaufsichtsstelle
- Gericht
- ggf. forensische Ambulanz/niedergelassene Therapeutin

Dabei übernimmt die Führungsaufsichtsstelle Verwaltungs-, Koordinations- und Kontrollaufgaben, während die Bewährungshilfe den persönlichen Kontakt zur Probandin pflegt und Hilfe-, Unterstützungs- sowie Kontrollaufgaben hat. Die genaue Aufgabenverteilung und das Verhältnis der Schnittstellen zueinander ist in § 68a StGB geregelt.

Die Organisation der Führungsaufsichtsstellen ist Aufgabe der Landesjustizverwaltungen¹⁴ und ist im Bundesgebiet unterschiedlich geregelt. In der Regel existiert eine Führungsaufsichtsstelle für einen Landgerichtsbezirk (in 55 von 70 Führungsaufsichtsstellen).¹⁵ In Bayern gibt es eine Teilkonzentration der Führungsaufsichtsstellen, d. h. nicht an jedem Landgericht gibt es eine eigene Führungsaufsichtsstelle, sondern zum Teil ist eine Führungsaufsichtsstelle für mehrere Landgerichtsbezirke zuständig (Art. 2 BayStrAG).¹⁶

¹⁰ Näheres zur Verschwiegenheitspflicht siehe unten unter dem Abschnitt „Verschwiegenheitspflicht“.

¹¹ Dies sind Straftaten nach §§ 174-174c, 176-180, 181a und 182 StGB.

¹² Fischer vor § 68 Rn. 2; vgl. auch Schönke/Schröder, Kommentar zum Strafgesetzbuch, 29. Auflage, 2014 (im Folgenden: Sch/Sch), § 68 Rn. 3.

¹³ Siehe unten unter dem Abschnitt „Die Therapieweisung in der Führungsaufsicht“.

¹⁴ Vgl. Art. 295 EGStGB (= Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469) zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Juni 2017 (BGBl. I S. 1612)).

¹⁵ Vgl. Baur und Kinzig (2015, S. XVI).

¹⁶ Vgl. BayStrAG (= Bayerisches Gesetz zur Ausführung und Ergänzung strafrechtlicher Vorschriften vom 13. Dezember 2016 (BayGVBl. S. 345)).

Verschwiegenheitspflicht

Grundsätzlich unterliegen Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen einer Verschwiegenheitspflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB, d. h. sie haben über das, was ihnen in ihrer beruflichen Rolle anvertraut oder (in Bezug auf ihre Patientin) bekannt geworden ist, zu schweigen.¹⁷ Dies gilt auch nach Beendigung der Therapie und über den Tod der Patientin (§ 203 Abs. 5 StGB) hinaus.

Diese Verschwiegenheitspflicht gilt allerdings nicht unbegrenzt,¹⁸ vielmehr kann sie aufgrund einer **Schweigepflichtentbindung**¹⁹ oder auf **gesetzlicher Grundlage**²⁰ eingeschränkt sein.

Die oben angegebenen Einschränkungen der Verschwiegenheitspflicht bedeuten für die Geheimnisträgerin allerdings nur eine **Offenbarungsbefugnis**, begründen aber **keine Anzeige-/Offenbarungspflicht**.²¹

Die Therapieweisung in der Führungsaufsicht

Nach § 68b Abs. 2 Satz 2 StGB²² kann das Gericht die verurteilte Person insbesondere anweisen, sich psychiatrisch, psycho- oder sozialtherapeutisch betreuen und behandeln zu lassen (sog. Therapieweisung). Gemäß § 68b Abs. 2 Satz 3 StGB kann die Betreuung auch durch eine forensische Ambulanz erfolgen. Ferner ist in § 68b Abs. 1 Nr. 11 StGB²³ noch die sog. Vorstellungsweisung geregelt, d. h. das Gericht kann die verurteilte Person anweisen, sich zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Abständen bei einer Ärztin, einer Psychotherapeutin oder einer forensischen Ambulanz vorzustellen.

In Bayern gibt es beispielsweise forensisch-psychiatrische Ambulanzen bei den Kliniken des Maßregelvollzugs, welche für Straftäterinnen zuständig sind, die nach einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt entlassen werden oder bei denen eine solche

freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zur Bewährung ausgesetzt wird. Diese forensischen Ambulanzen unterstehen der Fachaufsicht des Amts für Maßregelvollzug, welches seinen Sitz in Nördlingen hat und beim Zentrum Bayern Familie und Soziales angesiedelt ist (Art. 50 Abs. 1 Satz 1 BayMRVG).²⁴ Daneben gibt es Fachambulanzen für Gewalt- und Sexualstraftäterinnen in München, Nürnberg und Würzburg, die für Täterinnen,²⁵ die aus dem Strafvollzug entlassen worden sind, zuständig sind. Diese Fachambulanzen werden von freien Trägern betrieben.

Nach § 68b Abs. 5 StGB gilt § 68a Abs. 8 StGB entsprechend, soweit die Betreuung der verurteilten Person in den Fällen des Abs. 1 Nr. 11 StGB oder ihre Behandlung in den Fällen des Abs. 2 StGB nicht durch eine forensische Ambulanz erfolgt.

Dies bedeutet, dass die Vorschriften zu den Offenbarungspflichten nach § 68a Abs. 8 StGB (siehe unten der Abschnitt zur „Offenbarungspflicht“) auch für niedergelassene Psychotherapeutinnen gelten, wenn sie Patientinnen, die unter Führungsaufsicht²⁶ stehen und eine Vorstellungs- und/oder Therapieweisung²⁷ haben, betreuen und behandeln. Andererseits gelten diese Vorschriften mithin nicht für Patientinnen, die unter Bewährungsaufsicht²⁸ stehen bzw. für Patientinnen, die zwar unter Führungsaufsicht stehen, aber keine gerichtliche Vorstellungs- und/oder Therapieweisung haben.

Die Offenbarungspflicht gemäß § 68a Abs. 8 StGB

Die Schweigepflicht ist einerseits eine wichtige Grundlage für die (zur Psychotherapie notwendige) Vertrauensbeziehung. Um andererseits der Aufgabe der Führungsaufsicht, Täterinnen mit vielfach schlechter Sozialprognose nach Strafverbüßung oder im Zusammenhang mit einer freiheitsentziehenden Maßregel eine Lebenshilfe vor allem

für den Übergang von der Freiheitsentziehung in die Freiheit zu geben und sie dabei zu führen und zu überwachen,²⁹ gerecht werden zu können, ist eine konstruktive Zusammenarbeit der in der Führungsaufsicht beteiligten Stellen/ Institutionen³⁰ erforderlich, damit kritische Entwicklungen frühzeitig erkannt werden können.

Der Gesetzgeber hat bei der Führungsaufsichtsreform im Jahr 2007 in § 68a Abs. 8 StGB eine differenzierte Lösung versucht, um den Anliegen der Psychotherapeutinnen und den Aufgaben der Führungsaufsicht gerecht zu werden.³¹

17 Vgl. Fischer § 203 Rn. 10; Sch/Sch § 203 Rn. 13.

18 Vgl. § 203 Abs. 1 StGB: „unbefugt“.

19 Eine Schweigepflichtentbindung kann ausdrücklich oder auch stillschweigend erfolgen, vgl. Fischer § 203 Rn. 63ff.; Sch/Sch § 203 Rn. 22ff. Es empfiehlt sich aber aus Gründen der Rechtssicherheit und der Transparenz, sofern erforderlich, immer eine ausdrückliche schriftliche Schweigepflichtentbindung zu erholen.

20 Z. B. der rechtfertigende Notstand nach § 34 StGB.

21 Eine Ausnahme bildet die Vorschrift des § 138 StGB (Nichtanzeige geplanter Straftaten), die in ihrem (engen) Anwendungsbereich nicht nur eine Offenbarungsbefugnis, sondern sogar eine strafbewehrte Anzeigepflicht normiert; zur Offenbarungspflicht siehe unten unter dem Abschnitt „Die Offenbarungspflicht gemäß § 68a Abs. 8 StGB“.

22 Es handelt sich mithin um eine nicht-strafbewehrte Weisung, vgl. oben den Abschnitt zu „Grundlagen der Führungsaufsicht“.

23 Es handelt sich hierbei um eine strafbewehrte Weisung, vgl. oben den Abschnitt zu „Grundlagen der Führungsaufsicht“.

24 BayMRVG = Gesetz über den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie der einstweiligen Unterbringung vom 17. Juli 2015, GVBl. S. 222.

25 Die Bezeichnung Täterinnen ist dabei der geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal (bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform) geschuldet. Tatsächlich handelt es sich bei den in den oben angegebenen Fachambulanzen in München, Nürnberg und Würzburg angeordneten Personen in der überwiegenden Mehrzahl um Männer.

26 Siehe oben unter „Grundlagen zur Führungsaufsicht“.

27 Siehe oben unter „Grundlagen zur Führungsaufsicht“.

28 Siehe oben unter „Grundlagen zur Bewährungsaufsicht“.

29 Fischer vor § 68 Rn. 2.

30 Siehe oben unter „Grundlagen zur Führungsaufsicht“.

31 Vgl. Bundestags-Drucksache 16/4740 vom 20. März 2007, S. 23ff.

§ 68a Abs. 8 Satz 2 StGB hat folgenden Wortlaut:

Darüber hinaus haben die in § 203 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 6³² genannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der forensischen Ambulanz solche Geheimnisse gegenüber der Aufsichtsstelle und dem Gericht zu offenbaren, soweit aus ihrer Sicht

[...]

2. das Verhalten oder der Zustand der verurteilten Person Maßnahmen nach § 67g,³³ § 67h³⁴ oder § 68c Abs. 2 oder Abs. 3³⁵ erforderlich erscheinen lässt oder

3. dies zur Abwehr einer erheblichen gegenwärtigen Gefahr für das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung Dritter erforderlich ist.

Mit anderen Worten dürfen und müssen Inhalte aus persönlichen Gesprächen oder persönlichen Beobachtungen weitergegeben werden, wenn eine akute Verschlechterung des psychischen Zustands eingetreten ist, welche Gefahren für Rechtsgüter Dritter befürchten lässt, oder wenn Rückfallgefahr besteht. Diese Datenübermittlung dient (im wohlverstandenen eigenen Interesse) der Bewahrung der Patientin vor einem Rückfall und dem Schutz der Allgemeinheit. Hierbei hat die behandelnde Psychotherapeutin einen Ermessensspielraum.³⁶

Nach § 68a Abs. 8 Satz 3 StGB besteht für die mitgeteilten Informationen eine strikte Zweckbindung, d. h. sie dürfen nur für die dort genannten Zwecke verwandt werden. Dies bedeutet für die Informationsübermittlung in den Fällen des § 68a Abs. 8 Satz 2 Nr. 2 und Nr. 3 StGB, dass die Informationen nur für die Maßnahmen nach § 67g,³³ § 67h,³⁴ § 68c Abs. 2³⁵ oder Abs. 3³⁵ StGB bzw. für die Gefahrenabwehr, nicht aber zur

Strafverfolgung genutzt werden dürfen.³⁷

Ausblick und Fazit

Es empfiehlt sich, Patientinnen, welche unter Führungsaufsicht stehen und eine Vorstellungs- und/oder Therapieweisung erhalten haben, bereits zu Beginn der Behandlung über die bestehenden Offenbarungspflichten zu informieren und im Sinne der Förderung der psychotherapeutischen Allianz um eine Schweigepflichtentbindung zu ersuchen, auch wenn diese rechtlich nicht zwingend notwendig ist.³⁸ In der bisherigen, nunmehr fast zehnjährigen Praxis der Fachambulanzen für Gewalt- und Sexualstraftäterinnen gab es keine praktischen Probleme in der Umsetzung mit der Offenbarungspflicht nach § 68a Abs. 8 StGB.³⁹ In durchschnittlich 57 Prozent der Fälle gelingt es nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen der forensischen Fachambulanzen anfänglich unmotivierte Patientinnen zu einer Psychotherapie zu bewegen.⁴⁰ Die vielen Bewährungs- und Führungsaufsichtsprobandinnen sind auf die psychotherapeutischen Angebote der niedergelassenen Psychotherapeutinnen dringend

angewiesen, um flächendeckend mit angemessenem Zeitaufwand bezüglich der Anfahrtswege psychotherapeutisch versorgt zu sein.

Literatur

Baur, A. & Kinzig, J. (2015). Rechtspolitische Perspektiven der Führungsaufsicht. Eine Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse der bundesweiten Evaluation der Führungsaufsicht. In A. Baur & J. Kinzig (Hrsg.), Die reformierte Führungsaufsicht. Ergebnisse einer bundesweiten Evaluation (S. IX-XXXVIII). Tübingen: Mohr Siebeck.

³² D. h. insbesondere Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenspsychotherapeutinnen.

³³ § 67g StGB regelt den Widerruf der Aussetzung einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung zur Bewährung.

³⁴ § 67h StGB regelt die sog. Krisenintervention.

³⁵ In § 68c Abs. 2 und 3 StGB sind die Voraussetzungen zur Anordnung der unbefristeten Führungsaufsicht geregelt.

³⁶ Vgl. die Formulierung „aus ihrer Sicht“ und „erscheinen lässt“ in § 68a Abs. 8 StGB; vgl. auch Baur und Kinzig (2015, S. 213).

³⁷ Ostendorf in Nomos Kommentar zum Strafgesetzbuch, 4. Aufl., 2013, § 68a Rn. 27.

³⁸ Vgl. Baur und Kinzig (2015), S. 214: „Eine Aufklärung über die Offenbarungspflicht wird daneben als eine tragende Säule eines nachhaltigen therapeutischen Vertrauensverhältnisses gesehen“.

³⁹ Vgl. Baur und Kinzig (2015), S. 199: „Zu den befürchteten Rollenkonflikten kommt es in der Praxis offenbar nicht“ sowie S. 210ff.

⁴⁰ Vgl. Baur und Kinzig (2015, S. 183).



Andreas Maltry

Richter am Oberlandesgericht
Zentrale Koordinierungsstelle Bewährungshilfe der
bayerischen Justiz
Prielmayerstraße 5
80097 München

Andreas Maltry ist Richter am Oberlandesgericht in München und Leiter der Zentralen Koordinierungsstelle Bewährungshilfe (ZKB). Herr Maltry ist Mitglied des 3. Strafsenats des Oberlandesgerichts München und beschäftigt sich im Rahmen der ZKB bayernweit mit Angelegenheiten der Bewährungshilfe, Führungsaufsicht, Gerichtshilfe sowie der Zeugenbetreuung.

Kurzbeitrag

OEG-Trauma-Netzwerke zur zeitnahen therapeutischen Versorgung psychischer Gesundheitsstörungen von Gewaltopfern

Mit Inkrafttreten des Opferentschädigungsgesetzes im Jahre 1976 sollte dem Leitgedanken Rechnung getragen werden, dass die staatliche Gemeinschaft für die Opfer von Gewalttaten einstehen muss, wenn es ihr trotz aller Anstrengungen zur Verbrechenverhütung nicht gelingt, diese zu verhindern.

Was ist das Opferentschädigungsgesetz?

Wer in Deutschland einen gesundheitlichen Schaden durch eine Gewalttat erlitten hat, erhält Rentenleistungen sowie Heil- und Krankenbehandlungen, wenn eine Anerkennung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) durch die zuständige Versorgungsverwaltung des jeweiligen Bundeslandes vorliegt.

Die Antragstellerinnen sind heute in großer Zahl u. a. Opfer von Überfällen, Sexualstraftaten und schweren Körperverletzungen. Früher waren eher Schlägereien und leichtere Körperverletzungen Gegenstand der Entschädigungsverfahren. Insofern ist eine Zunahme der psychischen Langzeitfolgen zu verzeichnen, sodass die Bundesregierung wegen der geänderten Bedürfnisse der Betroffenen einen Ausbau der therapeutischen Angebote in Form von Trauma-Netzwerken für Opfer von Gewalttaten auf Länderebene und deren Vernetzung forderte.

OEG-Trauma-Netzwerke am Beispiel Hessens

Mittlerweile gibt es OEG-Trauma-Netzwerke zur Opfersoforthilfe und -betreuung in fast jedem Bundesland. Die Strukturen und Ansprechpartnerinnen sind unterschiedlich, länderübergreifende Behandlungen jedoch unbürokratisch möglich.

Die Netzwerke sind ein **Zusatzangebot für Soforthilfe**, wenn die Kapazitäten im niedergelassenen Bereich ausgeschöpft sind. Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der besonderen Therapieangebote nach dem Opferentschädigungsgesetz und das jeweilige Leistungsspektrum der Netzwerke unterscheiden sich in den Bundesländern nur geringfügig.

In Hessen haben sich 18 Facheinrichtungen mit Trauma-Therapieangeboten im Jahr 2015 vertraglich verpflichtet, Opfer von Gewalt nach dem Opferentschädigungsgesetz vorrangig psychotherapeutisch zu behandeln. Das Regierungspräsidium Gießen initiierte hierzu das hessische OEG-Trauma-Netzwerk im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration.

Wer kann Leistungen des hessischen OEG-Trauma-Netzwerks erhalten?

Es muss eine Gewalttat im Sinne eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen eine Person mit Tatort in Hessen vorliegen. Dies kann zum Beispiel eine vorsätzliche Körperverletzung, Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch sein. Nicht nur die Geschädigte selbst, sondern z. B. auch Personen, die Zeuge einer schweren Gewalttat wurden oder zu dem geschädigten Opfer in einer engen emotionalen Bindung stehen, können die Leistungen des Netzwerks erhalten. Die entsprechende Gewalttat sollte

nicht länger als ca. ein Jahr in der Vergangenheit liegen.

Wie kann das Opfer Kontakt aufnehmen und welche Leistungen erhält es?


Es bestehen zwei Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit dem hessischen OEG-Trauma-Netzwerk. Grundsätzlich müssen immer eine Gewalttat und eine Antragstellung nach dem OEG vorliegen. Das Opfer kann eine der 18 Kliniken des hessischen Netzwerkes direkt aufsuchen. Alternativ kann sich das Opfer auch an das zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales wenden und wird dort auf das Netzwerk hingewiesen.


Das Opfer kann auch außerhalb des Netzwerks nach wie vor unter den Voraussetzungen des SGB V eine niedergelassene Therapeutin aufsuchen. Sollte durch Auslastung der Kapazitäten im niedergelassenen Bereich eine sofortige Behandlung nicht möglich sein, kann die Therapeutin das Opfer auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Netzwerkes hinweisen.

Das Leistungsspektrum umfasst fünf probatorische Sitzungen und kann auf maximal 15 Sitzungen erweitert werden. Die Kosten für die Therapien, Fahrtkosten zu den Therapien und eventuelle Dolmetscherleistungen werden von der Versorgungsverwaltung übernommen.

Ruth Böhr, Leitende Ärztin,
Regierungspräsidium Gießen

Weitere Informationen

 Als Psychotherapeutin können Sie Opfer von Gewalttaten auf das OEG-Trauma-Netzwerk Ihres Bundeslandes hinweisen.

 Informationen zum hessischen OEG-Trauma-Netzwerk finden Sie hier: <https://rp-giessen.hessen.de/OEG-Traumanetzwerk>

Buchrezensionen

Neid. Der verpönte Affekt

Focke, I., Pioch, E. & Schulze, S. (Hrsg.). (2017). *Neid. Zwischen Sehnsucht und Zerstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 40,- €

Dieses Buch schließt eine Lücke: Allen Beteiligten ist eine umfassende Zusammenstellung über den Neid gelungen, die ebenso spannend wie vertiefend drei überaus wichtige Bereiche darstellt, in denen sich die zumeist destruktive Kraft des Neides entfaltet. Eine weitgehende Tabuisierung von Neid erschwerte bislang großteils die fundierte theoretische Beschäftigung mit ihm. Die komplexen Facetten des Neides werden in diesem Buch nun aufgefächert, nachvollziehbar geschildert und regen die eigene Beschäftigung damit an. So öffnen sich neue Blickwinkel auf das ubiquitäre Vorkommen von Neid und seine immense Destruktivität. Das Buch richtet sich an Psychotherapeutinnen,¹ Klinikerinnen, Forscherinnen und Wissenschaftlerinnen. Es macht seine Leserinnen aufmerksam auf die neidischen Vorgänge, die oft unbemerkt im klinisch-therapeutischen Alltag die Produktivität unterminieren, in Institutionen, Fachgesellschaften und auf politisch-gesellschaftlicher Ebene eine zentrale, destruktive Rolle spielen, weil sie Anerkennung, Mitgefühl oder Dankbarkeit verhindern. Dies umso mehr, da sie meist im Verborgenen wirken – bereits das Bewusstmachen ist hilfreich. Vermischt mit Liebe kann die machtvolle Antriebskraft des Neides auch zur Entwicklung beitragen. Diese Entschärfung aber kann nur über die Anerkennung von Neid geschehen. Am Ende der Lektüre ist die Wahrnehmung für Neid und dessen Abwehr sensibilisiert.

Das Buch versammelt die Vorträge der Jahrestagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft von 2015, die unter dem Titel „Begehren – bewun-

dern – beneiden. Objektbeziehungen zwischen Sehnsucht und Zerstörung“ stand. Einführend wird ein sehr lesenswerter Überblick über die verschiedenen Gestalten des Neides gegeben, werden seine Entwicklungsschicksale berichtet und die wichtigsten psychoanalytischen Neid-Konzeptionen überblickshaft dargestellt – eine dankenswerte Zusammenstellung.

Den drei Bereichen sind jeweils nützliche Einleitungen vorangestellt: Eingeführt von Eckehard Pioch, gibt der erste Teil einen gut lesbaren, anspruchsvollen Überblick der wichtigsten psychoanalytischen Theorien. Mit dieser Orientierung lässt sich der vertiefenden und diskursiv angelegten theoretischen Skizze von Wolfgang Hegener gut folgen, der die psychodynamischen Zusammenhänge von Begehren, Bewundern, Beneiden und Lieben aufzählt. Spannend geschrieben sind die zwei Aufsätze von Gertrud Hardtmann und Hildegard Wollenweber, die sich mit den destruktiven wie konstruktiven Seiten des Neides und mit seinen Wirkungen zwischen Geschwistern, in Gruppen, therapeutischen Beziehungen sowie in Mythen, Magie und Wahn befassen.

Der zweite Bereich, einfühlsam eingeleitet von Sylvia Schulze, bietet wunderbar illustrative Darstellungen klinischer Situationen und deren Reflexion. Schwierige Behandlungssituationen werden geschildert, in denen sich die Dynamik von Neid und Begehren intra- und interpersonell zeigt. Neid kann zu Sackgassensituationen führen und Therapieprozesse gefährden. Seine theoretische und transformative Bearbeitung weist auf die Bedeutung der Beschaffenheit der inneren Objekte hin wie auch darauf, das Wirken der destruktiven Kräfte erkennen zu können.

Die wechselvollen Gestaltungen der geschilderten Behandlungen nachzuvollziehen ist spannend, berührend und lehrreich.

Der dritte Bereich, kenntnisreich eingeführt von Ingo Focke, widmet sich selbstkritisch dem der organisierten Psychoanalyse immanenten Unbehagen und inneren wie äußeren, u. a. im Gesundheitssystem liegenden Spannungsverhältnissen. Neid, Rivalität und deren Abkömmlinge spielen in psychoanalytischen Instituten eine Rolle, sie betreffen etwa Hierarchie und Status. Diese Befunde ließen sich auf andere Organisationen übertragen. Zwei Ausbildungsteilnehmende sprechen mit Blick auf Neid und Mitgefühl von schwierigen Erfahrungen ihrer analytischen Identitätsbildung. Abschließend beleuchtet die versierte DPG-Geschichtsforscherin Regine Lockot das von Schuld und Scham geprägte Verhältnis der beiden deutschen psychoanalytischen Gesellschaften vor dem Hintergrund des Erbes des Nationalsozialismus. Wünschenswert wäre allerdings auch eine Untersuchung des Neides in der Behandlungssituation – etwa auf die regressive Position der Patientin oder die empathische Zuwendung der Analytikerin hin.

Das Buch zeigt den bedeutsamen Beitrag der Psychoanalyse zum Verständnis und zur Behandlung der dem Menschen innewohnenden neidisch-destruktiven Kräfte.

Dipl.-Psych. Johanna Naumann,
Hamburg

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Träumen gestern und heute

Hierdeis, H. (2018). Traum und Traumverständnis in der Psychoanalyse. Band in der Reihe Psychodynamik kompakt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 87 Seiten, 10,- €

Ausgewiesene Wissenschaftlerinnen und Praktikerinnen auf psychoanalytischem Gebiet stellen in der Reihe „Psychodynamik kompakt“ psychodynamische Ideen, Behandlungsformen und Forschungsbefunde bündig, konzise und praxisnah dar, und zwar jeweils auf aktuellem Stand und im interdisziplinären Bezug. Es gelingt den Autorinnen und Autoren der Reihe, ihr fundiertes Wissen auf jeweils rund 80 Seiten so zu präsentieren, dass Interessierte der Psychoanalyse, Studierende, Personen in Praxis und Weiterbildung sowie Fachkolleginnen auf hohem Niveau informiert werden.

Bereits jetzt liegt eine reichhaltige inhaltliche Auswahl an Titeln in der Reihe vor, beispielsweise die Titel „Psychodynamische Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin“, „Mitgefühl, Trauma und Achtsamkeit in psychodynamischen Therapien“, „Einführung in die Schematherapie aus psychodynamischer Sicht“, „Jugendliche Persönlichkeitsstörungen im psychodynamischen Diskurs“, „Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)“, „Selbstbestimmung zwischen Wunsch und Illusion“, „Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie“, „Psychotherapeutische Arbeit mit Migranten und Geflüchteten“ und andere mehr.

Mit dem Band „Traum und Traumverständnis in der Psychoanalyse“ des

Psychoanalytikers und emeritierten Erziehungswissenschaftlers Helmwart Hierdeis, der an den Universitäten Bamberg, Erlangen-Nürnberg, Innsbruck und Bozen-Brixen gelehrt und geforscht hat, liegt nun ein Buch vor, das der großen Tradition der Traumanalyse – die religiös und philosophisch in der Antike wurzelt – gerecht wird, trotz der für die Buchreihe gebotenen Knappheit der Ausführungen. Der Autor macht die psychoanalytische Konzeption des Traumes als psychophysisches Spannungsregulativ für das aktuelle Traumverständnis und gegenwärtige Praktiken der Traumanalyse fruchtbar, auch diskutiert er das mentale Geschehen der Traumproduktion und Traumdarstellung in seinen Unterschieden zur Alltagsrationalität.

Sigmund Freuds Kritik an der Traumforschung seiner Zeit, die Traumtheorie Freuds – bezogen auf Funktionen und Auslöser – sowie die Handhabung der Traumdeutung, illustriert am berühmten Traum von „Irmis Injektion“, bilden einen wichtigen Schwerpunkt. Hierdeis versteht es, die Thematisierung dieses Klassikers in aktueller Relevanz zur Darstellung zu bringen, indem er auf die zahlreichen, besonders die neueren und innovativen Nach- und Neuanalysen dieses Traumes eingeht. Im Anschluss daran kommen Carl Gustav Jung und Alfred Adler zur Sprache sowie psychoanalytische Neuzugänge zum Traum und, in einer knappen informativen Übersicht, Schlüsselbefunde der empirischen Traumforschung, die Spezifika der traumbezogenen Erinnerungs- und Wahrnehmungsarbeit und die Verbindung der kognitiven und sprachlichen

Entwicklung mit Veränderungen in der Traumgestaltung betreffen. Der Autor verweist auf die neurowissenschaftlichen Befunde von Mark Solms, was die Aktualität zentraler Aspekte der Freud'schen Traumtheorie, insbesondere die Theorie der Wunscherfüllung angeht. Angst- und Strafträume, Traum und Übertragungsgeschehen, Traum und Vorahnung werden anschließend in eindrucksvollen und überzeugenden Beispielen aus der eigenen psychoanalytischen Tätigkeit illustriert.

Es sei eigens auf den anregenden und ansprechenden Einleitungsteil des Buches hingewiesen, der den Traum in der kindlichen Erfahrung, im Alltag, in Musik, bildender Kunst und Literatur behandelt. Diese Ausweitung der Traumthematik über die Psychoanalyse hinaus macht von Beginn an sinnfällig, in welcher machtvollen und prachtvollen Weise das Geistesleben des Traumes kulturell prägend und formend ist. Zugleich ist dieser hinführende Teil mit über 20 Seiten sehr lang. Wäre er knapper ausgefallen, hätte auch über aktuelle praktische Zugänge zum Traum, etwa zum Umgang mit Angstträumen und traumatischen Träumen jenseits der psychodynamischen Richtungen informiert werden können.

Die klare Gliederung, die praxisnahe Reflexivität, die Kunst, den Bogen vom Einst zum Jetzt zu spannen, und der Einblick in die Behandlungspraxis machen es leicht, den Band, der in jede Tasche passt und anregungsreiche Lektüre vermittelt, vor allem für psychoanalytisch und tiefenpsychologisch Interessierte zu empfehlen.

Prof. Dr. phil. Brigitte Boothe,
Zürich

Vom theoretischen Wissen zum praktischen Tun. Eine Lehrfilmreihe

Fliegel, S., Buß, L. & Maith, V. (Produktionsleitung). (2017). *Lehrfilmreihe Handwerk der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag, neun DVDs, pro DVD bei Direktbestellung im Verlag 19,80 €

Die praktischen Herausforderungen, denen sich Psychotherapeutinnen in ihrem Berufsalltag stellen, sind oft viel mehr vom Hin und Her des konkreten Dialogs geprägt, als sich das in allgemein gehaltenen Therapieleitlinien, klassischen Lehrbüchern und psychotherapeutischen Gesetzen abbilden lässt.

In diese Lücke stößt die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie mit einem neuen, 2018 erschienenen Lehrbuch „Verhaltenstherapie. Was sie kann und wie es geht“ von Steffen Fliegel und anderen und mit der Lehrfilmreihe „Handwerk der Psychotherapie“, die die praktisch orientierten Kapitel des Lehrbuchs ergänzt. Diese Filmreihe stellt sich der Herausforderung, Psychotherapie als praktische Tätigkeit vorzustellen. Die Filme können ergänzend zum Lehrbuch geschaut werden, sie funktionieren aber auch ohne Begleitlektüre. Das umfangreiche Videomaterial zeigt auf insgesamt neun DVDs mit 20 Lehrfilmen über 15 Stunden lang praktisches psychotherapeutisches Handeln. Hier finden sich die für die Verinnerlichung von psychotherapeutischen Regeln notwendigen Beispiele. Es werden die Spezifika der psychotherapeutischen Arbeit dargestellt, deren Herausforderung oft darin besteht, dass anders als im Labor nicht jeder Schritt im Voraus planbar ist.

Erfahrene Praktikerinnen und Praktiker lassen sich bei ihrer Arbeit über die Schulter schauen. Sie zeigen die gesamte Bandbreite des alltäglichen psy-

chotherapeutischen Handwerkszeugs der Verhaltenstherapie und moderner Psychotherapie, beginnend mit der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und Methoden der Informationsgewinnung über Problem- und Plananalyse hin zu konkreten Interventionen wie emotionsfokussierten Techniken, Entspannungstraining und kognitiver Umstrukturierung.

Das Besondere an dieser Serie ist, dass sie den Prozess, der für die erfolgreiche Durchführung der demonstrierten Technik notwendig ist, oft in vollem Umfang darstellt. Es werden lange Psychotherapiesegmente gezeigt, die bis zu einer halben Stunde dauern können. Dadurch wird der tatsächliche Ablauf psychotherapeutischer Gespräche viel anschaulicher, als das in den üblichen „Mini-Sequenzen“ möglich ist, die man als Beispieldialoge in den meisten Lehrbüchern findet.

Die eigentlichen „Stars“ der Serie sind nicht die Patientinnen und Patienten und ihre spezifischen Störungen, sondern die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst. Sie zeigen die Anwendung der Methoden und Techniken und reagieren spontan auf die vielen Herausforderungen, denen sie sich in ihrer täglichen Arbeit stellen. Ihr Gegenüber sind Rollenspielende, die zumeist selbst psychotherapeutisch tätig sind und so realitätsnah agieren können. So kann die Zuschauerin z. B. im Video zur Beziehungsgestaltung lernen, wie man mit einer Klientin umgeht, die das psychotherapeutische Gespräch dadurch erschwert, dass sie sehr viel redet. Die vielfältigen Starts und Stopps, die echte psychotherapeutische Gespräche auszeichnen, werden dadurch augenfällig. Es wird bei der Betrachterin eine realistische Haltung dazu gefördert, wie

„glatt“ die eigenen Gespräche laufen können.

Die Lehrfilmreihe verdeutlicht zudem, wie unterschiedlich die einzelnen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Persönlichkeit in ihre Arbeit einbringen. Da findet sich der freundlich-gut gelaunte Stil von Andreas Veith, der in die verhaltenstherapeutische Arbeit mit Gedanken einführt. Ulrike Willutzki demonstriert, wie sprachlich raffiniert man mit lösungsorientierten Techniken für Klientinnen hilfreiche Dialoge gestalten kann. Steffen Fliegel behält zusammen mit seiner Klientin im komplexen Bedingungsgefüge verschiedener Problemanalysen die Übersicht. Martina Minkner nutzt die Arbeit mit dem Körper in der Psychotherapie so, dass zugleich die psychotherapeutische Beziehung gestärkt wird.

Eines der Highlights der Reihe ist für mich die DVD 8 „Herausfordernde und schwierige therapeutische Situationen“, in der 24 prototypische Schwierigkeiten, die im Gespräch auftreten, besprochen werden, wie etwa: Wie gehe ich damit um, wenn meine Klientin nach Schweiß riecht? Wie gehe ich mit Geschenken der Klientin um? Was tue ich, wenn die Klientin beiläufig Suizidgedanken äußert? Gerade in diesen interaktionell kniffligen Situationen kommt es oft auf jedes Wort an, um die psychotherapeutische Beziehung zu erhalten. Als Zuschauerin erhält man hier einmal mehr wertvolle Anregungen für die eigene Praxis.

Die Serie ermöglicht auf anschauliche Weise, das eigene Repertoire zu vertiefen und zu erweitern. Das Anschauen lohnt sich für alle, denen an der Verbesserung ihres eigenen psychotherapeutischen Handwerks gelegen ist.

Dipl.-Psych. Thorsten Padberg,
Berlin

Spiritualität in der Psychotherapie

Hofmann, L. & Heise, P. (Hrsg.). (2017). *Spiritualität und spirituelle Krisen. Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer, 526 Seiten, 59,99 €

Spiritualität hat als Thema in der Psychotherapie – sowohl im Zusammenhang mit psychischen Problemen als auch zunehmend als Ressource im psychotherapeutischen Prozess – in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Dies betrifft beispielsweise achtsamkeitsorientierte Methoden, andererseits hat das Thema z. B. in der Analytischen Psychologie Carl Gustav Jungs schon eine lange Tradition. Auf der Suche nach tieferem Sinn und persönlichem Wachstum interessieren sich immer mehr Menschen in den westlichen Gesellschaften für erfahrungsorientierte Zugänge zur spirituellen Dimension und individuell geprägte Formen der Spiritualität jenseits einer engen Bindung an tradierte religiöse Bezugssysteme. Für dieses Vorhaben können sie auf eine Vielzahl an Angeboten der spirituellen Weganleitung und Praxis zurückgreifen. Neben deren potentiell salutogenen und wachstumsfördernden Effekten können derartige erfahrungsinduzierende spirituelle Praktiken jedoch auch psychische Probleme und krisenhafte (Wachstums-)Prozesse auslösen. Immer häufiger wenden sich die Betroffenen in solchen Fällen bei ihrer Suche nach geeigneten Hilfestellungen auch an Psychotherapeutinnen. Vor diesem Hintergrund gewinnen die mit dem vorliegenden Band verfügbaren Grundlagenkenntnisse hinsichtlich psycho-spirituelle Entwicklungsprozesse und ihrer möglichen Krisenanfälligkeit auch für psychotherapeutische Praktikerinnen zunehmend an Bedeutung.

Mit dem hier vorgestellten umfangreichen Handbuch liegt nun tatsächlich ein deutschsprachiges Referenzwerk rund um alle Fragen der Bedeutung von Spiritualität für die Psychotherapie vor, das eine wesentliche Bedarfslücke füllt. Vergleichbare Werke, die sich bis dato überhaupt mit dieser Thematik befasst haben, sind entweder stark veraltet, überwiegend auf den US-amerikanischen Raum zugeschnitten oder aber stark populärpsychologisch aufgearbeitet. Psychotherapeutinnen finden in diesem Grundlagenwerk nun den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die für das Verständnis der spirituellen Entwicklung, ihrer möglichen Krisen sowie die Begleitung von derartigen Prozessen notwendig sind.

Das Buch bietet zunächst einen historischen Überblick über Konzepte und theoretische Modelle, z. B. das Konzept der spirituellen Krise bei Stanislav und Christina Grof, aber auch vor dem Hintergrund aktueller Diagnosesysteme. So werden z. B. in Kap. 5 wesentliche Merkmale der Abgrenzung von spiritueller Weganleitung einerseits und Psychotherapie andererseits, ebenso aber auch deren mögliche Überschneidungsbereiche reflektiert; zudem wird ein Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapie und Psychodiagnostik gegeben, was die Einbeziehung der spirituellen und religiösen Dimension anbelangt. Im Folgenden werden Erscheinungsformen spiritueller Probleme, wie z. B. Glaubenskrisen, Nahtoderfahrungen oder negative Wirkungen von Meditation detailliert dargestellt. An einen Überblick über die empirische Forschung und ihre grundsätzlichen Probleme in Bezug auf den Gegenstand schließt sich ein umfangreicher

Teil mit praktischen Hilfestellungen für Diagnostik und Behandlung an, z. B. zur Differenzialdiagnose von spiritueller Krise und Psychose. Schließlich werden die beschriebenen Phänomene vor dem Hintergrund spätmoderner Gesellschaften sozialpsychologisch eingeordnet. Der ausführliche Anhang gibt einen Überblick über vertiefende Literatur, einschlägige Fachzeitschriften, Anlaufstellen, psychotherapeutische und wissenschaftliche Netzwerke sowie Onlineressourcen.

Das Buch imponiert durch die gründliche und detaillierte Behandlung der vielen unterschiedlichen Aspekte des Themas. Zugleich liest es sich durch den betont nüchternen, wissenschaftlichen und ideologiefreien Zugang der verschiedenen Autorinnen und Autoren äußerst angenehm. Tatsächlich eröffnet sich bei der Lektüre teilweise ein neuer Blick auf Fallkonstellationen, die nun nicht mehr nur psychopathologisch, sondern auch als mögliche Wachstums-krise verstanden werden können oder in anderer Weise neue Bedeutungsaspekte erhalten. Zugleich wird deutlich, dass die schon erwähnte Sehnsucht nach spiritueller Sinnfindung ein mittlerweile weit verbreitetes gesellschaftliches Phänomen ist, das bei nicht wenigen Menschen auch auf Abwege und in schwierige psychische Problematiken hinein führt, die entsprechender Behandlungskontexte bedürfen. Von daher ist das Buch für alle Praktikerinnen der Psychotherapie ein großer Gewinn, da hier nun ein Kompendium für das Erkennen, Einordnen und Behandeln entsprechender Problematiken vorliegt. Kritisch ist höchstens der voluminöse Umfang des Buches und der damit verbundene hohe Preis zu bewerten.

Prof. Dr. Christian Roesler,
Freiburg

Weniger ist mehr. Der Alltagshelfer für die kreative Psychotherapie

Bergmann, F. & Bergmann, D. (2017). Krimskrams und Co. – Besondere und alltägliche Gegenstände in der Kindertherapie und Elternberatung. Dortmund: verlag modernes lernen, 256 Seiten, 19,95 €

Die beiden Autorinnen Felicitas Bergmann und Delphine Bergmann haben mit „Krimskrams und Co.“ einen ungewöhnlichen Ansatz für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen entwickelt. Ausgehend von Alltagsgegenständen zeigen sie in kleinen Interventionen auf, wie diese gewinnbringend psychotherapeutisch genutzt werden können.

Dieses Buch richtet sich an alle, die mit Kindern und Jugendlichen (psychotherapeutisch) kreativ arbeiten möchten. Die meisten haben sich vermutlich schon einmal gefragt, wie sie Inhalte so vermitteln können, dass sie einen bleibenden Eindruck hinterlassen. Mehrere Sinneskanäle sollten angesprochen werden, aber wie? Therapiemanuale sind oftmals sehr theoretisch oder mit Arbeitsblättern überladen oder entsprechend teuer. Innovativ ist daher die Idee der Autorinnen, den Fokus auf den kreativen Umgang mit Gegenständen zu legen, die man entweder schon verfügbar hat oder erschwinglich erwerben kann.

Das Buch ist in vier übersichtliche Abschnitte unterteilt, deren Unterkapitel nach den einzelnen Gegenständen benannt sind. In jedem Kapitel wird der jeweilige Gegenstand zunächst kurz beschrieben, dann folgen Ideen zu verschiedenen Einsatzmöglichkeiten. Piktogramme mit geeigneten Zielgruppen (z. B. Gruppen oder Kinder mit intellektuellen Einschränkungen) erleichtern die

Orientierung. Die Einsatzmöglichkeiten der Gegenstände in den verschiedenen Kapiteln sind sehr unterschiedlich, so kann es z. B. darum gehen, diese zur Veranschaulichung oder im Sinne von sog. „Impact-Techniken“ zu nutzen.

Im ersten Kapitel stehen alltägliche Gegenstände und deren psychotherapeutischer Einsatz im Mittelpunkt. Die meisten wird jede daheim finden, wie z. B. Briefumschläge oder Schwämme. Im zweiten Kapitel geht es um besondere „Gadgets“, also Gegenstände, die durch eine neuartige technische Funktion oder ein spezielles Design auffallen, zum Entdecken anregen und im Gedächtnis bleiben. Darüber hinaus gibt es weitere besondere Gegenstände, von denen man sicher einige in seinem Fundus entdecken wird, wie z. B. Sticker und bunte Brillen. Im dritten Kapitel widmen sich die Autorinnen nützlichen Kisten und Boxen, um beispielsweise Belohnungen oder Gegenstände für ein Skillstraining anzubieten. Im letzten Kapitel geht es um handelsübliche Brett- und Kartenspiele und deren Einsatzmöglichkeiten im psychotherapeutischen Setting, wie etwa die Verbesserung von Problemlösestrategien mit Geschichtenwürfeln. Es schließt sich eine Einkaufsliste für Flohmärkte an sowie ein Stichwortverzeichnis, das wichtige Schlagworte zu Störungsbildern oder Interventionen, aber auch zu Themen aus der Beratung und Prävention beinhaltet. So lässt sich z. B. bei Bedarf schnell nachschlagen, mit welchen Gegenständen die Psychoedukation bei Ängsten anschaulich umgesetzt werden kann.

Das vorliegende Buch ist wunderbar für die Planung von Einzel- und Gruppentherapien für Kinder, Jugendliche

und Eltern, aber auch im Rahmen einer Beratung oder eines Coachings geeignet. Positiv ist, dass man sich dank prägnanter Überschriften schnell orientieren kann und die meisten Gegenstände bereits besitzt oder günstig erwerben kann. Alltägliche Gegenstände werden zweckentfremdet, wodurch die professionelle Arbeit kreativer gestaltet werden kann und bei den Patientinnen bzw. Klientinnen nachhaltigen Eindruck hinterlässt. Interventionen lassen sich tiefer verankern, da mehrere Sinneskanäle genutzt werden. Sehr gelungen ist auch das Stichwortverzeichnis. Dort wird man schnell fündig, wenn man eine Idee für ein bestimmtes Thema benötigt. Dadurch muss nicht das ganze Buch durchblättert werden, sondern die Leserin kann sich zielgerichtet vorbereiten.

Ein kleiner Kritikpunkt ist die fehlende Farbgestaltung, die das Buch mit Sicherheit bereichert und zu einer noch besseren Übersicht innerhalb der Kapitel beigetragen hätte.

Ich persönlich finde „Krimskrams und Co.“ insgesamt sehr empfehlenswert und kann mir vorstellen, dass es die Arbeit von Psychotherapeutinnen, Sozialpädagoginnen und allen psychotherapeutisch bzw. beraterisch Tätigen bereichern kann. Gerade für die alltägliche Praxis, wenn die Zeit für die Vorbereitung knapp wird, kann es sehr nützlich sein. Ich verwende das Buch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, um z. B. schnell eine Sitzung vorzubereiten oder auch Ideen für die weitere Behandlung zu sammeln. Für mich eine wundervolle Schatzkiste für die kreative psychotherapeutische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern!

Lea Finke, M. A.,
Fürth

Leserbriefe

Bild von der Realität psychotherapeutischer Abhängigkeitsverhältnisse

Zu A. Schleu, G. Tibone, T. Gutmann & J. Thorwart: Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Notwendige Diskussion der Perspektiven von Psychotherapeuten und Juristen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2018, S. 11-19.

Für den Beitrag von Frau Kollegin Schleu und Coautoren im Heft 1 dieses Journals kann man nur dankbar sein. Hier wird eine aufwendige Stellungnahme zum betreffenden Urteil des BGH abgegeben, die aus psychotherapeutischer wie juristischer Sicht die schwer nachvollziehbare Meinung des BGH in respektvoller, aber zugleich treffender Weise in Frage stellt. Besonders wichtig erscheint, dass der Akzent der Argumentation auf der ausnahmslos abhängigen Position des Patienten in der Psychotherapie liegt und der Begriff der Übertragung nicht auftaucht. Die Gefahr wäre gewesen, dass Psychotherapie-Richtungen, die ohne dieses Konzept arbeiten, aus der Strafandrohung herausfielen. Und missbrauchende Psychoanalytiker hätten mit seiner Hilfe ihr eigenes schuldhaftes Verhalten relativieren und bagatellisieren können. Das habe ich schon so erlebt. Tatsächlich macht das Urteil des BGH aber auf erschreckende Weise deutlich, wie wenig sich der Senat bemüht hat, ein Bild von der Realität psychotherapeutischer Abhängigkeitsverhältnisse zu gewinnen. Wenn ich es recht nachvollziehe, dann wird hier wesentlich mit dem „gesunden Menschenverstand“ argumentiert: Wenn Verliebtheit/Liebe eine Rolle spielt, wenn die Klägerin auch noch dem Verkehr zugestimmt hat und keine Gewalt angewendet wurde, dann hat sie – zumindest in Teilen – eigenverantwortlich gehandelt. Also hat kein Missbrauch vorgelegen – es handelt sich ja sichtlich nicht um ein „Zeausgangsdelikt“. Das aber ist eine fast naive Ar-

gumentation und dann wäre auch die Verabschiedung eines Gesetzes, das eine unprofessionelle Ausnützung der therapeutischen Situation unter Strafe stellt, eigentlich nicht notwendig gewesen. Das Gesetz war doch erforderlich geworden, weil Patienten/innen, die sich in einer ihnen völlig neuen Situation emotional exponieren, aus solchem Eigennutz des Therapeuten (seltener der Therapeutin) regelhaft Schaden nehmen. Für die Kontrolle der affektiven Wechselbeziehung in der Therapie ist ausschließlich der Therapeut verantwortlich. Sähe er das anders, hätte er seinen Beruf verfehlt.

Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann,
Hamburg

Aufklärung zur „echten Liebesbeziehung“

Zu A. Schleu, G. Tibone, T. Gutmann & J. Thorwart: Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Notwendige Diskussion der Perspektiven von Psychotherapeuten und Juristen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2018, S. 11-19.

Der Artikel bietet Aufklärung: Wir folgen in unserer Praxis immer zwei Gesetzgebern, einer Theorie der Behandlung und ethischen Maximen. Diese sind die allgemeineren, im Konfliktfall haben sie Priorität. Wir sind in der intimen therapeutischen Situation auch als öffentliche Person im Sinne des StGB anwesend.

Die Rechtsprechung muss sich von psychotherapeutischer Seite über die Tatsachen des Lebens belehren lassen. Wenn das Verwaltungsgericht Berlin verkündet, um einen Missbrauch handele es sich nicht, wenn dem Beschuldigten letztlich nicht zu widerlegen sei, dass ihn, wie er beteuert, Liebesgefühle geleitet hätten (S. 17), dann scheint es vergessen zu haben, wie viel Unheil über Menschen gekommen ist, im Na-

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen. Als Leserinnen und Leser beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absenderinnen und Absender und nicht unbedingt die der Redaktion wiedergeben.

men der Liebe. Die Liebe oder Verliebtheit, die der Beschuldigte vor Gericht beteuert, hat die therapeutische Beziehung zerstört. Oder hat das Gericht sich wirklich vorgestellt, ein Therapeut könne eine Liebesbeziehung zu der Beschuldigten unterhalten und, um das plastisch zu sagen, in den „Liebepausen“ therapeutisch mit ihr arbeiten? Wenn der Therapeut behauptet, er habe sich von seinen Liebesgefühlen hinreißen lassen, verleugnet er, was er weiß (!): dass er diese zwar haben, aber sie nicht handelnd agieren darf. Dieses Wissen gehört zu den Tatsachen unseres Berufslebens. Das Gericht hätte sich zur Kenntnis nehmen sollen.

Wenn Verliebtheit sein Handeln bestimmt, macht der Therapeut die Patientin zu seiner Geliebten. Diese Liebe ist einseitig bedürfnisbefriedigend, besessen (er hat sich hinreißen lassen) und vereinnahmend – der Therapeut hat seinen Verstand verloren. Von einer „echten Liebesbeziehung“ (ebd.) kann also keine Rede sein. Eine solche nämlich „schließt (sexuellen und anderen) Missbrauch aus“ (ebd.). Das Gericht hätte sich an seine eigene Sprachregelung halten sollen.

Dr. Wulf Hübner,
Hamburg

Bin ich ein Orthorektiker?

Zu J. Strahler: Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild? Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse. Psychotherapeutenjournal 1/2018, S. 20-26.

Bin ich ein Orthorektiker? [...] Ich esse weder Hund (Korea), noch Katze (Schweiz), keine Meerschweinchen (Südamerika) und auch keine gegrillten Insekten (Afrika) und schon gar keine in Kinder-Urin gekochten Eier (China) – da bin ich eisern! Nur bei Pferd habe ich in studentischen Notzeiten vor Jahrzehnten mal eine Ausnahme gemacht, habe es aber überlebt. Allerdings verfeinere ich den Spinat gern mit jungen Brennesseln und Giersch und schätze den Röhrlsalat mit Löwenzahn. Kaffee mag ich nicht, Alkohol gibt es erst nach 19:00 Uhr und Hochprozentiges vermeide ich so gut es geht. Trotz meines Studiums im katholischen Rheinland esse ich nicht an jedem Freitag Fisch und zum Grillen müsste man mich zwingen, habe beides aber schon mal gemacht. Das von fremder Hand gegrillte Steak esse ich aber freiwillig und gern, ebenso Schnecken und Froschschenkel, allerdings seltener. Vor einem Besuch beim Zahnarzt vermeide ich Knoblauch. Bin ich nun ein Orthorektiker? Dabei kauft meine Frau – aus politischen Gründen – im Bioladen ein (und fährt mit dem Auto dorthin) und ich aus Gründen der Bequemlichkeit im näher gelegenen Supermarkt (aber mit dem Fahrrad). Ich war noch nie bei McDonald's, koche dafür aber jeden Tag selber – nur dass

meine Frau dann die Wacholderbeeren aus dem Sauerkraut pult, die ich extra hineingetan habe. Ist sie noch orthorektischer als ich?

Aber mal im Ernst – es geht doch um die Gefahr von Mangelernährung bei einer „ich-syntonen“ Ernährungsweise. Damit wird die sog. Orthorexie zum internistischen Problem, vielleicht auch zum familiären, wenn sie als Mittel pathologischer Familiendynamik eingesetzt wird. Wenn ich jedoch weder mir noch anderen schade, möchte ich auch ein Spinner sein dürfen und nach meiner Fassung satt und selig werden dürfen, ohne gleich ICD-klassifiziert zu werden – und das gilt nicht nur für Haustierverweigerer. Diesen Luxus können wir uns derzeit hierzulande schon leisten.

Dipl.-Psych. Bernd Enke,
Detmold

Eine bestimmte, aber auch entspanntere Haltung im Umgang mit Ernährung

Antwort der Autorin Jana Strahler auf den Leserbrief

Sehr geehrter Herr Enke,

es freut mich, dass der Übersichtsartikel „Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild?“ Ihre Aufmerksamkeit gefunden hat. Der Artikel hatte zum Ziel, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Phänomen zusammenzutragen. Ich stimme Ihnen zu, zunächst erscheint der Bedarf am

Einschränken einer exzessiv gesunden Ernährungsweise nicht plausibel. Und genauso bedeutet die Verwendung von Begrifflichkeiten wie „Gesund-Ess“-Sucht, ein Problem zu einer medizinischen und therapeutischen Angelegenheit zu machen, von dem wir weder die schädlichen Auswirkungen noch mögliche Wurzeln im Gesellschaftlichen und Kulturellen verstanden haben. Gerade im Falle der Orthorexie gilt es wachsam zu bleiben gegenüber unserer Neigung, ungewöhnlichen, nicht der Norm entsprechenden Verhaltensweisen das Etikett „Sucht“ zu verpassen. So fürchtete man Mitte des 19. Jahrhunderts auch, dass übermäßiger Genuss von Zeitungen und Romanen Suchtcharakter besitze, oder im vergangenen Jahrhundert das Verteufeln von Fernsehen und Videospiele. Was wir brauchen, ist eine zugleich bestimmte, aber auch entspanntere Haltung im Umgang mit Ernährung – unserer eigenen und der anderer. Wo das Phänomen Orthorexie jedoch Krankheitswert besitzt, kann korrigierend eingegriffen werden. So geben auch Sie den Hinweis auf die Gefahr der Mangelernährung und mögliche psychosoziale Konsequenzen. Wir dürfen gespannt darauf sein, ob Orthorexie als eigenständige Störungskategorie von Krankheitswert wissenschaftliche (und therapeutische) Anerkennung findet.

Mit den besten Grüßen

Dr. Jana Strahler,
Gießen

Telefonseelsorge und Offene-Tür-Stellen: Auch Face-to-Face-Beratung vor Ort

Zum Interview von G. Corman-Bergau mit M. Dinger: Telefonseelsorge. Seit über 60 Jahren eine Hilfeeinrichtung für Menschen in seelischen Krisen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2018, S. 34-38.

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für das interessante und ausführliche Interview von Frau Corman-Bergau zur Arbeit der TelefonSeelsorge mit der Kollegin Monika Dinger aus Paderborn. Ich freue mich sehr, dass die Arbeit der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen bei der Krisen- und Lebensberatung der TelefonSeelsorge so pointiert in den Blick genommen wurde. Ergänzend zu diesen Ausführungen möchte ich gern die für unsere Profession interessante vierte Säule der Krisenarbeit der TelefonSeelsorge hinzufügen: Neben Telefon, Mail und Chat bietet die TelefonSeelsorge Deutschland in einigen Großstädten eine Face-to-Face-Beratung vor Ort

an. Entstehungsgeschichtlich durch meist starke Hauptamtliche Teams bedingt, gibt es in Berlin, Bochum, Bonn, Duisburg, Frankfurt, Mainz, Passau, Saarbrücken, Trier und Wiesbaden ein niedrigschwelliges Angebot zur persönlichen Beratung vor Ort. Einzelne und oft auch Paare können hier kurzfristig, auf Wunsch anonym, kostenfrei und ohne Ansehen der Person, Konfession, Weltanschauung oder ihres Anliegens Beratungsgespräche in kritischen Lebenslagen bekommen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, in der Regel nach telefonischer Voranmeldung. Diese Stellen sind mit multiprofessionellen Teams besetzt, kooperieren eng mit anderen Hilfsangeboten im psychosozialen Netz und sind durch die Finanzierung aus Kirchensteuermitteln frei von Vorgaben, wie sie im Gesundheitssystem üblich sind. Dasselbe gilt für das Netzwerk der Offene-Tür-Stellen in 16 weiteren Großstädten (z. B. Bremen, Hamburg, Hannover, Heilbronn, Mannheim, München, Nürnberg, Würzburg), in denen die Beratungsgespräche noch niedrigschwelliger auch ohne Terminanmeldung möglich sind. In 2017 wurden insgesamt ca. 66.000 Beratungsgespräche geführt. Das sind etwa 8 % des gesamten Beratungsaufkommens der Kontakte mit der TelefonSeelsorge überhaupt (Telefon, Mail, Chat und Face-to-Face zusammen).

Nach unseren Erfahrungen wird dieses (pastoral-)psychologische Angebot besonders von Menschen in Anspruch genommen, die sich im Vorfeld psychotherapeutischer Hilfen orientieren wollen; ebenso von Einzelnen und Paaren, die bei anderen Beratungsstellen und bei niedergelassenen Therapeuten auf Wartezeiten bis zu einem halben Jahr und mehr getroffen sind; von Menschen mit multiplen Erkrankungen psychosomatischer und psychischer Art, die sich bei Medizinern und/oder Psychotherapeuten nicht aufgehoben fühl(t)en; auch von chronisch psychisch Kranken, die alleine leben und sich durch den regelmäßigen Kontakt zur Beratungsstelle stabilisieren können. Nicht selten mündet die Beratung in den Beginn einer Psychotherapie (ambulant und/oder teil-/stationär).

Dr. Christopher Linden,
Wiesbaden

Reform der Psychotherapeutenausbildung zügig abschließen – 32. Deutscher Psychotherapeutentag in Bremen

Der 32. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) forderte am 20. und 21. April 2018 in Bremen, die Reform der Psychotherapeutenausbildung zügig abzuschließen. Außerdem stellte er die Weichen für eine konsequentere Frauenförderung und appellierte an die Politik, die ambulante Versorgung auszubauen.

„Das Schiff ins Wasser kriegen“

Die bremische Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Prof. Dr. Eva Quante-Brandt, begrüßte die Delegierten und war zuversichtlich, dass es in „naher Zukunft“ ein „tragfähiges Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ geben werde. Man werde, so sage man in Bremen, das Schiff schon „ins Wasser kriegen“.

Der Bremer Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens betonte in seiner Begrüßungsrede, dass Kooperation zwischen Ärztinnen und Psychotherapeutinnen ein konstruktives und gleichberechtigtes Miteinander erfordere. Das Reklamieren von Vorrangstellungen sei hier nur hinderlich. Daher plädiere er auch dafür, wenn nötig, die Option der Verordnung von Psychopharmaka zu nutzen.

Ökonomisierung der Lebens- und Arbeitswelt

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), begrüßte, dass die Bundesregierung psychische Erkrankungen zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts zähle und es für sie zu den Aufgaben des deutschen Gesundheitssystems gehöre, psychisch kranke Menschen



v. l.: Karl Heinz Schrömgens, Prof. Dr. Eva Quante-Brandt, Dr. Dietrich Munz

angemessen zu versorgen. Dafür sollten allerdings auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen in Deutschland so sein, dass sie gesund aufwachsen können und ihre Gesundheit erhalten bleibt.

Anhand der Auswertung der Bundesregierung zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftszweigen lasse sich zeigen, dass vor allem Arbeitnehmerinnen im Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich häufig wegen psychischer Erkrankungen fehlen. Für Pflegerinnen, Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sei es unverzichtbar, ausreichend Zeit für ihre Patientinnen zu haben, um ihnen mit dem notwendigen Respekt zu begegnen, sie als Individuen wahrzunehmen und angemessen zu pflegen, zu versorgen und zu behandeln. Diese Zeit müsse man den im Gesundheitswesen Tätigen lassen. Beschneide

man diese Zeit, werden Patientinnen nicht angemessen versorgt und die im Gesundheitswesen tätigen Menschen werden auch an dem Widerspruch erkranken, dass sie die Arbeit mit den Patientinnen nicht so gestalten können, wie es aus ihrer Sicht notwendig ist. Es komme darauf an, dass nicht Ökonomen über den Umgang mit der knappen Ressource Zeit entscheiden, sondern diejenigen, die im Gesundheitswesen im unmittelbaren Kontakt mit den Patientinnen arbeiten, z. B. Pflegerinnen, Ärztinnen und Psychotherapeutinnen. In der anschließenden Debatte begrüßten viele Delegierte diesen Appell für eine humanere Lebens- und Arbeitswelt.

Reform des Psychotherapeutengesetzes

BPtK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop erläuterte zur Reform des Psychothera-

peutengesetzes die für die Profession zentralen Punkte, die bereits Eingang in den Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefunden haben.

Legaldefinition

Melcop begrüßte, dass mit der vom BMG geplanten offenen Legaldefinition die Heilkundeerlaubnis für Psychotherapeutinnen nicht mehr an wissenschaftlich anerkannte Verfahren geknüpft werde. Damit werde den Psychotherapeutinnen, wie anderen akademischen Heilberufen auch, mehr Therapiefreiheit eingeräumt.

Berufsbezeichnung

Für Psychotherapeutinnen sei klar, so Melcop, dass die Berufsbezeichnung Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin lauten müsse. Mit dieser Bezeichnung werde den „ärztlichen Kolleginnen nichts genommen“. Ein Delegierter fasste zusammen: „Wir sind Psychotherapeuten, wir machen Psychotherapie, wir müssen deshalb auch Psychotherapeuten heißen“.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Melcop begrüßte ferner, dass das BMG ein Fortbestehen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie plane. Dies könne die Einheit der Psychotherapie

sichern, insbesondere dann, wenn die Empfehlungen des von der BpTK und Bundesärztekammer (BÄK) gemeinsam getragenen Wissenschaftlichen Beirats künftig auch Auswirkungen auf die Aus- und Weiterbildung beider Professionen haben werde.

Regelung der Praxisphasen in der Approbationsordnung

Dem DPT lag ein Papier des BpTK-Vorstands und der Bund-Länder-AG Transition mit konkretisierten Vorschlägen zur Regelung von Praxisphasen für eine Approbationsordnung vor. Peter Lehdorfer, Vizepräsident der BpTK, machte deutlich, dass Psychotherapeutinnen zum Zeitpunkt der Approbation über spezifische praktische Fähigkeiten verfügen müssten, um die Erteilung der Approbation zu rechtfertigen. Eine zentrale Bedeutung habe Diagnostik und Indikationsstellung, da nur so Patientinnen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten gut beraten und behandelt werden können. Grundlegende Interventionen sollten gleichfalls beherrscht werden. Die eigenverantwortliche Anwendung von Psychotherapieverfahren solle jedoch erst nach der Approbation in der Weiterbildung vermittelt werden. Essenziell sei aber auch, dass Psychotherapeutinnen mit Erlangen der Approbation in der Lage seien, selbstständig wissenschaftlich zu arbeiten. Die Delegierten sahen in

diesem Papier eine sinnvolle Unterstützung des BMG bei der Erarbeitung der Approbationsordnung.

Kooperation und gemeinsame Verantwortung der Heilberufe

Ein Schwerpunktthema des DPT war die Kooperation zwischen Psychotherapeutinnen, Ärztinnen und weiteren Heilberufen. BpTK-Präsident Munz machte deutlich, dass die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie nur dann gut gelinge, wenn Psychotherapeutinnen ihre Patientinnen über die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie informieren und sich Psychotherapeutin und Ärztin über die medikamentöse Behandlung abstimmen. Neben der Indikationsstellung gehe es darum, die Wechselwirkungen zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie zu beachten und zu erkennen, wann welches Medikament zielführend sei, welches Medikament abzusetzen oder anders zu dosieren sei.

Fundierte Kenntnisse der Pharmakotherapie

Daraus folgerte Munz, dass alle Psychotherapeutinnen für die Approbation fundierte Kenntnisse der Anwendung und Wirkung von Psychopharmaka bräuchten. Die Vermittlung dieser Kenntnisse gehöre regelhaft ins Approbationsstudium, weshalb aus seiner Sicht der vom



Dr. Dietrich Munz



Dr. Nikolaus Melcop



Peter Lehdorfer

BMG vorgeschlagene Modellstudien-gang, der darauf fokussiere, dass Psychotherapeutinnen die Verordnungsbefugnis in der Pharmakotherapie erhielten, nicht zielführend sei.

Erprobungsklausel notwendig

Munz schlug vor, eine Erprobungsklausel in das Psychotherapeutengesetz aufzunehmen, die es der Profession ermöglicht, sich weiterzuentwickeln. Schon heute sei klar, dass der wissenschaftliche Fortschritt bei allen Gesundheitsberufen zu einem differenzierteren und breiteren Kompetenzprofil führe. Die Hochschulen sollten innerhalb eines vorgegebenen Rahmens auf solche Veränderungen reagieren können.

Versorgungskompetenzen für die Zukunft nicht ausschließen

Der BPTK-Präsident machte deutlich, dass für sein persönliches Selbstverständnis als Psychotherapeut eine Verordnung von Psychopharmaka nicht infrage komme. Er habe in seinem Berufsleben eine gute Aufgaben- und Verantwortungsteilung mit ärztlichen Kolleginnen erlebt und habe in der psychosomatischen Klinik, in der er arbeite, auch ohne die formale Befugnis zur Verordnung von Pharmakotherapie eine den Ärztinnen äquivalente Leitungsfunktion übernehmen können. Aber er wisse auch, dass dies eine persönliche und keinesfalls eine zu verallgemeinernde Berufserfahrung sei. In der Psychiatrie sehe dies grundlegend anders aus. Um formal die Gesamtverantwortung für Patientinnen tragen und Leitungsfunktionen übernehmen zu können, seien formale Befugnisse unerlässlich. Es sei also zu konstatieren, dass von der Entscheidung gegen formale Befugnisse im Bereich der Psychopharmakotherapie die Berufsangehörigen in unterschiedlichem Maße bereits heute betroffen seien. Deshalb votiere er persönlich mit einem klaren Nein gegen eine Verordnungsbefugnis von Medikamenten für Psychotherapeutinnen. Doch für den Nachwuchs und für mögliche Versorgungsprobleme der Zukunft empfehle er eine Enthaltung. Hier brauche es Offenheit für zukünftige Notwendigkeiten und hier dürfe man keine Tür zumachen.

Neue Regeln zum Datenschutz

Ab dem 25. Mai 2018 ergeben sich aus der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) neue Pflichten für Praxisinhaberinnen.

Eine wichtige Änderung betrifft Informationspflichten (Art. 13 EU-DSGVO). Informationspflichten treffen Praxisinhaberinnen überall dort, wo personenbezogene Daten erhoben werden, also nicht nur in der Praxis, sondern auch auf der Praxishomepage. Praxisinhaberinnen müssen Patientinnen u. a. über den Zweck der Erhebung der personenbezogenen Daten, die Rechtsgrundlage, die Rechte der Betroffenen sowie Namen und Kontaktdaten der verantwortlichen Person informieren. Alle Praxisinhaberinnen, die eine Homepage betreiben, sollten die Datenschutzerklärung auf ihrer Homepage prüfen und anpassen. Je nachdem, wie anspruchsvoll die Homepage gestaltet ist, muss die Datenschutzerklärung dabei auch z. B. Social-Media-Plugins berücksichtigen. Weitere Informationspflichten gibt es bei der Verwendung von Kontaktformularen oder der Online-Terminvergabe, da Namen und Kontaktdaten der Patientinnen abgefragt werden.

Praxen sind außerdem verpflichtet, ein Verarbeitungsverzeichnis zu erstellen sowie eine Aufstellung von technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Daten. Daneben muss geprüft werden, ob die Bestellung einer Datenschutzbeauftragten notwendig ist. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn in der Praxis zehn Personen regelmäßig personenbezogene Daten automatisiert verarbeiten.

Da die Ausgestaltung der Informationspflichten und möglicher technischer und organisatorischer Anpassungen für jede Praxis spezifisch sein werden, wird empfohlen, sich ggf. auch von einer Expertin für Datenschutz beraten zu lassen.

Die BPTK hat eine Muster-Datenschutzerklärung erarbeitet und stellt diese auf ihrer Homepage (News vom 18. Mai 2018) bereit. In Kürze wird außerdem eine Praxis-Info der BPTK mit den wichtigsten Änderungen zum Download bereitstehen.

Stellenwert von Psychopharmaka und Psychotherapie

In der anschließenden Debatte betonten Delegierte, dass Psychotherapie der Medikation bei den meisten psychischen Erkrankungen mindestens gleichwertig, vielfach sogar überlegen und nicht zuletzt langfristig effektiver sei. Dies finde seinen Niederschlag darin, dass Patientinnen vielfach eine psychotherapeutische Behandlung der Pharmakotherapie vorziehen. Häufig werde der Eindruck vermittelt, Pharmakotherapie sei die kompetentere Methode und man brauche der Hierarchisierung der Methoden folgend die Verordnungsbefugnis. Neben der Patientenpräferenz widerspreche dies auch dem wissenschaftlich nachgewiesenen Stellenwert von Psychotherapie in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Für eine Kooperation auf Augenhöhe sei eine Verordnungsbefugnis deshalb nicht zwingend.

Dem wurde insbesondere von Psychotherapeutinnen, die im stationären Bereich arbeiten, entgegengehalten, dass weder die Idealisierung von Psychotherapie noch die Abwertung von Pharma-

kotherapie ein Weg sei. Medikation sei für viele Patientinnen ein Segen. Dies jedenfalls sei die Realität der Versorgung im Krankenhaus. Psychotherapeutinnen, die nicht über ausreichende Kompetenzen im Bereich der Pharmakotherapie verfügten, könnten Patientinnen in bestimmten Fällen nicht angemessen informieren, beraten und behandeln.

Stellung der Psychotherapeutinnen in der stationären Versorgung

Psychotherapeutinnen, die im stationären Bereich arbeiten, betonten, dass die fehlende Befugnis zur Verordnung von Pharmakotherapie bedeute, dass Psychotherapeutinnen in der Psychiatrie „die zweite Geige“ spielten. In Zukunft müsse es deshalb möglich sein, dass Psychotherapeutinnen die Gesamtverantwortung für psychisch kranke Menschen tragen können. Diese Tür dürfe dem Nachwuchs nicht zugeschlagen werden.

Resolutionen

Mit der Resolution „Für Stärkung der Kompetenz und Kooperation mit Ärzten

und anderen Heilberufen“ machte der DPT mit wenigen Gegenstimmen deutlich, dass das im Arbeitsentwurf des BMG vorgeschlagene Modellprojekt zur Verordnung von Psychopharmaka als nicht zielführend betrachtet werde. In der einstimmig angenommenen Resolution „Psychotherapeuten fordern Versorgungsorientierung für die Reform der Ausbildung“ votierte er für eine Erprobungsklausel und für die Offenheit, sich in Zukunft in Kooperation mit Ärztinnen und anderen Heil- und Pflegeberufen der Lösung von Versorgungsproblemen zu stellen und dem psychotherapeutischen Nachwuchs, wenn nötig, differenziertere und breitere Kompetenzprofile zu eröffnen.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie

Eingangs der Diskussion stellte BPTK-Präsident Munz fest, dass das Ergebnis des Gutachtens zur Humanistischen Psychotherapie für viele sehr schmerzlich sei. Insbesondere für die Gesprächspsychotherapie hätte er sich nach deren bitterer Vorgeschichte, nicht zuletzt der fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den daraus resultierenden Problemen in der Aus- und Weiterbildung, einen anderen Ausgang gewünscht.



Prof. Dr. Thomas Fydrich

Fachliche Unabhängigkeit

Die BPTK sei neben der BÄK eine der beiden Trägerorganisationen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP). Die Trägerorganisationen hätten sich in ihrer Vereinbarung über den WBP verpflichtet, dessen fachliche Unabhängigkeit zu gewährleisten. Die fachliche Unabhängigkeit des WBP stelle eine zwingende Voraussetzung für die Ausübung der gesetzlichen Aufgabe dar. Die Ergebnisse der Begutachtung dürften und sollten aus Sicht der BPTK nicht über Prozesse der berufspolitischen Meinungsbildung beeinflusst werden.

Munz betonte, dass er aus seiner beobachtenden Rolle im Wissenschaftlichen Beirat die von außen erhobenen Vorwürfe („Der Beirat hat ein interessegeleitetes Gutachten erstellt“) in keiner Weise bestätigen könne. Im Beirat habe auf der Grundlage einer sehr gründlichen Sichtung und Bewertung der Evidenz eine intensive, ergebnisoffene Diskussion über alle Studien und Stellungnahmen stattgefunden, die zu dem nun vorliegenden Gutachten geführt habe.

Kritik am Vorgehen des WBP

Dem traten einige Delegierte mit einer deutlich kritischeren Sicht auf die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirats entgegen.



Dr. Manfred Thielen

gen. Nicht verständlich sei, dass die Humanistische Psychotherapie zwar als Grundorientierung akzeptiert werde, ihr aber aufgrund nicht hinreichend operationalisierter und praxisorientierter Kriterien die Anerkennung als Verfahren versagt werde. Wenn man aber zu dieser Auffassung komme, dann hätte der Wissenschaftliche Beirat entsprechend seines eigenen Methodenpapiers die zur Humanistischen Psychotherapie gehörenden Methoden nicht einzeln prüfen dürfen. Vonseiten der Vertreterinnen der Gesprächspsychotherapie wurde insbesondere kritisiert, dass der WBP die Gesprächspsychotherapie einer erneuten Prüfung unterzogen habe, obwohl hierfür kein Antrag vorgelegen habe.

Forschungsförderung notwendig

Delegierte machten deutlich, dass nach der letzten Entscheidung des WBP vor 15 Jahren und der Nutzenbewertung durch den G-BA klar gewesen sei, dass die Gesprächspsychotherapie noch mindestens eine methodisch gute Studie im Bereich der Angststörung brauche, um künftig die Hürden der Anerkennung auch beim G-BA nehmen zu können. Eine solche Studie sei nicht aufgelegt worden. Man brauche also konsequente Forschungsförderung.

Diskutiert wurde, ob ein neubesetzter Wissenschaftlicher Beirat zu einem anderen Ergebnis zur Humanistischen Psychotherapie bzw. zur Gesprächspsychotherapie kommen könne. Dies wurde als „Bankrotterklärung unseres Wissenschaftsverständnisses“ eingeordnet. Wissenschaft bedeute, dass man auf der Basis von Studien zu Ergebnissen komme und dass diese Ergebnisse nicht davon abhängen, wer die Studie bewerte. Schlussendlich votierte der DPT dafür, die Diskussion zum Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie auf einer eigenen Veranstaltung fortzuführen und mit der BÄK zu erörtern, wie die Aufgaben und die Rolle des Wissenschaftlichen Beirats nach der anstehenden Reform des Psychotherapeutengesetzes aussehen und umgesetzt werden sollte.

Relevante Schritte Richtung Frauenförderung

Der 32. DPT unternahm für die BPTK als erste der Heilberufekammern auf Bundesebene Schritte in Richtung konsequente und verbindliche Förderung der Frauen in den Gremien der BPTK. Eine Arbeitsgruppe von Frauen aus den Landespsychotherapeutenkammern und dem Vorstand der BPTK hatte sich intensiv mit der Frage beschäftigt, wie es der Profession gelingen kann, die Repräsentation von Frauen in den Gremien der BPTK zu erhöhen.

Eingangs skizzierten BPTK-Vorstand Dr. Andrea Benecke, die Hamburger Kammerpräsidentin Heike Peper sowie die hessische Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter die Vorschläge zur Einführung von Quotenregelungen. Der Entscheidung für eine Quote sei ein intensiver interner Diskussionsprozess vorausgegangen. Man habe sich jedoch davon überzeugen lassen, dass nur verbindliche Quoten wirklich zu einem Anstieg des Frauenanteils führen. Für die Gremien der BPTK strebe die Bund-Länder-AG „Frauen in der Berufspolitik“ unterschiedliche Quoten mit unterschiedlicher Bindungswirkung als neue Satzungsregelungen an.

Gremienspezifische Vorschläge für Quoten

Für den Vorstand schlug die AG vor, dass künftig im fünfköpfigen Vorstand mindestens zwei Frauen und zwei Männer vertreten sind und dass im dreiköpfigen Präsidium beide Geschlechter, also mindestens ein Mann und mindestens eine Frau, vertreten sein müssen. Für die Versammlungsleitung und den Wahlausschuss, die aus jeweils drei Personen bestehen, schlug die AG vor, dass mindestens eine Frau und ein Mann dem Gremium angehören müssen. Für die Kommissionen und Ausschüsse wurde vorgeschlagen, dass in diesen Gremien Männer und Frauen in gleichem Maße vertreten sein sollen. Für den Finanzausschuss schlug die AG vor, dass die Kammern künftig ein Mitglied und ein stellvertretendes Mitglied für den Finanzausschuss vorschlagen sollten und dass bei diesen beiden



v. l.: Dr. Heike Winter, Dr. Andrea Benecke, Heike Peper

Mitgliedern eine Geschlechterparität angestrebt werden sollte. Neben den Ausschüssen und Kommissionen gibt es in der Satzung der BPTK auch die Regelung, dass jeweils zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten an den Sitzungen des Länderrates teilnehmen. Diese Vertreterinnen bzw. Vertreter haben zwei Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter; alle vier Personen werden durch den DPT gewählt. Hier schlug die Frauen-AG vor, dass unter den Vertreterinnen/Vertretern und deren Stellvertreterinnen/Stellvertretern Frauen und Männer in gleichem Maße vertreten sein sollen.

Gleichstellungskommission

Neben der Satzungsänderung regte die Bund-Länder-AG an, dass bei der BPTK eine Gleichstellungskommission eingerichtet wird. Diese Gleichstellungskommission soll sich unter anderem um nachhaltige Strategien zur Gleichstellung von Frauen und Männern in den Gremien der BPTK und der Landespsychotherapeutenkammern bemühen.

Quote ist Nachwuchsförderung

Delegierte betonten, dass eine Frauenquote ein Vehikel zur Nachwuchsförderung sei und damit deutlich über den Geschlechterdiskurs hinausweise. Es gehe darum, Rahmenbedingungen für ehrenamtliches Engagement zu schaf-

fen, also Strukturen und Prozesse so umzugestalten, dass Frauen mehr Interesse daran gewinnen, sich in den unterschiedlichen Gremien der Kammern auf Landes- und Bundesebene zu engagieren.

Quote schränkt Wahlfreiheit ein

Andere gaben zu bedenken, dass es mit der Frauenquote zu einer Einschränkung der Wahlfreiheit komme. Entscheidend für die Wahl, z. B. zum Vorstand, sei aus ihrer Sicht weniger das Geschlecht als vielmehr die Kompetenz, die Zugehörigkeit zu einem Verband oder die Tätigkeit als Psychologische Psychotherapeutin bzw. -therapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut.

DPT votiert für Frauenförderung

Nach einer intensiv geführten Debatte wurde zunächst ein Antrag zur Abstimmung gestellt, der auf eine Ergänzung in der Satzung der BPTK in Form einer Präambel zielte und auf kleinteilige Quoten komplett verzichten wollte.

Dieser Antrag fand nicht die erforderliche Zweidrittelmehrheit, sodass der DPT die vorgeschlagenen Quotenregelungen für die einzelnen Gremien der BPTK der Reihe nach abstimmte. Die notwendige Zweidrittelmehrheit für mindestens zwei Frauen im BPTK-Vorstand wurde um 9 Stimmen von 79

nötigen Stimmen verfehlt. Allerdings fanden alle weiteren Quotenregelungen die erforderliche Zweidrittelmehrheit der Delegierten. Auch die Gleichstellungskommission wurde beschlossen. Damit hat der DPT die Weichen gestellt für eine konsequentere Frauen- und damit auch Nachwuchsförderung in den Gremien der BPTK (www.bptk.de/recht/satzungen-ordnungen.html).

Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung unzumutbar lang

Prof. Dr. Holger Schulz vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf stellte die Ergebnisse der Studie der Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie vor. Ihm sei es wichtig gewesen, für diese Evaluation die Psychotherapeuten selbst zu befragen, um möglichst aussagekräftige und valide Daten zu den spezifischen Effekten der Reform zu erhalten. Routinedaten könnten dies nur sehr unvollständig abbilden. Man habe einen bemerkenswerten Rücklauf erzielt und könne deshalb valide Ergebnisse präsentieren. BPTK-Präsident Munz erläuterte, welche Forderungen für die Reform der Bedarfsplanung sich aus der Wartezeitenstudie ableiten. (Näheres zur

Evaluation und zu den Forderungen zur Bedarfsplanung lesen Sie in der Wartezeitenstudie 2018 und der zugehörigen Pressemitteilung, vgl. auch untenstehenden Beitrag.)

Änderung der Musterfortbildungsordnung

Der DPT verabschiedete eine von den Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK gemeinsam erarbeitete Anpassung der Musterfortbildungsordnung (www.bptk.de/recht/satzungen-ordnungen.html).

Resolutionen

Chancen der Digitalisierung nutzen

Der Deutsche Psychotherapeutentag folgte einstimmig der Resolution des Vorstands „Digitalisierung im Gesundheitswesen: e-Health mitgestalten und Datenschutz sicherstellen“.

Erfordernisse der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der DPT forderte insbesondere mit Blick auf die Reform der Psychotherapie-Richtlinie vom 1. April 2017, dass möglichst schnell im Kontext der Akutbehandlung ein zusätzliches Kontingent

für Bezugspersonen im Verhältnis 1:4 eingerichtet wird.

Gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen

Die Resolution „Krankenhäuser nicht sicherheitspolitisch missbrauchen. Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfegesetz – ein bedrohlicher Rückschritt“ wurde vom DPT einstimmig verabschiedet.

Mehr Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen

Dem DPT lag eine Resolution zum Thema „Psychischen Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit geben – Koalitionsvertrag umsetzen“ vor. Der DPT nahm diese Resolution einstimmig an.

Die Würde des Menschen ist unantastbar

Der DPT votierte einstimmig für die von mehreren Delegierten vorgelegte Resolution, die die Politik aufforderte, entschieden gegen alle Versuche einer Diskriminierung einzutreten.

Einen ausführlichen Bericht zum 32. DPT inklusive aller Dokumente finden Sie auf der Homepage der BPTK unter: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/reform-der-p-7.html.

Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Ergebnisse der BPTK-Studie „Wartezeiten 2018“

Seit einem Jahr gilt die neue Psychotherapie-Richtlinie. Mit der Sprechstunde und der Akutbehandlung wurden zwei neue Leistungen eingeführt. Menschen mit psychischen Beschwerden sollen durch die Reform schneller einen ersten Termin bei einer Psychotherapeutin erhalten, um kurzfristig zu erfahren, wie ihre psychischen Beschwerden einzuschätzen sind und ob eine Behandlung notwendig ist. Um frühzeitig zu prüfen, ob diese Ziele tatsächlich erreicht worden sind, hat die BPTK gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern eine Studie zur Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie in Auftrag gegeben, die vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde.

Sprechstunde

Die Wartezeit auf ein erstes Gespräch zur Diagnostik und Beratung konnte deutlich verringert werden. Patientinnen warten aktuell knapp sechs Wochen auf einen ersten Termin bei einer Psychotherapeutin. Rund 70 Prozent der Psychotherapeutinnen führen innerhalb von vier Wochen ihr erstes Gespräch mit ihren Patientinnen. Diese Wartezeit betrug 2011 noch durchschnittlich drei Monate. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychotherapeutischen Praxen bereits nach einem Jahr als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für psychisch kranke Menschen sehr gut angenommen wurden. Die langen War-

tezeiten schreckten bisher vor allem Patientinnen mit chronischen Erkrankungen ab. Durch die Sprechstunde finden inzwischen mehr Patientinnen mit chronischen Erkrankungen, aber auch Patientinnen, die aktuell arbeitsunfähig sind, und sozial benachteiligte Patientinnen den Weg in die psychotherapeutische Versorgung. Ein zentrales Ziel der Reform, einen schnelleren ersten Termin bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin zu ermöglichen, konnte somit weitgehend erreicht werden. Kinder und Jugendliche warten im Durchschnitt etwas weniger als erwachsene Patientinnen.

Richtlinienpsychotherapie

Die BPtK-Studie zeigt allerdings auch, dass psychisch kranke Menschen noch viel zu lange auf eine psychotherapeutische Behandlung warten. Eine Richtlinienpsychotherapie beginnt im Bundesdurchschnitt erst fast fünf Monate (19,9 Wochen) nach der ersten Anfrage (vgl. Abbildung). Damit hat sich die durchschnittliche Wartezeit nur unwesentlich um 3,5 Wochen verkürzt (2011: 23,4 Wochen). Wartezeiten auf eine Behandlung sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung. Mit der Wartezeit steigt nicht zuletzt auch das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern oder immer wiederkehren.

Unterschiede zwischen Stadt und Land

Bei der Wartezeit auf eine psychotherapeutische Behandlung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land. In Großstädten liegt die durchschnittliche Wartezeit bei etwa vier Monaten, außerhalb der Großstädte dagegen bei durchschnittlich fünf bis sechs Monaten. Diese Unterschiede entstehen dadurch, dass nicht überall gleich viele Psychotherapeutinnen je Einwohner zugelassen sind. Insgesamt sind Wartezeiten stark davon abhängig, wie viele Psychotherapeutinnen in einer Region niedergelassen sind und wie viele Behandlungsplätze damit zur Verfügung stehen. Je geringer die Zahl an Psychotherapeutinnen je 100.000 Einwohner ist, desto länger warten psychisch kranke Menschen auf einen Behandlungsplatz.

Insbesondere außerhalb der Ballungszentren sieht die Bedarfsplanung deutlich weniger Psychotherapeutinnen vor als in Großstädten. Dies widerspricht jedoch den Ergebnissen großer bevölkerungsrepräsentativer Studien, wonach sich die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen kaum unterscheidet.

Ein Sonderfall ist das Ruhrgebiet, in dem entgegen der grundsätzlichen Sys-

tematik der Bedarfsplanung für eine großstädtische Region besonders wenige Psychotherapeutinnen vorgesehen sind. Die Wartezeit zwischen Duisburg und Dortmund beträgt infolgedessen mehr als sieben Monate.

Weitervermittlung scheitert häufig

Wurde in der Sprechstunde eine psychische Erkrankung festgestellt und eine Richtlinienpsychotherapie für erforder-

lich befunden, konnten diese Patientinnen meist nicht in derselben Praxis behandelt werden. Gut die Hälfte musste sich vielmehr eine andere Psychotherapeutin suchen. Diese Weitervermittlung in eine Richtlinienpsychotherapie in einer anderen Praxis scheidet jedoch häufig. Über die Hälfte der Psychotherapeutinnen gibt an, dass diese Vermittlung nicht oder eher nicht gelingt, wenn die Weiterbehandlung nicht in der eigenen Praxis möglich ist.



Abbildung: Durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin in der Richtlinienpsychotherapie (Bundesdurchschnitt: 19,9 Wochen)

Quelle: BPtK, 2018

Akutbehandlung

Patientinnen, die sich in einer psychischen Krise befinden, erhalten durchschnittlich drei Wochen, nachdem bei ihnen eine Akutbehandlung als notwendig erachtet wurde, einen ersten Behandlungstermin. Zwei Drittel aller Psychotherapeutinnen (66,3 %) bieten die Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen an. Damit ist es gelungen, für die meisten Patientinnen, die nicht auf eine Richtlinienpsychotherapie warten können, ein rasches Hilfsangebot zu schaffen.

Bürokratische Hürden

Durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde die Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte von je bis zu zwölf Stunden unterteilt. Für jeden Abschnitt muss nun jeweils ein eigener Antrag an die Krankenkasse gestellt werden. Fast alle Psychotherapeutinnen (91,5 %) geben an, dass sich der bürokratische Aufwand durch die Zweiteilung der Kurzzeittherapie gesteigert hat. Besonders gravierend ist dies für die Gruppentherapie. Der enorme Aufwand beim Antragsverfahren ist einer der Gründe, warum Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung noch immer kaum zum Einsatz kommt. Kritisch beurteilt wurde auch eine Änderung im Antrags- und Genehmigungsverfahren, wonach die Krankenkassen bei der Bewilligung von Anträgen auf Kurzzeittherapie nur noch die Patientin und nicht mehr die Psychotherapeutin informieren.

BPTK-Forderungen zur Reform der Bedarfsplanung

Die BPTK fordert eine Reform der Bedarfsplanung, die die Wartezeit auf die Sprechstunde auf höchstens vier Wochen verringert und insbesondere eine lückenlose Versorgung im Anschluss an die Sprechstunde sicherstellt. In einem ersten Schritt sollte die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Behandlung bundesweit auf das Niveau der Großstädte verringert werden. Außerdem ist

BPTK-Patientenbroschüre „Wege zur Psychotherapie“

Die überarbeitete und neu aufgelegte BPTK-Broschüre wendet sich in erster Linie an Menschen, die noch nicht bei einer Psychotherapeutin waren. Aber auch Menschen, die bereits bei einer Psychotherapeutin gewesen sind, können sich hier noch einmal über die aktuellen psychotherapeutischen Angebote und Hilfen informieren. Die Broschüre bietet verständliche Informationen darüber, was eine psychische Erkrankung ist, wann ein erster Termin bei einer Psychotherapeutin ratsam ist und wann eine Behandlung notwendig ist.



die Sonderregion Ruhrgebiet aufzuheben. Dafür sind aus Sicht der BPTK rund 7.000 psychotherapeutische Praxissitze zusätzlich erforderlich. In einem weiteren Schritt geht es langfristig darum, die Wartezeiten auch in den Großstädten zu verkürzen, da diese dort mit vier Monaten ebenfalls zu lang sind.

Zu einer Reform der Bedarfsplanung gehört aus Sicht der BPTK insbesondere:

Bundeseinheitliches Verhältnis von Psychotherapeutinnen je Einwohner als Grundlage: Unabhängig davon, ob es sich um eine städtische oder ländliche Region handelt, soll zunächst dieselbe Zahl von Psychotherapeutinnen je Einwohner Ausgangspunkt für die Anzahl der Zulassungen sein. Hintergrund ist, dass Menschen auf dem Land fast genauso häufig psychisch krank sind wie in der Stadt. Bei der Zahl der aktuell zugelassenen Psychotherapeutinnen entspräche dies einem Verhältnis von rund 3.300 Einwohnern je Psychotherapeutin.

Regionale Besonderheiten berücksichtigen: Die bundeseinheitliche Verhältniszahl ist in jedem Planungsbereich in Abhängigkeit von der regionalen Sozial- und Morbiditätsstruktur anzupassen.

Daneben müssen bei der Festlegung der regionalen Verhältniszahl empirisch fundierte Mitversorgungseffekte zwischen den Planungsbereichen und regionale Unterschiede in der Versorgungsnachfrage berücksichtigt werden.

Zuwachs an Praxen finanzieren: Der steigende ambulante Bedarf, insbesondere für zusätzliche Praxissitze, muss systematisch bei der Gesamtvergütung berücksichtigt werden.

Terminservicestellen sollen auch in Privatpraxen vermitteln: Um kurzfristig mehr psychotherapeutische Behandlungsplätze zu schaffen, muss der Auftrag der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden. Diese sollten verpflichtet werden, auch an psychotherapeutische Privatpraxen zu vermitteln, wenn innerhalb der gesetzlichen Frist kein Behandlungsplatz bei einer Vertragspsychotherapeutin zur Verfügung steht.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit mehr als einem Jahr sind die Regularien der neuen Psychotherapie-Richtlinie zu beachten. Seitens der Politik waren damit Hoffnungen auf eine verbesserte Patientinnenversorgung und eine Vereinfachung des Verfahrens verbunden. In einer Erhebung der Bundespsychotherapeutenkammer wurde evaluiert, ob sich diese Hoffnungen bestätigen ließen. Wir möchten uns bei allen Mitgliedern bedanken, die an der Befragung teilgenommen haben. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch deutlich kürzer sind. Auch Akutbehandlungen werden oft innerhalb kurzer Zeit angeboten und durchgeführt. Wie jedoch zu erwarten war, müssen Patientinnen immer noch lange auf eine Richtlinien-therapie warten, da die Behandlungskapazitäten begrenzt sind.

In einer Informationsveranstaltung am 7. Juli 2018 möchten wir Ihnen die Ergebnisse bezogen auf Baden-Württemberg vorstellen und mit Ihnen

Ihre Erfahrungen mit der neuen Richtlinie diskutieren. Wir werden die Veranstaltung auch nutzen, um Sie über die Möglichkeit zur Verordnung von Krankentransport, Rehabilitation und Soziotherapie sowie die Krankenhauseinweisung zu informieren und Fragen zu klären.

Wir würden uns sehr freuen, Sie bei dieser Veranstaltung begrüßen zu können, um uns über diese Themen mit Ihnen auszutauschen und zu überlegen, welche Anliegen wir für eine künftige Verbesserung der Versorgung an die Politik herantragen müssen.

Wir verbleiben mit den besten Wünschen für eine schöne und hoffentlich auch erholsame Sommerzeit

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung am 3. März 2018

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz erläuterte den schriftlich vorliegenden Vorstandsbericht. Darüber hinaus kündigte er die im Herbst 2018 stattfindende Wahl zur Vertreterversammlung (VV) an. Alle Termine und Fristen sowie der Aufruf zur Einreichung der Wahlvorschläge würden, so Dr. Munz, mit dem förmlichen Wahlrundsreiben bekannt gegeben, welches Anfang Juli 2018 an alle Kammermitglieder versendet werde (siehe auch die Ankündigung auf der folgenden Seite).

Weiter berichtete Dr. Munz vom Ergebnis der Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP). Der WBP habe im Ergebnis die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens abgelehnt. Aus der Begutachtung folge auch, dass die Gesprächspsychotherapie kein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren mehr sei.



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

Der anschließende Bericht aus der Kommission „Frauen in die Berufspolitik“ zeigte, dass in den Gremien der LPK BW eine relativ gleichmäßige Verteilung der Geschlechter besteht. Aus diesem Grund wird seitens der Kommission aktuell keine Quotenregelung für erforderlich gehalten.

Der Kammerpräsident erläuterte sodann die aktuelle Rechtslage im Umsatzsteuerrecht sowie die neueren Entwicklungen bei den Prüfungen der Finanzbehörden. Die im Umsatzsteuergesetz geregelte grundsätzliche Befreiung von der Umsatzsteuerpflichtigkeit auf Einkünfte aus ehrenamtlicher Tätig-

keit für Körperschaften des öffentlichen Rechts werde von den Finanzbehörden restriktiv ausgelegt und angewendet. Aus diesem Grund habe der Haushaltsausschuss mit dem Vorstand eine Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung erstellt, nach der Umsatzsteuer, wenn diese bei einzelnen Funktionsträgerinnen anfallen sollte, erstattet werden kann. Aufgrund der grassierenden Grippewelle war die VV jedoch nicht beschlussfähig, da die für Satzungsänderungen notwendige Zweidrittelmehrheit nicht gegeben war.



Vertreterversammlung – Plenum

Die Beschlussfassung wurde auf die nächste VV vertagt, ebenso ein weiterer Satzungsänderungsantrag bezüglich der Wahl der Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag. Eine von den Antragstellern dazu vorgeschlagene Mitglie-

derbefragung wurde mit großer Mehrheit abgelehnt. Eine Änderung der Weiterbildungsordnung zur Angleichung unterschiedlicher Übergangsbestimmungen bei den einzelnen Weiterbildungsbereichen konnte mangels Beschlussfähigkeit

ebenfalls nicht umgesetzt werden. Der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung erhielt von der VV den Auftrag, einen Entwurf zur Erweiterung der Weiterbildungsordnung um den Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ zu erstellen.

Hinweis für Kammermitglieder in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung – Fortbildungszertifikat so früh wie möglich beantragen!

Mitte 2019 endet für etwa 1.300 Kammermitglieder, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind, der Zeitraum, bis zu dem das Fortbildungszertifikat der KV Baden-Württemberg (KVBW) vorgelegt werden muss. Die KVBW hat ihren Mitgliedern mehrfach schriftlich mitgeteilt, bis wann dies spätestens der Fall sein muss. Abweichend von der früheren Regelung muss das Fortbildungszertifikat der KVBW spätestens zu diesem Termin vorliegen! Eine vorherige Antragsstellung genügt also nicht mehr! Bezüglich des erforderlichen Nachweises bitten wir Sie deshalb, folgendes zu beachten:

Beantragen Sie bitte das Fortbildungszertifikat so **früh wie möglich**. Wenn Sie bereits jetzt oder in den nächsten Wochen oder Monaten, also vor Ablauf Ihrer persönlichen Nachweisfrist die erforderlichen 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben, können Sie Ihr Fortbildungszertifikat jederzeit schon vorher bei der LPK Baden-Württemberg beantragen (Antrag und Antragsunterlagen finden Sie auf unserer Homepage). Ihr Fortbildungszertifikat wird dann entweder sofort (= Datum des Eingangs Ihres Antrags) oder zu einem Datum Ihrer Wahl, dem sog. Wunschtermin (z. B. 30.06.2019) erteilt. Beim Wunschtermin müssen Sie allerdings berücksichtigen, dass immer nur

Fortbildungspunkte anerkannt werden können, die Sie in den fünf Jahren vor diesem Wunschdatum erworben haben! Angesichts der zu erwartenden Antragsflut und der damit langen Bearbeitungszeit empfehlen wir dringend, sich möglichst frühzeitig abzusichern. Beachten Sie bitte ebenfalls, dass die Erteilung eines Fortbildungszertifikats nach Beschluss der Vertreterversammlung seit dem 16. März 2018 gebührenpflichtig ist (Regelgebühr 25,- €, bei Antragsstellung weniger als drei Monate vor Ablauf der KVBW-Frist 50,- €). Eine fristgerechte Prüfung und Erteilung des Fortbildungszertifikats können wir bei zu später Antragsstellung nicht garantieren!

Ankündigung der Wahl zur 5. Vertreterversammlung, Oktober/November 2018

Im Oktober/November 2018 werden die Wahlen zur Fünften Vertreterversammlung (VV) der LPK Baden-Württemberg stattfinden. Hierfür wurden bereits die Vorbereitungen in die Wege geleitet. Die Wahlen werden gemäß der Wahlordnung als Briefwahl durchgeführt. Wahlberechtigt und wählbar ist jedes Mitglied, das im Wählerverzeichnis ein-

getragen ist und das nicht auf sein aktives und passives Wahlrecht verzichtet hat oder dessen Wahlrecht und Wählbarkeit nicht nach den Bestimmungen des Heilberufe-Kammergesetzes Baden-Württemberg (HBKG) verloren gegangen sind (§ 14 HBKG, §§ 8, 9 der Wahlordnung). Als Wahlleiter wurden Rechtsanwalt Claus Benz und als des-

sen Stellvertreter Rechtsanwalt Alfred Morlock benannt.

Die Wahlunterlagen werden bis zum 21. Oktober 2018 ausgesendet. Die Wahlfrist endet am 21. November 2018.

Gewählt wird getrennt nach den Wahl-

gruppen der Psychologischen Psychotherapeutinnen, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und der freiwilligen Mitglieder der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (Ausbildungskandidatinnen).

Um für die VV kandidieren zu können und zur Wahl zugelassen zu werden, muss ein Wahlvorschlag erstellt werden, der von mindestens zehn Kammermitgliedern durch die Abgabe einer entsprechenden schriftlichen Erklärung unterstützt und handschriftlich unterzeichnet sein muss. Zusätzlich müssen jeweils persönliche Erklärungen der Kandidatinnen vorliegen, dass sie zu einer Kandidatur bereit sind (§ 12 Wahlordnung). Die **Wahlvorschläge** können ab Bekanntgabe des förmlichen Wahlrundschreibens **schriftlich (nicht per E-Mail) bis spätestens 21. September 2018** eingereicht werden. Danach müssen die Wahlvorschläge vom Wahlleiter auf Übereinstimmung mit dem Wählerverzeichnis geprüft werden; er entscheidet dann über die Zulassung zur Wahl (§ 13 Abs. 2 Wahlordnung) inner-

halb einer Woche. Das Wählerverzeichnis wird in der Kammergeschäftsstelle mindestens zehn Tage lang zur Einsicht ausliegen und kann bis zum letzten Tag vor Ablauf der Wahlfrist vom Wahlausschuss ggf. berichtigt oder ergänzt werden. Der Versand der Stimmzettel wird fristgemäß erfolgen.

Neu ab der Wahlperiode 2018 ist, dass jede Wählerin wie bisher eine Stimme für eine Liste abgeben kann, jedoch innerhalb dieser gewählten Liste weitere drei Stimmen auf Kandidatinnen in dieser Liste verteilen kann (§ 16 Wahlordnung).

Die Wahlunterlagen werden Ihnen rechtzeitig zugesandt. Der **Stimmbrief**, der den Stimmzettel enthält, muss **spätestens am 21. November 2018 (Ende der Wahl) bis 18 Uhr** bei der Geschäftsstelle der LPK Baden-Württemberg abgegeben oder mit einem Poststempel gleichen Datums bei der Post aufgegeben worden sein.

Insgesamt sind 43 Sitze in der VV zu besetzen, davon 42 Sitze durch Wahlen.

Den Psychotherapeutinnen in Ausbildung (Ausbildungskandidatinnen) stehen davon zwei Sitze zu. Der 43. Sitz steht einer Vertreterin der Psychologischen Institute an den Universitäten des Landes zu, die vom Wissenschaftsministerium benannt wird.

Nach Abschluss der Wahl wird der Präsident das Ergebnis der Wahl innerhalb von zwei Wochen durch ein besonderes Rundschreiben und auf der Homepage bekannt geben.

Sie erhalten im Juli 2018 noch ein besonderes Wahlrundsreiben („*Informationen zur Wahl der fünften Vertreterversammlung*“), das auch auf die Homepage der Kammer gestellt wird und in dem Ihnen das Wahlverfahren ausführlich erläutert werden wird. In diesem Zusammenhang bitten wir alle Mitglieder, zu prüfen, ob Sie der Kammer Ihre jeweils aktuelle Postanschrift gemeldet haben und im Falle von Änderungen der Postanschrift der Geschäftsstelle unverzüglich Meldung zu machen.

Kammer im Gespräch

Am 7. März 2018 lud die Kammer in Kliniken tätige Mitglieder und PiAs zu einer halbtägigen Fortbildung in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Uniklinikums Tübingen ein. Prof. Klingberg begrüßte die ca. 60 Kolleginnen und Kollegen und stellte Prof. Elisabeth Schramm (Freiburg), Expertin für interpersonelle Psychotherapie und für die Behandlung chronischer Depressionen (CBASP), vor. Sie berichtete über Ergebnisse einer stationären Therapiestudie zur Behandlung mittels eines modularen Konzeptes. Die Studie liefert Hinweise, dass ein modulares Vorgehen bei Patientinnen mit frühen Traumatisierungen sowie bei komorbiden Ängsten besonders wirksam scheint (Vortragsfolien auf www.lpk-bw.de).

Beim anschließenden Austausch („**Kammer im Gespräch**“) informierte Dr. Munz zur landespolitischen Gremienarbeit und beantwortete zusammen

mit den PTI-Ausschuss-Mitgliedern Fragen zu aktuellen Kammerthemen. Es wurde informiert über die vom Gesetzgeber an den G-BA übergebene Aufgabe, neue Personalmindestzahlen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung zu erarbeiten (anlaufende bundesweite Erhebung zur IST-Personalausstattung in der Psychiatrie), sowie zu deren Bedeutung für die

Personalbemessung in der psychotherapeutischen Arbeit in Kliniken. Weitere Themen waren: Stand der Ausbildungsreform und die Auswirkungen in Kliniken, neue Psychotherapierichtlinien, Fragen zur tariflichen Eingruppierung und gewerkschaftlicher Aktivität sowie die BPTK-Position zum Modellstudiengang Verordnungsbefugnis von Psychopharmaka.



Referat von Prof. Elisabeth Schramm

Symposium „Telemedizin – Digitalisierung in Medizin und Pflege“

Was ist der beste Weg, um digitale Anwendungen im Gesundheitswesen für alle nutzbar zu machen? Gesundheitsminister Manne Lucha und Wissenschaftsministerin Theresia Bauer haben sich dazu mit rund 250 Vertreterinnen und Vertretern aus dem Gesundheitssektor ausgetauscht.

Baden-Württemberg positioniert sich derzeit als bundesweiter Vorreiter. Die Landesärztekammer sowie die LPK Baden-Württemberg haben als bisher erste Kammern die Berufsordnung gelockert, sodass nun modellhaft Pro-

jekte mit echter Fernbehandlung, also ohne vorherigen Kontakt von Patientin und Ärztin, erlaubt seien. Die drei laufenden Modellprojekte sollen der Verbesserung und Förderung der ärztlichen Versorgung besonders auch im ländlichen Raum dienen. Arztpraxen sollen in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Regionen entlastet werden, indem „einfache“ Fälle telemedizinisch beraten und versorgt werden. Ärztinnen sollen somit mehr Zeit für Patientinnen haben, die tatsächlich in die Sprechstunde kommen müssen.

Vorgestellt wurde auch das „Praktische Handbuch zur Qualitätsentwicklung in der Telemedizin“, das den Transfer von der Forschung in die Praxis unterstützen soll. Das Buch enthält auch eine Checkliste mit Qualitätskriterien, anhand derer Projekte auf ihre Anwendungstauglichkeit hin überprüft werden können. Minister Lucha stellte abschließend auch klar, dass die neuen Angebote die bisherigen Behandlungsformen zwar unterstützen und ergänzen, aber niemals ersetzen könnten.

Veranstaltungen

„**Psychotherapie in Institutionen – Herausforderungen und Perspektiven**“. Auf dem Landespsychotherapeutentag am 29. Juni 2018 im Hotel Pullman in Stuttgart-Vaihingen wird es um die Themen und Tätigkeitsfelder der in Institutionen tätigen Psychotherapeutinnen und PiAs gehen. Ein Fokus wird auf die Novellierungsbedarfe in der klinischen Arbeit selbst gerichtet sein im Hinblick auf rechtliche und fachliche Rahmenbedingungen sowie Einbettung, Inhalt und Verantwortlichkeit in der interprofessionell geprägten institutionellen Tätigkeit. Dr. Dietrich Munz wird dazu anlässlich nun genau 20 Jahren Psychotherapeutengesetz einführen. Am Nachmittag ist Gelegenheit, in Workshops zu wichtigen psychotherapeutischen Arbeitsfeldern stationärer und teilstationärer Versorgung aus den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik, Reha und Jugendhilfe Einblicke in die aktuellen stationären Konzepte und Arbeitsmöglichkeiten zu erhalten. Weitere Infos finden Sie auf www.lpk-bw.de/fortbildung/veranstaltungen. Es können **6 Fortbildungspunkte** erworben werden.

„**Psychotherapierichtlinien und neue Befugnisse – Umsetzungen in der Praxis**“ am 7. Juli 2018 in Stuttgart. Referentinnen: Sabine Schäfer, Dr. Tina Wessels (BPtK) und Dr. Dietrich

Munz. In dieser Veranstaltung wollen wir mit den Kammermitgliedern deren Erfahrung mit der Richtlinie und Verordnungsbefugnis austauschen und die Ergebnisse der Befragung der BPtK und Landeskammern zur Umsetzung der Richtlinie diskutieren. Sabine Schäfer, u. a. Mitglied im Unterausschuss Psychotherapie im Gemeinsamen Bundesausschuss, wird zur Umsetzung der Richtlinie unter Einbezug der aktuellen BPtK-Studie referieren, Dr. Tina Wessels und Dr. Dietrich Munz werden die praktische Umsetzung der neuen Befugnisse erläutern. Es können **4 Fortbildungspunkte** erlangt werden.

Der „**Landespsychiatrietag Baden-Württemberg**“ am 21. Juli 2018, Hospitalhof Stuttgart wird im Dialog von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Bürger Helfern und „professionell Tätigen“ durchgeführt (<https://landespsychiatrietag-bw.de>). Gegründet wurde diese Tagung von Angehörigen psychisch Kranker und von Psychiatrieerfahrenen. Seit Jahren ist die Kammer auf Bundes- und Landesebene engagiert dabei. Novum ist, dass wir nun erstmalig eingeladen waren, bereits aktiv an Planung und Gestaltung mitzuarbeiten.

Insgesamt elf Foren befassen sich z. B. mit Themen wie den neuen Gesetzesregelungen im PsychKHG und der Umset-

zung der Teilhabe sowie mit Wohnen, Arbeiten und der Krisenbegleitung. Die LPK BW hat das Forum 4 zum Thema „Psychotherapie bei Psychosen – geht das überhaupt?“ mitorganisiert. Gemeinsam werden Expertinnen und Experten wie Prof. Klingberg in Austausch mit psychotherapieerfahrenen Betroffenen und Angehörigen darstellen und diskutieren, wie psychotherapeutisch gearbeitet wird. Achim Dochat wird sich u. a. der Frage zuwenden, wie eine bessere Verbindung von Psychotherapie mit gemeindepsychiatrischen, vernetzten Angeboten gelingen kann. Der Blick wird hierbei auch auf die Erfahrungen mit den neuen Psychotherapierichtlinien gerichtet sein. Moderiert wird die Veranstaltung von Dr. Roland Straub (Vorstandsmitglied). Die Gesamtveranstaltung ist mit **6 Fortbildungspunkten** zertifiziert.

Geschäftsstelle

Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
Mo–Do 9:00–12:00, 13:00–15:30 Uhr
Freitag 9:00–12:00 Uhr
Tel.: 0711/674470 -0
Fax: 0711/674470 -15
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

32. Delegiertenversammlung: Resolutionen zum BayPsychKHG und zur Telematik, Aufnahme des Bereichs „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ in die Weiterbildungsordnung, Jahresabschluss 2017

Kammerpräsident Nikolaus Melcop skizzierte zu Beginn des Vorstandsberichts aktuelle Tendenzen in Politik und Gesellschaft: Zum einen warnte er vor dem gesellschaftlichen Trend, aus diffusen Gefühlen von Bedrohung, Benachteiligung und Wut heraus impulsiv einfache Lösungen zu fordern und demokratische Werte zu missachten. Auf der anderen Seite sei jedoch auch ein Trend der verstärkten Verteidigung der demokratischen Grundrechte und Einsatz für Minderheiten und Benachteiligte erkennbar. An diesen letztgenannten Entwicklungen müsse sich auch die Berufspolitik und der Einsatz für psychisch kranke Menschen orientieren.



Vorstandsmitglied Birgit Gorgas erläuterte die Inhalte des geplanten Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Bayern. (Foto: Hiller)

Vorstandsmitglied Birgit Gorgas ging im Anschluss auf **das geplante Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG)** ein, über das auch in den Medien ausführlich berichtet wurde. Sie erläuterte die Inhalte des Gesetzentwurfs, die in die Diskussion eingebrachten Kritikpunkte und die diesbezüglichen Aktivitäten der Kammer sowie das weitere Vorgehen.

Die Delegiertenversammlung verabschiedete hierzu die **Resolution** „Keine Registrierung und Stigmatisierung psychisch kranker Menschen! Schutz und Behandlung als zentrale Ziele für das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“.

Herr Melcop erläuterte im weiteren Bericht die Forderung nach einer schnellen

Umsetzung der Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung und skizzierte den aktuellen Stand der Gesetzesnovellierung.

Anschließend legte er die Ergebnisse der Wartezeiten-Studie der BPtK, ausgewählte Ergebnisse der Studie zur Kostenerstattung mehrerer Landespsychotherapeutenkammern sowie die Forderung **nach einer grundlegenden Reform der Bedarfsplanung** dar.

Ein wichtiges Thema stellte auch die Diskussion zum **Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)** zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie dar. Herr Melcop rief dazu auf, im Dialog mit Vertreterinnen der Wissenschaft konstruktive und zielgerichtete Schritte zu unternehmen, damit die wertvollen Ansätze der Humanistischen Psychotherapie und der Gesprächspsychotherapie zukünftig bessere Chancen für eine wissenschaftliche Anerkennung hätten.

Beim Thema Psychotherapie und Internet forderte Melcop, dass auch bei einer zunehmenden Bedeutung elektronischer Medien der persönliche Kontakt mit den Patientinnen weiterhin im Mittelpunkt stehen müsse. Angesichts der Vielzahl neuer technischer Möglichkeiten sollten Psychotherapeutinnen sich aber aktiv sowohl um Einsatzmöglichkeiten als auch um notwendige Steuerungsmöglichkeiten,



Kammerpräsident Nikolaus Melcop präsentierte den Vorstandsbericht. (Foto: Hiller)

Strukturen und Regulierungen bemühen.

Es schloss sich eine breite und differenzierte Diskussion unter den Delegierten insbesondere zu den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen und zur Rolle von Psychotherapeutinnen an. U. a. wurde dann neben dem fachlichen Nutzen von Internet und Fernkommunikation auch die Digitalisierung auf Verwaltungsebene und die anstehende Anbindung an die Telematikinfrastruktur diskutiert. Die Delegiertenversammlung beschloss hierzu die **Resolution „TELEMATIK: Fristen und Sanktionen aussetzen!“**

Weitere Berichte

Die neugewählten Ausschüsse und Kommissionen haben seit der letzten Delegiertenversammlung ihre konstituierenden Sitzungen abgehalten. Der Ausschuss für Einsprüche, der Ausschuss für Fortbildung, der Ausschuss für psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern, der Ausschuss für Öffentliche Gesundheitspflege, der Ausschuss für Versorgung besonderer Zielgruppen sowie die Gleichstellungskommission und die Kommission Psychotherapie in Institutionen berichteten über ihre Arbeit.

Anschließend informierten die satzungsgemäßen Vertreterinnen der Hochschulen, der Ausbildungsinstitute sowie der Ausbildungsteilnehmerinnen über ihre Tätigkeit.

Weiterbildung: Aufnahme des Bereichs „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“

Nach Erläuterungen von Vizepräsident Bruno Waldvogel und Vorstandsmitglied Anke Pielsticker sowie einem

Vortrag vom Fachpsychologen für Diabetes (DDG) Prof. Dr. Bernhard Kulzer beschlossen die Delegierten mit großer Mehrheit die Aufnahme des Bereichs „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ in die Weiterbildungsordnung. Teile dieser Weiterbildung können zukünftig auch gewinnbringend für die eigene Praxis als Fortbildung absolviert werden.

Jahresabschluss 2017 einstimmig angenommen, Vorstand und Geschäftsführung entlastet

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte detailliert den Jahresabschluss für das Jahr 2017. Die Delegierten nahmen den Jahresabschluss 2017 einstimmig an und entlasteten den Vorstand sowie die Geschäftsführung.

Nominierung der Mitglieder und Stellvertreterinnen für den Verwaltungsrat des Versorgungswerkes (BIngPPV)

Die Delegiertenversammlung nominierte für die kommende Wahlperiode des Verwaltungsrats der Bayerischen Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (Versorgungswerk – BIngPPV) folgende Mitglieder:



Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte den Jahresabschluss 2017. (Foto: Hiller)

- Peter Lehndorfer
- Nikolaus Melcop
- Anke Pielsticker
- Benedikt Waldherr

Und als Stellvertreterinnen:

- Fatma Sürer
- Gerda Gradl
- Birsen Kahraman
- Markos Maragos

Einen ausführlichen Bericht zur Delegiertenversammlung sowie die verabschiedeten Resolutionen finden Sie unter www.ptk-bayern.de.



Die Delegierten stimmten über die Weiterbildungsordnung und den Jahresabschluss ab und verabschiedeten zwei Resolutionen. (Foto: Hiller)

„Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“: Ein neuer Bereich für die Weiterbildung

Zukünftig können in Bayern neue Angebote für die Weiterbildung und auch für die Fortbildung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen im Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ entstehen. Auf der 32. Delegiertenversammlung der PTK Bayern wurde hierfür mit der Aufnahme dieses Bereichs in die Weiterbildungsordnung die Grundlage beschlossen.

Diabetes ist eine weit verbreitete Stoffwechselerkrankung, von der nicht nur Erwachsene, sondern auch viele Kinder und Jugendliche betroffen sind. Das anspruchsvolle Selbstmanagement der Erkrankten ist durch psychosoziale Belastungen und psychische Erkrankungen in hohem Maße störanfällig. Daher besteht ein erhöhtes Risiko von erheblichen gesundheitlichen Folgekomplikationen. Einschlägige Leitlinien fordern eine psychosoziale/psychologische und psychotherapeutische Behandlung bei psychischen Problemen. Die Behandlerinnen benötigen jedoch ausreichende Kenntnisse über Diabetologie. Da diese Kenntnisse nicht aus der Psychotherapeutenausbildung vorausgesetzt werden, bietet sich hier entweder eine Spezialisierung durch Weiterbildung im Bereich „Psychotherapie bei Diabetes“ oder auch der Besuch entsprechender Fortbildungsveranstaltungen an.

Nachdem auf dem 28. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im April 2016 der Auftrag an die BPtK-Kommission Zusatzqualifikation erteilt wurde, einen Entwurf für eine entsprechende Musterweiterbildungsordnung zu formulieren und dieser auf dem 30. DPT im Mai 2017 beschlossen wurde, hat nun auch die PTK Bayern auf dieser Grundlage ihre Weiterbildungsordnung erweitert. Zuvor fand ein Fachgespräch mit den Vertreterinnen der Fachgesellschaften und der „Fachpsychologen Diabetes (DDG)“ statt, in dem festgestellt wurde, dass die Umsetzbarkeit in Bayern gewährleistet ist.



Vorstandsmitglied Anke Pielsticker und Vizepräsident Bruno Waldvogel erläuterten auf der 32. Delegiertenversammlung die Erweiterung der Weiterbildungsordnung um den Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“. (Foto: Hiller)

Der Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ befasst sich mit den psychischen Faktoren bei einer Diabeteserkrankung. Ziel ist eine erfolgreiche Therapie des Diabetes hinsichtlich der psychischen Gesundheit, der Prävention von Folgeerkrankungen sowie der Erhaltung der Lebensqualität und der sozialen Integration. Dafür ist neben der Diagnostik psychischer Erkrankungen auch die Erfassung diabetesbezogener Belastungen erforderlich. Psychotherapeutische Konzepte zur Behandlung von Menschen mit Diabetes und krankheitsassoziierten Belastungen oder psychischen Störungen liegen vor.

Die Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ kann für den Altersbereich Kinder und Jugendliche und/oder Erwachsene durchgeführt werden. Die Weiterbildung besteht aus 80 Stunden theoretischer Weiterbildung, 180 Behandlungsstunden, 25 Stunden fallbezogener Supervision, 40 Stunden Hospitation, sechs supervidierten Falldarstellungen und erstreckt sich über mindestens 18 Monate.

Kammermitglieder können sich bereits erworbene Qualifikationen im Rahmen der **Übergangsregelung in einem Zeitraum von fünf Jahren** ganz oder teilweise anerkennen lassen, wenn diese der Weiterbildung gleichwertig sind.

Nach Ableisten der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten darf die Zusatzbezeichnung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ geführt werden.

In Vorstellung und Diskussion des Konzeptes wurde in der Delegiertenversammlung klargestellt, dass es sich bei dieser Weiterbildung um ein Angebot für Mitglieder handelt, die sich auf die Behandlung von Patientinnen mit Diabetes spezialisiert haben oder spezialisieren wollen. Gleichzeitig kann diese Weiterbildung von allen interessierten Kammermitgliedern in beliebigem Umfang auch als Fortbildung genutzt werden.

Im nächsten Schritt sind nun Fachgesellschaften, Institute und interessierte Kolleginnen aufgefordert, entsprechende Weiterbildungsangebote einzurichten.

Wenn dies erfolgt ist, können auch einzelne Teile dieser Weiterbildung gewinnbringend als Fortbildungsveranstaltung besucht werden. Die vermittelten Informationen und Kompetenzen stellen für unterschiedliche ambulante und stationäre Arbeitsfelder von PP und KJP eine gute Ergänzung dar.

Gesetzentwurf für ein Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetz in Bayern: PTK Bayern fordert weitere Änderungen

Die bayerische Staatsregierung hat einen Gesetzentwurf für ein Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) vorgelegt, das Hilfen für psychisch kranke Menschen verbessern und die öffentlich-rechtliche Unterbringung von psychisch kranken Menschen bei Selbst- und Fremdgefährdung neu regeln soll. Die PTK Bayern hält die vorgesehenen Regelungen für unvereinbar mit der Intention des Gesetzgebers, Hilfestellungen für psychisch kranke Menschen verbessern und die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen reduzieren zu wollen.

Obwohl das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Vorfeld des Gesetzentwurfs einen großen Runden Tisch eingerichtet hatte, um die Neuregelung mit vielen Expertinnen sowie Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch Kranker zu diskutieren, ist kaum etwas von deren Vorschlägen in den Gesetzentwurf eingeflossen. Anregungen zur Weiterentwicklung der Versorgung, zu Prävention oder der landesweiten Dokumentation von Zwangsmaßnahmen wurden nicht berücksichtigt. Einzig flächendeckende Krisendienste stellen einen echten Fortschritt dar.

In den Artikeln 5 bis 39 des Gesetzentwurfes, die die öffentlich-rechtliche zwangsweise Unterbringung behandeln, bleibt Bayern jedoch deutlich hinter den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen (PsychKGen) anderer Bundesländer zurück. Die Gefahrenabwehr steht als Zielsetzung vor der Behandlung; psychisch kranke Menschen werden in erster Linie als potentielle Straftäterinnen angesehen und nicht als kranke Personen, die eher selten untergebracht werden müssen, und wenn erforderlich, dann weit überwiegend zu ihrem eigenen Schutz. Viele Regelungen des Maßregelvollzugs, die für psychisch Kranke nach einer Straftat mit Schuldunfähigkeit gelten, sollen in das BayPsychKHG übernommen werden. Eine zentrale Unterbringungsdatei soll über fünf Jahre personenbezogene Daten inkl. Diagnose speichern und diese Daten Polizei wie Behörden zur Verfügung stellen. Entlassungen aus der Unterbringung sind der Polizei zu melden. Auch Jugendliche können diesen Regelungen unterworfen werden.

Dieser Gesetzentwurf wirft damit die Bemühungen um die Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen weit zurück. So kann weder angemessene Hilfe für psychisch kranke Menschen

noch Sicherheit für die Gesellschaft erreicht werden. Die PTK Bayern hat eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf verfasst. Auch die Presse hat die Kritikpunkte der PTK Bayern sowie vieler weiterer Akteure aufgegriffen und darüber berichtet. Die Delegiertenversammlung der PTK Bayern hat die Resolution „Keine Registrierung und Stigmatisierung psychisch kranker Menschen!“ verabschiedet. Beim 32. Deutschen Psychotherapeutentag wurde die Resolution „Krankenhäuser nicht sicherheitspolitisch missbrauchen: Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz ein bedrohlicher Rückschritt“ beschlossen.

Die Staatsregierung hat nun angekündigt einzelne Kritikpunkte aus dem Gesetzentwurf herauszunehmen oder zu überarbeiten. Dennoch bleiben aus Sicht der PTK Bayern einige Kritikpunkte enthalten und andere wichtige Punkte fehlen weiterhin in dem Entwurf.

Die PTK Bayern wird sich deshalb im Verbund mit anderen Akteuren (Klinikdirektorinnen, Bezirkstag, Wohlfahrtsverbände u. a.) weiterhin engagiert für eine Überarbeitung des Gesetzentwurfes einsetzen, um ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz für Bayern zu erreichen, das seinen Namen zu Recht trägt.

Sachverständige mit Expertise für forensisch untergebrachte Patientinnen gesucht

Infolge der Reform des § 63 StGB – Unterbringung in der Psychiatrie nach einer Straftat u. a. im Zustand der Schuldunfähigkeit – müssen dort Untergebrachte nun häufiger mit der Fragestellung der weiteren Prognose begutachtet werden. Zudem müssen die damit beauftragten Sachverständigen bei der jeweils begutachteten Patientin wechseln. Gesetzlich als Gutachterinnen vorgesehen sind dabei explizit

neben Ärztinnen auch Psychotherapeutinnen und Psychologinnen. Vom Amt für Maßregelvollzug in Bayern wurden deshalb alle Maßregelvollzugsleiterinnen angeschrieben mit der Bitte um Nennung Sachverständiger. Die PTK Bayern möchte mit diesem Aufruf auch alle Kolleginnen informieren, die nicht in Kliniken tätig sind, aber Expertise in diesem Bereich aufweisen, z. B. weil sie

in JVA's tätig sind oder waren oder in forensischen Kliniken gearbeitet haben.

Wenn Sie Interesse haben, können Sie sich direkt an das Amt für Maßregelvollzug in Bayern (massregelvollzug@zbf.bayern.de) wenden.

Bei Rückfragen können Sie uns per Mail an info@ptk-bayern.de schreiben.

PTK Bayern stellte sich neuen Mitgliedern und Ausbildungsteilnehmerinnen vor

Die jährliche Informationsveranstaltung für neue Kammermitglieder und Ausbildungsteilnehmerinnen fand diesmal am 3. März 2018 in der LMU München statt.

Kammerpräsident Nikolaus Melcop erläuterte die verschiedenen Aufgaben der Kammer und die Bereiche, für die sich die Kammer einsetzt. Zudem informierte er über das Versorgungswerk sowie die wichtige Funktion der Berufsverbände.

In der zweiten Hälfte der Veranstaltung berichtete Vizepräsident Bruno Waldvogel über die Regelungen der Berufsausübung und der Fortbildung. Er erläuterte, wozu es eine Berufsordnung gibt und verschaffte einen Überblick über einige wichtige Regelungen der Berufspflichten. Hinsichtlich der Regelungen in der Fortbildung erläuterte Waldvogel den Unterschied zwischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie



90 Teilnehmende informierten sich über das Kammerwesen, aktuelle berufspolitische Themen und die Regelungen der Berufsausübung. (Foto: Hiller)

die Fortbildungs- und Nachweispflicht. Im Anschluss an die Vorträge sowie in den Pausen nutzten die Teilnehmenden

jeweils die Möglichkeit für Fragen und Diskussion.

400 Teilnehmende in München informierten sich beim 17. Suchtforum rund um das Thema Cannabis als Medizin



v. l.: Birgit Gorgas (PTK Bayern), Ulrich Koczian (BLAK), Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter und Dr. Heidemarie Lux sprachen auf der Pressekonferenz des Suchtforums über das Thema Cannabis. (Foto: Hiller)

Unter dem Titel „Grundfragen der medizinischen Verwendung von Cannabis“ fand am 11. April 2018 im Klinikum rechts der Isar in München das 17. Suchtforum statt. Die Kooperationspartnerinnen des Suchtforums – PTK Bayern, Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheits-

fragen e. V. (BAS), Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) sowie Bayerische Landesapothekerkammer (BLAK) – wollten beim diesjährigen Suchtforum über die Geschichte des Cannabis als Rauschmittel und als Therapeutikum informieren sowie einen Überblick über

den aktuellen Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis rund um Cannabis als Medizin vermitteln.

Seit März 2017 ist Cannabis in Deutschland als „Medikament letzter Wahl“ zugelassen. Dieses Großexperiment wird von einigen mit Freude, von anderen aufgrund des Risikos des Missbrauchs der Verordnungen mit Sorge betrachtet.

Vor Beginn des Suchtforums fand im Klinikum rechts der Isar eine Pressekonferenz statt. Die Expertinnen der Kooperationspartnerinnen wiesen darauf hin, dass der Einsatz cannabishaltiger Arzneimittel eine sinnvolle Ergänzung in der Behandlung von Patientinnen mit schweren Erkrankungen darstellen kann, welche aber in jedem Einzelfall kritisch zu überprüfen sei.

Kurznachrichten

Großes Interesse an den Mitglieder-Foren in Würzburg, Nürnberg und Regensburg

Fast 300 Kammermitglieder haben bis jetzt an den Mitglieder-Foren in Würzburg, Nürnberg und Regensburg teilgenommen, die im Mai und im Juni 2018 stattfanden. Auf großes Interesse stießen die Berichte und Diskussionen zum Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, zum Stand der Reform der Aus- und Weiterbildung sowie zum Thema Psychotherapie und elektronische Medien. Außerdem wurde eine Zwischenbilanz der Veränderungen für Niedergelassene, Angestellte und Patientinnen bezüglich der psychotherapeutischen Sprechstunde, Akut- und Kurzzeittherapie, Einweisung ins Krankenhaus sowie der Verordnung von Reha und Psychotherapie gezogen und erörtert.

Im Juli 2018 findet ein weiteres Mitglieder-Forum in München statt – es sind noch Plätze frei!

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreterinnen teilgenommen haben:

Informationsveranstaltungsreihe zur Datenschutz-Grundverordnung und den Pflichten nach dem Geldwäschegesetz am 15.03.2018; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Fachtag Seniorengesundheit am 21.03.2018; BPtK: 6. Weiterbildungskonferenz am 22.03.2018; BPtK-Fachtagung: Reform der Psychotherapeutenausbildung – Kooperation für eine gute Versorgung am 22.03.2018; 17. Suchtforum in München: Grundfragen der medizinischen Verwendung von Cannabis

am 11.04.2018; BARMER und Health Care e. V. Fachtagung „Politik trifft Gesundheit“ am 11.04.2018; Gemeinsames Landesgremium nach § 90a zur Fortschreibung der Bedarfsplanung am 12.04.2018; 8. Treffen des Beirats Fortbildung der Landeskammern am 17.04.2018; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL): Austausch zur Präventionsberichterstattung am 18.04.2018; Bayerischer Landtag: Gemeinsame Anhörung des Ausschusses für Gesundheit & Pflege und des Ausschusses für Arbeit & Soziales, Jugend, Familie & Integration zum Gesetzentwurf der Staatsregierung für ein Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) am 24.04.2018; BPtK: konstituierende Sitzung der Bund-Länder AG der Psychotherapeutenkammern „Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung“ am 25.04.2018; Sitzung des Zentralstellenrates PSNV am 02.05.2018; Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Verleihung des Bayerischen Demenzpreises 2018 am 14.05.2018; Bayerischer Apothekertag am 08.06.2018; Gesundheitspolitischer Sommerempfang der KVB und KZVB am 12.06.2018; BPtK: 2. Sitzung der Kommission „Berufsrechtliche Regelungen – Internet in der Psychotherapie“ am 14.06.2018.

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

Bevorstehende Veranstaltungen in 2018

Mitglieder-Forum München. Termin: **12.07.2018.**

Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Termin: **30.06.2018** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen: Schmerz-Syndrome und Diabetes. Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **13.10.2018** in Nürnberg.

Psychotherapie in der Palliativversorgung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Herausforderungen und Möglichkeiten für Psychotherapeut/innen. Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **20.10.2018** in München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis. Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **09.11.2018** und **10.11.2018** in München.

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

Geschäftsstelle

Birketweg 30, 80639 München
Post: Postfach 151506
80049 München
Tel.: 089/51 55 55-0, Fax: -25
Mo–Fr 9:00-13:00,
Di–Do 14:00-15:30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Wenn die Liebe zu Kindern zur Gefahr wird

Interview mit Dr. rer. medic. Anna Konrad, Psychologische Psychotherapeutin (VT), Sexualtherapeutin (DGSMTW)

Das Netzwerk „Kein Täter werden“ ist ein Präventionsprojekt zur Verhinderung sexueller Übergriffe auf Kinder und Jugendliche. Es wurde 2011 gegründet und bietet heute an insgesamt zwölf Standorten in Deutschland ein kostenloses und durch die Schweigepflicht geschütztes Behandlungsangebot für Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und deshalb therapeutische Hilfe suchen.

9.515 Menschen haben sich bis Ende März 2018 im Netzwerk gemeldet, 1.554 konnte ein Therapieangebot gemacht werden. 925 Teilnehmer¹ haben die Therapie begonnen und 360 bislang erfolgreich abgeschlossen. 345 befinden sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung. Rund 90 nehmen am Angebot der Nachsorge teil.

Davon ausgehend, dass Schätzungen zufolge etwa 1 % der Männer pädophil ist, gibt es etwa 200.000 Betroffene in Deutschland.

Nicht jeder Betroffene spürt Leidensdruck oder handelt gar fremdgefährdend. Dennoch werden noch zu wenig Betroffene erreicht. Unter dem Slogan: „Lieben Sie Kinder mehr als Ihnen lieb ist?“ wird das Projekt in der Öffentlichkeit beworben.

Ich treffe Dr. Anna Konrad, die seit 2003 im Präventionsprojekt „Dunkelfeld“ der Charité, und seit 2011 als Psychotherapeutin im Netzwerk „Kein Täter werden“ arbeitet, um mehr darüber zu erfahren.



Das Projekt

Daniela Allalouf (DA): Laut einer metaanalytischen Untersuchung liegt die Lebenszeitprävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs bei 19,7 % für Frauen und 7,9 % für Männer. Die überwiegende Mehrheit findet im nahen sozialen Umfeld statt. Das sind schockierende Zahlen. Ihr Projekt soll helfen, diese Zahlen zu minimieren. Wer meldet sich bei Ihnen?

Dr. Anna Konrad (AK): Zu uns kommen Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und eigenmotiviert und ohne juristische Auflagen therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Es kommen sowohl Menschen, die noch keine Taten begangen haben als auch solche, die im Dunkelfeld Taten begangen haben, aber nicht strafrechtlich verfolgt wurden bzw. keine diesbezüglichen Auflagen mehr haben. Die Teilnahme erfolgt absolut anonym, es muss keine Kassenkarte abgegeben werden und auch kein Name genannt werden.

Die Teilnehmer sind überwiegend männlich. Ein Großteil hat mindestens die Fachhochschulreife und studiert oder ist berufstätig, etwa 40 % sind partnerschaftlich gebunden. 15 % unserer Teilnehmer haben noch nie sexuellen Kontakt zu Kindern gehabt oder Missbrauchsabbildungen genutzt, 85 % derer, die zu uns kommen, haben entweder bereits Missbrauchsabbildungen genutzt oder direkte sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen.

Nicht alle wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilten Straftäter sind jedoch pädophil: Etwa jeder Zweite weist einen anderen motivationalen Hintergrund auf, beispielsweise eine Persönlichkeitsstörung, Intelligenzminderung oder Intimitätsdefizite in der Beziehung zu einer erwachsenen Partnerin und beging die Tat als sog. „Ersatzhandlung“.

Krankheitsbegriff

DA: Welcher Krankheitsbegriff liegt ihrem Therapiekonzept zugrunde?

AK: Grundsätzlich verstehen wir Pädophilie nicht als Krankheit, sondern als eine sexuelle Disposition/Neigung. Deren Vorhandensein ist weder strafbar noch verwerflich oder per se pathologisch. Nur wenn der Betroffene darunter leidet oder sich fremdgefährdend verhält, sprechen wir den internationalen Diagnosekriterien folgend von einer behandlungsbedürftigen Störung.

Wir bestätigen unsere Patienten daher in ihrer Individualität und verurteilen diese nicht: **Man ist kein schlechter Mensch, weil man sich zu Kindern hingezogen fühlt.** Meist erfahren wir unsere sexuelle Präferenz bereits in der Pubertät, wenn wir erste Missbrauchserfahrungen machen. Diese sexuelle Ansprechbarkeit suchen wir uns nicht aus, wir stellen sie fest. Entscheidend ist, wie wir damit umgehen. Unsere Hauptbotschaft ist daher: **Es kommt darauf an, bei Akzeptanz seiner Neigung und Phantasien die volle Verantwortung für sein sexuelles Handeln zu übernehmen und niemandem zu schaden.**

Erstdiagnostik/Risikofaktoren

AK: Die Erstdiagnostik ist umfangreich und zielt darauf ab, Risikofaktoren und Dissexualität zu erfassen. Unter Dissexualität verstehen wir sexuelle Handlungen, die nicht einvernehmlich vorgenommen werden und welche die Integrität und Individualität eines anderen Menschen verletzen. Wir wollen z. B. wissen, ob reale sexuelle Kontakte mit Kindern stattgefunden haben oder ob Missbrauchsabbildungen zur sexuellen Befriedigung konsumiert wurden. Weitere Risikofaktoren sind u. a. missbrauchsbegünstigende Einstellungen, wie Verzerrungen der Realität – die Annahme beispielsweise, dass der Konsum einschlägigen Bildmaterials insofern harmlos sei, da man selbst nicht an der Produktion mitgewirkt habe, das Material so oder so existiere oder auch die Überzeugung, die abgebildeten Kinder „posierten“ freiwillig. Einstellungen also, die sexuelle Kontakte zu Kindern oder die Nutzung von sexualisiertem Bildmaterial bagatellisieren und legitimieren.

Aber auch die „sexuelle Befasstheit“ ist ein bedeutsamer Risikofaktor, also beispielsweise die Masturbationshäufigkeit und generelle Häufigkeit der Beschäftigung mit sexuellen Inhalten. Auch Emotionsregulationsdefizite, Intimitätsdefizite und sozioaffektive Defizite zählen zu den Risikofaktoren.

Entstehung von Pädophilie

DA: Es gibt die verbreitete Ansicht, es seien oft Menschen, die selbst Missbrauchserfahrungen gemacht haben, die sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche ausübten. Spielt bei der Entstehung sexueller Neigungen etwa „Konditionierung“ eine Rolle?

AK: Diese „Vom-Opfer-zum-Täter-Theorie“ ist wissenschaftlich viel diskutiert, aber nicht haltbar. Es scheint zwar laut einigen Studien eine Häufung eigener Missbrauchserfahrungen bei Menschen zu geben, die wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilt wurden, und auch unsere Patienten berichten gehäuft von eigenen Missbrauchserfahrungen. Hieraus lassen sich aber keine Schlüsse auf die Entstehung einer pädophilen Sexualpräferenz ziehen. Es gibt kein einziges Merkmal, das wir bei all unseren Teilnehmern feststellen konnten, außer, dass sie sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen. Wir gehen heute von einer multifaktoriellen Pathogenese der Pädophilie aus, wobei die Stabilität der Neigung auf eine biologische Determinante deutet.

DA: Welche Rolle spielen Machtphantasien bei Tätern?

AK: Machtphantasie ist nicht per se ein Pädophiliekriterium. Es gibt sehr viele pädophile Männer, die sich in der Phantasie vorstellen, dass die Kinder den sexuellen Kontakt genießen, auch wenn es in der Realität keine einvernehmlichen sexuellen Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern geben kann.

Therapiekonzept

AK: In der Regel nehmen die Betroffenen für die Dauer von bis zu zwei Jahren an wöchentlichen Gruppenther-

apiesitzungen teil. Heute gestalten wir diese halboffen, um die Flexibilität der Teilnahme zu erhöhen.

Es ist für die Patienten eine wichtige Erfahrung, frei von moralischer Beurteilung über ihre sexuelle Neigung und möglichen sexuellen Impulse gegenüber Kindern berichten zu können. Zudem ist es oft weitaus effektiver, wenn nicht die Therapeutin das einzige Korrektiv darstellt und die Konfrontation (z. B. mit Widersprüchen oder verzerrter Wahrnehmung) durch andere Patienten erfolgt, die quasi als Co-Therapeuten in diesem Kontext agieren. Eine Gruppe hat also sehr positive Effekte auf den Behandlungserfolg. Parallel dazu führen wir Einzeltherapien durch, die wie die Gruppen einem kognitiv-behavioralen Ansatz mit sexologischen Komponenten und optional pharmakologischer Behandlung folgen. Darüber hinaus bieten wir Paarsitzungen an, da die Partner-Einbindung einen wichtigen Schutzfaktor darstellt. Sie können eine große Unterstützung sein.

In einem ersten Schritt erarbeiten wir ein individuelles Risikomodell: Der Patient soll lernen, seine Neigung zu akzeptieren und gleichzeitig einzuschätzen, welche Risikosituationen bei ihm vorliegen.

Im nächsten Schritt folgen wir der Therapierationale, das Risiko zu senken, indem die individuell bedeutsamen Risikofaktoren therapeutisch bearbeitet werden. Wenn ein Patient z. B. starke Emotionsregulationsdefizite aufweist und Missbrauchsabbildungen nutzt, um negative Gefühlszustände zu bewältigen, geht es darum, alternative Bewältigungsstrategien aufzubauen. Das sog. „Good-Lives-Modell“ folgt der Annahme, dass alle Menschen nach einem glücklichen und zufriedenen Leben streben. Eine (sexuelle) Straftat wird in diesem Zusammenhang als Versuch verstanden, ein legitimes Grundbedürfnis mit illegitimen Mitteln zu befriedigen.

Ziel der Therapie ist es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, trotz ihrer Neigung ein zufriedenes Leben zu führen, ohne anderen zu schaden.



Daniela Allalouf, Anna Konrad

Den Verlauf der Therapie evaluieren wir sowohl fortlaufend im Team, als auch gemeinsam mit den Patienten. Oft stimmen Fremd- und Selbstbeurteilung des Risikos überein. Viele Patienten können sehr gut selbst einschätzen, wie gefährdet sie sind, (erneut) dissexuell zu handeln.

DA: Ist es richtig, dass eine einmal begangene Tat eine Wiederholung begünstigt?

AK: Ja, statistisch gesehen steigt das Risiko nach der Tat.

DA: Erkennen die Täter nicht das Leid der Opfer?

AK: Das Leid der Opfer ist oft für die Täter nicht direkt sichtbar, oft haben sie auch den Eindruck, dem Kind keinen Schaden zugefügt zu haben. Selbst wenn ein Schuldbewusstsein vorhanden ist, ist es menschlich, das Selbstbild durch sogenannte Dissonanzreduktion aufrechterhalten zu wollen und das Geschehen vor sich in irgendeiner Weise zu rechtfertigen oder zu verharmlosen. Keiner meiner Patienten wollte einem Kind Schaden zufügen, aber sie waren womöglich schon in einer Situation, in der sie ihr sexuelles Bedürfnis vor den Wunsch gestellt haben, niemandem zu schaden.

DA: Im Ergebnis ist das leider für das Opfer egal. Darum ist es wichtig, dass

Sie Ihre Arbeit erfolgreich fortsetzen und möglichst viele Betroffene erreichen.

Appell an die Psychotherapeutinnen: Enttabuisierung sexueller Neigungen

AK: Ja. Für uns ist es sehr wichtig, dass Betroffene unser Projekt kennen und von anderen Behandlerinnen auf unser Angebot verwiesen werden.

Die Rückfallquoten bei Sexualstraftaten sind bei entsprechender Behandlung geringer als bei anderen Straftaten und eine erste Evaluation hat gezeigt, dass unsere Teilnehmer nach der Therapie weniger Risikofaktoren aufweisen.

Zwei Drittel unserer Patienten war bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung. Oft aufgrund der bestehenden Komorbidität und damit verbundener Symptome, wie Depression oder Angsterkrankungen. Wir hören regelmäßig von Berührungsgängsten mit dieser Patientengruppe: Viele Patienten geben an, dass sie nicht offen über ihre Neigung sprechen konnten. Es wurde uns sogar einige Male berichtet, dass die Polizei gerufen oder Patienten aus der Praxis geworfen wurden. Diese Berührungsgängste bestätigt auch die Studie einer Dresdner Arbeitsgemeinschaft. U. a. wurden hier PiA befragt. Der überwiegende Teil gab

an, nicht an die Möglichkeit der Verhaltenskontrolle bei Pädophilen zu glauben und ihnen kein Behandlungsangebot machen zu wollen!

Das Thema Sexualität wird demnach erstaunlicherweise noch heute oftmals in psychotherapeutischen Sitzungen ausgespart. Und diese Aussparung sendet deutliche Signale hinsichtlich der Tabuisierung und Verurteilung von pädophilen, hebephilen oder anderen paraphilen Neigungen. Dabei wissen wir, dass es den Patienten hilft, kritische Themen, beispielsweise Suizidalität oder fremdgefährdendes Verhalten, direkt und konkret anzusprechen und zu signalisieren, entsprechende Gedanken nicht zu verurteilen.

Wer – wenn nicht wir Psychotherapeutinnen – sollte wissen, dass Gedanken nicht gleich Taten sind! Dass ein Mensch nicht nur sein Gefühl ist und auch nicht nur sein Gedanke. Auf das Handeln kommt es an!

Daniela Allalouf

¹ Die männliche Sprachform wurde hier beibehalten, da es sich bei den Teilnehmern überwiegend um Männer handelt. Weibliche Teilnehmerinnen/Patientinnen sind selbstverständlich mitgemeint.

Weiterführende Informationen:

Am 10.10.2018 findet in der Charité Berlin eine **Infoveranstaltung** des Netzwerks statt. **FAQ-Videos**, in denen Ärztinnen und Psychotherapeutinnen die häufigsten Fragen beantworten finden sich auf Youtube unter: <https://www.youtube.com/user/KeinTaeterWerden>

Kontakt:

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Universitätsklinikum Charité
Luisenstraße 57
10117 Berlin-Mitte
E-Mail: anna.konrad@charite.de
Tel.: 030/450 529 309
www.kein-taeter-werden.de
www.dont-offend.org

Ist ein Modellstudiengang Psychopharmakologie sinnvoll?



(Foto: Thinkstock/Ivan Balvan)

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in seinem Arbeitsentwurf zum Approbationsstudium (2017) vorgeschlagen, einen Modellstudiengang Psychopharmakologie zu installieren. Die Idee dabei ist, dass auch approbierte Psychotherapeutinnen Psychopharmaka verordnen könnten. Zu dieser Frage hatte der Vorstand der BPTK ein Expertinnenhearing mit Diskussion veranstaltet, das am 25.01.2018 stattfand. Die Pro- und Contra-Argumente wurden diskutiert:

Pro waren vor allem Psychologische Psychotherapeutinnen in Kliniken, die teilweise die Rolle einer Oberärztin einnehmen und gerne im Sinne der Patientinnen auch Psychopharmaka verordnen würden. Sie wollen mit den Ärztinnen gleichgestellt werden, rechnen sich dadurch bessere Berufschancen aus und erhoffen sich mehr Anerkennung. Viele von ihnen gehen davon aus, dass sie deutlich weniger Psychopharmaka verschreiben würden als ihre medizinischen Kolleginnen, weil ihr Schwerpunkt der

Behandlung auf der Psychotherapie und nicht auf Medikamenten liegt.

Doch es wurde von der Mehrheit der Anwesenden dagegen argumentiert: Die Kernaufgabe einer Psychotherapeutin ist die Therapie der psychischen Probleme und Störung der Patientinnen mit verbalen und non-verbalen Methoden. Psychopharmaka können diesen Prozess allenfalls unterstützen, doch sie können z. B. eine Depression nicht „behandeln“, bestenfalls die damit zusammenhängenden Symptome reduzieren. Es wurde auch auf den immer wieder festgestellten Placeboeffekt von Psychopharmaka hingewiesen. Die Psychotherapie hingegen kann an den Ursachen der Depression ansetzen, sie verstehbar und damit veränderbar machen. Zudem waren viele Teilnehmende der Veranstaltung der Auffassung, dass eine gründliche Kenntnis der Psychopharmaka, ihrer Verordnung, ihrer Nebenwirkungen und der Wechselwirkung mit anderen Medikamenten u. a. ein Medizinstudium voraussetzt. Dieses Wissen wäre auch in einem Modellstudiengang potentiell erwerbbar, doch die Mehrheit möchte dies nicht, weil sie sich auf die eigentlichen Aufgaben von Psychotherapeutinnen konzentrieren will.

Auf der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Berlin wurde dieses brisante Thema diskutiert und mit der überwiegenden

den Mehrheit eine Resolution verabschiedet:

http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aus_fort_weiterbildung/ausbildung/ausbildungsreform/index.html

Dr. Manfred Thielen



Manfred Thielen

Geschäftsstelle

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

Deutscher Psychotherapeutentag tagt in Bremen

Am 20. und 21. April 2018 fand nach zehn Jahren zum zweiten Mal ein Psychotherapeutentag in Bremen statt. 140 Delegierte aus dem gesamten Bundesgebiet kamen im Bremer Atlantic Hotel Universum zusammen, um über aktuelle Themen der Berufspolitik zu diskutieren. Im Mittelpunkt standen die Reform der Psychotherapieausbildung, die Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie und Forderungen für eine neue Bedarfsplanung sowie das negative Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zum Antrag der AG Humanistische Psychotherapie auf wissenschaftliche Anerkennung. Darüber hinaus wurde über Satzungsänderungen für eine gleichberechtigte Einbeziehung von Frauen in Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer abgestimmt.



v. l. n. r.: Karl Heinz Schrömgens, Senatorin Quante-Brandt, Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPTK

Senatorin Quante-Brandt dankt Kammer für die Zusammenarbeit

Am zweiten Beratungstag war die bremische Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz Prof. Eva Quante-Brandt zu Gast.

Sie drückte in ihrem Grußwort zunächst ihre Anerkennung und ihren Dank für das Engagement der Psychotherapeutenkammer Bremen, insbesondere ihres Präsidenten Karl Heinz Schrömgens, für eine bessere Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen aus.

Anschließend ging sie auf den Stand des Reformprozesses für eine Neuorganisation der psychotherapeutischen Ausbildung ein. Sie stellte erfreut fest, „dass sich die unterschiedlichen Positionen im Verlauf der Verhandlungen doch zwischenzeitlich schon ein ganzes Stück weit angenähert haben, um

hoffentlich bald zu einem tragfähigen Gesetz zu kommen. Die Notwendigkeit einer Reform war von Anfang an unstrittig, nicht zuletzt, um eine einheitliche Berufszulassung zum Psychologischen Psychotherapeuten zu ermöglichen und die finanzielle Benachteiligung der Studienabsolventen im Rahmen der postgradualen Aus- bzw. Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten auszuräumen.“

Senatorin Quante-Brandt betonte die maßgebliche Rolle, die den Kammern im Rahmen der Reform der Psychotherapeutenausbildung zugewiesen werde. Denn die jungen Psychotherapeutinnen würden zwar nach erfolgreichem Abschluss des Studiums aufgrund der erhaltenen Approbation die Heilkunde ausüben dürfen. Die endgültige Qualifikation würden sie jedoch erst durch die sich anschließende Weiterbildung erhalten. Und das Weiterbildungsrecht

sei schon immer die ureigene Domäne der Kammern. Der Kammereinfluss auf die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung werde insofern größer werden.

Versorgung weiter stärken

Karl Heinz Schrömgens nutzte als Präsident der gastgebenden Kammer sein Grußwort, um einige Überlegungen zu Defiziten in der Versorgung psychisch kranker Menschen anzustellen. Er unterstrich die Notwendigkeit, dass Psychotherapeutinnen eine erweiterte Behandlungsverantwortung übernehmen. Das entspreche zum einen dem hohen Kompetenzstand des Berufes, zum anderen aber auch der Behandlungsnotwendigkeit angesichts des starken Mangels an fachlich qualifizierten ärztlichen Kolleginnen in diesen Feldern. Er zeigte sich in diesem Zusammenhang irritiert über Stellungnahmen aus dem

ärztlichen Bereich in den zurückliegenden Wochen und Monaten. Es werde dort eine Vorrangstellung der Ärztinnen in der Versorgung von Patientinnen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen beansprucht, die schon heute nicht die Versorgungsrealität widerspiegeln. Angesichts der Versorgungsengpässe bei psychisch kranken Menschen müsse es doch auch im Inte-

resse der ärztlichen Kolleginnen liegen, die Behandlungsoptionen über eine stärkere Einbeziehung von Psychotherapeutinnen zu erweitern. Er ging auch auf die Diskussion um eine mögliche Verordnungsbefugnis für Psychopharmaka ein. Abgeleitet von dem, was eine Patientin brauche, sollte die Frage, ob eine fakultative Qualifizierung von Psychotherapeutinnen zur Psychophar-

makoverordnung sinnvoll ist, aus dem Kompetenzprofil und dem Lernumfang entschieden werden.

Die Grußworte im Wortlaut sowie ausführliche Berichte zu den Inhalten des DPT sind auf den Internetseiten der Bremer Kammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer zu finden.

„Wir unterstützen junge Menschen in der Entwicklung von Selbstkompetenzen“ – Die Psychologisch-Therapeutische Beratungsstelle des Studentenwerks im Portrait

Die PKHB vertritt aktuell etwa 650 Kolleginnen, darunter auch über 150 angestellte Psychotherapeutinnen. Über deren vielfältige Arbeitsfelder möchten wir in den nächsten Ausgaben informieren. Zu Beginn stellen wir die Tätigkeit der Psychologisch-Therapeutischen Beratungsstelle des Studentenwerks Bremen vor. Frau Dipl.-Psych. Swantje Wrobel (Psychologie-Studium in Marburg/Lahn, Approbation als Psychologische Psychotherapeutin) ist seit 18 Jahren Leiterin der Beratungsstelle und stand für ein Gespräch zur Verfügung. Das Gespräch führte Sylvia Helbig-Lang für die Psychotherapeutenkammer Bremen.

Die Psychologisch-Therapeutische Beratungsstelle des Studentenwerks hat im Frühjahr aufgrund der hohen Nachfrage neue Stellen bewilligt bekommen. Werden unsere Studierenden wirklich psychisch kränker?

Das ist keine Entwicklung des letzten Jahres, das hat sich bereits über das letzte Jahrzehnt abgezeichnet. Als ich 1999 in der Beratungsstelle angefangen habe, hatten wir etwa 450 ratsuchende Studierende im Jahr; 2017 waren es 1.063. Das heißt, die Anfragen haben sich mehr als verdoppelt. Die Studierendenzahlen haben sich in dem Zeitraum übrigens nicht verändert. Ich gehe davon aus, dass die Zahlen auf dem Niveau bleiben oder sogar noch steigen.

Wir haben immer versucht, den steigenden Bedarf aufzufangen, z. B. Beratungszeiten zu verkürzen, Kurzsprechstunden einzurichten oder die zeitlichen Abstän-

de zwischen den Beratungen zu verlängern, aber irgendwann ist das nicht mehr möglich. Daher haben wir schon 2013 Unterstützung durch Mittel aus dem Hochschulpakt erhalten; diese Mittel sind jetzt noch mal um zwei befristete Stellen aufgestockt worden. Aktuell haben wir damit sechs Vollzeitstellen, was eine gute personelle Ausstattung ist.

Sie überblicken ja eine lange Zeit in der studentischen Beratung: Haben Sie den Eindruck, dass sich die Anliegen der Studierenden verändert haben?

Ja, eindeutig. Vor der Bologna-Reform waren es eher Arbeitsschwierigkeiten und Prüfungssängste, mit denen Studierende kamen. Das hat sich etwa 2010/11 verändert, da waren dann depressive oder Erschöpfungssymptome auf Platz 1 der Beratungsanlässe.

Das Ansteigen psychischer Probleme bei Studierenden wird ja auch durch verschiedene Krankenkassenreports gestützt, wie z. B. den Barmer-Report 2018. Aber 2015 hat die TK das auch schon berichtet.

Hat die steigende Rate psychischer Probleme Ihre Arbeit in der Beratungsstelle verändert?

Das kann man klar sagen. Etwa ein Drittel der Ratsuchenden wird von uns weiter vermittelt an Niedergelassene, Kliniken oder Selbsthilfegruppen.

Aufgrund der gestiegenen Nachfrage mussten wir uns in unserem Angebot

beschränken. So hatten wir im letzten Jahr im Durchschnitt 2,8 Kontakte pro Klientin. Das ist nicht viel – im Gegenteil. Im Vergleich zu anderen studentischen Beratungsstellen in der Bundesrepublik liegen wir damit am unteren Rand. Die Arbeit ist hochkomprimiert. Wir müssen uns stärker auf Diagnostik konzentrieren: Was liegt genau vor? Hat das Krankheitswert?

Das klingt ja fast wie eine psychotherapeutische Sprechstunde.

Ja, zeitweise komme ich mir vor wie eine Ambulanz. Aber das ist eigentlich nicht unsere Aufgabe. Trotz unseres Namens können wir keine längerfristige psychotherapeutische Begleitung anbieten. Aber wir sind nun mal ein wichtiger Anlaufpunkt für die Studierenden, daher nehmen wir diese Aufgabe auch wahr. Aber eigentlich kennzeichnet uns, dass wir niedrigschwellig und ohne lange Wartezeit ein Angebot machen können. Die Wartezeit war im letzten Jahr mit sechs bis sieben Wochen auch deutlich zu lang. Nach der Stellenerhöhung sind wir wieder bei ein bis zwei Wochen Wartezeit.

Welche Angebote halten Sie in der Beratungsstelle für Ratsuchende bereit?

Wir haben Arbeitsstrukturierungsgruppen – das sind angeleitete Gruppen, die sich über zwei Semester einmal pro Woche treffen. Studierende lernen dort nach einem verhaltenstheoretischen Konzept, sich ein realistisches Ziel zu setzen, einen Arbeitsplan zu erstellen,



Dipl.-Psych. Swantje Wrobel, Leiterin der Psychologisch-Therapeutischen Beratungsstelle

systematisch zu arbeiten. Diese Gruppen sind sehr beliebt und sehr erfolgreich. Aktuell bieten wir drei Gruppen an.

Wir haben auch eine Gruppe für Studierende mit psychischen Erkrankungen, die nach dem Hamburger Modell arbeitet. Studierende mit einer psychischen Diagnose oder nach einem stationären Aufenthalt haben ja häufig Schwierigkeiten, den normalen Studienablauf zu bewältigen. Aufgrund von Medikamenten haben sie z. B. Konzentrationsbeeinträchtigungen oder sie brauchen spezielle Prüfungsbedingungen. Diesen Studierenden helfen wir, trotz aller Schwierigkeiten durch das Studium zu kommen – in der Regel klappt das auch. Aber es erfordert viel Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärztinnen, Psychotherapeutinnen und auch den Fachbereichen.

Wir haben auch Workshops zu Rede- und Prüfungsängsten und natürlich die Einzelberatung. Wir bieten auch eine Legasthenie-Diagnostik. Dieses Angebot gibt es zum Teil ja auch durch niedergelassene Psychotherapeutinnen, allerdings können Studierende die damit verbundenen Kosten häufig gar

nicht zahlen. Bei uns gibt es diese Möglichkeit kostenfrei.

Und schließlich haben wir auch eine Online-Beratung per E-Mail als Möglichkeit, anonym Kontakt zu uns aufzunehmen. Die Anfragenden erhalten dabei innerhalb von 48 Stunden eine Antwort.

Wie wird dieses Angebot denn angenommen?

Wir haben da pro Jahr zwischen 60 und 100 Anfragen, das schwankt. Ich mache das schon seit 14 Jahren; wir hatten da eine Art Vorreiterfunktion. Es hat sich aber wirklich gezeigt, dass die Online-Beratung eine Art Vorschaltberatung ist. Fast alle, die in der Online-Beratung fragen, ist mein Problem denn wichtig genug, kommen später auch persönlich zur Beratung.

Ich hatte auch mal eine Chat-Beratung angeboten; das war aber eher schwierig, weil man sich die entsprechenden Zeit-Slots frei halten musste und nicht wusste, wie und ob es genutzt wird. Die Online-Beratung kann ich sehr gut „zwischendurch“ leisten.

Gibt es ein spezielles Konzept, nach dem Sie in der Beratungsstelle arbeiten?

Wir haben einen eklektischen Ansatz. Alle Kolleginnen und Kollegen haben psychotherapeutische Zusatzausbildungen, sind in Ausbildung oder haben eine Approbation. Dabei gibt es eine bunte Mischung aus Verfahren, sodass jede unterschiedliche Sichtweisen einbringt. Das macht den Austausch in unserer kollegialen Supervision sehr fruchtbar. Für uns steht dabei die Frage im Vordergrund, was die Studierenden individuell brauchen. Da versuchen wir dann, passgenaue Angebote zu schneiden.

Dafür haben wir einmal in der Woche eine Teamsitzung mit regelmäßigen Fallbesprechungen. Darüber hinaus gibt es eine externe Supervision, damit die Kolleginnen und Kollegen sich auch entlasten können. Diese Qualitätsstandards sind uns sehr wichtig, insbesondere jetzt, wo viele neue Kolleginnen und Kollegen angefangen haben.

Was reizt Sie an Ihrer Tätigkeit in der Beratung?

Die Arbeit gestaltet sich sehr abwechslungsreich. Wir haben es mit jungen Leuten zu tun, die in der Regel hochmotiviert sind. Vom Heimweh bis zur floriden Psychose kann alles auftauchen. Das ist schon ein breites Feld, wir müssen diagnostisch fit sein und ein breites Methodenrepertoire haben. Auch wenn die Rate an psychischen Erkrankungen steigt, können wir oftmals konkret und unmittelbar weiterhelfen. Das ist sehr befriedigend.

Dann haben wir ja auch noch den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Wir stellen uns bei Erstsemesterveranstaltungen vor und arbeiten eng mit den Fachbereichen zusammen. Wir sind ja eine Einrichtung des Studentenwerks, daher betreuen wir Studierende aller Hochschulen in Bremen, also der Universität Bremen, der Hochschulen Bremen und Bremerhaven und der Hochschule für Künste. Daher haben wir auch mehrere Außenstellen.

Und wir müssen unsere Arbeit nach außen vertreten, zeigen, dass wir eine gute Arbeit machen, um auch weiterhin die entsprechende Förderung zu erhalten, um unser Angebot aufrechtzuerhalten. Das gelingt uns aber sehr gut.

Wie bewerten Sie die Rahmenbedingungen Ihrer Arbeit? Wo sehen Sie Ansatzpunkte, die Arbeitsbedingungen weiter zu verbessern?

Wir sind immer bestrebt, die Kooperation zwischen Studentenwerk und den Hochschulen zu verbessern. Da besteht noch viel Nachholbedarf. Die Universitäten sind ja sehr komplexe Organisationen, mit viel Autonomie der einzelnen Fachbereiche. Da ist es nicht immer leicht, einen Konsens im Sinne der Studierenden zu erreichen.

Was ich als positiv erlebe, ist der Status der Unabhängigkeit. Als Einrichtung des Studentenwerks sind wir niemandem verpflichtet, nicht im Gesundheitssystem verankert – das erlebe ich durchaus manchmal als hilfreich. Ich würde mir allerdings wünschen, die Zusam-

menarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen weiter zu verstärken. Wir haben schon viele gute Kontakte zu Niedergelassenen geknüpft, die uns zum Beispiel melden, wenn sie einen freien Therapieplatz haben – das ist natürlich super. Es wäre schön, wenn das weiterginge, das würde die Arbeit erheblich erleichtern.

Empfang der Heilberufe

Am 25. April 2018 fand in der Kunsthalle Bremen der jährliche Empfang der Heilberufe statt. Unter der Schirmherrschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigung kamen insgesamt etwa 60 Angehörige der Heilberufekammern, darunter etwa 20 Mitglieder der PKHB, sowie der KV Bremen zusammen.

Als Gastredner sprach Carlos Gebauer, Fachanwalt für Medizinrecht, über Chancen und Probleme der Selbstverwaltung. Anschließend war beim Catering Zeit und Gelegenheit zum kammerübergreifenden Austausch. Im nächsten Jahr wird die Psychotherapeutenkammer Bremen die Veranstaltung ausrichten.

In Bezug auf berufspolitische Fragen fühle ich mich als angestellte Kollegin etwas vernachlässigt. Ich würde mir eine intensivere Interessenvertretung wünschen, wir bräuchten eine stärkere Stimme in der Psychotherapeutenkammer. Die Angestellten führen da ein Schattendasein. Da gibt es ganz unterschiedliche

Belange, die sich von den Interessen der Niedergelassenen unterscheiden. Das sollte in der berufspolitischen Vertretung mehr Raum einnehmen, um die Tätigkeiten angestellter Psychotherapeutinnen stärker zu würdigen.

Vielen Dank für das Gespräch!



Gut besucht: Der Empfang der Heilberufe

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 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

„Die Schwierigkeit jung zu sein“ – Hamburger KJP-Tag am 17. Februar 2018

Unter dem Titel „Die Schwierigkeit jung zu sein“ veranstaltete die Psychotherapeutenkammer Hamburg am 17. Februar 2018 erstmalig einen Hamburger KJP-Tag.

Im KJP-Arbeitskreis herrschte Einigkeit darüber, dass wir uns an diesem Tag mit den „Auswirkungen sich auflösender Strukturen auf die Identitätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen“ (so der Untertitel unserer Veranstaltung) beschäftigen wollten, denn in der Wahrnehmung der mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Kolleginnen nehmen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu, die durch Orientierungs- und Strukturverlust bedingt erscheinen.

Menschen definieren sich in erster Linie durch Beziehungen zu anderen Menschen. Was geschieht, wenn vertraute Orientierungen verloren gehen bzw. infrage gestellt werden? Der Weg zum Erwachsensein ist geprägt von äußeren und inneren Krisen, von Grenzen und deren Überwindung, von gewollten und erlittenen Beziehungsabbrüchen, der existentiellen Sorge, wie das Auf-eigenen-Beinen-Stehen gelingen kann, der (Un-)Fähigkeit zum Alleinsein und dem Pendeln zwischen Trennungswünschen und Sehnsucht nach Geborgenheit. Kinder und insbesondere Jugendliche begegnen uns mit Hoffnungen, Selbstzweifeln, Phantasien und Ängsten und manchmal selbstzerstörerischem Verhalten. Sie ringen um ihr Selbstbild, was sich in einer hoch differenzierten, fordernden und überflutenden Welt als schwierig erweisen kann. Die Bedrängnis, die wir als KJP in den Behandlungen manchmal zu spüren bekommen, macht eine intensive Beschäftigung mit der Schwierigkeit, jung zu sein, nötig.

Drei Hauptvorträge und vier Workshops widmeten sich folgenden Inhalten:



Prof. Dr. Maria von Salisch

Selbstkonzept, Bindung und Freundschaft in Kindheit und Jugend

Professorin Dr. Maria von Salisch von der Leuphana-Universität Lüneburg sprach über Selbstkonzept, Bindung und Freundschaft in Kindheit und Jugend. Ausgehend von der Entwicklung des Selbstkonzepts in den ersten Lebensjahren und der Rolle der Eltern, bezog sich ihr Vortrag besonders auf den Niederschlag der Bindungsrepräsentationen im Arbeitsmodell und Selbstkonzept von Kindern und Jugendlichen. Enge und vertraute Freundschaften im Jugendalter seien wichtig, sie böten in der Regel Möglichkeiten zur Korrektur dieser Selbstkonzepte. Prof. Dr. von Salisch ging auch auf Gefahren ein, wenn z. B. Beteiligte zu Co-Rumination neigten, sich gegenseitig lediglich in ihrer Sichtweise bestätigten.

Jugend – Internet – Sexualität

Dr. Urszula Martyniuk von der Universität Hamburg beschäftigte sich in ihrem

Vortrag mit dem Thema Jugend – Internet – Sexualität. In ihrem Vortrag ging sie von folgenden Prämissen aus: Das Internet fügt sich in die Welt Jugendlicher ein und wird auch für die Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität genutzt, sei es im Rahmen von sexuellen Kontakten oder bei Ausflügen in die Welt der Pornografie. Der Umgang mit den sexuellen Angeboten des Internets kann bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben im Jugendalter eine Rolle spielen: bei der Erkundung der eigenen Begehrensstruktur, der Auseinandersetzung mit der eigenen Weiblichkeit bzw. Männlichkeit und der Festigung sexueller Selbstbestimmung. Darüber hinaus entstehen im Internet neue Möglichkeiten, sexuelle Begegnungen auszuprobieren, mit den Effekten bestimmter Selbstdarstellungen zu experimentieren und auch zu erproben, wie man sexuelle Interaktionen gestaltet. Dabei können die neuen Kontaktformen im Netz nicht nur positive, sondern auch negative Erlebnisse mit sich bringen. Vor dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse wurde der Umgang mit sexuellen Herausforderungen des Internets diskutiert.

Von „Tohuwabohu total“ bis „Alles gut“: Über den Einfluss von Migration und Flucht auf psychische Entwicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen

Der dritte Vortrag am Vormittag war der Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen gewidmet. Dr. Meike Nitschke-Janssen von SEGEMI (Seelische Gesundheit Migration und Flucht e. V.) sprach in ihrem Vortrag „Von ‚Tohuwabohu total‘ bis ‚Alles gut‘“ über den Einfluss von Migration und Flucht auf psychische Entwicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen.

Dabei fokussierte sie auf die letzte große Migrationsbewegung aus den Jahren 2015/2016, als viele Kinder und Jugendliche aus Kriegsgebieten nach Hamburg gekommen sind, die zunächst in ganz andere Sprachräume, Gesellschaftsstrukturen und Bildungssysteme hineingeboren worden waren. Dem hohen Anteil an Krieg, Gewalt und extremer Armut in der Fluchtursachenstatistik ist es zuzuschreiben, dass ein zahlenmäßig relevanter Anteil dieser Kinder und Jugendlichen mit oder ohne Familie den Weg in unsere medizinisch-therapeutischen Versorgungssysteme findet. Wie deren Realitäten von Asyl bis Zukunftsperspektive unser tägliches Handeln im Dienste von Kindeswohl, Rehabilitation und mentaler Gesundheit beeinflussen, wurde anhand einiger Fallvignetten skizziert und im Spannungsfeld von Entwicklungspsychologie und Traumatheorie diskutiert.

Workshops am Nachmittag

In den vier Workshops am Nachmittag konnten diese und weitere Themen vertieft werden, die für die Arbeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bedeutsam sind:

- Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Was



Teilnehmende des Hamburger KJP-Tages

können und wollen wir voneinander wissen, lernen und in gemeinsame Konzepte bringen?

- Geschlechtsidentität, -rollen und Beziehungen, speziell auch Transidentität, und das Zusammenwirken von Therapeutinnen und Klinik im Prozess der Transentwicklung
- Wenn die Kindheit immer kürzer wird – Sucht und Suchtprävention

- Analyse oder Verhaltenstherapie – Was wirkt besser? Psychotherapeutinnen im Wettstreit?

Insgesamt fand der 1. Hamburger KJP-Tag einen erfreulichen Anklang. Von 450 Mitgliedern der PTK Hamburg, die als KJP arbeiten, nahmen 90 an der Veranstaltung teil. Die Evaluation ergab ein durchweg positives Echo.

GK

69. Delegiertenversammlung am 21. März 2018

Am 21. März 2018 fand die 69. Delegiertenversammlung (DV) in den Räumlichkeiten der KV Hamburg statt.

Von der lang anhaltenden Grippewelle blieben auch einige unserer Delegierten nicht verschont, sodass die Versammlung leider nicht beschlussfähig war. Die anwesenden Delegierten nutzten jedoch die Zeit, um ausführlich über die vorbereiteten Inhalte zu diskutieren.

Zu Beginn der Sitzung wurde über mögliche Themen des geplanten Kammertages im Oktober 2018 gesprochen. Der Kammertag soll der Begegnung und dem Austausch der ehrenamtlich tätigen Gremienmitglieder und Beauf-

tragten der Psychotherapeutenkammer Hamburg dienen. Die DV diskutierte dabei u. a. die Frage, wie das Ehrenamt in der PTK Hamburg gestärkt werden kann und welche fachlichen und berufspolitischen Themen an diesem Tag näher beleuchtet werden sollen.

Die Feststellung des Jahresabschlusses 2017 sowie die Entlastung des Vorstandes mussten aufgrund der fehlenden Beschlussfähigkeit der Versammlung vertagt werden.

In einem weiteren Tagesordnungspunkt erläuterte die Geschäftsstelle die notwendige Überarbeitung der Wahlordnung. Aufgrund eines Sortierfehlers

durch den Versanddienstleister fehlte bei der Kammerwahl 2015 in den Wahlunterlagen einiger Kammermitglieder der Wahlschein. Die Wahl wurde deshalb für ungültig erklärt und musste wiederholt werden. Dieses Geschehen hatte damals Unklarheiten des Wahlprozesses offengelegt, die bei der Überarbeitung der Wahlordnung nun berücksichtigt und korrigiert werden sollen. Über die neue Wahlordnung wird auf der nächsten DV entschieden werden.

Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung erklärte anschließend, dass aktuell über die Kriterien für Akkreditierungsanträge für die Tätigkeit als Supervisorin diskutiert werde. Da die

DV demnächst über die Anpassung der Fortbildungsordnung an die geänderte Musterfortbildungsordnung beraten und entscheiden wird, wurde der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung gebeten, in diesem Zuge eine Beschlussvorlage zu entwerfen, in welchem die Anforderungskriterien an die Supervisorinnen ebenfalls angepasst werden.

Abschließend berichtete der Vorstand über die Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung und den

Vorschlag eines Modellstudiengangs Psychopharmakotherapie, welcher von der DV aus unterschiedlichen Blickwinkeln diskutiert wurde. Zum einen wurde in der lebhaften Diskussion bemängelt, dass durch die Implementierung dieses Studiengangs die Qualität des Berufes gefährdet sein könnte, der Studiengang nur eine „kleine Lösung“ anbiete und die Medikamentenverordnung viel zu komplex sei, um sie als Teil des bereits sehr umfassenden Studiums vermitteln zu können. Auf der anderen Seite

wurde positiv hervorgehoben, dass der Psychotherapeutinnenschaft die Möglichkeit geboten werde, ihre Qualifikationen zu erweitern. Zudem wurde festgestellt, dass es sich bei der Möglichkeit, Medikamente zu verordnen, nicht um eine Muss-Regelung, sondern um eine Befugnis handelt, die freiwillig bleibt. Durch die Einführung eines Modellstudiengangs stünde man aber vor dem Problem unterschiedlicher Approbationen. Ein Votum wurde auf der DV nicht erhoben.

BW

Fortbildungsveranstaltung „Abstinenz in der Psychotherapie“ am 25. April 2018

Am 25. April 2018 fand in den Räumlichkeiten der KV Hamburg die Fortbildungsveranstaltung „Abstinenz in der Psychotherapie“ statt.

Als Referent war Herr Johannes Schopohl, Jurist in der Bundespsychotherapeutenkammer, geladen. Zudem waren aus der Beschwerdekommission die Kammermitglieder Norbert Klose sowie Silke Eggerichs-Petersen auf dem Podium vertreten. Torsten Michels, Leiter der Beschwerdekommission und Vizepräsident der PTK Hamburg, führte in die Thematik ein und moderierte die Veranstaltung.

Herr Schopohl erläuterte in seinem Vortrag zunächst die rechtlichen Grundlagen zum Thema Abstinenz – so ist in § 7 (1) der Berufsordnung der PTK Hamburg festgeschrieben: *„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen die Vertrauensbeziehung zu Patientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder Interessen ausnutzen oder versuchen, aus den Kontakten Vorteile zu ziehen. Sie sollen soziale oder andere außertherapeutische Kontakte zu Patientinnen und Patienten gering halten und so gestalten, dass sie die therapeutische Beziehung und die ei-*

gene Unabhängigkeit möglichst wenig beeinträchtigen.“

Weiter ist in der Berufsordnung festgelegt, dass Abstinenz auch gegenüber Personen eingehalten werden muss, die den Patientinnen nahestehen, und dass sexuelle Kontakte zu Patientinnen ausgeschlossen sind.

Anhand von Beispielen und Gerichtsurteilen verdeutlichte Schopohl anschaulich, in welchen Fällen eindeutig eine Verletzung des Abstinenzgebotes besteht. Dabei beschrieb er auch besonders schwere Fälle, die letztendlich zum Entzug der Approbation führten. Gleichzeitig wurde in seinem Vortrag deutlich, dass die Grenzen zu einer Abstinenzverletzung häufig in Grauzonen verlaufen. Hierfür nannte er Alltagssituationen wie z. B. spontane Bitten von Patientinnen: *„Sie fahren doch jetzt nach Kiel, können Sie mich mitnehmen?“* oder *„Ihr Mann ist doch Experte. Könnte er sich kurz meinen Vertrag mit dem Bauträger ansehen?“*. Psychotherapeutinnen können so schnell in Situationen geraten, die sie in Grenzsituationen führen. Deshalb sei es als Haltung immer wichtig, sich selbst auf Grenzverletzung zu prüfen.

Die etwa 110 Teilnehmenden brachten nach dem Vortrag konkrete Beispiele und Fragen ein, an denen das Konzept der Abstinenz und Abstinenzverletzungen diskutiert werden konnten. Deutlich wurde, dass das Gebot der Abs-



Teilnehmende der Veranstaltung „Abstinenz in der Psychotherapie“

tinenz nicht nur die Patientin schützt, sondern auch der Psychotherapeutin Schutz und Orientierung gewährt. So wurden z. B. Fragen diskutiert, ob Geschenke von Patientinnen angenommen werden dürfen oder ob es erlaubt sei, seine Nachbarin zu therapieren, die deutlich machten, wie verunsichernd die Thematik ist. Auch wurde von Herrn Schopohl hervorgehoben, dass die Behandlerinnen für die Einhaltung der Abstinenz verantwortlich sind, Patientinnen dagegen alle Fragen und Wünsche äußern dürfen. So ist es natürlich legitim,

wenn sich Patientinnen z. B. nach dem Befinden der Therapeutinnen erkundigen bzw. Wünsche äußern.

Intensiv diskutiert wurde die Frage, ab wann der Zeitraum der Verpflichtung zur Abstinenz nach der Behandlung endet. So legt die Musterberufsordnung fest, dass „*mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr*“ nach der Behandlung einzuhalten ist, bevor private Kontakte aufgenommen werden dürfen. Die Berufsordnung der PTK Hamburg hingegen gibt keine Zeitangabe

vor, sondern gibt zur Orientierung an, dass ein „*angemessener Zeitraum nach Therapieende*“ einzuhalten ist. Hierbei ist die möglicherweise weiterbestehende Abhängigkeit der Patientin zu beachten. Auch hier machte Herr Schopohl deutlich, dass von den Behandlerinnen selbst reflektiert werden müsse, ab wann eine Grenzverletzung entsteht und die Abstinenz im Sinne des Patientinnenschutzes aufrechtzuerhalten ist. Abstinenzverletzungen sind in diesem Sinne immer im Einzelfall zu betrachten.

BW

Veranstaltung „250 Tage Sprachmittlerpool“ am 2. Mai 2018

Modellprojekt zur Integration von Sprachmittlerinnen in die ambulante psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung: Erste Ergebnisse

Seit dem 1. September 2017 können Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen bei der Psychosozialen Beratungs- und Koordinationsstelle des Vereins SEGEMI e. V. eine Sprachmittlerin für eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung mit nicht Deutsch sprechenden Patientinnen beantragen. Das Modellprojekt wird durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg im Rahmen des „Hamburger Integrationsfonds“ gefördert. Aus diesen Mitteln werden auch Schulungen und Supervisionen für die Sprachmittlerinnen finanziert. Insgesamt 200.000,- € stehen dafür bis Ende 2018 zur Verfügung.

Um die bisherigen Erfahrungen in diesem Modellprojekt vorzustellen und auszuwerten, veranstaltete SEGEMI e. V. am 2. Mai 2018 in Kooperation mit der PTK Hamburg und dem PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. ein Symposium, an welchem etwa 90 Personen teilnahmen.

Nach den Grußworten von Dr. Mike Mösko (Vorstandsvorsitzender von SEGEMI e. V.) und Marco Kellerhof (Leiter der Abteilung gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz), der die weitere Finanzierung der Koordinierungsstelle mindestens

bis zum Jahresende 2018 in Aussicht stellte, folgte ein Vortrag von Dr. Andrea Benecke, die als Vorstandsmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) aus Berlin angereist war. Frau Dr. Benecke stellte in ihrem Vortrag „Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge und MigrantInnen: Probleme und Herausforderungen“ dar, von welchen Krankheitsbildern Geflüchtete häufig betroffen sind – so leidet etwa die Hälfte der geflüchteten Menschen an einer psychischen Erkrankung und ein Fünftel an einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Dr. Benecke verwies dann auf

die Versorgungsstrukturen in Hamburg. Hierbei wurde deutlich, dass Psychotherapeutinnen in Hamburg zwar eine Behandlung in einer Reihe unterschiedlicher Sprachen anbieten können, aber auch, dass die Sprachen, die aktuell von den Geflüchteten benötigt werden, kaum vertreten sind. Abschließend stellte sie die Forderungen der BPtK zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Geflüchteter vor.

Im Anschluss erläuterte Prof. Dr. Bernd Meyer aus dem Fachbereich Translations-, Sprach- und Kulturwissenschaft



Dr. Mike Mösko, Vorstandsvorsitzender SEGEMI e. V.

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz in seinem Vortrag „SprachmittlerInnen – Herausforderungen in der Integration einer neuen Berufsgruppe in die Psychosoziale Versorgung“ die Arbeit der Sprachmittlerinnen und gab einen Einblick in die Besonderheiten in der Zusammenarbeit von Sprachmittlerinnen und Psychotherapeutinnen.

Maïke Wagner, Doktorandin am Universitätsklinikum Eppendorf, stellte die Ergebnisse ihrer Arbeit „Mehrsprachigkeit in der ambulanten Versorgung – Ergebnisse der Hamburger Versorgungsanalyse“ vor. Die Studie war im Sommer 2017 mit Unterstützung der BPtK und der PTK Hamburg unter den niedergelassenen Hamburger Kammermitgliedern durchgeführt worden und hatte mit einer Rücklaufquote von 68 % eine äußerst erfreuliche Beteiligung.

Abschließend folgte ein Vortrag von Jasmina Wichers (Kordinatorin SEGEMI Sprachmittlerpool), Darya Khorasanchi (Sprachmittlerin) und Ulrike Ganter (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) zu den bisherigen Erfahrungen mit dem Modellprojekt aus der jeweiligen Perspektive, der einen vertieften

Einblick in die Arbeit mit Sprachmittlerinnen erlaubte.

Um die Ergebnisse und das weitere Vorgehen zu diskutieren, bat Moderator Burkhard Plemper zum Abschluss des Symposiums verschiedene Beteiligte auf das Podium. So wurden Heike Peper (Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg), Frank Liedtke (Landesgeschäftsführer der BARMER Krankenkasse Hamburg), Christiane Blömeke (Sprecherin der Grünen Bürgerschaftsfraktion für Gesundheit), Sidonie Fernau (Diversität und Migration, PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband HH), Cornelia Reher (Vorsitzende von SEGEMI e. V.) und Yama Waziri (Mitglied im Integrationsbeirat der Stadt Hamburg) befragt, welche weiteren



Moderator Burkhard Plemper



Dipl.-Psych. Heike Peper,
Präsidentin der PTK Hamburg

Schritte ihre jeweilige Institution vornehmen werde, um das Projekt des Sprachmittlerpools bzw. die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten und Migrantinnen weiterhin zu unterstützen und zu verstetigen.

Zusammenfassend bestand Einigkeit unter allen Beteiligten darüber, dass das Projekt als erfolgreich und sinnvoll zu betrachten ist und weiterhin finanziert werden sollte. Zu hoffen bleibt nun, dass diese Empfehlung von der Freien und Hansestadt Hamburg angenommen und umgesetzt wird.

BW

Kurznachrichten

Protestaktion von PiA und Studierenden am 5. Mai 2018: Ausbildungsreform – wir warten immer noch!

Die Psychologie-Fachschaft der Universität Hamburg sowie Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) protestierten am 5. Mai 2018 gemeinsam am Jungfernstieg. Unter dem Motto „Ausbildungsreform – wir warten immer noch!“ forderten sie die zügige Umsetzung der Reform des Psychotherapeutengesetzes.

Kammerpräsidentin Heike Peper besuchte die Demonstrierenden und begrüßte deren Einsatz: „Das Reformvorhaben steht im Koalitionsvertrag. Nun müssen wir auf allen Ebenen daran arbeiten, dass es in dieser Legislaturperiode auch umgesetzt wird.“

Die Protestaktion fand im Rahmen der bundesweiten Protestwoche der Psychologie-Fachschaftenkonferenz (PsyFaKo) vom 30. April bis 5. Mai 2018 statt, die u. a. von vielen Berufsverbänden und der Gewerkschaft ver.di unterstützt wurde.

Redaktion

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

Geschäftsstelle

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

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

Die Delegierten wenden sich darin ausdrücklich gegen Versuche, fremdenfeindliches und rassistisches Gedankengut in die Debatten des Deutschen Bundestags zu transportieren. Warum bedurfte es einer Resolution zu einem Thema, das die meisten von uns doch als eine völlige Selbstverständlichkeit ansehen? Vorausgegangen waren zwei Kleine Anfragen im Bundestag von der AfD. Sie fragt scheinbar objektiv nach der Entwicklung der Zahlen bei Schwerbehinderungen in Zusammenhang mit Verwandtenehen bei Menschen mit Migrationshintergrund und bei Infektionskrankheiten, die durch Zuzug nach Deutschland eingeschleppt sein könnten. Unter dem scheinheiligen Deckmäntelchen einer parla-

mentarischen Anfrage wird hier ungeniert eine Verbindung zwischen Migration, Inzest und Behinderung hergestellt und ein vermeintliches Ansteckungsrisiko durch Zuwanderung lanciert. Menschen mit Behinderungen und Migrationshintergrund werden als vermeidbare ökonomische Belastung und Zugewanderte als gesundheitliche Gefahr für die deutsche Bevölkerung eingestuft. Zu Recht gab es scharfe Proteste aus den Sozialverbänden, dem Deutschen Ethikrat, verschiedenen Parteien, der Presse. Die Bevölkerung wurde aufgerufen „wachsam zu sein und sich entschlossen gegen diese unerträgliche Lebensfeindlichkeit zu stellen“.

Als Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten obliegt uns in besonderem Maß die Verantwortung, klar Stellung zu beziehen und Menschenverachtung, Diskriminierung und Rassismus zu benennen und dagegen zu kämpfen. Wir wissen um die katastrophalen Folgen solcher impliziten Annahmen für die Person des Einzelnen, aber auch für ganze Gesellschaften. Alle Menschen – ob krank oder gesund, ob mit oder ohne Migrationshintergrund, ob Frau oder Mann oder einem anderen Geschlecht zugehörig, ob christlich, jüdisch, islamisch oder einer anderen Religion verbunden – verdienen unseren Respekt, unsere Wertschätzung und unsere Unterstützung.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Beratungs- und Versorgungskonzepte für Kinder psychisch kranker Eltern – eine Schwerpunktsetzung im Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“



Sabine Wald

Der in der 4. Wahlperiode von der Delegiertenversammlung neu initiierte Ausschuss soll dazu beitragen, die Qualität der Versorgung von psychisch belasteten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Hessen zu verbessern.

Insbesondere zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern wird derzeit ein intensiver fachlicher Diskurs geführt mit der Zielsetzung der Entwicklung eines präventiven Interventionsprogrammes. Eine erste Orientierung fand hier an einem von einer Krankenkasse in Hessen aufgelegten Interventionsprogramm für Kinder psychisch kranker und schwer somatisch belasteter Eltern im ambulanten Kontext statt, das allerdings bedauerlicherweise seitens des Leistungsträgers Ende des Jahres 2017 eingestellt wurde. Im Rahmen der Verbesserung einer patientenorientierten medizinischen Versorgung wurde insbesondere Kindern schwer kranker Eltern eine Unterstützung in Form einer

psychotherapeutischen Beratungsleistung gewährt.

Zur Ausgangslage ist auszuführen, dass ca. 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren nach Angaben des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) im Laufe eines Jahres von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen sind. Langzeitstudien belegen, dass diese Kinder in der Folge selbst ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung und für Verhaltensauffälligkeiten aufweisen (Hosman et al., 2009; Mattejat & Remschmidt, 2008; van Santvoort et al., 2015). Sie bilden somit eine besondere Risikogruppe. Dieses empirisch viel-

fach bestätigte Ergebnis weist auf die Bedeutsamkeit von Prävention bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien hin.

Die Forschung kommt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die psychische Erkrankung der Eltern als besonderer Risikofaktor für eine fehlangepasste Entwicklung und psychische Störungen der Kinder wirkt. Die Auswirkungen auf die Kinder können je nach Art, Ausprägung und Verlauf der elterlichen Erkrankung unterschiedlich sein (Mattejat et al., 2000). Ergebnisse einer Reihe von Studien weisen auf die Bedeutung der Art der elterlichen Erkrankung hin, andere Studien wiederum zeigen auf, dass neben der Art der Erkrankung auch unspezifische, störungsübergreifende Merkmale wie Schweregrad, Komorbidität und Chronifizierung eine starke Auswirkung auf die kindliche Entwicklung haben (Hammen et al., 1990).

Die Umsetzung notwendiger Unterstützungs- und Behandlungsangebote scheitert aber bisher oftmals an den unterschiedlichen Zuständigkeiten und Kostenträgern. Zudem erfordern die komplexen Problemlagen eine multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation. Die Festschreibung der großen Koalition, die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern sowie die Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Hilfesysteme zu verbessern, ist sicherlich ein erster Schritt. Erste Studien zur Überprüfung der Ef-

ektivität einer Prävention zur transgenerationalen Transmission psychischer Störungen sind bereits konzipiert (BMBF-Projekt „COMPARE“; Prof. Dr. Hanna Christiansen).

Um den Risiken von Kindern psychisch kranker Eltern frühzeitig begegnen zu können, hat der Ausschuss für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowohl familienorientierte Interventionen als auch die Förderung der kindlichen Bewältigungskompetenzen in den Fokus der Präventionsmaßnahme gerückt. In der 1. Interventionsphase sollen zunächst Familiengespräche zur diagnostischen Einschätzung der familiären Belastungen und Gefährdungen erfolgen (z. B. Beobachtung der Familieninteraktionen). Ferner sollen Informationen über die Erkrankung und den Krankheitsverlauf, den Umgang mit der Erkrankung, die elterlichen Persönlichkeitsmerkmale und die elterliche Familiengeschichte exploriert werden. Auf der kindzentrierten Ebene soll zunächst ein Screening erfolgen, bei dem folgende Verfahren zum Einsatz kommen könnten: CBCL, YSR, ILK jeweils für Eltern und Kind. Nach der Rückmeldung der Diagnostik und der fachlichen Einschätzung sowie der Indikationsstellung erfolgt eine Empfehlung von weiteren Maßnahmen. Je nach Ausgang kann a) eine niederschwellige Maßnahme indiziert sein und es erfolgt somit ein Verweis an das Präventionsprojekt, b) die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie bestehen und c) keine weiteren Maßnahme

erforderlich sein, da keine Auffälligkeiten beim Kind bestehen.

Falls das Kind bzw. die Jugendliche nur leichte Symptome aufweist (Kategorie a), greift die niederschwellige Maßnahme, die folgenden Elemente umfassen sollte:

- Zielklärung/Festlegung von Themenschwerpunkten
- Durchführung von Psychoedukation zu den Symptomen des Kindes und zu der Erkrankung des betroffenen Elternteils
- Einsatz entsprechender Methoden wie z. B. Förderung der altersgerechten Emotionsregulation, Problemlösetraining, Erhöhung des Aktionsradius außerhalb der Familie und Förderung eines tragfähigen sozialen Netzes, Förderung positiver Interaktionen innerhalb der Familie, Modifikation dysfunktionaler Gedanken etc.

In der Abschlussphase erfolgt erneut ein Screening sowie eine qualitative Abschlussevaluation. Ferner soll es im Bedarfsfall zur Vermittlung von Jugendhilfemaßnahmen oder einer Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen etc. kommen.

Abschließende Zielsetzung sollte die Etablierung des präventiven Interventionsprogrammes in die vertragsärztliche Versorgung sein.

Sabine Wald
Vorstand

5. Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer

Am 4. und 5. Mai 2018 fand die 5. Delegiertenversammlung (DV) der 4. Wahlperiode der Psychotherapeutenkammer Hessen statt.

Verabschiedung Dr. Rainer Doubrawa, Datenschutzbeauftragter, und DV-Mitglied Dr. Maria Weigel

Im Rahmen der DV wurde feierlich der Datenschutzbeauftragte Dr. Rainer Doubrawa verabschiedet. Dr. Doubra-

wa hatte für fast zwölf Jahre diese Aufgabe ehrenamtlich für die Kammer inne und erarbeitete in dieser Zeit zahlreiche Stellungnahmen und Informationsmaterialien für die Mitglieder und die Geschäftsstelle. Er leitete Fortbildungsveranstaltungen zum Datenschutz und nahm zweimal gemeinsam mit dem Hessischen Datenschutzbeauftragten an einer Begehung der Geschäftsstelle teil. Seine Expertise war eine große Hilfestellung und Unterstützung für die

Kammer, die sich dadurch gut vorbereitet auf die kommenden Anforderungen im Bereich des Datenschutzes sieht. In ihrer Laudatio würdigte Präsidentin Dr. Winter die Leistungen und dankte herzlich für die langjährige Arbeit.

Ebenfalls verabschiedet wurde Frau Dr. Maria Weigel von der Liste FAIR, die seit Beginn der Wahlperiode Mitglied der Delegiertenversammlung war.



Verabschiedung Dr. Rainer Doubrawa

„Blended Therapy“ in der Hausarztpraxis

In neuem Format präsentierten Präsidentin Dr. Heike Winter und Vizepräsidentin Else Döring die wichtigsten Arbeitsschwerpunkte des Vorstands im vergangenen Halbjahr. Besonderes Augenmerk lag auf einem vom Innovationsfond geförderten Projekt der Techniker Krankenkasse (TK) gemeinsam mit der KV Hessen (KVH), der Firma TelePsy, einer ursprünglich aus den Niederlanden stammenden Internetfirma und drei Allgemeinmedizinischen Lehrstühlen der Universitäten München, Hamburg und Frankfurt, das unter dem Namen „Blended Therapy“ in der Hausarztpraxis angekündigt wurde. Im Rahmen einer Pressekonferenz, an der auch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration beteiligt war, wurde das Projekt vorgestellt. Durch die begleitende Presseerklärung erlangte die Kammer Kenntnis. Geplant ist, Hausärztinnen mittels Online-Diagnostik und -Interventionen, die von TelePsy bereitgestellt werden, bei der Erkennung und Behandlung von Patientinnen mit depressiven und Angstsymptomen zu unterstützen. Eine besondere Rolle soll dabei die Medizinische Fachangestellte (MFA) einnehmen, die die Patientinnen begleiten soll und der Hausärztin regelmäßig berichtet. In zahlreichen Gesprächen mit der TK, der KV Hessen und

den Kolleginnen und Kollegen im Beratenden Fachausschuss der KVH hatte der Vorstand versucht, den genaueren Projektablauf in Erfahrung zu bringen, was sich als schwierig erwies. Insbesondere eine möglicherweise geplante Delegation von psychotherapeutischen Interventionen unter Zuhilfenahme von online gestützten Modulen bei psychisch erkrankten Menschen an die MFA wurde als sehr kritisch angesehen. In lebhaften Diskussionen erörterten die Delegierten das Projekt und verabschiedeten eine Stellungnahme der Delegiertenversammlung, in der unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes gefordert wird, dass psychotherapeutische Expertise bei solchen Projekten einbezogen werden müsse, die Psychotherapeutenkammer informiert und die Möglichkeit der Stellungnahme eingeräumt werden müsse.

Wartezeitenstudie BPTK und Umfrage Kostenerstattung der Länderkammern

Die Vizepräsidentin Else Döring stellte die beiden von der PTK Hessen unterstützten Umfragen vor. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat zusammen mit den Landeskammern eine Studie zu den Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinien durchgeführt. Besonders die Auswirkung der Sprechstunde be-

züglich der Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz stand im Fokus der Umfrage. Während die Wartezeiten im Bundesdurchschnitt bei 19,9 Wochen liegen, beträgt die Wartezeit in Hessen 16,7 Wochen. Nach den Ergebnissen der Studie sind 7.000 zusätzliche Psychotherapiesitze nötig, um die Wartezeiten abzubauen. Frau Döring trug die wichtigsten Ergebnisse der Studie vor.

Die PTK Hessen beteiligte sich auch an einer Umfrage zum Thema „Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinien auf die Bewilligung von Kostenerstattung“. Insgesamt zehn Psychotherapeutenkammern initiierten diese Online-Umfrage. Die steigende Bedeutung der Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie wurde anhand der Kosten, die sich von 2005 bis 2015 verzehnfacht haben, verdeutlicht. 2.500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Kostenerstattungsverfahren arbeiten, beteiligten sich an dieser Umfrage. In Hessen waren es 7 % der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. 88 % der an der Umfrage Beteiligten bejahten die Aussage, dass es Kassen gibt, die die Kostenerstattung derzeit grundsätzlich verweigern. Der übergroße Anteil aller Kostenerstattungspsychotherapeutinnen findet das Antragsverfahren inzwischen sehr belastend für die Patientinnen. Ein Drittel der Psychotherapeutinnen, die in der Kostenerstattung arbeiten, erwägt derzeit, die Privatpraxis zu schließen. Ergebnis der Umfrage ist auch, dass im Antrags- und Bewilligungsverfahren ein Rückgang aller bewilligten Anträge um die Hälfte und ein Rückgang der Stundenzahl um ein Viertel festzustellen ist. Die Bearbeitungsdauer der Anträge durch die Kassen verlängerte sich um ein Drittel.



Sabine Wald und Robert Schmidtner bei der Delegiertenversammlung



Delegiertenversammlung

Gutachten Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Das Gutachten des WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) zum Antrag der Humanistischen Psychotherapie (HPT) auf Anerkennung als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren war ebenfalls Thema des vertieften Vorstandsberichts. Der WBP hat in seinem Anfang des Jahres veröffentlichten Gutachten empfohlen, die HPT nicht zur vertieften Ausbildung zuzulassen. Die Gesprächspsychotherapie (GT), die bisher wissenschaftlich anerkannt war, wurde in Zusammenhang mit dem Antrag der HPT erneut geprüft, da sie eine Methode der HPT ist. Da das neue Methodenpapier des WBP nun andere Kriterien hat, kam es zu diesem Ergebnis. Zum Vorgehen des WBP kommt nun Kritik von verschiedenen Seiten. Während die Vertreterinnen der HPT die Art der Prüfung der Studien durch den WBP kritisieren, sind die Fachverbände der Gesprächspsychotherapie nicht damit einverstanden, dass der WBP die GT ohne Prüfauftrag erneut geprüft hat.

Finanzen

Das Thema „Finanzen“ wird standardmäßig auf einer DV aufgerufen. Die EU-Datenschutzgrundverordnung hinterlässt Spuren im laufenden Kam-

merhaushalt, da die Anforderungen an Mitgliederverwaltung und Veranstaltungsmanagement steigen. Die erhöhten Ausgaben sind allerdings durch die Rücklagen der Kammer gedeckt. Ohnehin ist ein finanzbezogenes Ziel des Vorstands, die Rücklagen abzuschmelzen. Zu diesem Zweck wurden von der DV schon im vergangenen Jahr die Kammerbeiträge ab 2018 gesenkt.

Spezielle Psychotherapie bei Diabetes

In Anlehnung an die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) legte der Ausschuss für Aus-, Fort und Weiterbildung der PTK Hessen bereits zur DV im Herbst 2017 einen Entwurf einer Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ vor. Die Diskussion dieses Entwurfs wurde in der DV fortgesetzt. Zum Einstieg wurden die im Bericht der Kommission Zusatzqualifikation der BPtK (2010) vorgebrachten allgemeinen Pro- und Contra-Argumente bezüglich einer Weiterbildungsordnung vorgestellt und gemeinsam mit den Delegierten um weitere Aspekte ergänzt.

Eine kammerrechtlich geregelte Weiterbildung bietet folgende Vorteile:

- Verbesserung der Versorgungsqualität durch bundeseinheitlich geregelte Spezialqualifikation
- Mehr Schutz der Patientinnen durch vom Berufsstand selbst definierte Standards
- Größere Transparenz für Patientinnen und Überweiserinnen
- Bessere und höherwertigere Darstellbarkeit/Nachweisbarkeit spezieller Kompetenzen

- Ankundigungsfähigkeit von zusätzlichen Kenntnissen
- Höhere Attraktivität für Psychotherapeutinnen, sich in diesen Bereichen zusätzlich zu qualifizieren
- Bessere Etablierung von Psychotherapie in Leitlinien, in besonderen Versorgungsangeboten und in der Personalausstattung von Versorgungseinrichtungen
- Stärkung der Verhandlungsposition gegenüber G-BA und Kostenträgern

In der Diskussion wurde besonders die Verbesserung der Versorgungsqualität der ständig steigenden Zahl der an Diabetes erkrankten Menschen durch eine kammerrechtlich geregelte Weiterbildung hervorgehoben. Für die Psychotherapie von Menschen mit Diabetes und komorbiden psychischen Störungen sind spezielle Kompetenzen erforderlich, die nicht Gegenstand der Approbationsausbildung sind.

Resolution

Unter dem TOP Resolutionen lag eine Resolution zur Unantastbarkeit der Würde des Menschen vor. Hintergrund waren zwei im Deutschen Bundestag eingereichte Kleine Anfragen der AfD. Bei genauerer Betrachtung dieser parlamentarischen Anfragen wird deutlich, dass dabei Menschen mit Behinderungen und Migrationshintergrund pauschal diskriminiert werden. Aufgrund unserer historischen Verantwortung verabschiedete die hessische Delegiertenversammlung einstimmig die Resolution gegen implizit hergestellte Versuche, fremdenfeindliches und rassistisches Gedankengut in die Debatten des Deutschen Bundestages zu transportieren.

Geschäftsstelle

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

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen:

Monika Ludemann, Wiesbaden
Suse Junge-Ibisch, Nidda
Barbara Schmincke, Frankfurt

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Kammerversammlung

Am 7. April 2018 fand die siebte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Anwesend waren 35 der 40 Mitglieder der Kammerversammlung sowie als Gäste der Geschäftsführer Herr Dr. Kaufmann, der Referent Herr Nowik und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Frau Weiher, Frau Werner und Frau Peter.

Vorstandsbericht



Roman Rudyk

Herr Rudyk gab einleitend einen Überblick über das breite Spektrum aktueller Entwicklungen innerhalb der PKN und der Psychotherapielandschaft. Zu Beginn des Berichtes referierte er über den derzeitigen Stand der Ausbildungsreform. Da im Koalitionsvertrag verankert ist, dass die Reform zügig umgesetzt werden soll, wird zeitnah auf weitere Schritte vom Bundesgesundheitsministerium gesetzt. Die in Zusammenarbeit der Bundespsychotherapeutenkammer mit den Landeskammern erstellten Konzepte für die Ausbildung und für die Finanzierung der Weiterbildung stehen.



Dr. Michael Lingen

Gegenwärtig wird an Fragen der konkreten Umsetzung der Weiterbildung gearbeitet.

Weiterhin berichtete Herr Rudyk über die Erfahrungen mit der neuen Beitragsordnung und über die geplanten Änderungen zur Berufsordnung. So soll beispielsweise eine Abstinenzphase von einem Jahr nach Behandlungsende in die niedersächsische BO aufgenommen werden. Abschließend berichtete er über die geplante Implementierung eines niedrigschwelligen Beratungsangebotes für Patientinnen, die im Rahmen einer Psychotherapie auf Schwierigkeiten stoßen und Beratungsbedarf haben.

Herr Dr. Kaufmann stellte den Stand der Fortentwicklung der Geschäftsstelle dar, an dem alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit großem Engagement beteiligt sind. Ein zentraler Punkt ist die Umstellung auf eine neue EDV. Der Prozess ist bereits fortgeschritten und die neue EDV soll bereits in der zweiten Jahreshälfte 2018 in Betrieb genommen werden.

Herr Schwoppe berichtete über Themen aus den kassenärztlichen Vereinigungen. Insbesondere die Terminservicestellen und deren Aufgaben, die Einführung der Telematik und die Überarbeitung der Bedarfsplanung fanden dabei Beachtung.

Herr Hermann resümierte die tarifliche Höhergruppierung angestellter Psychotherapeutinnen und vermutete, dass in vielen Fällen kein Antrag auf Höhergruppierung erfolgt sei. Die Konsequenzen der Aufnahme von PP/KJP in die Entgeltordnung wurden im Anschluss daran diskutiert. In einem weiteren Punkt fasste er die Bestrebungen der Kammer zur Förderung regionaler Netzwerkbildungen zusammen.

Herr Kretschmar referierte über die Umsetzung des Landespsychiatrieplans. Ein weiteres Berichtsthema war die Situation in forensischen Einrichtungen. Hier herrsche Personalmangel und es werde Reformbedarf des niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes gesehen. Abschließend berichtete er über die Besuchskommission in Angelegen-

heiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung sowie über ein Treffen mit dem Bundesverband für stationäre Suchthilfe.

Finanzen

Herr Dr. Lingen als Vorsitzender des Finanzausschusses stellte den Jahresbericht und die Bilanz der Kammer vor. Die Kammerversammlung stimmte auf Basis der vorgestellten Daten für die Entlastung des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2017.

Es folgte die Diskussion der bereits vorliegenden Berichte der Ausschüsse.

32. DPT

Zum Ende der Kammerversammlung wurden die Themen des bevorstehenden 32. Psychotherapeutentags in Bremen dargestellt und diskutiert. In diesem Zusammenhang wurden Anträge zur Satzungsänderung besprochen, die wesentlich dem Ziel dienen, dass zukünftig Männer und Frauen im Vorstand und den verschiedenen Gremien paritätisch vertreten sein sollen. Es ergab sich kein eindeutiges Stimmungsbild in der Kammerversammlung. Ebenso breit gestalteten sich die Diskussionsbeiträge zur Frage eines vom Bundesministerium für Gesundheit über den

Arbeitsentwurf ins Gespräch gebrachten Modellstudiengangs Psychopharmakologie.

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 & Daniel Nowik

Fortbildungsbericht: Psychosoziale Notfallversorgung – Psychologische Erste Hilfen

Am 24. März 2018 fand in den Räumlichkeiten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen eine Fortbildung zur psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) statt. Bereits im Juni 2017 war eine große Informationsveranstaltung mit über 100 Teilnehmenden gut besucht gewesen. Diese war vorrangig als Auftaktveranstaltung geplant und durchgeführt worden.

Viele der Teilnehmenden wünschten sich weitere Veranstaltungen mit mehr praktischen Anteilen und Möglichkeiten zur Netzwerkbildung. Diesen Wünschen kam die niedersächsische Kammer nach. Als Referent führte Prof. Dr. Christoph Kröger von der Universität Hildesheim durch den Tag. Die Gruppe von 48 Psychotherapeutinnen lauschte eingangs einem Vortrag zur Einführung in die Psychosoziale Notfallversorgung. In diesem wurde Wissen über relevante Störungsbilder, Besonderheiten der kognitiv-emotionalen Verarbeitung, Angehörigenarbeit, Strukturen der PSNV in Niedersachsen und zu psychologischen Ersten Hilfen vermittelt. Dabei konnten die Psychotherapeutinnen ihre Erfahrungen und Fragen einbringen.

Auf den Vormittag folgten praktische Übungen, in denen mehrere Szenarien durchgespielt wurden. So war beispielsweise eine Aufgabe, psychologische

Erste Hilfe für ein Paar zu leisten, das gerade ihr Kind verloren hat. In einem weiteren Szenario wurde ein Autounfall mit mehreren Verletzten skizziert. Übergreifendes Ziel bei allen Übungsszenarien war es, ruhig zu bleiben, klare Informationen zu vermitteln, instrumentelle und organisatorische Hilfen zu geben sowie Sicherheit zu vermitteln.

Neben der Vermittlung von Informationen und Einübung von Kompetenzen wurden auch Möglichkeiten zur regionalen Netz-



Teilnehmende während einer Übung

werkbildung gegeben. Die Teilnehmenden tauschten sich untereinander in regionalen Gruppen aus. Eine bereits bestehende Liste von Psychotherapeutinnen, die im Falle eines Großschadensereignisses psychosoziale Notfallversorgung leisten können und möchten, gewann im Rahmen der Veranstaltung neue Mitglieder. Eine Eintragung auf dieser Liste ist auch weiterhin möglich, Interessierte wenden sich dafür bitte an Frau Claudia Sieb (c.sieb@pknds.de). Auch sollen Veränderungen in den Daten bitte an Frau Sieb gemailt werden.

Fazit und Ausblick

Ziel der Fortbildung war es, Informationen und praktische Kompetenzen zur PSNV zu vermitteln sowie regionale Vernetzung zu ermöglichen. Die große Nachfrage und die positiven Rückmeldungen ermutigen uns, das Thema Psychotherapeutinnen in der PSNV Niedersachsen weiter zu bearbeiten und unsere Informationen zur Verfügung zu stellen. Aktuell lohnt sich dazu immer ein Blick auf unsere Homepage unter: <https://pknds.de/index.php?id=139>

Aufgrund der großen Nachfrage sind weitere Veranstaltungen in Planung.

Felicitas Michaelis, Daniel Nowik & Claudia Sieb

NiZzA – Verbandsversammlung

Änderung der Verbandsordnung

I. Beratungsgegenstand

Die Verbandssatzung regelt in § 7 Abs. 3 Nr. 2, dass der Verbandsausschuss über Widersprüche gegen Verwaltungsakte beschließt. Der Verbandsausschuss hat in seiner außerordentlichen Sitzung am 28.08.2017 beschlossen, der Verbandsversammlung zu empfehlen, diese Zuständigkeitsregelung zu streichen und so die Verfahrensabläufe zu verschlanken. Zuständig soll künftig die Verbandsgeschäftsführung sein.

II. Beratungsziel

Beschlussfassung über eine Änderung der Verbandsordnung.

III. Beschlussvorschlag

Die Verbandsversammlung beschließt die Änderung der Verbandsordnung des Niedersächsischen Zweckverbandes zur Approbationserteilung entsprechend der ihr als weitere Beratungsunterlage vorliegenden Empfehlung.

Satzung zu der Verbandsordnung des Niedersächsischen Zweckverbandes zur Approbationserteilung

Artikel 1

Änderung der Verbandsordnung des Niedersächsischen Zweckverbandes zur Approbationserteilung

Die Verbandsordnung, zuletzt geändert am 21.10.2014, wird wie folgt geändert:

In § 7 Absatz 3 Satz 1 wird die Nummer 2 gestrichen. Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden Nummern 2 und 3.

Artikel 2

Inkrafttreten

Artikel 1 tritt am Ersten des auf die Veröffentlichung im niedersächsischen ärzteblatt, im Psychotherapeutenjournal und im Niedersächsischen Zahnärzteblatt (NZB) folgenden Monats in Kraft.

Bekanntmachung gemäß § 26 Abs. 1 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in ihrer Sitzung am 7. April 2018 folgende Satzungsänderung und Ordnung beschlossen:

- Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Verfahrensordnung zum „Niedrigschwelligen Beratungsangebot für Psychotherapie-Patienten“

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat diese Satzung und Ordnung auf ihrer Internetseite www.pknds.de bereitgestellt.

Hannover, den 15. Mai 2018

Roman Rudyk

Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Geschäftsstelle

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

Kammerversammlung am 28. April 2018 in Dortmund

Auf der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) wurden unter anderem der Arbeitsstand und die Aufgaben bei der weiteren Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung und Überlegungen zu einer Erweiterung der Weiterbildungsordnung der Kammer um den Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ intensiv diskutiert.

Versorgung älterer Menschen

In seinen mündlichen Ausführungen zum schriftlichen Bericht des Vorstandes blickte Kammerpräsident Gerd Höhner zunächst auf die Aktivitäten der Landesgesundheitskonferenz NRW (LGK NRW), in deren Arbeitsgruppen Vorstandsmitglieder engagiert sind. „Mit dem für dieses Jahr gewählten Schwerpunkt ‚Versorgung älterer Menschen‘ nimmt man sich eines Themas an, das auch in den Koalitionsverhandlungen in Berlin großes Gewicht hatte“, sagte Gerd Höhner. „Auf Bundesebene wurde beschlossen, 8.000 neue Stellen im Pflegebereich zu schaffen. Das alleine löst jedoch nicht die Probleme. Abgesehen von der Frage, wer die Stellen besetzen soll, müssen wir den Beschäftigten in diesem Bereich fachliche Kompetenzen an die Hand geben – für die Pflege, aber auch für das Management und die fachliche Entwicklung der Heime und den Umgang mit psychischen Belastungen.“ Diese seien im Pflegebereich besonders ausgeprägt, in keinem anderen vergleichbaren Beruf sei der Krankenstand so hoch und die Verweildauer im Beruf so kurz. Um Pflegekräfte zu unterstützen, seien daher unter anderem Fortbildungen wichtig. „Wir müssen zudem die Bedarfe älterer Menschen deutlich machen und über die in der Regel ausschließlich medikamentöse Versorgung hinausdenken“, forderte Gerd Höhner. „Positiv ist, dass wir mittlerweile gefragt werden, wel-

che psychotherapeutischen Angebote sich für Ältere eignen. Die Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW ist in diesem Punkt auch nach dem Regierungswechsel weiterhin sehr gut.“

Kommission „Psychotherapie bei Intelligenzminderung“

Des Weiteren berichtete der Präsident von der ersten Sitzung der Anfang des Jahres einberufenen Kommission zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Eine zentrale Frage auf der Agenda der neuen Kommission der PTK NRW sei, wie sich die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung so anpassen lassen, dass die besonderen Ansprüche von Menschen mit Intelligenzminderung berücksichtigt und diese Patientinnen angemessen behandelt werden können. „Aktuell können wir dem großen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in diesem Bereich weder ambulant noch durch Einbezug der Heime nachkommen – nicht aus fachlicher Sicht, sondern weil diese Arbeit nicht finanziert wird“, kritisierte Gerd Höhner. „Ich bin zuversichtlich, dass die Kommission in ihren nächsten Sitzungen ein Arbeitspapier erstellen kann, auf dessen Grundlage wir mit den Krankenkassen sprechen können.“

Datenschutzrecht, Telematikinfrastruktur, ePatientenakte

Hinsichtlich der neuen Datenschutz-Grundverordnung wies Gerd Höhner darauf hin, dass die PTK NRW auf ihrer Homepage eine Linksammlung zu den nun geltenden Regelungen zusammengestellt habe und hierzu auch weiterhin informieren werde. Den Stand bei Einführung einer Telematikinfrastruktur in Deutschland erläuterte Vorstandsmitglied Barbara Lubisch. „Trotz vieler



Gerd Höhner



Barbara Lubisch

Probleme bei der Umsetzung sieht es derzeit so aus, als ob die Telematikinfrastruktur umgesetzt wird, wenn auch mit Verzögerung“, so ihre Einschätzung. „Unsere Profession sollte sich aus den absehbaren Verfahren und Regelungen nicht von vorneherein ausschließen, auch wenn viele Fragen noch ungeklärt sind. Wenn wir in das Gesundheitssystem eingebunden sein wollen, müssen

wir vielmehr schauen, welche Anwendungen wir am ehesten mittragen können, welche wir ablehnen – und darüber diskutieren.“

Für bedenklich halte sie die geplante Aggregation von Patientendaten auf der elektronischen Patientenakte (ePatientenakte), deren Umsetzung in den Koalitionsvertrag aufgenommen wurde. Allerdings sollten Psychotherapeutinnen auch hier nicht außen vor bleiben. „Noch ist vieles ungeklärt. Das bedeutet jedoch gleichzeitig, dass es Gestaltungsmöglichkeiten gibt“, betonte Barbara Lubisch. „Diese Gelegenheit sollten wir nutzen und überlegen, welche fachlichen Aspekte wir in die Diskussion einbringen können und welche Grenzen der Digitalisierung wir anmahnen wollen.“ In der Aussprache zu dem Bericht des Vorstandes wurde unter anderem die Einberufung der Kommission „Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“ begrüßt. Deutlich wurde, dass hinsichtlich der Digitalisierung des Gesundheitswesens in der Praxis viel Klärungsbedarf besteht.

Reform der Psychotherapeuten-ausbildung

Welche Regelungsanforderungen hinsichtlich der Weiterbildung kommen nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung auf die Kammer zu? Mit dieser Frage hat sich der Ausschuss „Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft des Berufes“ der PTK NRW befasst. Für die Kammerversammlung skizzierte Ausschussvorsitzender Dr. Jürgen Tripp die Grundlagen, die das nordrhein-westfälische Heilberufsgesetz festschreibt, und die Überlegungen zu Umfängen, Mindestinhalten, Organisation und Kapazitätensteuerung in der Weiterbildung aus dem Konzept der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zur Ausbildungsreform. Als eine zentrale Aufgabe der Kammer definierte er die Mitarbeit an einer Musterweiterbildungsordnung, die Kompetenzen und Inhalte der Gebiete festhält und konkrete Anforderungen an Weiterbildungsbefugte, -stätten, -institute und -verbände beinhaltet. Die zweite große Aufgabe sei die übergeordnete Steue-



Dr. Jürgen Tripp

rung der Weiterbildung durch die Verteilung der Weiterbildungsplätze, die Abstimmung mit dem Versorgungsbedarf und die Kontrolle von Umsetzung und Einhaltung der Weiterbildungsordnung.

In der Beratung wurde mehrfach betont, dass die Fragen der erforderlichen Kapazitäten in der Weiterbildung derzeit noch offen seien. Es sei derzeit noch unklar, anhand welcher Parameter hier Bedarfe ermittelt und festgelegt werden sollen. Nachdrücklich wurde darauf hingewiesen, dass die Verfahrensvielfalt in der Weiterbildung berücksichtigt werden müsse. Schließlich wurde mehrfach betont, dass für das Gelingen der Reform die Sicherstellung der Finanzierung der Weiterbildung entscheidend sei. Gerd Höhner fügte an, dass die Profession diese Forderungen mit Nachdruck und immer wieder betonen müsse. „Gerade nach den Personalwechseln im Gesundheitsministerium müssen die Kontakte gepflegt und Gespräche erneut geführt werden. Es gibt keinen Selbstlauf.“

Die Vertreterinnen der Psychotherapeutinnen in Ausbildung nutzten ihr Rederecht, um sich für eine bessere Bezahlung und Betreuung in der Ausbildung auszusprechen. Auch der Vorstand betonte, dass die PTK NRW dieses Ziel aktiv verfolge. Prozesse dieser Art bräuchten allerdings ihre Zeit. Dennoch habe man angesichts oft zäher



Dr. Christoph Koban

Annäherungsprozesse aller Beteiligten in den letzten zehn Jahren viel erreicht.

Zur Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung verabschiedete die Kammerversammlung eine Resolution zu ihren inhaltlichen Forderungen an die zügige Weiterführung. Die Resolution wurde auf der Homepage der PTK NRW unter „Aktuelles“ veröffentlicht.

Förderung der Supervision

Dr. Christoph Koban präsentierte für den Ausschuss „Fort- und Weiterbildung“ unter der These „Supervision sichert Qualität“ diverse Maßnahmen, mit denen die PTK NRW diese Form der Unterstützung für Psychotherapeutinnen fördern und aufwerten könne. Die Vorschläge bezogen sich auf die inhaltliche Weiterentwicklung bestehender Konzepte, die Fortbildung von „Supervisionspersonal“ und die Entwicklung einer „fehlerfreundlichen“ Supervisionskultur, die Psychotherapeutinnen bestärkt, sich Unterstützung in Form von Supervision zu suchen. Wenn die Kammer entsprechende Maßnahmen umsetzen würde, sende sie damit das positive Signal, Psychotherapeutinnen im Rahmen ihrer therapeutischen Weiterentwicklung zu bestärken und zur Sicherung der Qualität von Psychotherapie in NRW beizutragen. In der Kammerversammlung fanden die Vorschlä-

ge viel Zustimmung und der Vorstand hielt fest, die Anregungen weiter verfolgen zu wollen.

Psychotherapie bei Diabetes

Intensiv beschäftigte sich die Kammerversammlung mit der Frage, ob die Weiterbildungsordnung der PTK NRW um den Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ erweitert werden sollte. Ende 2017 hatte sie den Ausschuss „Fort- und Weiterbildung“ beauftragt, einen Entwurf für einen solchen Weiterbildungsbereich entsprechend der Musterweiterbildungsordnung der BPtK zu prüfen und der Kammerversammlung zu berichten. Ausschussvorsitzende Anni Michelmann informierte zunächst über die Versorgungslandschaft bei Diabetes und die speziellen Bedarfe der Betroffenen. Sie hielt fest, dass die medizinischen Fachgesellschaften eine psychotherapeutische Unterstützung bei Diabetes für erforderlich hielten und der Profession gegenüber offen seien. Nicht einzuschätzen sei jedoch das Interesse der Kolleginnen an einer Weiterbildung in diesem Bereich. Der Ausschuss empfehle daher, die Kammer solle zunächst niedrigschwellige Angebote wie einen Fachtag und Fortbildungen anbieten, um den Blick der Kolleginnen auf den Versorgungsbedarf zu lenken. Erst anschließend solle über eine Änderung der Weiterbildungsordnung entschieden werden. Barbara Lubisch ergänzte Hintergrundwissen zum Weiterbildungsrecht, der sozialrechtlichen Relevanz von Fort- und Weiterbildung und dem Zusammenspiel der aktuellen Weiterbildung mit der zukünftigen Weiterbildung im Rahmen einer reformierten Psychotherapeutenausbildung.

In der Beratung betonten Vorstandsmitglieder, die präsentierten Informationen würden deutlich zeigen, dass die Kammer in diesem Bereich aktiv werden müsse. Vizepräsident Andreas Pichler sprach sich dafür aus, die Notwendigkeit einer Weiterbildung vor allem aufgrund der Versorgungsbedarfe der Patientinnen festzustellen; hieraus

ergebe sich nachvollziehbar der Bedarf nach speziellen Kenntnissen, aber auch von Versorgungskapazitäten, die gegebenenfalls neu zu schaffen sind, beispielsweise über Sonderzulassungen. Kammerversammlungsmitglieder sprachen sich auch dafür aus, zunächst ein niedrigschwelliges Angebot umzusetzen, um das Interesse der Kammer-



Anni Michelmann

mitglieder zu wecken. Erneut wurde angemerkt, dass eine Weiterbildung die Approbation entwerfen könnte.

Gerd Höhner betonte abschließend: „Die Frage, ob unsere Kolleginnen Interesse an einer solchen Fortbildung haben, ist wichtig, aber nicht entscheidend. In Deutschland leben mehr als sechs Millionen Menschen mit Diabetes und es gibt einen erheblichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf. Wenn wir jetzt nicht ein Arbeitsinteresse entwickeln, wird man uns in einigen Jahren fragen: Warum habt ihr keine Weiterbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten geschaffen?“ Im Anschluss an die Aussprache sicherte der Kammerpräsident zu, dass der Vorstand das Thema weiter verfolgen und einen Fachtag zur speziellen Psychotherapie bei Diabetes durchführen werde. „An dessen Ende wird das Fazit stehen, dass wir uns in

diesem Bereich aufmachen sollten“, so Gerd Höhner. Angesichts dieser Zusage zog die Fraktion Kooperative Liste ihren Antrag zurück, dass die Kammerversammlung den Vorstand und den Ausschuss „Fort- und Weiterbildung“ mit der Durchführung eines Fachtages und der Erstellung einer Weiterbildungsordnung zur speziellen Psychotherapie bei Diabetes beauftragen möge.

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Über die Ergebnisse der Evaluation der zum April 2017 geänderten Psychotherapie-Richtlinie informierte Barbara Lubisch. Die Studie war von der BPtK und den Landespsychotherapeutenkammern in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt worden, um bereits jetzt Umsetzungsprobleme in der Praxis und Versorgungsdefizite identifizieren und Hinweise auf einen eventuellen Nachsteuerungsbedarf gewinnen zu können. Die „Wartezeitenstudie“ (Download unter „Presse“ auf www.ptk-nrw.de) zeige, dass sich die Wartezeiten auf ein Erstgespräch reduziert haben, die psychotherapeutische Sprechstunde gut angenommen wird und chronisch Kranke und sozial Benachteiligte eher in die Praxis kommen, fasste Barbara Lubisch zusammen. Allerdings seien die Wartezeiten auf eine Richtlinien-therapie überall weiterhin zu lang – insbesondere außerhalb der Großstädte und im Ruhrgebiet. Die BPtK fordere daher eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung, mit der die Wartezeit auf die Sprechstunde auf höchstens vier Wochen verringert und im Anschluss eine lückenlose Versorgung sichergestellt werden kann.

Gerd Höhner fügte an, dass die Kammer zu den Studienergebnissen viele Medienanfragen erhalten habe und verschiedene Formate versiert berichtet hätten. „Psychotherapeutische Arbeit erfährt mittlerweile eine hohe Anerkennung und wir sind als Fachleute gefragt. Dieser veränderte Grundton ist ein großer Gewinn.“

Regionalversammlung im Regierungsbezirk Detmold am 7. März 2018

Für den 7. März 2018 hatte die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) ihre Mitglieder im Regierungsbezirk Detmold zu einer Regionalversammlung eingeladen. Damit setzte die Kammer ihre im März 2016 begonnene Reihe der Regionalversammlungen fort. Zu der Veranstaltung im Ravensburger Park in Bielefeld hatten sich über 50 Kammermitglieder angemeldet.

Angeregt diskutierten die Teilnehmerinnen unter anderem über die Versorgungsplanung im Ruhrgebiet, die Reform der Psychotherapeutenausbildung sowie die Nutzung des Internets in der Psychotherapie. Deutlich kritisierte Kammerpräsident Gerd Höhner die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), im Ruhrgebiet nur 85 weitere Zulassungs-

möglichkeiten für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen zu ermöglichen. Fest stehe allerdings, dass mittlerweile alle Beteiligten den Mehrbedarf anerkennen würden. Auch der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann habe sich in seiner vorherigen Funktion als Patientenbeauftragter des Bundes gezielt mit der Versorgungslage im Ruhrgebiet auseinandergesetzt.

Zur Reform der Psychotherapeutenausbildung beleuchteten die Kammermitglieder Modelle der Organisation und der Finanzierung von Studium und Weiterbildung. Auch mögliche Konkurrenzen um finanzielle Mittel, neu entstehende Wettbewerbssituationen und eventuelle Bedarfsgrenzen als Steuerelement wurden diskutiert.

Hinsichtlich der Nutzung von Medien wie Skype und Internet in der Psychotherapie betonte Gerd Höhner, dass die Profession diskutieren müsse, ob beziehungsweise wie Psychotherapie über Internet und Kommunikationsmedien möglich sein soll. In der Aussprache wurde hervorgehoben, dass die Profession neue Entwicklungen nicht verpassen dürfte. Gleichzeitig müssten jedoch Nachfrage und Anwendung von Internetangeboten realistisch eingeschätzt und rechtliche Fragen geklärt werden.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

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:

Frau Nicola Dießelberg, Wahlkreis Münster, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 06.04.2018 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Kerstin Scotland, Wahlkreis Münster, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“:

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Kerstin Scotland, Wahlkreis Münster, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 16.04.2018 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Manfred Radau, Wahlkreis Münster, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“:

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

„Der erste Schritt ist gelungen. Wer erwartet hat, dass es dadurch keine Wartezeiten mehr gibt, ist zu gutgläubig an die Sache herangegangen.“

Die KBV legte jüngst Zahlen auf den Tisch: Im zweiten Quartal 2017 haben Psychotherapeutinnen und -therapeuten rund 346.000 Patientinnen und Patienten die Sprechstunde ermöglicht, rund 28.900 Patientinnen erhielten eine psychotherapeutische Akutbehandlung. Im Folgequartal (3/2017) nahmen rund 430.000 Patientinnen die Sprechstunde in Anspruch, knapp 60.000 wurden in der Akutbehandlung versorgt (Quelle: Ärztenachrichtendienst). Nach der Vorstellung der ersten Ergebnisse der Studie zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie der BPTK am 11. April 2018 in Berlin überschlugen sich die Nachrichten in den Medien. Von „Versorgung von psychisch Kranken hat sich deutlich verbessert – meint die GroKo“ (Ärztenachrichtendienst) bis „20 Wochen bis zum Termin“ (Tagesschau online), „Psychotherapie: Langes Warten auf Hilfe“ (NDR-Panorama 3) war alles dabei. OPK-Präsidentin Andrea Mrazek schildert ihre Sicht und berichtet, wie die OPK weiter in diesem Prozess agieren wird.

Frau Mrazek, die Ergebnisse des ersten Teils der Studie zur Evaluation der Reform der BPTK sind nun veröffentlicht. Wie bewerten Sie die Effekte der Reform?

Andrea Mrazek: Es zeigt im ersten Schritt das, was intendiert war, nämlich einen schnellen ersten Zugang für Patientinnen zur Psychotherapie. Das scheint gelungen und unsere Kolleginnen melden uns dies auch zurück. Die rasche Abklärung, ob eine psychische Störung vorliegt, ob jemand behandlungsbedürftig ist und wie er behandelt werden sollte, ist mit der Reform gelungen.



OPK-Präsidentin Andrea Mrazek (Foto: Nancy Glor)

Aber nicht die Frage, ob Patientinnen nach dieser Abklärung auch schneller zu einer angezeigten Behandlung kommen?

Das ist eine völlig andere Frage. Dazu hätte man die Besonderheiten der Psychotherapie und der psychischen Störungen stärker mitdenken und einbeziehen müssen. Psychotherapie erfordert einen anderen Zeitrahmen und einen anderen Vorlauf. Deshalb ist im nächsten Schritt zu klären, welche Patientinnen brauchen wann Psychotherapie und wie sind die Wartezeiten für verschiedene Patientinnen? Wir müssen davon weg, alle psychischen Störungen als einheitliche Krankheitsphänomene zu sehen. Es sind sehr unterschiedliche Störungen. Deshalb ist der nächste Abschnitt der Studie besonders interessant, der darauf schaut, wie sich in der Praxis zum Beispiel die Akutbehandlung einspielt oder wie es mit der Rückfallprophylaxe aussieht.

Bekommen Menschen mit psychischen Störungen tatsächlich die Behandlung, die sie brauchen und auch zu dem Zeitpunkt, zu dem sie sie brauchen?

Der erste Schritt ist gelungen. Wer erwartet hat, dass es dadurch keine Wartezeiten mehr gibt, ist zu gutgläubig an die Sache herangegangen. Wir Psychotherapeutinnen haben das nicht erwartet.

Wie könnte die Kompetenz von Psychotherapeutinnen für die Versorgung der Menschen besser ausgeschöpft werden? Was braucht es dazu?

Wir brauchen Regelungen, die Psychotherapeutinnen nicht so einengen. Unsere Leistungen dauern in der Regel 50 Minuten. Diese Leistungen müssen in einer bestimmten Reihenfolge erbracht werden, um abrechnungsfähig zu sein. Das stockt den Prozess. Psychotherapeutinnen sollten selbst entscheiden

können, wann braucht jemand wie viel Therapie. Dann müssen wir auch darüber sprechen, wo braucht es mehr Psychotherapeutinnen? Das ist die logische Folge. Aber zum jetzigen Zeitpunkt scheint mir die nächste Frage zu sein, wie es mit der Richtlinie und der Reform weitergeht. Wie können wir als Psychotherapeutinnen am besten darauf reagieren, was Patientinnen wirklich brauchen?

Wenn Sie in Ihren Praxisalltag schauen, welche Patientinnen sehen Sie?

Nachdem sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten die Inanspruchnahme von Psychotherapie gesteigert hat, hat sich damit auch das Spektrum der Patientinnen verbreitert. Multimorbide Patientinnen sind bei mir die Regel und nicht die Ausnahme. Mehr als eine psychische Diagnose oder auch körperliche Diagnosen erwarten wir. Besonders, wenn wir jetzt auch Altersgruppen behandeln, die früher vielleicht nicht zur Psychotherapie gekommen wären. Wir ermutigen heute ältere Menschen, zur Psychotherapie zu gehen. Diese Patientinnen bringen mehrere Erkrankungen mit. Und dann ist auch die Frage, wer braucht wann in diesem Prozess Psychotherapie, mit welchen Störungen und mit welchen Interventionen?

Das scheint alles nach neuen Praxis-sitzen zu schreien. Wie sieht es da speziell in Ostdeutschland, in ländlichen Regionen aus?

Da schreien wir mit, denn gerade in den ländlichen Regionen ist das Signal ganz deutlich, dass für die Bevölkerung zu wenig Versorgungskapazität da ist. Der Zugang zur Psychotherapie ist zu schwer und mit zu langen Wartezeiten blockiert. Auch die Lebenssituation der Menschen hat sich verändert. Vorhandene Therapiezeiten können z. B. nicht wahrgenommen werden, weil die Pati-

entinnen in diesen Zeiten arbeiten. Wir haben gesonderte Probleme und die bundesweiten Verhältniszahlen gehen zu wenig auf die Bedingungen in unseren ländlichen Bereichen ein. Deswegen fordern wir eine Bedarfsplanung, die regional schaut, wo Praxissitze gebraucht werden. Wir haben Gott sei Dank den Nachwuchs an Kolleginnen, die diese Sitze besetzen wollen und können. Deshalb fordern wir die Regionalisierung der Bedarfsplanung.

Kolleginnen, die in Privatpraxen tätig sind, schildern oft die strikte, neue Gangart der Kassen in der Kostenerstattung im Zusammenhang mit der Reform. Welchen Platz für Privatpraxen sehen Sie in diesem Prozess?

Für Privatpraxen, die ihren Fokus auf der Kostenerstattung haben, ist die Situation schwierig. Dabei hat sich an den gesetzlichen Voraussetzungen im SGB V überhaupt nichts geändert. Kostenerstattung ist nach wie vor legitim und möglich. Dass Kassen das unrechtmäßig einschränken und den schwarzen Peter auch noch auf die Psychotherapeutinnen abwälzen, davon haben wir nicht nur Kenntnis erhalten, sondern wir haben das als Kammer der Rechtsaufsicht der entsprechenden Kassen mitgeteilt und die Missstände offen geschildert. Wir warten heute noch auf die Antworten. Ich muss aber auch sagen, Kostenerstattung ist nicht die Lösung für all unsere Probleme, besonders nicht im ländlichen Raum. Kostenerstattung und Privatpraxen sind hauptsächlich in städtischen Ballungsgebieten vorzufinden. Wenn dort ein Mangel ist, können Patientinnen auf Privatpraxen zurückgreifen. Und die Kassen täten gut daran, sich an die gesetzlichen Vorgaben zu halten und diese Leistungen zu erstatten.

Wie wird die OPK auch anhand dieser Ergebnisse weiter vorgehen? Wie werden Sie die Mitglieder unterstützen, ihre Praxen zukunftsorientiert aufzustellen?

Wir unterstützen auf vielfältige Weise, zum Beispiel in Fortbildungen zu den Themen Organisation von Privat- und Kassenpraxen. Wir wollen diesen Prozess mit den Mitgliedern vor Ort regional weiterverfolgen. Unser Eindruck aus den Gesprächen mit den Mitgliedern ist der, dass die Probleme vor Ort von allen Behandlerinnen bereits gut in den Blick genommen wurden und es interessante Ansätze gibt. Dennoch braucht es weitere Befugnisse, wie die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die von Behandlerinnen ausstellbar sein muss. Und wir möchten mit unseren Mitgliedern diskutieren, wie sie die Möglichkeiten und den Einsatz der Akutbehandlung sehen. Für welche Patientinnen ist diese geeignet und sind die Wartezeiten auf die Akutbehandlung regional vertretbar?

Was wünschen Sie sich von der neuen Bundesregierung?

Ich wünsche mir, dass die neue Bundesregierung endlich in die Puschen kommt und die Ausbildungsreform beschließt. Das brauchen wir dringend, weil unsere Kolleginnen in der Versorgung gebraucht werden. Und wir brauchen weiterhin eine Veränderung in der Richtlinie. Obwohl man den Zugang zur Psychotherapie nun geöffnet hat, ist hinterher die Richtlinie viel zu wenig flexibel, um die Patientinnen gezielt behandeln zu können. Es muss weiter gehen mit der Reform, sonst nützen die Veränderungen den Patientinnen zu wenig. Deshalb bitte ich alle Kolleginnen, sich an der Patientenbefragung der Wartezeitenstudie der BPTK zu beteiligen.

Barmer-Arztreport 2018: Jeder vierte junge Mensch in Deutschland hat psychische Probleme, besonders Langzeitstudierende betroffen

Junge Menschen leiden immer öfter an psychischen Störungen. Zu diesem Schluss kommt die Barmer-Krankenkasse, die am 24. April 2018 ihren Arztreport 2018 mit den regionalen Zahlen für Sachsen vorstellte. Zur fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema hatte die Kasse um Unterstützung aus der OPK gebeten.

Besonders die neuen Zahlen zu Studierenden darin sind alarmierend. Demnach leide jeder Vierte im Alter zwischen 18 und 25 Jahren in Deutschland an psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Panikattacken. In Sachsen sind mehr als 73.000 junge Menschen von psychischen Störungen betroffen. Das entspreche einem Anteil von 26,7 Prozent in der Altersgruppe, teilte der sächsische Barmer-Landesverband mit. Diese Zahl läge im Bundesvergleich knapp über dem Bundesdurchschnitt (25,8 Prozent). Frauen sind dabei weitaus stärker betroffen als Männer.

Auch unter Studierenden, die bisher eher als „gesunde“ Gruppe galten, seien Erkrankungen der Psyche ein großes Thema geworden.

2016 ließen sich der Krankenkasse zufolge etwa 10.300 angehende Akademikerinnen und Akademiker wegen psychischer Probleme behandeln. Wie Margitta Wonneberger vom Vorstand der OPK schilderte, handle es sich bei dieser Zeit um einen störungssensiblen



Jung, dynamisch und psychisch krank? (Foto: Fotolia/kasto)

Lebensabschnitt. Außergewöhnliche körperliche und seelische Belastungen, aber auch ungünstige überfordernde gesellschaftliche Bedingungen können zu Krisen und psychischen Erkrankungen führen. „Zeit- und Leistungsdruck sowie Sorgen um die berufliche und finanzielle Zukunft hinterlassen deutliche Spuren“, sagte der Barmer-Landesgeschäftsführer Fabian Magerl. Ältere Studierende seien besonders gefährdet: Mit zunehmendem Alter steige das Risiko für eine Depression deutlich.

Um dem Trend vorbeugend zu begegnen, setzt die Kasse vor allem auf niederschwellige Angebote, zum Beispiel mobil oder im Internet, um die Ziel-

gruppe besser zu erreichen. Margitta Wonneberger ergänzte um die neuen Möglichkeiten der Psychotherapie. Für eine rasche diagnostische Abklärung verwies sie auf die psychotherapeutische Sprechstunde mit allen Hinweisen zur Therapeutensuche. Sie stellte außerdem die beratenden und präventiven Aspekte der Sprechstunde heraus. Dass in akuten psychischen Krisen und Ausnahmeständen die Akutbehandlung in der Psychotherapie sofort greifen kann, fand große Beachtung. „Mit diesen Angeboten haben Psychotherapeuten eine sehr wichtige erste Anlauf- und Lotsenfunktion bei psychischen Leiden“, resümierte die in Taucha praktizierende Psychologische Psychotherapeutin.

Das Schwerpunktthema von „OPK vor Ort 2018“ ist Psychotherapie mit suizidalen Patientinnen

Wir sind in unserer psychotherapeutischen Arbeit immer wieder mit Krisen und Suizidalität unserer Patientinnen konfrontiert. Suizide sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Unfällen die häufigste Todesursache. Die Suizidraten steigen jedoch mit zunehmendem Alter. Von Suizidalität be-

troffen sind besonders auch Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Suizidprävention, der Umgang mit Suizidalität und die Behandlung nach Suizidversuchen gehören mit zu den psychotherapeutischen Kernkompetenzen. Der Hauptvortrag der diesjährigen OPK vor Ort-Veranstaltungen beleuch-

tet verschiedene für die psychotherapeutische Praxis zentrale Aspekte von Suizidalität und stellt unabhängig von den verschiedenen Behandlungssettings psychotherapeutische Strategien und Techniken sowie rechtliche Aspekte vor. Dazu gehören neben Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung



(Foto: Fotolia/maho3)

sowie Techniken und Abläufen der Krisenintervention die Beurteilung des aktuellen Suizidrisikos sowie die Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens.

Der Vorstand der OPK möchte auch 2018 wieder alle Mitglieder der OPK herzlich zu den OPK vor Ort-Veranstaltungen einladen. Wie immer gibt es

neben dem Fachvortrag auch die Möglichkeit, sich gemeinsam über aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Themen auszutauschen und vor Ort miteinander ins Gespräch zu kommen. Sie können sich jederzeit online unter www.opk-info.de anmelden. Ihre persönliche Einladung erhalten Sie in den nächsten Wochen.

Start zur Wahl der 4. Kammerversammlung der OPK: Ihre Chance zur politischen Mitgestaltung!

Im März 2019 endet die aktuelle Wahlperiode der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK). Damit verbunden ist es erforderlich, bis zu diesem Zeitpunkt die Wahl zur 4. Kammerversammlung der OPK durchzuführen.

An dieser Stelle wollen wir Sie über die wichtigsten Eckpunkte der Wahl informieren. Zugleich möchten wir Sie dafür gewinnen, sich aktiv an dieser Wahl zu beteiligen. Sie haben die Wahl.

Rechtsgrundlage ist die Wahlordnung der OPK. Die unmittelbare, freie, gleiche und geheime Wahl findet nach den Grundsätzen des relativen Mehrheitswahlsystems als Personenwahl statt und wird als Briefwahl durchgeführt.

Anfang Mai 2018 versandte der Wahlleiter, Herr Dr. Jens Metge, den Wahlaufrief. Seither und bis zum 3. August 2018 (um 12 Uhr) können Sie beim Wahlleiter Ihre Wahlvorschläge einreichen.

In der Zeit vom 15. bis 31. Mai 2018 (um 16 Uhr) liegt das Wählerverzeichnis in der OPK-Geschäftsstelle aus. Anschließend wird die jeweilige Sitzverteilung

der beiden Berufsgruppen in den fünf Wahlkreisen berechnet.

In der 44. Kalenderwoche versendet der Wahlleiter die Wahlunterlagen. Bis zum 6. Dezember 2018 um 18 Uhr müssen Sie dann Ihre Wahlunterlagen bei ihm eingereicht haben.

In der 51. Kalenderwoche wird das Wahlergebnis bekanntgegeben. Für alle Fristen zählt der Posteingang beim Wahlleiter. Dessen Adresse lautet **OPK, Wahlleiter, Kickerlingsberg 16, 04105 Leipzig**.



(Foto: Fotolia/Stockwerk-Fotodesign)

Alle weiteren wichtigen Termine, Informationen und Fakten rund um die 4. Kammerwahl der OPK finden Sie auf der Homepage unter:

www.opk-info.de/kammerwahl-2018/

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Ergebnis der Online-Umfrage der LPK RLP: Bewilligung von Psychotherapie per Kostenerstattung hat sich deutlich verschlechtert

Die Bewilligung von Kostenerstattung für Psychotherapie durch die Krankenkassen hat sich im letzten halben Jahr bei 86 % der Praxen in Rheinland-Pfalz verschlechtert bzw. deutlich verschlechtert. Das ist das Ergebnis einer Online-Umfrage, die die LPK RLP vom 06.02. bis 26.02.2018 unter den betroffenen Mitgliedern durchgeführt hat.

Nur 14 % der Teilnehmerinnen gaben an, die Bewilligung von Kostenerstattung durch die Krankenkasse sei in den letzten sechs Monaten unverändert geblieben. Bei 26 % hat sich die Bewilligung verschlechtert und bei 61 % sogar deutlich verschlechtert. Beantragte Stundenkontingente wurden bei 65 % der Teilnehmerinnen in den letzten sechs Monaten häufiger gekürzt als vorher und die Bearbeitungsdauer der Anträge hat sich bei 51 % verlängert. Weitere Informationen finden Sie auf www.lpk-rlp.de („Bewilligung von Psychotherapie per Kostenerstattung hat sich deutlich verschlechtert“).



Quelle: Online-Umfrage der LPK RLP; Diagramm erstellt mit Survio

Am 08.03.2018 hat die LPK RLP zu einem **Runden Tisch unter dem Motto „Quo Vadis Privatpraxis?“** eingeladen, um sich über die Zukunft der Kostenerstattung auszutauschen. Die Teil-

nehmerinnen bestätigten die Umfrageergebnisse durch die Schilderung ihrer eigenen Erfahrungen. Weitere Infos auf www.lpk-rlp.de („Zukunft der Kostenerstattung liegt im Ungewissen“).

20 Wochen Wartezeit auf psychotherapeutische Behandlung in Rheinland-Pfalz – Pressegespräch der LPK RLP stößt auf große Resonanz

Psychisch kranke Menschen warten immer noch viel zu lange auf eine psychotherapeutische Behandlung: Auch in Rheinland-Pfalz müssen sie sich bis zum Beginn der Therapie durchschnittlich **19,4 Wochen** gedulden. Das ist das Ergebnis der Studie „Wartezeiten 2018“, die die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie veröffentlicht hat. Die LPK RLP hat die Medien am 18.04.2018 zu einem **Pressegespräch** eingeladen, um über die langen Wartezeiten, die reformbedürfti-

ge Bedarfsplanung und die Schwierigkeiten bei der Kostenerstattung zu informieren. Die Einladung stieß auf breite Resonanz: Ein Team des **SWR** besuchte die Geschäftsstelle und berichtete in dem TV-Beitrag „Lange Wartezeiten für einen Therapieplatz“ („SWR Aktuell“), ausführlich über die Problematik. Auch im Hörfunk (**SWR 1**), im **Trierischen Volksfreund**, in der **Allgemeinen Zeitung Mainz** und bei **dpa** erschienen entsprechende Beiträge. Alle Medienbeiträge finden Sie im Bereich Aktuelles/Presseartikel auf: www.lpk-rlp.de.



LPK RLP-Vizepräsidentin Dr. Andrea Bencke beim Pressegespräch

Gesundheitsministerin Bätzing-Lichtenthäler und Bündnis 90/DIE GRÜNEN unterstützen Forderung nach neuer Bedarfsplanung

Die Gesundheitsministerin von Rheinland-Pfalz, **Sabine Bätzing-Lichtenthäler**, unterstützt die Forderungen der Landespsychotherapeutenkammer nach einer Reform der Bedarfsplanung auf Bundesebene. „Das Land hat sich wiederholt für Änderungen eingesetzt, damit in Regionen mit erhöhten Wartezeiten zusätzliche Sitze entstehen können“ meldete die Ministerin via Twitter. „Wer einen Psychotherapeuten

braucht, soll schneller einen Termin bekommen“, so Bätzing-Lichtenthäler.

Auch die **Landtagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN** forderte erneut mehr Behandlungsplätze für Patientinnen mit psychischen Erkrankungen. In einer Pressemeldung vom 18.04.2018 nimmt die gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion, **Katharina Binz**, Bezug auf die Zahlen der neuen Wartezeitenstudie

der BPTK: „Die Studie der Bundespsychotherapeutenkammer ist überdeutlich: Auch in Rheinland-Pfalz müssen Betroffene viel zu lange auf eine psychotherapeutische Behandlung warten. Wer unter einer akuten psychischen Erkrankung leidet, braucht sofort Hilfe und hat nicht über 19 Wochen Zeit.“ Die Fraktion kündigte an, das Thema auf die Tagesordnung des nächsten Gesundheitsausschusses zu setzen.

Vertreterversammlung der LPK RLP verabschiedet zwei Resolutionen

Bei ihrer Sitzung am 14.04.2018 hat die Vertreterversammlung der LPK RLP zwei Resolutionen verabschiedet.

Die erste Resolution thematisiert die mangelhafte Versorgung psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Rheinland-Pfalz und stellt Forderungen zur Behebung dieser Missstände auf.



Die Vertreterversammlung am 14.04.2018

Die zweite Resolution widmet sich der Kooperation zwischen Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, insbesondere in Bezug auf die Abstimmung von psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung. Beide Resolutionen finden Sie auf www.lpk-rlp.de.

Auftaktveranstaltung „Mit Sicherheit gut behandelt“: LPK RLP ist Kooperationspartner der Datenschutz-Initiative

Am 18.04.2018 fand die Auftaktveranstaltung einer landesweiten Serie von Informationsveranstaltungen der Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt“ in Trier statt. Die Initiative ist ein Gemeinschaftsprojekt des Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz, der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Ziel ist es, Psychotherapeutinnen und Ärztinnen bei der Umsetzung der Vorgaben zum Datenschutz im Praxisalltag zu



v. l. n. r.: P. A. Staub, Dr. G. Matheis, Prof. Dr. D. Kugelmann und Dr. W. Gradel (Foto: Landesärztekammer)

unterstützen. Das Interesse an diesem Thema ist groß: So war die Veranstal-

tung im Ärztehaus in Trier ausgebucht, weitere Interessentinnen mussten auf die nächsten Veranstaltungstermine vertröstet werden. Nach der gelungenen Auftaktveranstaltung freuen sich die Veranstalter auf die Folgetermine in **Neustadt am 29.08.2018**, in **Koblenz am 12.09.2018** und in **Mainz am 24.10.2018** – jeweils von 15:30 Uhr bis 18:30 Uhr.

Weitere Infos zum Datenschutz unter: www.lpk-rlp.de/mitglieder-service/datenschutz.html.

Schärfen Sie Ihr berufliches Profil! – Spezialisierung durch Weiterbildung

Haben Sie sich schon mal gefragt, ob eine Weiterbildung für Sie in Frage käme? Möchten Sie Ihre Kenntnisse in einem Fachgebiet vertiefen und Ihr berufliches Profil schärfen? Wir möchten Sie ermutigen, eine von der LPK RLP anerkannte Weiterbildung in Betracht zu ziehen und Ihnen hierfür die wichtigsten Informationen zur Verfügung stellen:

Approbierte Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen können im Anschluss an die Ausbildung eine Weiterbildung anstreben, um eingehende und besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in einem bestimmten Weiterbildungsbereich zu erwerben und zu vertiefen. Nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung und Anerkennung durch die LPK dürfen die Absolventinnen eine Zusatzbezeichnung führen, die ihnen ihre besondere Qualifikation bescheinigt. Zudem sind in Einzelfällen Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen aufgrund von Weiterbildungstiteln möglich.

Anders als eine Fortbildung erstreckt sich eine Weiterbildung je nach Bereich auf einen Zeitraum von 18 Monaten bis drei Jahren. Sie erfolgt im Rahmen praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Psychotherapeutinnen in von der Kammer zugelassenen Weiterbildungsstätten. In Rheinland-Pfalz können sich Kammermitglieder momentan in den folgenden Bereichen weiterbilden:

- Neuropsychologische Psychotherapie
- Psychodiabetologie
- Spezielle Schmerzpsychotherapie
- Psychoanalyse
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie
- Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie

Wir haben Kammermitglieder, die erfolgreich eine Weiterbildung absolviert



© BillionPhotos.com/Fotolia

haben, nach ihren Erfahrungen gefragt und möchten Ihnen hier exemplarisch zwei Interviews präsentieren:

Interview zur Weiterbildung „Psychodiabetologie“ mit Frau Dr. Lara Gomille

LPK RLP: Frau Gomille, Sie haben erfolgreich Ihre Weiterbildung im Bereich „Psychodiabetologie“ absolviert und haben von der LPK RLP die entsprechende Zusatzbezeichnung verliehen bekommen. Welche Erfahrungen haben Sie während der Weiterbildung gemacht? Positive: Ich konnte mich in diesem Themenbereich intensiv weiterbilden, im Rahmen der praktischen Tätigkeit dazu beitragen, dieses Nischenangebot für Patientinnen zu vergrößern, und habe von Ärztinnen, Diabetesberaterinnen und Patientinnen viel Feedback bekommen, dass hier ein großer Bedarf besteht. **Hat Sie das in der Weiterbildung erlernte Wissen beruflich voran gebracht?** Ja – inzwischen leite ich gemeinsam mit Frau Dr. Benecke unseren Diabetesschwerpunkt hier in der Ambulanz, was ohne die Weiterbildung nicht möglich gewesen wäre. [...] Außerdem kann ich auch nebenberuflich in der Weiterbildung als Dozentin arbeiten, ich bin dadurch viel stärker vernetzt. **Gibt es etwas, das Sie denjenigen mit auf den Weg geben möchten, die eine Weiterbildung im Bereich „Psychodiabetologie“ in Erwägung ziehen?** Ich kann nur meine Empfehlung für diese Weiterbildung aussprechen. Diabetes mellitus ist eine komplexe Erkrankung mit vielen Wechselwirkungen zu psychischen und psychosozialen Faktoren, die sich auf beeindruckende Weise auf den Gesund-

heitszustand und die Lebensqualität der Patientin auswirken. Sich in diesem Bereich weiterzubilden, bringt viel neuen Input. Man braucht keine Scheu vor den medizinischen Inhalten zu haben. Die Prävalenzen für Diabetes mellitus steigen weiterhin stark und der Bedarf wächst – daher ist dies ein sehr lohnendes Feld!

Interview zur Weiterbildung „Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie“ mit Herrn Martin Schäffler

LPK RLP: Herr Schäffler, welche Erfahrungen haben Sie während der Weiterbildung gemacht? Meine Erfahrungen im Rahmen der Weiterbildung waren insgesamt positiv. Die Organisation durch das Institut für Qualitätssicherung forensischer Sachverständigentätigkeit (IQfSV) [...] hat sowohl das Grundlagen- als auch das Spezialisierungsmodul sehr gut organisiert und sich sehr darum bemüht, die aktuell besten Dozentinnen und Dozenten auf dem Gebiet der Rechtspsychologie zu gewinnen. [...] Weiterhin war der kollegiale Austausch mit anderen Teilnehmerinnen sehr bereichernd; es entstanden kleine Netzwerke, die rückblickend sehr stützend für die Tätigkeit als Sachverständiger sind. **Hat Sie das in der Weiterbildung erlernte Wissen beruflich voran gebracht?** Ich konnte durch die Weiterbildung ein großes Maß an Sicherheit für meine tägliche Arbeit im Maßregelvollzug im Umgang mit juristischen Sachverhalten erlangen. [...] Weiterhin konnte ich mich als Sachverständiger bereits nach sehr kurzer Zeit bei der Justiz außerhalb unserer Landesgrenzen als kompetenter Ansprechpartner etablieren. So habe ich nach einem Jahr Tätigkeit eine Vielzahl verschiedener Gutachten durchgeführt. Allerdings möchte ich auch kritisch anmerken, dass nach wie vor unsere ärztlichen Kolleginnen in unserem Bundesland im Fokus der Justiz stehen, wenn es um die Vergabe von Aufträgen geht. [...] **Was hat sich für Sie durch den Erwerb des Weiterbildungstitels geändert?** In meiner täglichen Arbeit

im Maßregelvollzug hat sich lediglich geändert, dass ich meine Unterschriftenzeile beim Verfassen offizieller Dokumente ändern durfte. Bei meinen Gutachten verwende ich diesen neuen Titel natürlich auch; dadurch wird deutlich, dass die von mir angefertigte Expertise keinen psychiatrischen, sondern einen psychotherapeutischen Schwerpunkt enthält. **Gibt es etwas, das Sie denjenigen mit auf den Weg geben möchten, die eine Weiterbildung im**

Bereich „Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie“ in Erwägung ziehen? Zum einen kann ich jeder meiner Kolleginnen empfehlen, das IQfSV als Weiterbildungsstätte auszuwählen. Aber vor allem empfehle ich die Weiterbildung vor dem Hintergrund, dass unsere Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch eine solche Weiterqualifizierung sich in ihrem beruflichen Selbstwert stärkt und dazu beiträgt,

uns im Bereich der Rechtspsychologie sowie im Umgang mit der Justiz weiter zu etablieren als kompetente Ansprechpartner.

Die LPK RLP dankt allen Interviewpartnerinnen und -partnern! Weitere Informationen zu allen Weiterbildungen finden Sie unter www.lpk-rlp.de/mitglieder-service/weiterbildung.html.

Herzlichen Glückwunsch zum neuen Weiterbildungstitel!

Folgende Titel hat die LPK RLP seit Anfang 2017 anerkannt:

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen

Neuropsychologie: Kathia Korluß;
Psychodiabetologie: Lara Gomille, Alena-Lynn Klostermann; **Systemische Psychotherapie:** Sitta Pfeiffer, Birgit Kupper; **Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie (Familienrecht):** Dr. Stefan

Eisenbeis; **Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie (Strafrecht):** Michael Ruch; Monika Zisterer-Schick; Georgia Nicolay; Dan-Patrik Popescu; Michael Willems; Martin Schäffler; Svenja Blasen; Uta Beck; Christine Delker; Michael Händel

Anerkennung als Weiterbildungsbefugter

Neuropsychologische Psychotherapie: Dr. Armin Scheurich; Luise Roth

Anerkennung als Supervisor in der Weiterbildung

Psychodiabetologie: Dr. Ulrike Löw;
Verhaltenstherapie: Anna Semmroth-Wolter

Die LPK RLP gratuliert ganz herzlich allen Mitgliedern, die erfolgreich eine Weiterbildung absolviert haben oder als Weiterbildungsbefugter oder Supervisorin anerkannt wurden!

Bekanntmachung: Erste Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 14.12.2015

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 14.04.2018 die erste Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz vom 14.12.2015 beschlossen. Sie ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 08.05.2018 mit AZ 635-01-723-17.4 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2, 3 der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer RLP stellt die Kammer die geänderte Weiterbildungsordnung auf ihrer Internetseite bereit.

Bekanntmachung

Wir beabsichtigen, ab der nächsten Ausgabe im Psychotherapeutenjournal und im Mitglieder-Newsletter die runden Geburtstage unserer Mitglieder zu veröffentlichen (Vorname, Nachname und Jahrgang). Jubilare und Jubilarinnen, die dies nicht wünschen, melden sich bitte bis zum 01.08.2018 schriftlich bei der Geschäftsstelle der LPK RLP, Diether-von-Isenburg-Straße 9-11, 55116 Mainz oder per E-Mail: service@lpk-rlp.de.

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0

Fax: 0631/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Stärkung oder Selbstbestimmung Behinderter: Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung nimmt ihre Arbeit auf



Imgard Jochum, Annette Pauli

Mit dem Inkrafttreten des § 32 SGB IX am 01.01.2018 konnte in allen Bundesländern die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) beginnen. Das Fördervolumen beträgt 58 Mio. € jährlich und wird nach Einwohnerzahl und Fläche auf die Bundesländer verteilt. Die Förderung ist zunächst befristet bis zum 31.12.2020 und kann dann um zwei Jahre bis zum 31.12.2022 verlängert werden.

Peer Counseling als Beratungsmethode soll dabei im Vordergrund stehen, die Unabhängigkeit der Beratungsstelle soll durch Beratung von Betroffenen für Betroffene gewährleistet werden. Die Beratung soll unabhängig von den Interessen der Leistungsträger und von den Interessen der Leistungserbringer sein und findet ergänzend zu den gesetzlichen Beratungen statt. Die Beratungs-

stellen arbeiten indikationsübergreifend und ziehen bei Bedarf Kompetenzen zu speziellen Behinderungsarten zu Rate, beispielsweise aus der Vernetzung mit Verbänden und der Selbsthilfe. Im Saarland haben bisher drei Antragsteller den Zuschlag erhalten: die Landesvereinigung Selbsthilfe e. V., passgenau e. V. und der Landesverband der Lebenshilfe.

Als erstes hat die EUTB der Landesvereinigung Selbsthilfe e. V. für den Regionalverband Saarbrücken ihre Arbeit aufgenommen. Frau Pauli (Sozialarbeiterin) leitet diese Stelle und war bereit, ein Gespräch über dieses neue Angebot und seine Herausforderungen zu führen.

Worum geht es bei der Teilhabeberatung und für wen ist das Angebot von Interesse?

Das neue Beratungskonzept bietet Entscheidungs- und Orientierungshilfe für eine individuelle Planung der Teilhabe in allen Lebensbereichen. Das Angebot richtet sich an Menschen mit Behinderung, von Behinderung bedrohte Menschen und ihre Angehörigen. Unabhängig heißt dabei, dass die Beratungsstelle mit ihrer Arbeit keine wirtschaftlichen und organisatorischen Interessen verfolgt, ergänzend bedeutet, dass die Beratung eine Beratung beim Leistungsträger oder Leistungserbringer nicht ersetzt, sondern vorgeschaltet eine fundierte Information über Teilhabemöglichkeiten für den Ratsuchenden bietet.

Was unterscheidet die Beratung der EUTB von den bisherigen Beratungsangeboten, was ist das Neue daran?

Das Bundesteilhabegesetz hat den Anspruch auf unabhängige Beratung gesetzlich geregelt. Das bedeutet, dass jedem Ratsuchenden ein niedrigschwelliges, gut erreichbares Angebot zur Verfügung stehen muss, bei Bedarf auch aufsuchend und Leistungsträger und -erbringer auch auf dieses Angebot hinweisen müssen. Es wird nicht nur ein Teilbereich betrachtet, der Anspruch ist eine ganzheitliche Teilhabeplanung, um die Umsetzung einer selbstbestimmten Lebensführung auch unter besonderen Bedingungen zu ermöglichen.

Wie und wann ist Ihre Beratungsstelle erreichbar?

Beratungsanfragen und zeitnahe Termine sind nach Vereinbarung möglich. Die Erreichbarkeit auf elektronischem Wege ist selbstverständlich auch gewährleistet.

Auf welchen Wegen erfahren die Betroffenen überhaupt von dem neuen Angebot?

Unsere neue Website www.teilhabeberatung-saarland.de ist im Aufbau. Unsere Beratungsstelle wird in Kürze auch durch Pressearbeit und stärkere Präsenz auf Messen und Veranstaltungen bekannt gemacht. Die Information muss aber auch in professionellen Stellen, bei Ärztinnen und Psychotherapeutinnen bekannt gemacht werden, damit die Zielgruppe auch dort auf das Beratungsangebot hingewiesen wird.

Unser Gesundheits- und Sozialsystem ist durchaus komplex. Transparenz und Übersichtlichkeit von Zuständigkeiten und Leistungen sind seit Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) nicht gestiegen. Und die Einschränkungen in der Teilhabe sowie die Unterstützungsmöglichkeiten unterscheiden sich erheblich je nachdem, ob jemand z. B. sinnesbehindert ist oder eine seelische Behinderung hat. Wie orga-

nisieren Sie diese Mammutaufgabe in Ihrem Team?

Wir bemühen uns, bei der Auswahl der Bewerberinnen darauf zu achten, dass Erfahrungen aus den unterschiedlichen Richtungen und Behinderungsarten zusammen kommen. Ein nicht unwesentlicher Teil der Arbeit wird auch die Offenlegung von Problemlagen, die sich aus den Beratungen ergeben, bei politischen Verantwortungsträgern, Leistungsträgern und -erbringern umfassen, um auf besondere Bedarfslagen aufmerksam zu machen.

Wie setzen Sie das geforderte Peer Counseling in Ihrer Beratungsstelle um?

Durch eine gute Vernetzung in der Selbsthilfebewegung im Saarland und mit den Mitgliedsverbänden der Landesvereinigung können wir auf viel Kompetenz im Bereich der Betroffenen zurückgreifen. Im konkreten Fall binden wir Betroffene aus den verschiedenen Indikationen in den Beratungsprozess ein.

Unterstützen Sie die Ratsuchenden auch darin, Ansprüche gegenüber möglichen Kostenträgern geltend zu machen?

Eine rechtliche Beratung oder Unterstützung in einem Widerspruchsverfahren ist ausgeschlossen. Wir können beraten in einer individuellen Ausgestaltung der persönlichen Teilhabeplanung und in den Möglichkeiten der Umsetzung, die das Bundesteilhabegesetz vorsieht. Selbstverständlich kann die Landesvereinigung das Angebot und die Ausgestaltung nur aus ihrer Sicht darstellen.

Annette Pauli ist Dipl. Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin seit 1986. Sie war zuvor in der Heilpädagogischen Jugendhilfe tätig, arbeitete als Dozentin am Lehrinstitut für Gesundheitsfachberufe der SHG und ist seit 2015 bei der Landesvereinigung Selbsthilfe e. V., seit März 2018 im neuen Projekt tätig.

Das Gespräch mit Annette Pauli führte Irmgard Jochum, Vorstand PKS

Leib und Seele – Zurück zum Anfang?

Dritte gemeinsame Veranstaltung für die Mitglieder beider Berufsgruppen traf mit dem gewählten Thema auf sehr großes Interesse

Auch die dritte Fortbildungsveranstaltung des Gemeinsamen Beirates (GB) der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes fand am 03.03.2018 trotz der schlechten Wetterbedingungen große Resonanz bei den Mitgliedern beider Berufsgruppen.

Der Große Saal des Ärztehauses war vollständig besetzt, ca. 150 Zuhörerinnen und Zuhörer blieben nach den drei Fachvorträgen auch zur anschließenden Diskussion, die lebendig über eine Stunde verlief. Für die Ärztekammer hatte Dr. Michael Käfer, MediClin Blietal Kliniken, die Moderation übernommen. Für die Psychotherapeutenkammer übernahm die Vorsitzende des GB, Dipl. Psych. Andrea Maas-Tannchen, Praxis Saarbrücken, diese Aufgabe.

Nachdem San.-Rat Dr. Josef Mischo, Präsident der ÄKS, und Susanne Münich-Hessel als Vorstandsmitglied der PKS den Morgen mit Grußworten eröffnet hatten, sprach zunächst Prof. em. Dr. med. Wolfgang Senf, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Uni Duisburg-Essen; wolfgang.senf@uni-due.de) in einem sehr anschaulichen Beitrag zum Thema Psychosomatik über die historische Entwicklung der Disziplin und grundsätzliche Überlegungen zur gegenseitigen Beeinflussung von Soma und Psyche.

Daran schloss sich Thomas Lehmanns Vortrag über „Schmerzempfinden bei jungen Patienten und Behandlungsmöglichkeiten aus psychoanalytischer Sicht“ mit einem praxisbezogenen Fokus an. Dipl.-Psych. Thomas Lehmann ist niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Neunkirchen und arbeitet innerhalb seines Berufsverbandes (siehe <http://www.vakjp.de>) an einer Leitlinie zum Thema



Prof. Dr. Walter Pfannkuche

mit. Herr Lehmann unterstrich, dass Schmerzempfinden als biopsychosozialer Komplex versteh- und behandelbar ist und innerhalb der familiären und sozio-kulturell gefärbten Determination für das Kind/den Jugendlichen zum Symptom werden kann. Im letzten Vortrag des Vormittags, den abweichend von der ursprünglichen Planung Prof. Dr. Walter Pfannkuche (Institut für Praktische Philosophie, Uni Kassel; walter-pfannkuche@uni-kassel.de) alleine gestaltete, setzte sich dieser mit dem alten

„Leib-Seele-Dilemma“, der Kernfrage auch der modernen Psychosomatik, aus Sicht eines praktischen Philosophen auseinander. In einem anspruchsvollen, gleichwohl fesselnden Exkurs

referierte er die zentralen historischen Positionen zum „Ontologischen Dualismus“, das heißt der Frage, ob und wie „Das Mentale“ und „Das Physische“ zusammenwirken.

Interessierte können die Vorträge über die Sekretariate beider Kammern anfragen.

Dipl.-Psych. Andrea Maas-Tannchen,
Saarbrücken und Dr. Michael Käfer

Ein großer Erfolg: Tagung „Kinder in Not“

Am 22.02.2018 fand ein Fachtag zu diesem Thema im Bildungszentrum der Arbeitskammer in Kirkel statt. Veranstalter war der Deutsche Kinderschutzbund, Landesverband Saarland e. V. und maßgeblicher Initiator war Stefan Behr als dessen Vorsitzender. Kooperationspartner waren die Liga der Freien Wohlfahrtspflege Saar, das Institut für Lehrerfort- und -weiterbildung (ilf), die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der SHG Kliniken Sonnenberg, das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes, das Landesinstitut für präventives Handeln Saarland und die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS). Allein schon diese Kooperationspartner bezeugen – neben der Wissensvermittlung – den Leitgedanken der Vernetzung als Tagungsziel.

Die Tagung fand enormen Zuspruch und war mit gut 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern restlos ausgebucht, weitere 170 Fachkräfte hatten sich zusätzlich angemeldet und konnten leider nicht mehr berücksichtigt werden.

Nach thematisch einführenden Grußworten durch Stefan Behr begann das Vormittagsprogramm mit fünf Fachvorträgen, das durch Dr. Frank W. Paulus, Leitender Psychologe an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes (und Mitglied der Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes) moderiert wurde.

Im ersten Vortrag von Frau Dr. Karin Berty vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Abteilung Gesundheit und Prävention) ging es um die „Präventions- und Unterstützungsangebote für Kinder – Ein Überblick aus Sicht der Gesundheits-

verwaltung“. Das Saarland bietet eine große Palette von Angeboten an: Diese umfasst Kinderärztinnen, Psychotherapeutinnen, Beratungsstellen, Frühförderstellen, Schulpsychologischen Dienst, jugendärztliche und psychosoziale Dienste der Gesundheitsämter sowie Angebote der Selbsthilfe. Die Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen sind in den letzten zehn Jahren erheblich ausgebaut worden. Es gibt in den Koordinierungsstellen der Frühen Hilfen in allen Landkreisen Fachkräfte der Jugendhilfe, die mit den Fachkräften des medizinischen Dienstes der Gesundheitsämter zusammenarbeiten. Unter anderem im Landkreis Neunkirchen und im Saarpfalzkreis gibt es ferner noch speziellere Angebote für Kinder suchtkranker bzw. psychisch erkrankter Eltern. Die Landesregierung hat die Bedarfe von Kindern suchtkranker Eltern erkannt und die Thematik im Saarländischen Suchthilfebeirat und im Runden Tisch Kindergesundheit aufgegriffen. Sie will spezialisierte Angebote flächendeckend im Land etablieren sowie die Vernetzung der Anbieter im Saarland weiter vorantreiben.

Im zweiten Vortrag stellte Diplom-Sozialarbeiter Thomas Weber vom Jugendamt des Saarpfalz-Kreises die Hilfsangebote der Jugendhilfe vor. Er betonte die Bedeutung des frühzeitigen Zugangs: Hilfsmöglichkeiten der Jugendhilfe sind dann am größten, wenn das Jugendamt frühzeitig aktiviert wird, wenn also ein möglichst früher und guter Zugang gelingt! Allerdings sind gerade Suchtkranke und psychisch kranke Eltern oft alarmiert, wenn das Jugendamt einbezogen werden soll. Das Jugendamt wird in der Bevölkerung oft als Kontrollinstitution wahrgenommen und erscheint damit als bedrohlich, statt als helfend und als eine Institution der Dienstleistung für

die betroffenen Kinder und Familien verstanden zu werden. Auch Suchtkranke und psychisch Kranke wollen gute Eltern sein. Sie brauchen Ermutigung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung, wobei das Kindeswohl bei diesen Bemühungen im Vordergrund stehen muss. Schulen und Kindertagesstätten sind zentrale Lebensräume, auch für Kinder aus belasteten Familien. Kinder, deren Lebenssituation in diesen Einrichtungen bekannt ist, müssen mit der erforderlichen Empathie begleitet werden, gemeinsam mit den Eltern müssen Hilfsangebote vermittelt werden (Schoolworker als erste Ansprechpartnerinnen). Jedoch können im Einzelfall zum Schutz der Kinder auch Maßnahmen gegen den Willen der Eltern erforderlich werden (Inobhutnahme/Anrufung des Familiengerichts).

Es folgte eine Präsentation der „Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern – Ressourcenorientiertes Videofeedback mit psychisch kranken Eltern“ von Prof. Dr. Eva Möhler (SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Universitätsklinikum Heidelberg). Prof. Möhler berichtete über die ressourcenorientierte Videofeedback-Arbeit mit psychisch kranken Eltern, die sie u. a. an den Mutter-Kind-Stationen in Heidelberg und Saarbrücken zum Einsatz bringt. Anhand von praktischen und eindrücklichen Filmbeispielen zeigte sie, wie – durch die Krankheit verschüttete – elterliche Kompetenzen aktiviert werden können mit positivem Einfluss auch auf die kindliche Entwicklung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung wurden aktiv einbezogen und konnten selbst in den Aufnahmen „gelungene Sequenzen“ identifizieren, was mit großem Interesse und reger Beteiligung stattfand.



Stefan Behr, Dr. Frank W. Paulus, Prof. Dr. Jens Möller, Susanne Münnich-Hessel, Prof. Dr. Eva Möhler, Thomas Weber, Dr. Karin Bertz (v. l. n. r.)

Danach referierte Prof. Dr. Jens Möller von der Kinderklinik des Klinikums Saarbrücken über „Hilfsmöglichkeiten für Kinder von Eltern mit chronischen körperlichen Erkrankungen – Probleme zwischen Ökonomie, Genetik und Psychosomatik“. Kinder chronisch kranker Eltern fallen im Medizinbetrieb auf. Dies geschieht ebenso häufig wie im Bildungsbereich. Es muss nur eine entsprechende Sensibilität vorhanden sein, um bei unspezifischen und klar psychosomatischen Krankheitsbildern das Problem kranker Eltern und Überlastung der Kinder in der Familie zu identifizieren. Neben der psychischen Beeinträchtigung bei genetisch definierten Erkrankungen (Angst, Depression) sind leider auch die Fälle zu berücksichtigen, in denen es zu einer Manifestation schwerer Erkrankungen der Eltern beim Kind kommt. Im Gesundheitsbereich (SGB V) gibt es Hilfsmöglichkeiten, vor allem über die sozialmedizinische Nachsorge, die aber nur kurz greifen. Langfristige Versorgungskonzepte fehlen.

Den gelungenen Abschluss der Fachvorträge des Vormittags bildete ein

Vortrag von Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel von der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zu „Hilfsmöglichkeiten für Kinder suchtkranker Eltern: Der Elefant im Wohnzimmer. Suchtbelastete Familien in der psychotherapeutischen Sprechstunde“. Sie startete mit der Darstellung der Ausgangslage: In Deutschland leben ca. 2,65 Millionen Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung aufweist. Ca. 40.000 bis 60.000 Kinder leben mit einem drogenabhängigen Elternteil. Das Risiko für Kinder aus alkoholbelasteten Familien, selbst an einer Suchtstörung zu erkranken, ist bis zu sechsmal höher als für Kinder aus gesunden Familien. Für alle anderen psychischen Störungen weisen sie ebenfalls erhöhte Risiken auf. Die psychotherapeutische Sprechstunde ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zu einer umfassenden familiären Diagnostik und zur Vermittlung in Suchthilfesysteme. Frau Münnich-Hessel stellte dar, dass eine Verbesserung der prekären Versorgungslage bezüglich einer Psychotherapie, um lange Wartezeiten zu vermeiden, jedoch nur mit einer Reform

der Bedarfsplanung möglich ist. Betont wurde: Die Frage nach den Kindern in suchtbelasteten Familien muss die Regel sein! Für die Kinder und deren Angehörige müssen ressourcenorientierte und resilienzfördernde Hilfen zur Verfügung stehen, in die sie von der Sprechstunde aus vermittelt werden können.

Nach einer Mittagspause ging es den gesamten Nachmittag mit Workshops weiter. Ziel der Workshops war es, die jeweiligen Akteure der unterschiedlichen Hilfesysteme in Dialog zu bringen und daraus weitere Bedarfe abzuleiten, was hervorragend gelang. Moderiert von Wolfgang Vogt (Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes) standen dazu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern drei Workshops zur Auswahl, in denen die für eine bessere Versorgung zentralen Themen der betroffenen Kinder und Jugendlichen mit der Methode World Café vertieft wurden.

Die Tagung war ein großer Erfolg und fand ein überwältigendes Medienecho, auch überregional. Damit konnte man diesem wichtigen Thema auf angemessene Weise gerecht werden. Folgetagungen dieser Art sind zu wünschen.

Dr. Frank W. Paulus

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Michael Schwindling, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681-9545556
Fax: 0681-9545558
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



heute wollen wir Sie über die letzte Kammerversammlung, die erste dieses Jahres, Ende März 2018 informieren, auf der traditionell der Jahresbericht des Vorstands sowie der Haushaltsabschluss des vergangenen Jahres vorgelegt wird. Außerdem berichten wir über ein Treffen mit unserem Gesundheitsminister, der uns seine Unterstützung bei wichtigen Gesetzesvorhaben zugesichert hat. Im Versorgungswerk der PKSH ist

ein langjähriges, verdientes Mitglied des Verwaltungsrates ausgeschieden. Um eine unrealistische, nicht nachvollziehbare Statistik der Techniker Krankenkasse zu hinterfragen, hat die PKSH das Bundesversicherungsamt angerufen, das allerdings weitere Nachforschungen in dieser Angelegenheit abgelehnt hat. Zum Schluss freuen wir uns, das 2.000. Mitglied der PKSH, eine Ausbildungsteilnehmerin, begrüßen zu dürfen. Allen unseren Mitgliedern wünschen wir eine interessante Lektüre und einen schönen und sonnigen Sommer.

Dr. Oswald Rogner
 Präsident

Bericht über die 47. Kammerversammlung der PKSH

Die 47. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig Holstein fand am 23. März 2018 statt und beschäftigte sich im Schwerpunkt mit dem Jahresbericht des Vorstands und dem Haushaltsabschluss für das Jahr 2017.

Traditionell wird in der ersten Kammerversammlung des neuen Jahres ein Jahresbericht des Vorstands zu den Aktivitäten und den wahrgenommenen Terminen des letzten Jahres vorgelegt. Herr Dr. Rogner berichtete hierbei über die Aktivitäten des Vorstands auf Bundesebene, auf Landesebene und auf Kammer Ebene. Ergänzt wurde der Bericht durch die weiteren Vorstandsmitglieder sowie durch den Geschäftsführer der Kammer, Herrn Wohlfarth, der verschiedene Statistiken zu aktuellen Informationen der Kammer und zu den Aufgaben der Geschäftsstelle beisteuerte.

Weiterhin wurde die Jahresrechnung für das Haushaltsjahr 2017 vorgelegt. Auf der Grundlage des Haushaltsplanes für das Jahr 2017 gelang es dem Vorstand im Bereich der Ausgaben für das Ehrenamt, die Planansätze zu unterschreiten und somit der Kammerversammlung einen positiven Haushaltsabschluss für das Jahr 2017 vorzulegen. Dies wurde auch durch den Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses bestätigt, sodass der Vorstand schließlich durch die Kammerversammlung einstimmig bei einer Enthaltung entlastet wurde.

Es folgten die Berichte aus den Ausschüssen und von Beauftragen, in denen u. a. über die Teilnahme an einer Fachtagung für angestellte Kammermitglieder, über die Bundeskonferenz der sogenannten PiA-Sprecherinnen und über landesspezifische Aktivitäten

für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen berichtet wurde.

Ein weiterer wichtiger Tagesordnungspunkt war die geplante Änderung der Fortbildungsordnung der PKSH. Hierzu hatte der Fort- und Weiterbildungsausschuss der PKSH einen Entwurf erarbeitet, in den neue Fortbildungsinhalte bzw. Fortbildungskategorien integriert wurden und eine stärkere Anlehnung an die Musterfortbildungsordnung der BPTK beabsichtigt wurde. In der anschließenden lebhaften Diskussion wurden Fragen aufgeworfen, die einer neuerlichen Abstimmung bedürfen. Die Verabschiedung der überarbeiteten Ordnung wurde daher auf die nächste Kammerversammlung im Juni 2018 vertagt.

Dr. Oswald Rogner
 Präsident

Treffen mit Minister Dr. Garg

Am 17. Mai 2018 trafen sich Präsidium und Geschäftsführer der PKSH mit dem Gesundheitsminister des Landes Schleswig-Holstein, Herrn Dr. Heiner Garg. Unter anderem wurden dabei die Reform der Psychotherapieausbildung,

die Versorgungssituation der Bevölkerung mit Psychotherapie sowie das Thema Psychotherapie und Internet angesprochen und mit dem Minister und seinen zuständigen Referatsleitern ausführlich diskutiert.

In dem Gespräch mit dem Minister nutzte Kammerpräsident Dr. Rogner die Gelegenheit, erneut darauf hinzuweisen, dass eine Reform der Psychotherapieausbildung dringend notwendig ist, um in Zukunft eine ausreichende

Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie sicherzustellen. Dabei wurden auch die derzeitig prekären Bedingungen in der Ausbildung sowie die unzureichende bzw. häufig fehlende Finanzierung der jetzigen Psychotherapieausbildung angesprochen. Minister Garg sicherte zu, die Ausbildungsreform mit der Schaffung eines einheitlichen Approbationsstudiums, vergleichbar mit dem anderer Heilberufe, zu unterstützen. Das reformierte Studium soll mit einer staatlichen Prüfung auf Masterniveau abschließen und danach die Möglichkeit einer fachspezifischen Weiterbildung, analog der von Fachärztinnen, vorsehen.

Bei dem Thema Versorgungssituation der Bevölkerung mit Psychotherapie wurde vonseiten der Kammer die Einführung neuer Leistungen im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie des letzten Jahres begrüßt. Es wurde aber auch gleichzeitig betont, dass diese neuen Leistungen zwar einen schnelleren Erstzugang zur psychotherapeutischen Diagnostik und Indikationsstellung mit sich gebracht haben,

die Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie sich hierdurch jedoch nicht verbessert haben, da die neue Psychotherapie-Richtlinie keine neuen Behandlungsplätze geschaffen hat. Der Minister wurde gebeten, sich für eine realistischere und versorgungsgerechte Bedarfsplanung einzusetzen.

Was den Bereich der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen und der Psychotherapie im Krankenhaus angeht, wurde vonseiten der PKSH darauf hingewiesen, dass eine strukturell angemessene Einbindung von Psychotherapeutinnen im Rahmen eines noch zu schaffenden Landeskrankenhausgesetzes dringend erforderlich sei. In diesem Zusammenhang wurde auch angesprochen, dass eine Aufwertung der sogenannten sprechenden Medizin bzw. Psychotherapie sowohl im stationären wie auch im ambulanten Rahmen notwendig sei und dass bei aktuellen Überlegungen zur Schaffung einer sektorenübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen auch die Psychotherapeutinnen einbezogen werden sollten.

Ein Thema des Gespräches waren auch die zunehmenden internet- und mediengestützten Angebote im Bereich des Gesundheitswesens generell und speziell im Bereich der Psychotherapie. Dabei wurde vonseiten der PKSH betont, dass mediengestützte Angebote zwar eine psychotherapeutische Behandlung ergänzen und gegebenenfalls auch bereichern können, diese aber keinesfalls ersetzen dürfen. Das Präsidium der PKSH betonte, dass internetbasierte Anwendungen in der Psychotherapie einer dringend erforderlichen Qualitätssicherung bedürfen und zukünftig eine Zulassung als Medizinprodukt anzustreben sei.

Minister Dr. Garg zeigte großes Interesse an den angesprochenen Themen und sicherte auch in Zukunft seine Gesprächsbereitschaft und Unterstützung bei der Lösung der aufgezeigten Probleme zu.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Langjähriger Vorsitzender des Verwaltungsrates RA Andreas Kühnelt ausgeschieden



Vizepräsidentin Dr. Angelika Nierobisch (rechts) überreicht RA Andreas Kühnelt ein Abschiedsgeschenk (Foto: D. Schulz)

Nach mehr als zwölf Jahren Tätigkeit für das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein ist Herr Andreas Kühnelt nun aus dem Amt geschieden. Herr Kühnelt hat

das Versorgungswerk von Beginn an eng begleitet und tatkräftig unterstützt. Der gelernte Bankkaufmann, Rechtsanwalt und Notar war maßgeblich an der Gründung und dem Aufbau des Werkes beteiligt. Er erwies sich als ein wahres Juwel für das Versorgungswerk der schleswig-holsteinischen Psychotherapeutinnen. Das solide Fundament, auf dem das Versorgungswerk heute steht, ist zu einem großen Teil seinem Geschick zu verdanken. Er wurde im Gründungsjahr 2005 in den geschäftsführenden Verwaltungsrat berufen. Dort übernahm er das Amt des Vorsitzenden, welches er bis Jahresende 2017 behielt. Herr Kühnelt hat eine Tätigkeit in einem anderen berufsständi-

chen Versorgungswerk übernommen. Auch wenn wir ihn nur ungerne gehen lassen, so respektieren wir doch seine Entscheidung und wünschen ihm auch dort viel Erfolg!

Im Namen der Mitglieder des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein danken wir ihm ganz herzlich für seine Beständigkeit, sein außerordentliches Engagement und die geleistete Arbeit!

Heiko Borchers
Vorsitzender Aufsichtsausschuss des
Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Techniker Krankenkasse

Die Techniker Krankenkasse (TK) veröffentlichte auf ihrer Homepage die Aussage, dass 50 % aller Psychotherapien maximal zehn Stunden dauern würden. Diese Zahl rief bei der PKS H großes Erstaunen hervor und sie bat die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein um Hilfe bei der Klärung des Sachverhaltes. Kurzfristig stellte die KV die Behandlerdaten für Schleswig-Holstein zur Verfügung und teilte eine durchschnittliche Psychotherapiedauer von 28,5 Stunden mit. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) errechnet als Bundesdurchschnitt eine Zahl von 36,6 Stunden Behandlungsdauer bei Psychologischen Psychotherapeuten.

Die PKS H konfrontierte die TK mit dem Zahlenmaterial und bat um Herausgabe des statistischen Datenmaterials zwecks Überprüfung. Wir wiesen zudem darauf hin, dass Psychologische Psychotherapeutinnen aufgrund ihres Studiums die Fachkompetenz haben, Statistiken auszuwerten und zu beurteilen. Diese Daten wurden uns jedoch nicht zur Verfügung gestellt, stattdessen kamen vertröstende E-Mails.

Daraufhin leitete die PKS H den Sachverhalt an das Bundesversicherungsamt (BVA) weiter und bat um Stellungnahme.

In einem Schreiben vom März 2018 weist das BVA darauf hin, dass es nicht

befugt sei, eigene Beweise zu erheben und nur auf der Grundlage der Verwaltungsunterlagen eine Entscheidung zur Rechtslage treffen könne.

Somit bleibt die Feststellung, dass jede Kasse zur Psychotherapiedauer etwas behaupten kann, was sie nicht belegen muss. Ein kleiner Erfolg ist jedoch zu vermelden: Die TK hat eingestanden, dass die Daten nur für den Bereich der Verhaltenstherapie gelten würden und dies auf ihrer Homepage aktualisiert. Wie heißt es so schön: Glaube keiner Statistik, die Du nicht selbst ... überprüft hast.

Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin

PKSH begrüßt das zweitausendste Kammermitglied



Tatjana Petersen (links) und Präsident Dr. Oswald Rogner (Foto: Dr. A. Nierobisch)

Im Rahmen einer Vorstandssitzung hat Präsident Dr. Oswald Rogner Frau Tatjana Petersen als 2.000. Kammermitglied ganz herzlich begrüßt und mit einem großen Blumenstrauß in der Kammer willkommen geheißen.

Frau Petersen befindet sich in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am IVPM in Bad Bramstedt. Die Vorstandsmitglieder haben bei der Gelegenheit die Aufgaben der Kammer, die Geschäftsstelle und sich selbst vorgestellt.

Die PKS H hat damit innerhalb von zehn Jahren die Zahl ihrer Mitglieder verdoppelt. Dies ist u. a. auch darauf zurückzuführen, dass seit einer Gesetzesnovelle Ende 2007 auch die Ausbildungsteilnehmenden (PiA) Mitglieder der Kammer sind. Bei inzwischen sechs Ausbildungsinstituten in Schleswig-Holstein machen sie gut 25 % der Gesamtmitgliederzahl aus.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel.: 0431/66 11 990
Fax: 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09–12 Uhr
zusätzlich Do: 13–16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und 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. Regina Steil (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

Julia Wiesinger, M. A., 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.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

17. Jahrgang, Ausgabe 2/2018

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

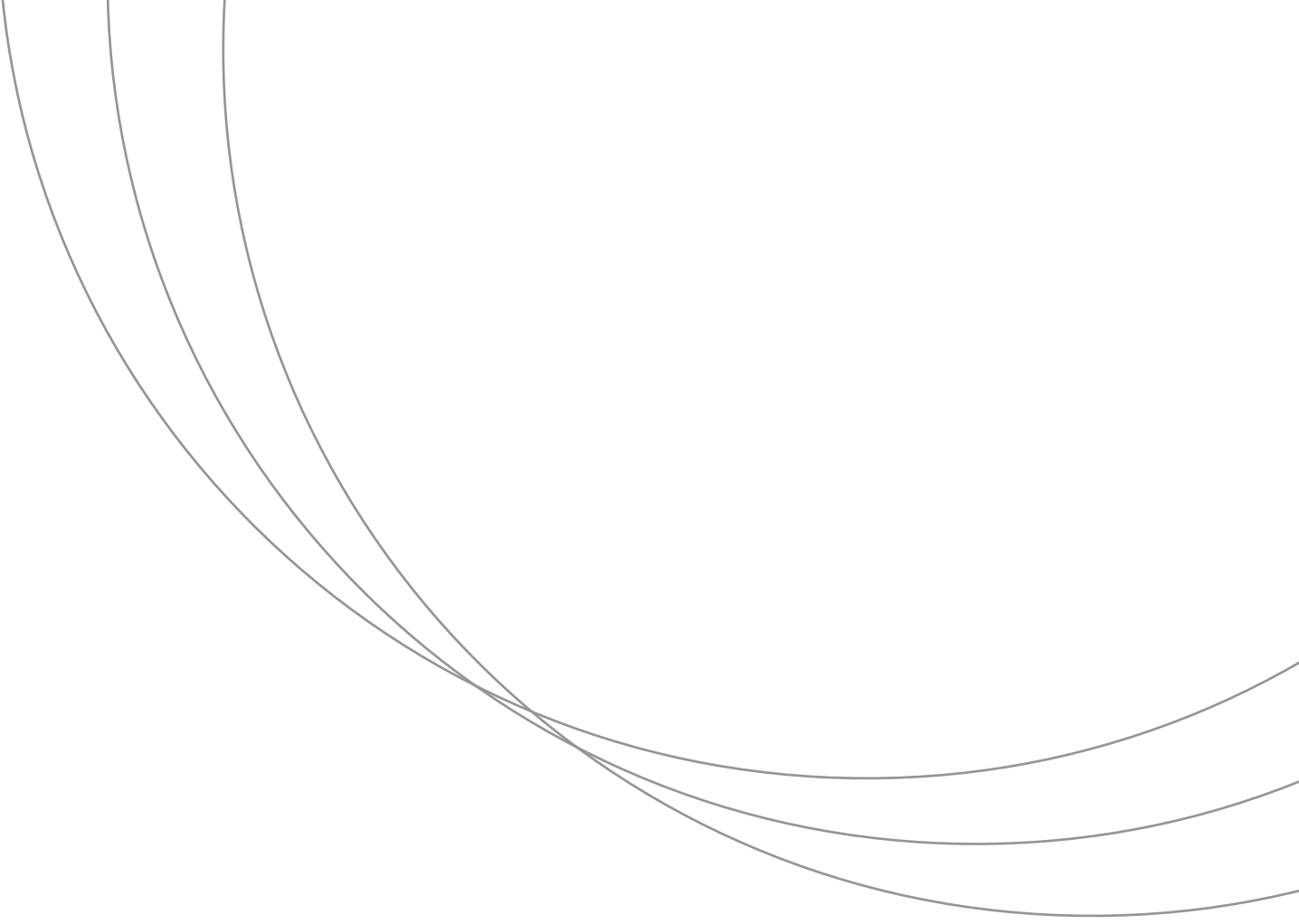
Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 3/2018 ist der 20. Juni 2018 und für Ausgabe 4/2018 der 19. September 2018. Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Manuskripte sind elektronisch, am besten im Word-Format, an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in separaten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte 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 umfassen (jeweils inkl. Leerzeichen). Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2016, Göttingen: Hogrefe), 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 Wörtern und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere fürervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

