

Psychotherapeuten journal

- Innovative Psychotherapieforschung:
Wo stehen wir und wo wollen wir hin?
- Folgen subjektiver Verarbeitung von psychiatrischen
Diagnosen
- Zum Arbeiten mit populären Narrativen in der
Psychotherapie
- Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung
aus psychodynamischer Perspektive
- Metakognitive Therapie nach Adrian Wells

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,

Üblicherweise beginnt ein neues Jahr oft mit einigen „Knallern“, manche bunt, manche einfach nur laut. Auch 2019 macht da keine Ausnahme: Als der Redaktionsbeirat Anfang Januar die vor Ihnen liegende erste Ausgabe dieses Jahres entwickelte, war er beeindruckt von den nahezu 200.000 Unterzeichnenden der Petition für den Erhalt eines niederschweligen und direkten Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung. Ein echter „Knaller“ und ein unglaubliches Votum eben nicht nur aus dem Berufsstand selbst, sondern von zahllosen Patienten, Angehörigen, Unterstützenden im weitesten Sinne, eine bunte Mischung aus der Mitte der Gesellschaft mit breitem Echo in der überregionalen Presse. Wenn Sie diese Ausgabe lesen, wird es hoffentlich eine für die Versorgung und auch für den Berufsstand gute Lösung *ohne* neue Hürden für psychisch kranke Menschen geben. Leiser sind dann hoffentlich auch die unzutreffenden und schädlichen Stereotypen vom Bedarf an Kontrolle, Steuerung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung und Priorisierung unter den Hilfesuchenden geworden. Die abschließenden Lesungen des Gesetzentwurfes zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Bundestag sind für März 2019 geplant.

Ein weiterer mindestens genauso lauter „Knaller“ ist sicherlich die Vorlage des Referentenentwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit zum Psychotherapeutenbildungsreformgesetz – (PsychThGAusbRefG), lange erwartet und in Aussicht gestellt. Im PTJ haben wir mittlerweile eine richtiggehende Historie an Beiträgen, die sich bereits seit drei Jahren in Folge mit den unterschiedlichsten Aspekten dieses für den Berufsstand eben auch historischen

Gesetzesvorhabens beschäftigen. Die Artikel von Bernhard Strauß zur Perspektive der Psychotherapieforschung und Sebastian Baumann zur Anerkennung der Systemischen Therapie (*Anmerkung: auch der Redaktionsbeirat des PTJ freut sich sehr über diesen Erfolg!*) dürfen durchaus in diese Linie gestellt werden.

Der Diotima-Ehrenpreis der Deutschen Psychotherapeutenchaft wurde 2018 an Ellen Bruckmayer und Hans-Jochen Weidhaas verliehen – beide wurden geehrt für ihr unermüdliches Wirken am Zustandekommen des Psychotherapeutengesetzes 1999. Beiden lag und liegt die Weiterentwicklung, wie sie im Referentenentwurf nun erste Gestalt annimmt, berufspolitisch am Herzen. Beiden gemeinsam ist, dass sie Gegenwart aus der Vergangenheit heraus verständlich machen – berufspolitisch wie im klinischen Alltag. Wir legen Ihnen den Bericht zur Preisverleihung und der zu diesem Anlass geführten Podiumsdiskussion gerne und ausdrücklich ans Herz. Die wichtigste Botschaft ist wohl:

Möge der Berufsstand erfolgreich um Einigung ringen und sich einig bleiben!

Ein Appell, der sich sicherlich zunächst an die Landesvertretung richtet und von der Gesundheitspolitik aufmerksam beobachtet werden dürfte.

Ihre Aufmerksamkeit möchten wir mit diesem Heft aber auch auf verschiedene Aspekte der klinischen Tätigkeit richten: Mit dem Beitrag von Thomas Schnell zur subjektiven Verarbeitung von Diagnosen und den Beiträgen zu Konzepten der Psychotherapie (Beiträge von Niklas Gebele zum Arbeiten mit populären Narrativen in der Psycho-



therapie, von Maren Brückner, Charline Logé und Simone Salzer zur ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung aus psychodynamischer Perspektive und von Lotta Winter und Sebastian Pilgramm zur metakognitiven Therapie nach Adrian Wells) hoffen wir, Ihnen wieder einen Blick über den Tellerrand zu ermöglichen.

Alle Beiträge berichten von der Arbeit mit aus unserer Sicht sogenannten schweren Fällen. Wie es der Zufall so will, passt auch das hoffentlich in die aktuelle Debatte und setzt ein lautes und klares Zeichen wider die Bestrebungen zur Bagatellisierung und Entwertung unserer täglichen Arbeit.

Im Jahr 2019 werden also wohl wichtige Weichen gestellt. Mögen sie im Interesse unserer Patienten, aber auch der Berufsangehörigen in eine „richtige“, will sagen: konstruktive, die Versorgung verbessernde und den Berufsstand nachhaltig unterstützende Richtung weisen.

Aktuell wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre des neuen Psychotherapeutenjournals!

*Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia

4

Bernhard Strauß

Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin?

Ausgehend von aktuellen Entwicklungen in der Psychotherapie werden in dem Beitrag zentrale Befunde der Psychotherapieforschung und neuere Entwicklungen, wie eine praxisorientierte Forschung, zusammengefasst. Zukünftige Themen und Vertiefungen der Forschung werden als Grundlage für die Erweiterung eines Kernwissens über die Psychotherapie vorgeschlagen.

11

Thomas Schnell

Folgen subjektiver Verarbeitung von psychiatrischen Diagnosen

Die Kommunikation psychiatrischer Diagnosen kann unterschiedliche Verarbeitungsprozesse bei Patienten auslösen. Deren Erforschung war bislang schwierig, weil kein entsprechendes Instrument verfügbar war. Ein neues Instrument wird vorgestellt, welches drei funktionale Verarbeitungsformen (Klärung/Selbstakzeptanz, Empowerment, inneres Wachstum) und drei dysfunktionale Verarbeitungsformen (Selbst-Stigmatisierung, Überidentifikation, Funktionalisierung) operationalisiert. Es lassen sich Assoziationen zu therapeutischen Wirkfaktoren ableiten.

17

Niklas Gebele

Zum Arbeiten mit populären Narrativen in der Psychotherapie: „Es gibt nur einen Gott – und sein Name ist Tod“

Ebenso wie klassische Mythen bieten auch moderne popkulturelle Narrative die Möglichkeit, dem Patienten Einsicht in unbewusste, pathogene Prozesse zu verschaffen und durch die Ableitung individueller Metaphern die therapeutische Beziehung zu stärken sowie eine gemeinsame, verbindende eigene Sprache für den therapeutischen Prozess zu finden.

24

Maren Brückner, Charline Logé & Simone Salzer

Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Diagnostik, Psychodynamik und Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

Der Artikel behandelt diagnostische Aspekte der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung unter Berücksichtigung der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zur sozialen Phobie. Neben empirischen Befunden zu Bindung und Mentalisierung bei diesem Störungsbild werden Überlegungen zur Psychodynamik der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung dargestellt. Abschließend wird auf empirische Befunde zur Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie eingegangen.

30

Lotta Winter & Sebastian Pilgramm

Metakognitive Therapie nach Adrian Wells. Portrait eines modernen, wirksamen und ökonomischen Vorgehens

Die ursprünglich aus der Behandlung der generalisierten Angststörung bekannte metakognitive Therapie von Adrian Wells ist inzwischen in der Anwendung bei einer Vielzahl von Störungsbildern untersucht und belegt. Der Artikel gibt einen Überblick über das Konzept und das Vorgehen in der Therapie sowie einen Einblick in den Stand der Forschung.

Bericht

35

Christina Tophoven

Engagement für das Psychotherapeutengesetz. Diotima-Ehrenpreis 2018 für Ellen Bruckmayer und Hans-Jochen Weidhaas

Kommentar

- 42** *Sebastian Baumann*
Systemische Therapie wird viertes Richtlinienverfahren

Buchrezensionen

- 47** **Filmpsychoanalyse: Von Filmen verändert werden**
Eine Rezension von Vera Kattermann: Hamburger, A. (2018). Filmpsychoanalyse. Das Unbewusste im Kino – das Kino im Unbewussten.

- 48** **Das Kindeswohl im Trennungskonflikt der Eltern**
Eine Rezension von Jörg Hermann: Staub, L. (2018). Das Wohl des Kindes bei Trennung und Scheidung. Grundlagen für die Praxis der Betreuungsregelung.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

- | | |
|---|---|
| 56 Bundespsychotherapeutenkammer | 80 Hessen |
| 59 Baden-Württemberg | 84 Niedersachsen |
| 63 Bayern | 86 Nordrhein-Westfalen |
| 68 Berlin | 92 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| 72 Bremen | 95 Rheinland-Pfalz |
| 76 Hamburg | 99 Saarland |
| | 102 Schleswig-Holstein |

1 Editorial

49 Leserbrief

106 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A22 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Der Teilaufgabe Baden-Württemberg sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

- Bekanntmachungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin?

Bernhard Strauß

Zusammenfassung:¹ Die Psychotherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig weiterentwickelt. Teil dieser Entwicklung ist die Diskussion darüber, ob weiterhin von verschiedenen Verfahren auszugehen sei. In der Wirksamkeitsforschung allerdings dominieren die Verfahren und Methoden nach wie vor, während Befunde zur Wirkweise von Psychotherapie ein kontextuelles Modell der Psychotherapie nahelegen und eine Verbesserung des Verhältnisses von Forschung und Praxis. Aufbauend auf einer kondensierten Zusammenfassung der Befunde der Psychotherapieforschung werden in dem Beitrag einige Themen und Schwerpunkte aufgezeigt, die in Zukunft Gegenstand wissenschaftlicher Bemühungen sein sollten und die das bislang noch unzureichende Kernwissen im Bereich der Psychotherapie vermehren könnten.

Aktuelle Entwicklungen bezüglich therapeutischer Methoden und Verfahren

Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung erfolgt in unserem Gesundheitssystem nach wie vor verfahrensbezogen und die Psychotherapie ist verfahrensorientiert organisiert. Nicht zuletzt im Zusammenhang mit der bevorstehenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der Neustrukturierung der Aus- und Weiterbildung gibt es derzeit viele Stimmen, die sich für die „Verfahrensvielfalt“ aussprechen und insbesondere befürchten, dass in den neu geschaffenen Studiengängen diese Vielfalt bedroht sein könnte (vgl. z. B. die Petition der Interessengemeinschaft der Psychoanalyse an Universitäten e. V. (IDPAU); Deutsches Ärzteblatt vom 13.11.2018).

Andererseits wurde in den letzten Jahren eine Tendenz deutlich, psychotherapeutische Angebote mehr und mehr zu

Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung erfolgt in unserem Gesundheitssystem nach wie vor verfahrensbezogen und die Psychotherapie ist verfahrensorientiert organisiert.

modularisieren (z. B. Moser, 2012) bis hin zu der Idee, beispielsweise psychotherapeutische Kliniken ganz nach störungsspezifischen oder methodenspezifischen Angeboten zu organisieren (z. B. Berger, 2009). Neuentwicklungen werden häufig nur noch implizit einem Verfahren zugeordnet (dann meist der Verhaltenstherapie), wobei auch deutlich ist, dass in den letzten Jahren zahlreiche „neue“ Ansätze und Therapiekonzepte entwickelt wurden, die bei genauer Betrachtung aus ganz anderen Traditionen kommen, was möglicherweise

eine gewisse Geschichtsvergessenheit in der Psychotherapie reflektieren mag (Strauß, 2018a).²

Kennzeichnend für die aktuelle Psychotherapielandschaft ist auch, dass Psychotherapie zunehmend Anleihen nimmt bei genuin nicht-psychotherapeutischen Feldern, wie spirituellen und meditativen Ansätzen.

All dies führt zusammengenommen zu einer vielfältigen Diskussion der Frage, ob die Differenzierung von „Psychotherapieschulen“ bzw. psychotherapeutischen Verfahren im Sinne des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (vgl. das Methodenpapier „Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie“ des Beirats, z. B. Nübling, 2008) denn überhaupt noch nötig sei. Winfried Rief (2018) stellte bei den diesjährigen Psychotherapiewochen in Lindau die Frage, ob wir noch Psychotherapieschulen bräuchten. In seinem Beitrag kommt er zu dem Schluss, dass eine „verfahrensgebundene Aus-/Weiterbildung in der Psychotherapie der pharmafirmagebundenen Weiterbildung“ in einer medizinischen Spezialdisziplin vergleichbar sei. Angesichts des doch drastischen Effekts der Überzeugung der Forscher, dass „ihre“ Methode die beste sei („Researcher Allegiance“) in der

Therapieergebnisforschung (vgl. z. B. Munder, Brüttsch, Leonhart, Gerger & Barth, 2013) sieht Rief eine Verfahrensorientierung geradezu als schädlich an, da sie einen Fortschritt in der

Therapieergebnisforschung (vgl. z. B. Munder, Brüttsch, Leonhart, Gerger & Barth, 2013) sieht Rief eine Verfahrensorientierung geradezu als schädlich an, da sie einen Fortschritt in der

¹ Schriftliche (und erweiterte) Version eines Vortrags anlässlich des Symposiums der Bundespsychotherapeutenkammer zum Thema „Wann kann ein Psychotherapieverfahren als wissenschaftlich anerkannt gelten?“ am 27. September 2018 in Berlin.

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

Psychotherapie behindere und in der Aus- und Weiterbildung zu einem gefährlichen „Über-Engagement“ beitragen könne.

Eine deutliche Orientierung an psychotherapeutischen Verfahren und Methoden ist in Deutschland auch durch die geltende Psychotherapievereinbarung und die Psychotherapierichtlinien gebahnt. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat laut Psychotherapeutengesetz eine beratende Funktion bezüglich der Entscheidung, welche Methoden und Verfahren wissenschaftlich fundiert sind. In anderen Ländern und Gesundheitssystemen wird die Anwendung von Psychotherapie durchaus anders geregelt. Zunehmend ist entscheidend, welcher Behandlungsansatz für welche Störung in den jeweils geltenden Behandlungsleitlinien empfohlen wird. Die Tatsache aber, dass die Verfahrenorientierung die Psychotherapieforschung auch anderswo lange Zeit dominiert hat, ist sicher bedeutsam für die Bewertung des Standes und der Zukunft der Psychotherapieforschung.

Unstrittige und strittige Ergebnisse der Psychotherapieforschung

Generell war die Psychotherapieforschung über viele Jahre hinweg geprägt durch die zentrale Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie und einen ausgeprägten Rechtfertigungsdruck, der u. a. auch durch die Vergleiche mit psychopharmakologischen Behandlungen psychischer Störungen entstand. Die bisher vorliegenden Befunde zur Effektivität von Psychotherapie lassen sich unterschiedlich interpretieren und verstehen: ein Phänomen, das *Bruce Wampold (2001)* in seinem gleichnamigen Buch als die „große Psychotherapie-debatte“ bezeichnete (unter Mitwirkung von Christoph Flückiger ist „Die Psychotherapie-Debatte“ aktuell auch in deutscher Sprache veröffentlicht worden, *Wampold, Imel & Flückiger, 2018*).

In einem Internetartikel haben *Wampold und Imel (2015)* die wesentlichen Sichtweisen aus dem Buch unter dem Titel „What do we know about psychotherapy? And what is there left to debate?“ zusammengefasst. Diese Zusammenfassung verdeutlicht zumindest die Kernthemen der bisherigen Forschung, auch wenn die Ergebnisinterpretation sicher unterschiedlich ausfallen kann.

Wirksamkeit von Psychotherapie

Bezüglich der Effektivitätsforschung in der Psychotherapie resümieren *Wampold und Imel (2015)*, dass a) Psychotherapie relativ wirksam und b) Psychotherapie in der Praxis ähnlich (relativ) wirksam sei wie Psychotherapie in randomisiert kontrollierten Studien. Veränderungsprozesse in Psychotherapien dauerten allerdings unterschiedlich lange.

Trotz einer positiven Bilanz der Wirksamkeitsforschung gibt es noch eine ganze Reihe von Einschränkungen bzgl. der Wirksamkeit von Psychotherapie: sowohl in klinischen Studi-

en, aber auch in der Alltagspraxis gibt es nicht unbeträchtliche Raten an Zustandsverschlechterungen (wobei diese Raten möglicherweise in naturalistischen Studien noch deutlich höher sind als in kontrollierten Studien, z. B. *Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes, 2011*).

Remissionsraten sind in der Psychotherapie relativ niedrig (ca. 30 %). Darüber hinaus gibt es hohe Non-Response-Raten (bspw. hat eine kürzlich veröffentlichte Studie von *Reuter et al. (2015)* im stationären Bereich unseres Gesundheitssystems gezeigt, dass mehr als die Hälfte aller Patienten³ in stationären psychotherapeutischen Behandlungen entweder keine Reaktionen oder sogar Verschlechterungen zeigen).

Neben diesen Befunden findet in letzter Zeit zunehmend Beachtung, dass psychotherapeutische Behandlungen auch eine ganze Reihe von Nebenwirkungen mit sich bringen (*Linden & Strauß, 2018*) und manche psychotherapeutischen Ansätze (insbesondere, wenn die Psychotherapeuten sich unethisch verhalten) auch zu teilweise massiven Schäden führen (*Lillienfeld, 2007; Strauß, Schwartze & Freyberger, 2018*).

Wampold und Imel (2015) betonen im Zusammenhang mit der Wirksamkeitsdebatte auch den lange unterschätzten Einfluss der Person des Psychotherapeuten und zeigen, dass Psychotherapeuten sich teilweise ganz erheblich unterscheiden im Hinblick auf ihre Effektivität. *Okiishi und Kollegen (2003)* waren eine der ersten Arbeitsgruppen, die anhand großer Datensätze zeigen konnten, dass sich unter Psychotherapeuten sowohl „supershrinks“ finden, die verlässlich gute Ergebnisse „produzieren“, wie auch „pseudoshinks“, die regelhaft negative Therapieergebnisse verzeichnen (vgl. auch *Castonguay & Hill, 2017; Baldwin & Imel, 2013*).

Faktoren von Einfluss auf das Behandlungsergebnis

Wampold und Imel (2015) sind der Auffassung, dass wir nach Jahrzehnten der Psychotherapieforschung „ziemlich sicher wissen“, dass kontextuelle Faktoren im Psychotherapiebereich am deutlichsten mit dem Therapieergebnis zusammenhängen, was sicher kontrovers diskutiert werden kann. Unter solch kontextuellen Faktoren verstehen die Autoren Variablen wie die psychotherapeutische Allianz (d. h. die Qualität der Arbeitsbeziehung), Empathie, andere wesentliche Beziehungscharakteristika wie etwa Wertschätzung oder Echtheit, Erwartungen an die Therapie, aber auch die Aufklärung über die Störung. Für eine ganze Reihe dieser Faktoren gibt es mittlerweile Metaanalysen, die – im Kontrast zu den Metaanalysen bzgl. der allgemeinen Wirkung von Psychotherapie und bzgl. des Effekts von eher spezifischen Faktoren – in der Tabelle zusammengefasst sind.

³ 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 männlichen Sprachform.

Faktor(-gruppe)	Variable	Studien	Patienten	ES
Wirkung von Psychotherapie	Psychotherapie	> 500	> 80.000	0,80
Kontextuelle Faktoren	Allianz	190	> 14.000	0,57
	Empathie	59	3.599	0,63
	Zielkonsens/Zusammenarbeit	15	1.302	0,72
	Wertschätzung	18	1.067	0,56
	Kongruenz/Echtheit	16	863	0,49
	Kulturelle Adaptation der Therapie	21	950	0,32
	Person des Psychotherapeuten	29+17	14.519	0,35–0,55
Spezifische Wirkfaktoren	Unterschiede zwischen Treatments	295	> 5.900	< 0,20
	Spezifische Techniken	30	871	0,01
	Adhärenz	28	1.334	0,04
	Kompetenz für störungsspezifische Therapie	633	633	0,14

Tabelle: Ergebnisse von Metaanalysen zur Wirkung von Psychotherapie und zum Einfluss von kontextuellen Faktoren und spezifischen Wirkfaktoren auf das Behandlungsergebnis (nach Wampold & Imel, 2015)

Anmerkung: ES = Effektstärken (Durchschnitt oder Range)

Die Tabelle zeigt oben die durchschnittliche Effektstärke für die Wirkung von Psychotherapie, die – laut Wampold und Imel – in mehr als 500 Studien mit mehr als 80.000 Patienten belegt wurde und durch einen ausgeprägten Effekt gekennzeichnet ist. Die in der Tabelle im mittleren Teil abgedruckten Variablen lassen sich als „kontextuelle Faktoren“ verstehen, da sie unabhängig sind von der spezifischen therapeutischen Methode. Der Einfluss der Person des Psychotherapeuten gehört beispielsweise hierzu. Die Effektstärken (für den Zusammenhang der Variablen mit dem Behandlungserfolg) sind hier überwiegend von mittlerer Ausprägung. Die im unteren Teil der Tabelle aufgeführten Variablen sind eher als behandlungsspezifische Faktoren zu verstehen (z. B. Adhärenz/Kompetenz) und weisen nur geringe Effektstärken für den Zusammenhang mit dem Therapieerfolg auf.

Unter den Ergebnissen der Therapieforschung, die „einigermaßen sicher“ sind, wird auch das Ergebnis genannt, dass Psychotherapeuten mit zunehmender Erfahrung keineswegs im Hinblick auf ihre Therapieergebnisse besser werden, dass eine spezifische Kompetenz bzgl. einer Methode nicht notwendigerweise mit dem Ergebnis assoziiert ist und dass die Adhärenz an ein Behandlungsmanual ebenso wenig das Ergebnis vorhersagt.

Es sieht generell so aus, als wären strukturierte und fokussierte Behandlungen deutlich wirksamer als unspezifische und – wie dies aus der Tabelle auch hervorgeht – dass die Techniken einen vergleichsweise geringen Einfluss haben, was eine ganze Reihe sogenannter „Dismantling-Studien“ (Studien, in denen bestimmte Interventionen gezielt variiert werden) mittlerweile gezeigt hat.

In Psychotherapeutenkreisen wird gerne ein Modell zitiert, demzufolge der Erfolg von Psychotherapie überwiegend durch patientenbezogene Variablen und außertherapeutische Veränderungen (die Rede ist hier von etwa 40 %) erklärt wird, wohingegen die allgemeinen (kontextuellen) Faktoren etwa 30 % der Varianz aufklären, gefolgt von Therapeutenvariablen (20 %) und nur zu einem kleinen Teil die technischen Aspekte eines therapeutischen Vorgehens (10 %). Lambert und Barley (2002) und andere haben dieses Modell immer wieder bemüht, ohne dass allerdings transparent wäre, wie die entsprechenden Zahlen genau zustande kommen. Hinzu kommt, dass die diversen Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis keineswegs voneinander unabhängig sind. Andere Schätzungen der erklärten Varianz von Psychotherapieergebnissen deuten eher darauf hin, dass der mit Abstand größte Teil der Varianz nach wie vor unerklärt ist und die o. g. Aspekte insgesamt gesehen nur einen minimalen Teil von Unterschieden im Hinblick auf das Therapieergebnis erklären. Für Kliniker dürfte es vermutlich ohnehin einleuchtend sein, dass das spezifische Vorgehen in der Psychotherapie vermutlich nicht getrennt werden kann von den „kontextuellen“ Bedingungen der Behandlung im o. g. Sinn und auch deshalb der Befund, dass Verfahren oder Methoden so wenig spezifische Effekte erzielen, nachvollziehbar sein wird.

Die Frage, ob die kognitive Verhaltenstherapie tatsächlich die beste Behandlungsmethode ist, ist naturgemäß eine äußerst kritisch diskutierte Frage, die darin mündet, dass einige Autoren die kognitive Verhaltenstherapie als den „Goldstandard“ psychotherapeutischer Behandlung bezeichnen (David, Cristea & Hofmann, 2018), während andere heftig dagegen argumentieren (z. B. Leichsenring et al., 2018) und sich darauf beziehen, dass die Überlegenheit der Verhaltenstherapie

allenfalls gilt, wenn als Outcome-Kriterium die wesentlichen Zielsymptome einer Behandlung betrachtet werden, dass aber die Unterschiede deutlich geringer werden, wenn Variablen wie Lebensqualität, Wohlbefinden und Funktionsniveau fokussiert werden. Dazu kommt, dass die oben bereits genannte „Allegiance“ (d. h. die positive Erwartung des Forschers an eine Methode) von hoher Bedeutung ist. Munder et al. (2013) konnten zeigen, dass Effektunterschiede mit einem Betrag von bis zu über 0,5 zu finden sind für Studien, die eine von den Untersuchungsleitern präferierte Behandlung gegenüber der nicht-präferierten Behandlung kontrastiert (Munder et al., 2013). Rief (2018) wies zu Recht darauf hin, dass dieser Befund fast schon als „Hinweis auf eine schlechte wissenschaftliche Praxis“ zu interpretieren sei.

Dies erklärt, dass bis heute immer wieder das schon in den 1930er Jahren von Saul Rosenzweig benutzte Zitat des Dodo-Vogels aus Lewis Carrolls Geschichte von Alice im Wunderland „Jeder hat gewonnen und jeder hat einen Preis verdient“ („Everybody has won and all must have prizes“) angeführt wird, wenn es gilt, die vergleichende Psychotherapieforschung zu bewerten.

Der Ausspruch des Vogels hat in der Geschichte von Alice im Wunderland einen Hintergrund, der vielen Psychotherapeuten nicht bekannt ist, der aber durchaus ein sehr passendes Paradigma für den psychotherapeutischen Prozess darstellt:

Alice und ein bunt zusammengewürfelter Haufen Kreaturen sind gerade einem Tränensee entstiegen, klitschnass und durchgefroren. Nachdem der Versuch der Maus fehlschlägt, die Gruppe mit trockenen Erzählungen aus der mittelalterlichen Geschichte Englands zu wärmen, bringt der Dodo-Vogel die Petition ein, „die Konferenz zwecks Adaptation wirkungsvollerer Direktiven zu vertagen“ und meint, dass ein „Freiwahlrennen“ das beste Mittel wäre. So steckt er einen nicht ganz runden Kreis ab, „aber es kommt nicht darauf an, dass der Kreis wirklich rund ist, sagte er. Dann stellte er die ganze Gesellschaft nebeneinander am Rande auf. Es gab nicht das Kommando 1-2-3-los, sondern jeder rannte los, wann er wollte, so dass man nicht ohne weiteres erkennen konnte, wann das Rennen zu Ende war. Als sie jedoch nach einer halben Stunde alle trocken waren, rief der Dodo plötzlich: Schluss des Rennens! Die Gesellschaft umdrängte ihn und fragte, wer hat denn gewonnen? Zur Beantwortung dieser Frage benötigte der Dodo seinen ganzen Verstand. Er setzte sich und hielt sich lange eine Pfote grüblerisch an die Stirn (das ist die Haltung, in der gewöhnlich erhabene Denker auf Bildern zu sehen sind). Die anderen warteten schweigend. Schließlich verkündete der Dodo: Jeder hat gewonnen, jeder hat einen Preis verdient! (Die Zitate sind

der Ausgabe von „Alice im Wunderland“ der Edition Holz im Kinderbuchverlag Berlin von 1989 entnommen.)

Unter Psychotherapieforschern finden sich unterschiedliche Haltungen zu dem Verdikt des (in der Realität längst ausgestorbenen) Vogels, die „Dodoisten“ und die „Antidodoisten“ und natürlich sind wie bei den meisten wissenschaftlichen Fragestellungen auch Glaube, Überzeugung und Identifizierungen im Spiel (Strauß, 2018b).

Wenn man die erwähnten Ergebnisse zusammenfasst, könnte man zu der Schlussfolgerung kommen, dass die herkömmliche Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie zumindest in der jahrzehntelang praktizierten Form von „Pferderennen“ nunmehr ausgedient hat und andere Fragen in der Forschung in den Vordergrund gerückt werden sollten. Solange unser Psychotherapiesystem aber verfahrensorientiert bleibt, wird es nach wie vor notwendig bleiben, die wissenschaftliche Evidenz systematisch zu bewerten, wie dies gerade bezüglich der Humanistischen Psychotherapie erfolgt ist.

Das Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie

Im Psychotherapeutenjournal hat vor Jahren ein Kollege aus einer Praxis in Berlin (Padberg, 2012) versucht, die Frage zu erklären, „warum Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur lesen“ würden. Seine Antwort war, „Psychotherapieforschung instruiere nicht, informiere nicht und inspiriere nicht“. Man kann natürlich die Frage stellen, ob der Kollege die richtige Forschungsliteratur gelesen hat (das Literaturverzeichnis seiner damaligen Arbeit gibt darüber nicht sehr viel Aufschluss). Er trifft aber einen über Jahrzehnte heftig diskutierten Punkt, dass nämlich eine erhebliche Kluft zwischen psychotherapeutischer Praxis und Psychotherapieforschung besteht (z. B. Talley, Strupp & Butler, 1994), die u. a. auch gekennzeichnet ist durch Misstrauen, Unverständnis und Infragestellung jeglicher Relevanz.

Wie an anderer Stelle schon ausgeführt (Strauß, 2015a), scheint es durchaus so etwas wie einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung zu geben, der unter der Überschrift „praxisbezogene Forschung“ beschrieben werden kann.

— **Es scheint allerdings durchaus so etwas wie einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung zu geben, der unter der Überschrift „praxisbezogene Forschung“ beschrieben werden kann.** —

den kann. In einem Übersichtsartikel dazu haben Castonguay, Barham, Lutz und McAleavy (2013) die Konzepte praxisbezogener Forschung beschrieben. Sie stellen dar, dass drei unter-

schiedliche Ansätze von Psychotherapieforschung mit dem Blick auf die reale Therapiepraxis (die nicht durch das Diktat der Kontrolle potenzieller Einflussfaktoren verwässert wird, wie dies in randomisiert kontrollierten Studien in der Regel der Fall ist) in den letzten Jahren offensichtlich an Bedeutung gewonnen haben. Dazu rechnen die Autoren die patientenfokussierte Forschung, die Sammlung von praxisorientierter Evidenz und schließlich die Schaffung von Praxis-Forschungsnetzwerken, in denen eine direkte, kontinuierliche und für beide beteiligten Parteien ergiebige Kooperation zwischen praktizierenden Psychotherapeuten und wissenschaftlichen Einrichtungen hergestellt wird. Die Anzahl und die Qualität der in dieser Forschungsrichtung vorgelegten Befunde sind beeindruckend. Unter anderem gehört zu diesem Feld die Forschung, die darauf fokussiert, Psychotherapieergebnisse in der Routinebehandlung zu verbessern, indem Psychotherapeuten regelmäßiges Feedback über die Veränderung ihrer Patienten (z. B. im Hinblick auf ihre Symptomatik) erhalten. Schon 2007 hat Lambert die positiven Ergebnisse hierzu zusammengefasst und gezeigt, dass regelmäßiges Feedback zwar nicht unbedingt die Effekte der Psychotherapie in toto erhöht, aber verhindert, dass bestimmte therapeutische Behandlungen negativ verlaufen.

Interessanterweise sind Studien zum Feedback im anglo-amerikanischen Sprachraum bereits viel mehr ein praxisbestimmendes Ergebnis als anderswo (sieht man etwa von Studien der Arbeitsgruppe um Wolfgang Lutz ab, z. B. Lutz, Böhnke, Köck & Bittermann, 2011). Im Rahmen einer Feedbackstudie zur Gruppenpsychotherapie (Burlingame et al., 2018) wurde von einer lokalen Ethikkommission der Brigham Young University die Verwendung einer Behandlungsbedingung ohne Feedback als unethisch untersagt! Bezüglich allgemeiner Ansätze von patientenorientierter Forschung in dem oben beschriebenen Sinne sind auch hierzulande in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Forschungsprojekten entstanden, so beispielsweise die sogenannte Techniker-Krankenkassenstudie (Scheidt et al., 2012; Strauß et al., 2016) oder die Studie der KV Bayern zur Qualitätssicherung in der Richtlinienpsychotherapie (Steffanowski et al., 2011). Weitere Studien wurden von Altmann, Thielemann und Strauß (2016) zusammengefasst.

„Wo wollen wir hin?“ – Einige zukünftige Themen und Vertiefungen der Psychotherapieforschung

Die Society for Psychotherapy Research (SPR) ist eine seit über 50 Jahren bestehende internationale Fachgesellschaft, die sich mit Psychotherapieforschung beschäftigt. Eine Tradition dieser Gesellschaft ist es, dass die jeweiligen Präsidenten die Gelegenheit bekommen, ihre eigene Forschung, aber auch ihre Sichtweise der Psychotherapieforschung in einer Presidential Address zusammenzufassen. Seit 1991 erscheinen diese Presidential Addresses in der Zeitschrift Psychotherapy Research und wurden kürzlich gebündelt

publiziert und ergänzt durch Statements von etwa 20 Past Presidents im Hinblick darauf, wie sie ihre Vorstellungen und Perspektiven in den Beiträgen rückblickend bewerten (Strauß, Barber & Castonguay, 2015a). In einem abschließenden Beitrag von Strauß, Castonguay und Barber (2015b) wurden zum einen deren wesentliche Aussagen zusammengefasst, zum anderen einige zukünftige Themen der Psychotherapieforschung formuliert, die nachfolgend schlaglichtartig aufgeführt werden.

- Es ist zu erwarten, dass – schlicht und einfach aufgrund der Tatsache, dass Komorbidität die Regel und nicht die Ausnahme ist – transdiagnostische Interventionen und auch verfahrensübergreifende Modelle und Prinzipien in Zukunft (wieder) an Bedeutung gewinnen (Rief & Strauß, 2018).
- Eine nach wie vor ungelöste Frage der Forschung ist, welche Subgruppen von Patienten von welchen Interventionen welche spezifische Art von Profit erzielen.
- Wampold und Imel (2015) haben in ihrem Buch sehr eindrücklich darauf hingewiesen, dass die Person des Psychotherapeuten auch quantitativ von hoher Bedeutung ist und entsprechend sollte der Einfluss der „Therapeutenvariable“ – einschließlich der Professionalisierung von Psychotherapeuten – in Zukunft noch genauer untersucht werden.
- Dazu gehört auch die Steigerung bzw. Intensivierung von Ausbildungsforschung im Bereich der Psychotherapie (Strauß & Nodop, 2009) mit einem Fokus auf die psychotherapeutischen Kompetenzen und deren Entwicklung.
- Auch wenn es in der Psychotherapieforschung natürlich eine ganze Fülle an guten Erhebungsinstrumenten gibt, sollten weitere Bemühungen, konsensfähige Erhebungsmethoden weiterzuentwickeln und zu evaluieren, erfolgen, um die Effekte von Psychotherapie multidimensional abzubilden.
- Wie schon Grawe (2002) in seinem Buch über die Neuropsychotherapie ausführte, kommt die Psychotherapieforschung nicht daran vorbei, neurobiologische Befunde insofern spezifisch zu berücksichtigen, als wir zunehmend mehr darüber wissen, welche spezifischen Beeinträchtigungen mit welchen neurobiologischen Veränderungen kombiniert sind.
- Aufgrund der zunehmend naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Verhaltenswissenschaften ist die Kooperation mit anderen Wissenschaftsdisziplinen mittlerweile stark in den Hintergrund gerückt. Hier sind insbesondere die Soziologie, aber auch die Philosophie und die Kulturwissenschaften zu nennen. Die soziokulturelle Seite der Psychotherapie ist nach wie vor absolut unterbelichtet, wie dies Heiner Keupp (2009) schon vor vielen Jahren der Psychotherapeuten ins Stammbuch geschrieben hat, wenn er von der „Gesellschaftsvergessenheit der Psychotherapeuten“ spricht. Es gibt zahlreiche Personen, die keinen oder nur einen unzureichenden Zugang zur Psychotherapie

finden (Strauß, 2015b) und gleichzeitig gibt es eine ganze Reihe von soziokulturellen Faktoren, die in der Psychotherapie unzureichend berücksichtigt werden. Hierzu seien noch einmal Wampold und Imel (2015) zitiert, die zu Recht darauf hinweisen, dass die Empfehlung spezifischer Behandlungen nach dem heutigen Stand der Forschung wenig gerechtfertigt sei, sondern dass die Art und Weise, wie Behandlungen angeboten werden, sehr viel wichtiger sei und die Veränderungen dabei im Blick zu behalten sind. Letztendlich schlussfolgern sie: „Given that access to mental health care is paramount, instead of arguing about what treatment is (marginally) better than another, effort should be focused on increasing access.“

- Die Notwendigkeit, angesichts der „weichen Daten“, die wir im psychotherapeutischen Kontext erheben, robuste und möglicherweise auch neue statistische Methoden zu entwickeln, ist ebenso evident wie die kritische Diskussion von aktuellen statistischen Methoden, die häufig durch ihre Komplexität bestechen (und damit manchmal gar nicht für die Datenqualität geeignet sind). Einerseits versuchen multivariate Modelle (inklusive Strukturgleichungsmodellen) die komplexen Interaktionen im psychotherapeutischen Prozess zusammenzufassen, andererseits erhöhen sie aber nicht gerade die Wahrscheinlichkeit, spezifische Ergebnisse zu replizieren (Ulrich et al., 2016). Daneben gilt es, die heute geltenden Standards für gute Designs auch zu realisieren. Auch aufgrund der Tatsache, dass diese erst im Laufe der Geschichte der Psychotherapieforschung langsam entwickelt wurden, entsprechen eine ganze Reihe älterer Studien diesen Standards heute nicht mehr. Dies gilt auch für eine ganze Reihe der Studien, die im Zusammenhang mit dem Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie überprüft wurden.
- Quantitative Psychotherapieforschung ist ohne Zweifel wichtig und die Durchführung von randomisierten Studien zum kausalen Nachweis der Wirkung von Interventionen wird vermutlich kaum an Bedeutung verlieren (es sein denn, die statistischen Methoden werden entsprechend weiterentwickelt), andererseits wird zu Recht immer wieder darauf verwiesen, dass es eine Vielzahl von erkenntnistheoretischen Ansätzen in der Forschung gibt, die ohne Zweifel auch zum Fortschritt psychotherapiebezogener Erkenntnisse beitragen können. Dazu gehören qualitative, prozess- und interaktionsorientierte Studienansätze, in denen sowohl sprachliche wie auch nonverbale Aspekte der Psychotherapie untersucht werden.
- Die Etablierung sehr viel besserer Zusammenarbeit mit Praktikern, aber auch mit Patienten, Patientenvertretern und anderen „Stakeholdern“ dürfte ein wichtiges Ziel in der Zukunft sein.
- Die ethischen Aspekte von Psychotherapie, insbesondere die weitere Berücksichtigung von negativen Effekten, schädigenden Effekten und Nebenwirkungen von Psychotherapie müssen in der Zukunft ein vorrangigeres Thema in der Psychotherapieforschung sein.

- Langzeittherapien, die in der Praxis sicher noch eine große Rolle spielen, sind bekanntermaßen wenig beforscht, was u. a. damit zu tun hat, dass es extrem schwierig ist, gute Forschungsdesigns zur Evaluation von Langzeitbehandlungen im Sinne einer Interpretationsfähigkeit kausaler Natur zu erreichen. In Forschungsinitiativen zur Langzeittherapie sollte künftig mehr investiert werden.
- Ein weiterer Aspekt, der immer mehr in den Hintergrund gerät, ist, dass die Psychotherapie als Wissenschaft mehr und mehr Gefahr läuft, ahistorisch zu werden. Es gibt eine ganze Reihe von Indizien dafür, dass viele Befunde aus der Vergangenheit der Psychotherapieforschung längst in Vergessenheit geraten sind, was wahrscheinlich damit zu tun hat, dass es nach wie vor ein unzureichendes Kernwissen in unseren Disziplinen gibt.

Die Suche nach psychotherapeutischem „Kernwissen“

Marvin Goldfried (2000) hat in einem bemerkenswerten Aufsatz mit dem Titel „Consensus in Psychotherapy Research and Practice: Where have all the findings gone?“ auf diesen Aspekt hingewiesen und sich auf eine 1991 von Arthur W. Staats im *American Psychologist* publizierte Arbeit („Unified Positivism and Unification Psychology“) bezogen. In diesem Artikel macht Staats deutlich, dass die Psychologie bisher nicht einheitlich definiert werden kann, ihre Uneinheitlichkeit sich sogar angesichts der Tatsache verschlimmere, dass sich die Wissenschaft Psychologie zwar den Profilen moderner Wissenschaften annähere, gleichzeitig aber daran scheitere, wesentliche Phänomene zu erklären. Es gäbe zu viele Methoden, die nicht aufeinander bezogen sind, zu viele Einzelbefunde, Methodenprobleme, viele verschiedene theoretische Sprachen und unterschiedliche philosophische Positionen.

Die Sicht von Staats wurde wiederholt aufgegriffen in Postulaten für mehr Integration in der psychologischen Forschung und in wissenschaftssoziologischen Diskussionen über die Frage eines Kernkonsensus in den Wissenschaften. Hier ist beispielsweise Stephen Cole (1992) mit seiner bemerkenswerten Abhandlung „Making Science: Between Nature and Society“ zu nennen, der eine Wissenschaft prototypisch als ein System definiert, in dem es ein Kernwissen gibt („core of knowledge“). Das Kernwissen wird gleichgesetzt mit anerkanntem Wissen, das am ehesten im Kontext naturwissenschaftlicher Befunde auszumachen ist (wohingegen sich an den Grenzen der Forschung („research frontier“) eher umstrittene Befunde ansammeln, die eher mit den Sozialwissenschaften verbunden werden). Diese Aufteilung sei aber letztendlich künstlich, da Cole selbst gezeigt hat, dass die Nichtübereinstimmungen von Bewertungen wissenschaftlicher Befunde in den Naturwissenschaften genauso groß ist wie in den Sozialwissenschaften. Letztendlich kommt er zu der sehr pessimistischen Einschätzung: „There may not be significantly more consensus in evaluating new scientific ideas than there is in judging nonscientific items such as human

beauty, new works of arts, or Bordeaux wines [...]” (Cole, 1992, S. 19).

Auch *Marvin Goldfried (2000)* bezieht sich auf Coles Theorie und meint, dass Sozialwissenschaftler (zu denen er die Psychotherapieforscher rechnet) an der Grenze ihrer Forschung möglicherweise genauso viel Uneinigkeit erlebten wie die Naturwissenschaftler, dass die Sozialwissenschaft-

Ein breites Kernwissen und ein kontextuelles Modell von Psychotherapie sind wichtige Voraussetzungen für Bestrebungen, integrative oder „allgemeine“ Modelle von Psychotherapie zu entwickeln.

ler im Unterschied zu den Naturwissenschaftlern aber große Schwierigkeiten hätten, sich wenigstens auf ein Kernwissen zu *einigen*. Bislang dürfte es in der Psychotherapie noch allzu viele „verfahrensspezifische“ Festlegungen bezüglich des Kernwissens geben.

Ein breites Kernwissen und ein kontextuelles Modell von Psychotherapie sind wichtige Voraussetzungen für Bestrebungen, integrative oder „allgemeine“ Modelle von Psychotherapie zu entwickeln. Die Konzeptualisierung eines kontextuellen Modells von Psychotherapie wird dazu beitragen können, Integrationsbemühungen, wie sie beispielsweise durch die Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) unternommen werden, zu fördern, sie hat einen engen Bezug zu längst vorliegenden Konzepten, wie dem Modell der „Psychologischen Psychotherapie“, das Klaus Grawe (1998) entwickelt hat, das sich momentan in Zeiten der Modularisierung noch nicht wirklich durchsetzen kann und nun gar droht, völlig in Vergessenheit zu geraten.

Der oben skizzierte Paradigmenwechsel hin zu einer praxisorientierten Psychotherapieforschung könnte hier bedeutsam sein, denn: Psychotherapieforschung und klinische Praxis fokussieren beide auf dasselbe Phänomen, allerdings aus sehr unterschiedlichen methodologischen Ausgangspositionen. Nur da, wo sie zu vergleichbaren Schlussfolgerungen kommen, scheinen die Ergebnisse wirklich robust zu sein. Dort – so *Goldfried (2000)* – sollten wir letztlich nach dem Kernwissen über Psychotherapie suchen. Eine innovative Psychotherapieforschung muss genau dazu beitragen.

Literatur

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

Castonguay, L. G., Barham, M., Lutz, W. & McAleavy, A. (2013). Practice-oriented research. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th ed. (S. 85-133). Hoboken: Wiley.

Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (Hrsg.). (2017). *How and why are some therapists better than others: Understanding therapist effects*. Washington, D. C.: APA Books.

Goldfried, M. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 19, 1-16.

Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research improving psychotherapy outcome in routine care? *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.

Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 17-32). New York: Oxford University Press.

Linden, M. & Strauß, B. (2018). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (2. Aufl.). Berlin: Medizinische-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rief, W. & Strauß, B. (2018). Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut*, 63, 401-408.

Strauß, B. (2015b). Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz

– Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 60, 389-398.

Strauß, B. (2018a). Die verlorenen Befunde der Psychotherapieforschung – Hintergründe einer Psychotherapiegeschichtsvergessenheit? *Psychotherapeut*, 63, 13-21.

Strauß, B., Barber, J. P. & Castonguay, L. G. (Hrsg.). (2015a). *Visions in Psychotherapy Research and Practice*. New York: Routledge.

Strauß, B., Castonguay, L. G. & Barber, J. P. (2015b). What the Future Holds for Psychotherapy Research. In B. Strauß, J. P. Barber & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Visions in Psychotherapy Research and Practice* (S. 364-372). New York: Routledge.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). What do we know about psychotherapy? And what is there left to debate? Verfügbar unter: <http://www.societyforpsychotherapy.org/what-do-we-know-about-psychotherapy-and-what-is-there-left-to-debate> [24.01.2019].

Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.



Prof. Dr. Bernhard Strauß

Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Stoyst. 3
07740 Jena
Bernhard.Strauss@med.uni-jena.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Strauß ist Psychologischer Psychotherapeut und Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Jena. Er ist Past President der Society for Psychotherapy Research (SPR) und hat seit vielen Jahren verschiedene Aspekte der Psychotherapieforschung als einen wesentlichen Forschungsschwerpunkt.

Folgen subjektiver Verarbeitung von psychiatrischen Diagnosen

Thomas Schnell

Zusammenfassung: Psychiatrische Diagnosen werden üblicherweise an betroffene Patienten¹ kommuniziert. Im Sinne des „shared decision-making“ (SDM) sollen sie dadurch als informierte Partner wahrgenommen werden, die änderungsmotiviert und eigeninitiativ zu ihrer Besserung beitragen. Auf der anderen Seite sind diverse dysfunktionale Prozesse bekannt, die durch die Mitteilung der Diagnose bei Patienten entstehen können und die sich ungünstig auf die weiteren Therapieprozesse auswirken. Es existiert jedoch keine Forschung, die sich mit der potenziellen Bandbreite an entsprechenden Verarbeitungsprozessen befasst. Um entsprechende Forschung zu inspirieren, wurde ein Fragebogen entwickelt und evaluiert, der drei funktionale Verarbeitungsformen (Klärung/Selbstakzeptanz, Empowerment, inneres Wachstum) und drei dysfunktionale Verarbeitungsformen (Selbst-Stigmatisierung, Überidentifikation, Funktionalisierung) operationalisiert. Dieser kann genutzt werden, um Verarbeitungsprozesse bei Patienten sowie Auswirkungen auf therapeutische Wirkfaktoren zu untersuchen.

Diagnosekommunikation und Empowerment im Rahmen des „shared decision-making“

Lange Zeit wurde kontrovers diskutiert, ob Patienten ihre psychiatrischen Diagnosen mitgeteilt werden sollten. In der modernen patientenzentrierten Versorgung wird dem informierten und aufgeklärten Patienten jedoch ein zentraler Stellenwert beigemessen. Ein entsprechender Ansatz ist das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (engl.: shared decision-making, SDM; Elwyn et al., 2012). Ein Ziel von SDM ist das sogenannte Empowerment von Patienten im Sinne einer Befähigung, aktiv und gleichberechtigt an verschiedenen Phasen der Behandlung zu partizipieren (Hamann, Holzhüter, Stecher & Heres, 2017). Dazu gehört auch, dass sich Patienten eigenständig über ihre Diagnose informieren können, was voraussetzt, sie zu kennen (Craddock & Mynors-Wallis, 2014).² Darüber hinaus impliziert die Existenz von diagnosespezifischem Wissen und darauf ausgerichteten Behandlungskonzepten, dass es sich bei der jeweiligen psychischen Störung nicht um ein mysteriöses Geschehen handelt, sondern um etwas Bekanntes, das auch andere Menschen betrifft. Damit geht eine gewisse Normalisierung einher und das Risiko für Reaktanz und Verleugnung wird bei Betroffenen reduziert.

Damit die Frage der adäquaten Aufklärung von Psychotherapiepatienten nicht von individuellen Präferenzen ihrer Behandler abhängt, wurde die sogenannte Aufklärungspflicht in den

Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern definiert. Ziel der Aufklärung ist es, informierte Patienten zu befähigen, eine freie Entscheidung für oder gegen die Aufnahme einer Psychotherapie zu einem bestimmten Zeitpunkt zu treffen. Seit Februar 2013 ist die Aufklärungspflicht zudem im sogenannten Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) verankert. In der Zusammenschau hat sich dieses Vorgehen durchaus bewährt. SDM ist mit diversen positiven Effekten assoziiert, wie der Behandlungszufriedenheit, der Adhärenz und mit einer geringeren Anzahl von Therapieabbrüchen (bspw. Joosten et al., 2008; Samalin et al., 2018). Insbesondere bei infausten Erkrankungen oder einem mit der Erkrankung verbundenen Stigma sind es vor allem die Umstände, unter denen die Diagnose mitgeteilt wird, die darüber entscheiden, ob Patienten ihre Diagnose akzeptieren und ob die genann-

_____ Ein Ziel des „shared decision-making“ ist das Empowerment von Patienten im Sinne einer Befähigung, aktiv und gleichberechtigt an verschiedenen Phasen der Behandlung zu partizipieren. _____

ten positiven Folgen für den weiteren Behandlungsprozess eintreten (Benelli et al., 2016; Horberg et al., 2013). Auf das Potenzial einer adäquaten Kommunikation der Diagnosen, die Prozesse der Klärung, der Normalisierung und des Empower-

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 männlichen 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.

ments beinhaltet, weisen entsprechende Studien zu Essstörungen, Traumafolgenstörungen und Persönlichkeitsstörungen hin (z. B. *Aardoom, Dingemans, Boogaard & Van Furth, 2014*). Werden bei der Kommunikation der Diagnose neben Defiziten auch Ressourcen der Patienten fokussiert, können therapeutische Wirkfaktoren wie positive Erwartungseffekte (Selbstwirksamkeitserwartung und Besserungserwartung) positiv auf das Selbstkonzept und die Behandlungsmotivation des Patienten wirken. So können Eigeninitiative und funktionales Coping anstatt von demoralisierender Etikettierung und Resignation gefördert werden (Knuf, Osterfeld & Seibert, 2014).

Das Problem der strukturellen Stigmatisierung

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Diagnose führt jedoch nicht immer zu förderlichen Prozessen des Empowerment. Diverse negative Effekte können eintreten; einen Beitrag dazu liefern stereotype Einstellungen bei psychiatrischem Fachpersonal. Dieses Phänomen, als „strukturelle Stigmatisierung“ bezeichnet, wurde in Studien erfasst. Dabei zeigte sich beispielsweise, dass bereits der vage Verdacht auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) bei einem Patienten die Wahrnehmung der Angestellten dahingehend forciert, der Patient verhielte sich „manipulativ, agierend und spaltend“ (Lohmer, 2002). Eine Studie mit psychiatrischen Pflegekräften bestätigte das Phänomen struktureller Stigmatisierung, wobei Patienten mit BPS höherer Stigmatisierung unterworfen waren als Patienten mit Schizophrenien und Depressionen (Markham, 2003). Wenn man sich eingesteht, dass Prozesse der Übertragung auch auf diese Weise zwischen Behandlern und Patienten ablaufen, dann folgt daraus, dass Patienten von struktureller Stigmatisierung nicht unbeeindruckt bleiben, insbesondere wenn ihre Psychopathologie mit unklarem Erleben der eigenen Identität assoziiert ist, wie es bei BPS der Fall ist (*Frischknecht, 2017*). Doch auch andere Patientengruppen sind mit stereotypen Einstellungen seitens des Fachpersonals konfrontiert. Man denke nur daran, wie wenig willkommen komorbide Patienten mit Schizophrenie und Sucht auf vielen psychiatrischen Stationen sind oder welche Assoziationen ablaufen, wenn wir an histrionische Patienten mit schwerer dissoziativer Symptomatik denken.

Psychiatrische Diagnosen und Selbst-Stigmatisierung

Corrigan und Watson (2002) differenzieren zwischen dem öffentlichen Stigma und dessen Auswirkung auf Betroffene im Sinne einer Selbst-Stigmatisierung. Dabei wenden Patienten das gesellschaftliche Stigma einer Diagnose auf sich selbst bezogen an, wodurch die Akzeptanz der Diagnose und das Sich-Einlassen auf die adäquate Behandlung massiv beeinträchtigt werden können. Selbst-Stigmatisierung ist bei Betroffenen mit Scham und Schuldgefühlen assoziiert und löst

Resignation und Hoffnungslosigkeit aus (Corrigan & Watson, 2002). Damit wird das genaue Gegenteil von dem erzielt, was SDM und Empowerment mit der Kommunikation der Diagnose beabsichtigen.

Eine breite Befundbasis an wissenschaftlichen Studien und Expertenmeinungen bestätigt dieses Phänomen, wobei bestimmte Diagnosen besonders davon betroffen sind, z. B. Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen und affektive Störungen (Karidi et al., 2010; Latalova et al., 2013; Schomerus et al., 2011). Suchtpatienten wird beispielsweise Charakter Schwäche oder Unehrllichkeit unterstellt (*Berger, 2017*), während Schizophrenien als unheimlich, unberechenbar und gefährlich gelten (*Schomerus & Bauch, 2017*). Hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen (PS) wurde bereits im frühen 20. Jahrhundert das Phänomen der Selbst-Stigmatisierung diskutiert, obgleich nicht mit dieser Terminologie. Karl Jaspers sah in entsprechenden Ansätzen der Klassifikation und Festlegung eines Menschen auf die Diagnose PS eine „Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend“ (1913, S. 365f.) für die Betroffenen sei und die Kommunikation zwischen Behandler und Patient beende. Kurt Schneider konkretisierte, „[...] abnorme Persönlichkeiten sind in unserem Sinne nichts Krankhaftes, [...] Persönlichkeiten kann man nicht diagnostisch etikettieren wie Krankheiten“ (1976, S. 30f.). Die Kritik am Begriff der PS persistiert bis heute. *Rainer Sachse (2013)* definiert PS beispielsweise als extreme Varianten normaler psychologischer und nicht pathologischer Prozesse. Vor allem das ich-syntone Erleben, welches Betroffene von Persönlichkeitsstörungen in Hinblick auf ihre Symptomatik aufweisen („so bin ich nun mal, es gehört zu mir“), kann dazu führen, dass eine diagnostische Etikettierung intuitiv als kränkend und stigmatisierend erlebt wird. Zudem werden bei einer PS nicht einzelne Verhaltensweisen pathologisiert, sondern die gesamte Person wird einer dichotomen Kategorisierung zugeordnet („gestört“ versus „nicht gestört“) (*Fiedler & Herpertz, 2016; Lieb, 2014*). Die Bedeutung einer PS ist nicht „ich habe eine Störung“, sondern „ich bin gestört“. Peter Fiedler (2000) warnt in diesem Sinne vor einer negativen „fixierenden Identitätszuschreibung“ durch die abschätzige, defizitorientierte Sprache der kategorialen Diagnostik. Anstelle einer gesunden Distanzierung von pathologischem Erleben kann eine demoralisierende Identifikation im Sinne einer Selbst-Stigmatisierung mit der Diagnose stattfinden.

Überidentifikation und Funktionalisierung der Diagnose

Es existieren nur sehr begrenzte Belege dafür, dass eine psychiatrische Diagnose bei negativem Selbstkonzept bzw. unsicherer Identität eine willkommene Alternative im Sinne einer Über-Identifikation mit der Diagnose darstellt. Experten bestätigen jedoch die Existenz solcher Phänomene. Beispielsweise gestalten Borderline-Patienten nach Erhalt der Diagnose die typischen Symptome häufig erst richtig aus („Queen of Borderline“) oder sie werden von Mitpatienten übernommen

(König & Kreische, 2001). Dies kann als Kompromisslösung verstanden werden, die Betroffene mit sich aushandeln: Auf der Suche nach der eigenen Identität ist jede Lösung besser als nichts, selbst wenn die Lösung eine psychische Störung ist (Grinberg, 2001). Überidentifikation mit der Diagnose ist letztendlich ein Problem für die Psychotherapie, wenn Betroffene aus diesem Grund keine Änderungsmotivation entwickeln. Neben der BPS ist das Phänomen bei Patienten mit Anorexia nervosa beschrieben (Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira & Castilho, 2016; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013). Insbesondere die unsäglichen Aktivitäten vieler Betroffener im Rahmen sogenannter Pro-Ana- sowie Pro-Mia-Foren zeigen, welche pathologischen Auswüchse die Überidentifikation mit einer Diagnose annehmen kann. Dabei finden regelrechte Online-Wettbewerbe unter Betroffenen statt, die dazu dienen, die „erfolgreichste“ Essgestörte zu krönen. Besonderes Merkmal dabei ist das sozialpsychologische ingroup-outgroup-Phänomen, d. h. die hohe Identifikation mit Gleichgesinnten und der explizite Ausschluss der restlichen Gesellschaft. Die Befundlage dazu ist jedoch äußerst begrenzt.

Tendenzen, die psychiatrische Diagnose im Sinne eines Krankheitsgewinns zu funktionalisieren, wurden insbesondere bei somatoform- und depressiv-erkrankten Patienten beschrieben (Van Praag, 2001; Schaaf & Hesse, 2015). Verantwortung für das eigene Leben wird unter Bezugnahme auf die Diagnose abgegeben, Berentungen werden angestrebt und nicht zuletzt ist aus Perspektive der sozialen Interaktion der sekundäre Krankheitsgewinn ein bekanntes Phänomen.

Kommunikation psychiatrischer Diagnosen in Behandlungsleitlinien

Aspekte der Diagnosekommunikation haben teilweise Einzug in die Behandlungsleitlinien gefunden. Es existiert jedoch kein einheitlicher Standard zwischen den Leitlinien und es werden meist nur unzureichende Informationen und Empfehlungen für die Umsetzung in der Patientenversorgung formuliert.

Die ausführlichste Auseinandersetzung mit der Frage einer adäquaten Kommunikation der Diagnose findet sich in den S3-Leitlinien „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“.³ Hier wird nicht nur der „identitätsstiftende Charakter“ der Diagnose aufgegriffen, sondern es werden konkrete Empfehlungen für den Behandler bzgl. seiner Haltung gegeben („In der Regel sollte die therapeutische Haltung eine gewisse Gelassenheit gegenüber der Symptomatik zum Ausdruck bringen. [...] Strategien der Gesprächsführung [sollten] [...] der Entpathologisierung von Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen dienen, über die Patientinnen in der Regel nur ungern oder unter starken Scham- und Schuldgefühlen berichten“). Ferner werden Hinweise für die Kommunikation spezifiziert

(„Die Patientinnen werden angeleitet, das Erklärungsmodell anhand eigener Beispiele durchzuspielen. Sie werden durch konkrete Fragen zu eigenen Schlussfolgerungen angeregt und nicht zuletzt ausdrücklich gebeten, ihre Bedenken, Zweifel und Fragen frei zu äußern und – wenn möglich – auch eigene Erfahrungen zu berichten, die mit dem Erklärungsmodell in Widerspruch zu stehen scheinen“).

Doch nicht alle Leitlinien gehen derart ausführlich auf die Umsetzung eines „shared decision-making“ und auf die Bedeutung der Diagnosekommunikation ein. Die S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“⁴ gibt zwar an, dass Patienten „Schwierigkeiten haben [können], sich als hilfsbedürftig

Aspekte der Diagnosekommunikation haben teilweise Einzug in die Behandlungsleitlinien gefunden. Es existiert jedoch kein einheitlicher Standard zwischen den Leitlinien.

zu definieren“, dass die „Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Symptome als menschliche Reaktion auf Extrembelastung (Psychoedukation) und die Benennung der Störung im Sinne einer posttraumatischen Diagnose [...] in der Regel zur Entlastung der Betroffenen“ führen und dass die Diagnostik „vom Gesichtspunkt der Belastung geplant werden“ sollte. Die praktischen Empfehlungen begrenzen sich jedoch auf den folgenden Hinweis: „Bei Menschen mit PTBS, bei denen die Diagnostik oder genauere Exploration der Traumatisierungen bereits ein hohes Risiko zu Suizidalität und Schädigung von sich und anderen in sich birgt, wird zunächst Krisenmanagement dieses Risikos empfohlen“. In der S2-Leitlinie für „Persönlichkeitsstörungen“⁵ findet sich wiederum lediglich ein Satz, welcher darauf verweist, dass die „Aufklärung über die Diagnose [...] flexibel in ein psychoedukatives Vorgehen integriert sein [sollte], das mit einer wertschätzenden Sprache und Sichtweise der Persönlichkeit sowie einem sinnstiftenden und plausiblen Erklärungs- und Behandlungsmodell wesentlich zur Entstigmatisierung und Entmystifizierung der Diagnose und zur Förderung von Behandlungsmotivation beitragen kann“. In der nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“⁶ ist das Kapitel zur „partizipativen Entscheidungsfindung“ noch weniger spezifisch und gibt lediglich den Hinweis „Aufklärung über Diagnose [...] sowie Angebot einer Partizipativen Entscheidungsfindung“, ohne in irgendeiner Weise Empfehlungen zur Umsetzung zu geben. Dies erstaunt in gleicher Weise wie die relativ kurze Abhandlung

3 Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026_S3_Diagnostik_Therapie_Esst%C3%B6rungen_2010-abgelaufen.pdf [30.01.2019].

4 Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abgelaufen.pdf [30.01.2019].

5 Kurzfassung verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/b642eee188e70d80f260400da7417915d931105d/s2-LL_persoennlichkeitsstoerungen.pdf [30.01.2019].

6 Verfügbar unter: <http://www.leitlinien.de/mbd/downloads/nvl/depression/archiv/depression-1aufl-vers5-kurz.pdf> [30.01.2019].

in der S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2005), dass „bei der Vermittlung von Informationen über schizophrene Psychosen berücksichtigt werden [sollte], dass Betroffene als Folge des Wissens um den Krankheitsverlauf eine erhöhte Suizidalität aufweisen können“. Hiermit wird das erhöhte Risiko einer meist im Falle der Selbst-Stigmatisierung auftretenden Suizidalität berücksichtigt, ohne jedwede Empfehlungen für die Versorgung bereitzustellen. Leitlinien weiterer psychischer Störungen gehen in ihren Empfehlungen nicht über die genannten Formulierungen hinaus.

Entsprechend stellt sich die Frage nach den Auswirkungen der unspezifischen Berücksichtigung von SDM und der Diagnosekommunikation in den Leitlinien im Sinne eines fehlenden einheitlichen Standards in der Patientenversorgung.

Operationalisierung der subjektiven Verarbeitung psychiatrischer Diagnosen

Acht eigene qualitative Vorarbeiten in Form von Leitfadeninterviews wurden zur subjektiven Verarbeitung psychiatrischer Diagnosen bei jeweils zehn Patienten (insgesamt 80 Patienten) mit unterschiedlichen Diagnosen durchgeführt (Anorexia nervosa, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, posttraumatische Belastungsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, Angststörungen und somatoforme Störungen). Die Patienten wurden in der Institutsambulanz der Medical School Hamburg sowie in mehreren umliegenden psychiatrischen Kliniken rekrutiert. Dabei wurde darauf geachtet, dass allen Patienten ihre Diagnose bekannt war. Die vergangene Zeit seit der Aufklärung über die Diagnose betrug zwischen drei Wochen und drei Jahren, um nicht nur Einblick in initiale Verarbeitungsprozesse zu bekommen. Im Fokus der Befragungen standen Varianten der subjektiven Verarbeitung der jeweiligen Diagnosen. Die Ergebnisse mündeten in die Formulierung von 59 Items zur Operationalisierung von neun verschiedenen Verarbeitungsvarianten. Das vorläufige Instrument wurde anschließend 252 psychiatrischen Patienten zur Bearbeitung vorgelegt. Diese wurden erneut in den klinischen Einrichtungen rekrutiert, die bereits für die qualitativen Vorarbeiten zur Verfügung standen. Die Stichprobe bildete das Spektrum der wichtigsten psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 für Erwachsene aus den Kategorien F1–F6 ab. Die erfassten Daten dienen der Validierung des Instruments. Mittels einer Split-Half-Randomisierung wurde die Stichprobe (SP) geteilt, um mit SP 1 eine exploratorische Faktorenanalyse durchzuführen und mit SP 2 das so gewonnene Modell konfirmatorisch zu bestätigen. Insgesamt resultierte ein Instrument mit guten Modellpassungsdaten (CMIN/df = 1,555; TLI = 0,927; CFI = 0,936; RMSEA = 0,067; SRMR = 0,0688).

Insgesamt erfasst das Instrument („Hamburger Fragebogen zur Aufklärungssituation und subjektiven Verarbeitung psychiatrischer Diagnosen“) drei funktionale und drei dysfunktionale Varianten der Verarbeitung.

Funktionale Verarbeitung:

- 1) **Positive Klärung/Selbstakzeptanz** (z. B. „Seit ich meine Diagnose kenne, kann ich mein Erleben und Verhalten besser verstehen“): Die Diagnose wird als Entlastung erlebt, indem Betroffene vermehrt Verständnis für sich selbst und die eigene Lebenssituation entwickeln.
- 2) **Empowerment** (z. B. „Die Diagnose hilft mir zu erkennen, dass ich selbst etwas tun kann, damit es mir besser gehen wird“): Die Diagnose stiftet Hoffnung im Sinne positiver Änderungserwartung und dem Erleben von Selbstwirksamkeit und Änderungsmotivation.
- 3) **Sinngebung/inneres Wachstum** (z. B. „Durch die Auseinandersetzung mit der Diagnose bin ich innerlich gewachsen“): Die Auseinandersetzung mit der Diagnose wird mit dem Erleben von Sinn und innerem Wachstum im Sinne einer erhöhten Selbstreflexion und Achtsamkeit assoziiert.

Dysfunktionale Verarbeitung:

- 1) **Überidentifikation** (z. B. „Die Diagnose macht mich zu etwas Besonderem“): Prozesse übermäßiger Identifikation mit der Diagnose und mit Mitpatienten stehen im Vordergrund. Betroffene sind stolz auf ihre Diagnose und möchten sie nicht loswerden.
- 2) **Selbst-Stigmatisierung** (z. B. „Meine Diagnose ist ein Makel“): Die Diagnose wird als stigmatisierender Makel erlebt. Betroffene fühlen sich wertlos und betrachten die psychische Störung als Zeichen für Schwäche.
- 3) **Funktionalisierung** (z. B. „Ich benutze meine Diagnose manchmal, um Zuwendung zu bekommen“): Die Diagnose wird funktionalisiert, um eigene Vorteile zu erlangen. Sie dient als Entschuldigung für eigenes Versagen und Passivität und wird zudem genutzt, um andere Menschen an sich zu binden.

Analyse der Diagnosekommunikation

Im Rahmen der Evaluationsstudie des vorgestellten Instruments wurden auch Daten darüber erhoben, auf welche Weise Patienten über ihre Diagnose aufgeklärt wurden. Die große Mehrheit wurde zwar ausführlich in einem Einzelgespräch aufgeklärt, doch immerhin 8,7 % der 252 befragten Patienten wurde ihre Diagnose in einer Visitsituation mitgeteilt und 9,1 % erfuhren ihre Diagnose lediglich aus dem Arztbrief. Interessant ist auch, dass die Hälfte derjenigen Patienten, die in einem Einzelgespräch aufgeklärt wurden, die Dauer der Aufklärung auf 5–15 Minuten einschätzte. Denn es ist fraglich, ob im Sinne eines SDM diese Zeit ausreicht, um eine Diagnose in ein psychoedukatives Vorgehen integriert so zu vermitteln, dass sich Patienten nicht stigmatisiert fühlen, eine ausreichende Besserungs- und Selbstwirksamkeitserwartung etablieren sowie eine angemessene Therapie- und Änderungsmotivation entwickeln – entsprechende

Vorstellungen werden in den Behandlungsleitlinien formuliert (s. o.). Und so gaben auch knapp die Hälfte der Befragten an, die Atmosphäre bei der Aufklärung als unangenehm oder neutral empfunden und keine richtige Erklärung für ihre Diagnose entwickelt zu haben. Die andere Hälfte erlebte die Aufklärung als angenehm und gab an, eine Erklärung der Diagnose erhalten zu haben. Bei zwei Dritteln der Befragten wurden positive Anteile der Patienten in die Diagnoseaufklärung miteinbezogen. Bei einem Drittel wurden lediglich negative Aspekte fokussiert.

In der Zusammenschau scheint also noch Luft nach oben zu bestehen. Vielfach verläuft die Aufklärung sicherlich gut, den Leitlinien entsprechend und im Sinne eines angewandten SDM. Doch zu viele Patienten verbleiben mit einem diagnostischen Label behaftet auf sich alleine gestellt. Und es stellt sich natürlich die Frage, wie sich die Art und Weise der Kommunikation während des Aufklärungsgesprächs auf die weitere subjektive Verarbeitung der Diagnosen bei betroffenen Patienten auswirkt.

Diskussion und Anregungen für zukünftige Forschung

Mithilfe des entwickelten Instruments ist es möglich, sich wichtigen Themen empirisch anzunähern. Relevant ist dies zum einen für die Psychotherapieforschung, die sich mit wirksamen Therapieprozessen auseinandersetzt, zum anderen aber auch für praktisch tätige Psychotherapeuten, die wirkfaktorenorientiert arbeiten wollen. Denn durch eine adäquate und zielgerichtete Aufklärung über eine Diagnose kann sicherlich dazu beigetragen werden, förderliche Verarbeitungsstile bei Patienten anzuregen. Eine erste (bislang nicht publizierte) Analyse mittels multipler Regression von Zusammenhängen zwischen Charakteristika der Aufklärungssituation einerseits und Verarbeitungsstilen bei Patienten andererseits deutet beispielsweise darauf hin, dass eine angenehme Atmosphäre bei der Aufklärung und positive Affekte, die während der Aufklärungssituation erzeugt werden, mit funktionalen Verarbeitungsstilen bei Patienten assoziiert sind.

Wie sollten Diagnosen also kommuniziert werden, um bei Patienten funktionale Verarbeitungsstile zu fördern? *Klaus Grawe (2004)* betont die Notwendigkeit, Annäherungsschemata von Patienten zu aktivieren, um im Rahmen der Therapie einen funktionalen Arbeitsmodus zu realisieren. Annäherungsschemata werden aktiviert, wenn Patienten in der Therapie bedürfnisbefriedigende Erfahrungen machen und sich ihrer Ressourcen bewusst werden. Die Kommunikation der Diagnose kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten bzw. es werden Weichen in entscheidende Richtungen gestellt.

Denn im ungünstigen Fall besteht die Gefahr, Patienten in den Modus der Vermeidung zu drängen, wenn sie zu sehr defizitär definiert werden bzw. wenn die Diagnose als Kränkung erlebt wird. Konkret birgt die kategoriale Diagnostik unserer Klassifikationssysteme die Gefahr einer dysfunktionalen Defizitorientierung und eines Kränkungserlebens. Gängige Diagnosekriterien sind ausschließlich defizitorientiert formuliert. Wenn Psychotherapeuten jedoch die kategoriale Sichtweise in der Kommunikation mit Patienten durch eine dimensionale Perspektive ergänzen, können funktionale Anteile, die mit bestimmten Diagnosen assoziiert sind, betont werden. Denn ein dimensionaler Ansatz ermöglicht die Erfassung von psychischen Störungen als kontinuierliche Variablen. Bei Persönlichkeitsstörungen wird das bereits vermehrt praktiziert (*Yoon, Krüppel, Mokros & Zimmermann, 2018*), indem der Übergang störungswertiger Persönlichkeitsanteile hin zu funktionalen Stilen betont wird. Doch selbst bei schweren psychotischen Störungen lassen sich dimensionale Perspektiven definieren, beispielsweise bei persistierender Positivsymptomatik der Schizophrenie. Hier werden subklinische Varianten von Halluzinationen bei sehr sensitiven Menschen herangezogen, um eine psychotische Symptomatik zu normalisieren. So kann Selbst-Stigmatisierung entgegengewirkt werden und stattdessen können funktionale Prozesse gefördert werden, die mit erhöhter Annäherungsbereitschaft und Akzeptanz Betroffener assoziiert sind (*Stephanie, Susan, Wei, Monique & Neil, 2018*).

Dazu passt auch, was Peter Fiedler in einem Vorwort zu seinem aktuellen Herausgeberwerk über die therapeutische Beziehungsgestaltung formuliert (*Fiedler, 2018*). Er schildert die Beobachtung sogenannter „Super-Shrinks“, also „Super-Therapeuten“, die in amerikanischen Studien als durchgängig

— Eine dimensionale Perspektive auf Diagnosen bietet die Möglichkeit, Charakteristika von Patienten zu betonen, die einerseits als Stärken in Erscheinung treten können, in widrigen Lebensumständen jedoch problematische Ausformungen annehmen können. —

erfolgreiche Psychotherapeuten aufgefallen sind. Diese außergewöhnlich erfolgreichen Psychotherapeuten scheinen sich unter anderem dadurch zu charakterisieren, dass sie ihre Patienten als Partner betrachten in einem gemeinsamen „solidarischen Kampf gegen widrige Lebensumstände“ (*Fiedler, 2018, S. 7f.*), anstatt vorrangig die Patienten selbst zu ändern. Diese Perspektive lässt sich bestens in die Kommunikation der Diagnose integrieren, um funktionale Verarbeitungsprozesse und Annäherungsschemata bei Patienten zu fördern. Denn auch hier bietet eine dimensionale Perspektive auf Diagnosen die Möglichkeit, Charakteristika von Patienten zu betonen, die einerseits als Stärken und Ressourcen in Erscheinung treten können, in ungünstigen (widrigen) Lebensumständen jedoch problematische Ausformungen annehmen

können. Und die Formulierung „In der Therapie geht es nun darum, dass wir gemeinsam Ihre Lebensumstände so verändern, dass Ihre Ressourcen wieder zum Vorschein kommen können“, klingt augenscheinlich fördernd für Annäherung und Empowerment als die Aussage „Sie sind krank, doch ich biete Ihnen eine Behandlung, die bei Ihrer Diagnose Erfolg versprechend ist“.

Darüber hinaus sollten die Auswirkungen der unterschiedlichen Verarbeitungsstile bei Patienten als Reaktion auf die Diagnosevermittlung hinsichtlich relevanter Therapieprozesse untersucht werden. Denn eine Sichtung der Literatur zu allgemeinen Wirkfaktoren weist auf Zusammenhänge zu den hier vorgestellten Verarbeitungsstilen hin. So lassen sich Bezüge herstellen zwischen der „positiven Klärung/Selbstakzeptanz“ als Stil einer Diagnoseverarbeitung und den Wirkfaktoren „motivationale Klärung“ nach Grawe (1995), „kognitive Bewältigung“ nach Karasu (1986) sowie „Mentalisierung“ nach Jorgensen (2004). Allen genannten Faktoren gemeinsam ist die Klärung von eigenen mentalen Zuständen sowie von Motiven und Bedeutungen, die der Psychopathologie in Bezug zur aktuellen Lebenssituation zugrunde liegen. „Empowerment“ wiederum lässt sich beziehen auf die Wirkfaktoren „Erwartung von therapeutischem Erfolg“ (Weinberger, 1995) und „Ressourcenaktivierung“ (Grawe, 1995). Der Verarbeitungsstil „Sinnegebung/inneres Wachstum“ erlaubt Assoziationen zu dem Wirkfaktor „neue Selbstnarration“, den Jorgensen (2004) diskutiert. Der Autor bezeichnet damit die Entwicklung einer subjektiv stimmigen Neufassung der Biografie des Patienten, was mit erhöhtem Sinnerleben einhergeht. Darüber hinaus ist es augenscheinlich nachvollziehbar, dass sich die identifizierten dysfunktionalen Verarbeitungsstile ungünstig auf die therapeutische Änderungsmotivation von Patienten auswirken. Überidentifizierte Patienten haben gar kein Interesse, ihre Diagnose loszuwerden, ähnlich wie Patienten, die ihre Diagnose im Sinne eines Krankheitsgewinns funktionalisieren. Und Selbst-Stigmatisierung ist mit Resignation und Hoffnungslosigkeit assoziiert (Feldhaus et al., 2018), sodass auch hier keine effektive therapeutische Mitarbeit von Betroffenen zu erwarten ist.

Zusammenfassend scheinen Stile der Diagnoseverarbeitung mit veränderungsrelevanten Therapieprozessen assoziiert. Somit wäre zuletzt auch die Beziehung zwischen den Verarbeitungsstilen und den Ergebnissen von Psychotherapie ein interessantes Thema für die zukünftige Forschung. Möglicherweise ließen sich daraus eines Tages vereinheitlichte Empfehlungen für eine angemessene Kommunikation der Diagnose formulieren, welche die entsprechenden (bis heute sehr uneinheitlichen) Leitlinienempfehlungen (vgl. den Abschnitt „Kommunikation psychiatrischer Diagnosen in Behandlungsleitlinien“) optimieren.

Die Evaluationsstudie ist aktuell zur Publikation eingereicht. Der Fragebogen kann bei Interesse bis auf Weiteres kostenfrei vom Autor dieses Artikels bezogen werden.

Literatur

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

Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Boogaard, L. H. & Van Furth, E. F. (2014). Internet and patient empowerment in individuals with symptoms of an eating disorder: a cross-sectional investigation of a pro-recovery focused e-community. *Eating Behaviors*, 15 (3), 350-356.

Berger, C. (2017). Stigmatisierung trotz guter Absicht. Zum Umgang mit einem konstitutiven Dilemma. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 49 (2), 335-344.

Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23 (5), 460-468.

Craddock, N. & Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *British Journal of Psychiatry*, 204 (2), 93-95.

Fiedler, P. (2018). Vorwort. In P. Fiedler (Hrsg.), *Varianten psychotherapeutischer Beziehung* (S. 7-10). Lengerich: Pabst.

Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. Aufl.). Basel: Beltz.

Frisknecht, U. (2017). Werden Menschen mit Suchterkrankungen in der ambulanten Psychotherapie stigmatisiert? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 49 (2), 325-334.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für die psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Samalin, L., Genty, J. B., Boyer, L., Lopez-Castroman, J., Abbar, M. & Llorca, P. M. (2018). Shared Decision-Making: a Systematic Review Focusing on Mood Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20 (4), 23.

Schaaf, H. & Hesse, G. (2015). Patients with long-lasting dizziness: a follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least 1 year. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272 (6), 1529-1535.

Schomerus, G. & Bauch, A. (2017). Hat sich die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen verändert? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 49 (2), 297-306.

Stephanie, L., Susan, L. R., Wei, L. T., Monique, S. & Neil, T. (2018). Does mindfulness help people adapt to the experience of hearing voices? *Psychiatry Research*, 270, 329-334.

Yoon, D., Krüppel, J., Mokros, A. & Zimmermann, J. (2018): Dimensionale Ansätze zur Diagnostik von antisozialer Persönlichkeitsstörung und Psychopathie: *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, 12 (3), 217-228.



Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell

Medical School Hamburg
Department of Clinical Psychology and
Psychotherapy
Am Kaiserka 1
20457 Hamburg
thomas.schnell@medschool-hamburg.de

Prof. Dr. Dr. habil. Thomas Schnell hat nach dem Psychologiestudium in Heidelberg die Psychotherapieausbildung (VT) absolviert und in der psychiatrischen Uniklinik in Köln gearbeitet. Forschungsschwerpunkte waren komorbide Schizophrenie und Sucht. Therapeutisch folgten Weiterbildungen mit Schwerpunkt in spezieller Psychotraumatheorie und Dialektisch-Behavioraler Therapie. Aktuell hat er eine Professur für Klinische Psychologie an der Medical School Hamburg inne.

Zum Arbeiten mit populären Narrativen in der Psychotherapie: „Es gibt nur einen Gott – und sein Name ist Tod“

Niklas Gebele

Zusammenfassung: In den psychodynamischen Psychotherapieverfahren gibt es eine lange Tradition des Rückgriffs auf Mythen und andere klassische Narrative, um dem Patienten¹ Einsicht in unbewusste, pathogene Prozesse zu ermöglichen. Schulenübergreifend kann durch die gemeinsame Analyse bekannter Geschichten und die daraus abgeleiteten individuellen Metaphern die therapeutische Beziehung gestärkt und eine gemeinsame, verbindende eigene Sprache für den therapeutischen Prozess gefunden werden. Um Patienten unterschiedlichen Entwicklungs- und Bildungsstandes einen Zugang zu dieser Art von Selbstexploration zu ermöglichen, eignen sich moderne Narrative aus der Popkultur. Dieser psychotherapeutische Ansatz, der sich als punktuelle Ergänzung im Rahmen etablierter Richtlinienverfahren versteht, wird anhand zweier ausgewählter Fallbeispiele illustriert.

Niemand ist eine Insel.² Der Mensch ist eingebunden in die soziale und historische Umwelt, erlebt sich selbst und andere als Teil einer gemeinsamen und individuellen Entwicklungsgeschichte. „Insbesondere wurzelt der einzelne in der Geschichte seiner sozialen Gruppe; zusammen mit der Muttersprache verinnerlicht er die Überzeugungen, Werte, Normen und Ziele seiner Gemeinschaft. Er übernimmt ihre kulturelle Tradition in Form von Erzählungen und Mythen, von Glauben oder Aberglauben. Ihm werden auf diese Weise ebenso Konfliktlösungsstrategien vermittelt wie Regeln des emotionalen Ausdrucks“ (Rudolf, 2005, S. 8).³

Dass der Mensch sein Leben als Narrativ erlebt und beschreibt, erfüllt eine universell wichtige soziale Funktion. Durch das (Weiter-)Erzählen von Geschichten werden Regeln und Normen sowie implizites Wissen über soziale Prozesse und individuelle Entwicklungsmuster weitergegeben und gelernt: „Genau wie der Traum bietet auch der Mythos eine Geschichte, die sich in Raum und Zeit abspielt, eine Geschichte, die in symbolischer Sprache religiöse und philosophische Ideen, Erfahrungen der Seele ausdrückt, in denen die wahre Bedeutung des Mythos liegt“ (Fromm, 2001, S. 130).

Es ist keine menschliche Kultur – keine Nation, Religionsgemeinschaft, Partei, Firma, Clique oder Familie – bekannt (noch nicht einmal vorstellbar), in der keine Mythen über den Ursprung und die Entwicklung der Gruppe erzählt werden.

Das Erzählen von Geschichten ist eine anthropologische Konstante, die das Funktionieren durch die Weiterentwicklung von Gemeinschaften sowie des Individuums im sozialen Kontext der Gemeinschaft sichert. Es ist damit von so entscheidender Bedeutung, dass Philosophen und Biologen in ihm mitunter ein zentrales, teils *das* zentrale, evolutionsbiologische Alleinstellungsmerkmal des Homo Sapiens – bzw. dann des „Homo Narrans“ – gesehen haben: Der Mensch – das Geschichten erzählende Tier (Siefer, 2015).

Dieser gleichsam angeborene Instinkt zum Geschichtenerzählen konnte in einem klassischen psychologischen Experi-

— **Es ist keine menschliche Kultur bekannt (noch nicht einmal vorstellbar), in der keine Mythen über den Ursprung und die Entwicklung der Gruppe erzählt werden.** —

ment (Heider & Simmel, 1944) eindrücklich illustriert werden, in welchem Versuchspersonen eine kurze Animation sich bewegender geometrischer Formen gezeigt wurde. Auf die offene Frage, was sie soeben gesehen hätten, berichteten

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 männlichen Sprachform.

2 Das Zitat „No man is an island“ entstammt dem Werk des englischen Schriftstellers John Donne und fand Eingang in die Populärkultur.

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

fast alle Versuchspersonen von den geometrischen Formen als intentional handelnden Personen, die Mehrheit erzählte eine vollständige, zusammenhängende Geschichte.

Es liegt also nahe, auch und vor allem die Psychotherapie (insbesondere die psychoanalytisch begründeten Verfahren, mit ihrer Grundregel des freien und unselektierten Erzählens) als eine Form des Geschichtenerzählens zu verstehen. Patienten erzählen in der Psychotherapie nicht nur ihre Krankheits-, sondern auch ihre Lebens-, Liebes-, Beziehungs-, (Miss-)Erfolgs- und Persönlichkeitsentwicklungsgeschichten. Diese Erzählungen sind immer subjektiv, erinnert, gefiltert und interpretiert: „We don't see things as they are, we see them as we are“.⁴ Und dennoch sind die Geschichten, ist die persönliche Geschichte nicht ohne diese Erzählungen erfahrbar, da die vollständige, unmittelbare persönliche Geschichte eines anderen Menschen nur durch seine und anderer Erzählungen über seine Geschichte (re-)konstruiert werden kann. Ohne Geschichte keine Erzählung, ohne Erzählungen keine Geschichte.

Der Begriff des Narrativs ist zuletzt etwas inflationär verwendet worden, ist aber in Bezug auf die Erzählungen von Patienten in der Psychotherapie genau zutreffend. Laut Wikipedia, der am häufigsten herangezogenen lexikalischen Referenzquelle unserer Zeit, ist ein Narrativ „eine Äußerung, die sich auf etwas Historisches bezieht, die sowohl Inhalt als auch Subtext transportiert und deren Funktion es ist, Erlebtes in bekannte Kategorien zu bringen“.⁵ Dieser Begriffsbestimmung zufolge handelt es sich bei einem Narrativ um eine Erzählung, die neben einer konkreten Oberflächenhandlung auch eine tieferliegende persönliche (Entwicklungs-)Geschichte erzählt, die allerdings erst erschlossen werden muss.

Die Literaturwissenschaft (Reagan, Mitchell, Kiley & Danforth, 2016) hat kürzlich auf Basis der Analyse von 1.327 englischsprachigen fiktionalen Texten in der Datenbank des Project Gutenberg postuliert, dass es nur sechs grundlegende Verlaufsformen emotionaler Narrative gibt, an deren Grundstruktur (z. B. „vom Tellerwäscher zum Millionär“, „Cinderella“ oder „Ödipus“) sich alle Erzählungen orientieren. In ähnlicher Weise gehen psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten davon aus, dass sich die psychische Entwicklung des Menschen an sieben zentralen Grundkonflikten entlang vollzieht (*Arbeitskreis OPD, 2006*). Die Bewusstmachung und Analyse der pathogenen Hauptkonfliktthemen ermöglicht dem Patienten Einsicht in die eigenen dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensmuster und macht diese somit dem Durcharbeiten und letztlich der Veränderung zugänglich. „Das Gewinnen von Einsicht zählt – neben der Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung – zu den zentralen Wirkfaktoren psychodynamischer Therapien. [...] Dem Patienten Einsicht in vorbewusste oder unbewusste Zusammenhänge zu vermitteln, bedeutet nicht, ihn zu einem intellektuellen Begreifen von Zusammenhängen zu bringen. Psychodynamische Einsicht ist affektive Einsicht, an der kognitive ebenso wie emotionale Faktoren beteiligt sind, und unterscheidet

sich maßgeblich von sogenannten intellektualisierenden Pseudo-Einsichten“ (*Wöller, Kruse & Albus, 2010, S. 175*).

Einsicht – im psychotherapeutischen Sinne – ist also auch an den emotionalen Gehalt des zu analysierenden Inhalts, der zu verstehenden Geschichte, geknüpft. Psychotherapeuten und Patienten entwerfen hierfür im Laufe der Psychotherapie Bilder, Metaphern, Analogien und Symbole, die dem emotionalen Erleben des Patienten eine beschreibbare Form verleihen: „Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“ (*Wittgenstein, 1989, S. 134*). Diese Grenzen werden durch das gemeinsame Erzählen, Rezipieren und Interpretieren von Geschichten als Form der psychotherapeutischen Mäeutik erweitert und es entsteht gemeinsames Verstehen und Einsicht, wo zuvor oft Sprachlosigkeit und Unverständnis herrschten.

Von der Deutung von Traumsymbolen (*Freud, 1900*), der Symbolik archetypischer Bilder (*Jung, 2001*), der Beschreibung charakteristischer Konfliktthemen anhand biblischer und griechischer Mythen (*Freud, 1913; Fromm, 2001*) sowie klassischer Volksmärchen (*Bettelheim, 1993*) über das therapeutische Schreiben, dessen Wirksamkeit für eine Vielzahl psychischer und somatischer Outcomes belegt werden konnte (*Pennebaker & Chung, 2011; Pennebaker & Evans, 2014*), bis hin zu der aus der systemischen Schule kommenden narrativen Therapie, in welcher die Krankheit selbst als Antagonist der eigenen Geschichte symbolisiert wird (*White, 2010; White & Epston, 2013*), hat sich Psychotherapie immer auch vertrauter – gleichsam archetypischer – Narrative bedient und sich selbst als das Erzählen von Geschichte(n) verstanden.

Träume, Mythen und jede andere Art von Narrativ stellen Sublimierungen der Konflikte ihrer Autoren und Erzähler dar, beschreiben somit immer auch universelle Entwicklungsthemen und zwischenmenschliche Problemstellungen und liefern dadurch konkrete Beispiele für deren Vermittlung und Reflexion. Der Ödipus-Mythos als Analogie für den nach ihm benannten Grundkonflikt, ist hierfür das wahrscheinlich populärste Beispiel. Von Theodor Fontane wird erzählt, er habe sich 72-jährig, nachdem konventionelle zeitgenössische Therapien nicht angeschlagen hätten, durch das Schreiben seiner Memoiren selbst von einer depressiven Episode geheilt (*Maercker & Forstmeier, 2013*). Die einsichtsfördernde Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und das bewusste und aktive (Weiter-)Erzählen derselben sind offenbar wirk- und heilsame Vorgänge, die nicht nur, aber auch und gerade in der Psychotherapie von erheblicher Bedeutung sind.

Disney statt Gebrüder Grimm

Nun mag man vielleicht noch behaupten (auch wenn meine persönliche Alltagserfahrung nicht durchgängig dafür spricht),

⁴ Dieses Zitat wird häufig der amerikanischen Schriftstellerin Anais Nin zugeschrieben, wobei umstritten ist, ob sie es als erste geprägt hat.

⁵ Verfügbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Narrativ> [30.01.2019].

dass wir Psychotherapeuten mit all den großen, alten Erzählungen noch vertraut sind und so mancher an Lebenserfahrung und humanistischer Bildung reiche Patient ebenso. Wer jedoch heutzutage mit Patienten aller Altersgruppen und sozialen Milieus arbeitet, der wird bereits die Erfahrung gemacht haben, dass vielen Kindern Grimms Märchen allenfalls noch in der Disney-Version vertraut sind und viele Erwachsene weder aus dem Alten Testament noch aus der Ilias zitieren können, sehr wohl aber aus „Dirty Dancing“ und „Game of Thrones“. Sie kennen den Archetypus des Schattens nicht von C. G. Jung, wohl aber als Darth Vader aus „Star Wars“. Die Individuation des Odysseus ist ihnen allenfalls dem Namen nach vertraut, sie können aber detail- und kenntnisreich über die Heldenreise des Zauberlehrlings Harry Potter berichten und die große Tragödie des Chemielehrers und Drogenbarons Walter White aus der Serie „Breaking Bad“ gehört genauso selbstverständlich zu ihrem Kanon, wie es die des Prinzen Hamlet nicht tut.

Wer dem mit Offenheit und Interesse begegnet und sich die reflexhafte Klage über den „Verfall der Kultur“ und die „Ignoranz der Jugend“ verkneift, kann also feststellen, dass sich, wie schon immer, die Geschichten ändern, die zugrundeliegenden Erzählungen jedoch weiterhin universell gültig sind. Folglich ermöglichen zeitgenössische Narrative, gerade weil sie unseren Patienten (und uns) vertraut sind, dieselben Möglichkeiten der einsichtsfördernden Bildung von Analogien, Metaphern und Symbolen, wie es die klassischen Stoffe seit jeher getan haben. Wie es der Psychotherapeut und Filmanalytiker *Dirk Blothner* auf den Punkt bringt: „Als der Film begann, Geschichten zu erzählen, wurde er zum Massenmedium. Denn wir leben Geschichten ebenso wie wir unser Leben in Geschichten zu fassen suchen. [...] Geschichten sind so etwas wie ein kulturelles Gedächtnis. Das Kino wirkt aber nicht nur, weil es die Zuschauer mit Geschichten versorgt. Es entfaltet seinen Reiz auch dadurch, dass es bereits bekannte Geschichten abwandelt“ (1999, S. 39f.).

Im Hinblick auf die therapeutische Wirksamkeit von Geschichten lohnt auch ein Klick auf das englischsprachige Selbsthilfeforum www.themighty.com (Motto: „We face disability, disease and mental illness together“), wo Betroffene regelmäßig über die bestärkende, ermutigende, tröstende und einsichtsfördernde Wirkung popkultureller Narrative, wie z. B. „Harry Potter“, „Star Wars“ oder der jeweils aktuellen Netflix-Serien schreiben, sich aber auch kritisch mit der Darstellung chronischer, v. a. psychischer Erkrankungen in zeitgenössischen Medien befassen. So vergleicht ein User die seelenaussaugenden Dementoren aus Harry Potter mit seiner depressiven Störung, die ihn sich, wie die Dementoren, „kalt und taub fühlen lässt und alle Fröhlichkeit aus der Welt saugt“ (Metcalf, 2017), aber auch, wie die Harry Potter-Filme ihn dabei ermutigt hätten, ebenso wie der Zauberschüler im-

mer wieder gegen seinen großen Gegner Lord Voldemort antreten muss, immer wieder aufs Neue gegen die Depression zu kämpfen: „Eine Depression ist nichts, was man leicht loswird, genau wie Voldemort“ (ebd.).

Zudem zeigt die Erfahrung aus der psychotherapeutischen Praxis, dass man mit Patienten, welche aus Angst vor Beschämung oder Ablehnung starke innere Widerstände gegen eine unzensurierte Selbstoffenbarung aufweisen, nur schwer direkt über Scham- und Schuldgefühle, Ängste und Phantasien ins Gespräch kommt. Die gemeinsame Reflexion der Geschichten, welche dem Patienten wertvoll sind, versetzt ihn in die Lage, mindestens auf Augenhöhe, im besten Fall sogar als wahrer Experte, mit dem Psychotherapeuten asso-

— Der Zauberlehrling Harry Potter und der Chemielehrer und Drogenbaron Walter White aus der Serie „Breaking Bad“ gehören für junge Menschen genauso selbstverständlich zu ihrem Kanon, wie es die Tragödie des Prinzen Hamlet nicht tut. —

ziieren und diskutieren zu können. Das aktive und glaubhafte Interesse des Psychotherapeuten an etwas, das dem Patienten wichtig ist, oft aber subtil als minderwertig abgetan wird, vermittelt aufrichtige Wertschätzung für die Gefühle, Bedürfnisse und Phantasien des Patienten. Gerade – aber bei weitem nicht ausschließlich – für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stellen popkulturelle Stoffe ein vertrautes Terrain und somit einen sichereren Ausgangspunkt für den vorsichtigen Aufbau einer von Augenhöhe, Verbundenheit und Neugier geprägten therapeutischen Beziehung dar und Patienten sind regelmäßig positiv überrascht bei der Feststellung, dass „auch so etwas“ Raum und Bedeutung in der Psychotherapie bekommen kann.

Im Folgenden möchte ich zwei Beispiele für das psychotherapeutische Arbeiten mit popkulturellen Narrativen aus meiner eigenen Praxis skizzieren, in der Hoffnung, Neugier und Lust auf das Ausprobieren dieses freudvollen, bereichernden und therapeutisch wirksamen Ansatzes zu wecken.

„Alles steht Kopf“: Die Funktion von Kummer

Fast alle Kinder, aber auch viele Erwachsene, haben den Animationsfilm „Alles steht Kopf“ (USA, 2015) gesehen. In kindgerechter Weise werden die Abenteuer der fünf personifizierten Grundaffekte Freude, Ekel, Angst, Wut und Kummer im Gehirn eines kleinen Mädchens erzählt, wobei eine der zentralen Botschaften darin besteht, dass jeder dieser Affekte seine eigene Notwendigkeit und Daseinsberechtigung hat und zum Funktionieren des Mädchens beiträgt – selbst Kummer, eine hinreißend depressive blaue Dame, die zunächst

von allen als störend und überflüssig abgetan wird. Kummers wichtiger Beitrag besteht jedoch, wie sich schließlich herausstellt, darin, auf Missstände und Belastungen aufmerksam zu machen und die Notwendigkeit, sich Hilfe zu holen, anzuzeigen. Das Unverständnis, die Ungeduld und die Ablehnung, die Kummer durch ihr unablässiges Klagen, ihre Passivität und Regressivität auslöst, spiegeln die Erfahrungen vieler depressiver Patienten wider. Noch wichtiger als diese interpersonelle Analogie (die sich für die therapeutische Arbeit auch deshalb nur selten anbietet, weil die übergewichtige, biedere und stets jammernde Kummer keine Figur ist, mit der sich Patienten, insbesondere solche, die ohnehin Selbstwertprobleme haben, gerne identifizieren) ist die intrapersonelle Ebene, auf welcher die regressiven Gefühle, für die Kummer steht, ebenso entwertet und abgelehnt werden.

So zum Beispiel bei Frau E., einer etwa sechzigjährigen Landwirtin und Hausfrau, die den Film zusammen mit ihrer Enkelin auf DVD gesehen hatte. Frau E. war als ältestes von sechs Kindern einer Bauernfamilie aufgewachsen und hatte von Beginn an viel leisten müssen: Hilfe im Haushalt und die Betreuung der Geschwister, später im eigenen Haushalt die Erziehung der eigenen drei Kinder sowie die Pflege der Eltern und Schwiegereltern. Ein allgemein propagiertes und akzeptiertes Ethos von Leistungsbereitschaft und Genügsamkeit hatte über die Jahrzehnte zu beträchtlichem Raubbau an ihrem Körper geführt, sodass in den letzten Jahren vor Therapiebeginn etliche Erkrankungen zu insgesamt siebzehn Operationen, davon alleine acht an einem Knie, geführt hatten. Zu den langjährigen chronischen Schmerzen kamen mit der Zeit agoraphobische Ängste und zunehmend intensive schwer depressive Episoden mit umfassendem sozialem Rückzug, Antriebs- und Freudverlust und vollständigem Verlust des Selbstwerts bis hin zu massiver Selbstentwertung. Auf hartnäckiges Drängen ihrer erwachsenen Kinder begab sie sich schließlich in ambulante Psychotherapie, wenngleich sie sich wenig davon versprach und sich vor ihrem Mann schämte, der von solchen Dingen noch weniger hielt.

In der Anfangszeit nahmen Frau E.s rationalisierende Argumentationen zu, dass ihr Leben sich durch ihre reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit und die Schmerzen zwar drastisch verschlechtert habe, ihre „dummen Ängste“ sowie die „Faulheit und Schwäche“ aber dennoch unverzeihlich seien. Die obligatorische Suche nach persönlichen Ressourcen ergab zunächst, dass Frau E. sich immer als gesellig, lebensfroh und in der Dorfgemeinschaft aktiv erlebt hatte, jedoch alle entsprechenden Aktivitäten nach und nach aufgegeben hatte und gesellige Anlässe inzwischen weitgehend vermied, was sie ebenfalls selbstentwertend verarbeitete. Die einzige verbliebene Freude sei das Lesen, welches sie, außer in den schwerstdepressiven Phasen, exzessiv betriebe. Erstmals mit Freude und auch etwas Stolz konnte sie berichten, dass sie, nachdem sie zunächst Frauenromanen und dann Krimis überdrüssig geworden war, nun alles verschlinge, was mit Fantasy und Science Fiction zu tun habe. Es war deutlich, dass ihr Interesse für diese Stoffe von ihrem Mann und

auch ihr selbst zwar in milderer, aber doch ähnlicher Weise als unangebracht und letztlich störend („Lesen, während der Haushalt liegen bleibt“) bewertet wurde – genau wie ihre depressive Symptomatik. Meine Spiegelung, dass ich sie bei diesem Thema erstmals als etwas heiterer und vitaler erleben würde und mein interessiert Nachfragen zu den konkreten Stoffen, auf welches sie zunächst schamhaft vermeidend, dann aber immer offener und freudiger einging, stellten eine Möglichkeit dar, meine therapeutische Haltung von wohlwollendem, nicht-wertendem Interesse und der glaubhaften Einladung zur Selbstoffenbarung und Selbstexploration, auch und gerade bzgl. vermeintlich beschämender Inhalte, für Frau E. konkret in der therapeutischen Beziehung erfahrbar zu machen. Sie erfuhr dadurch Wertschätzung für ihre von ihr selbst immer als stark empfundenen phantasievollen und intellektuell interessierten Anteile, welche von ihren relevanten Bezugspersonen bisher immer zugunsten von Anforderungen an konkreten Fleiß und Genügsamkeit vernachlässigt oder abgelehnt worden waren. Charakteristisch hierfür empfand sie selbst die Tatsache, dass eine höhere Schulbildung für sie als Mädchen gar nicht zur Debatte gestanden habe. An dieser Stelle begann sich eine positive Übertragung zu etablieren, welche die Basis unserer tragfähigen therapeutischen Beziehung darstellte.

Im Zusammenhang mit den Fantasyromanen kamen wir schließlich auf Filme zu sprechen, ein Medium, das sie wenig interessierte, sodass der einzige Film, den sie in letzter Zeit ganz gesehen hatte, eben auf Wunsch der Enkelin „Alles steht Kopf“ gewesen war. Auch dieser hatte sie eigentlich nicht besonders interessiert, jedoch habe ihr die arme Kummer leidgetan, die von den anderen Affekten so herzlos behandelt worden sei, obwohl sie ja nichts dafür könne, dass es ihr schlecht gehe. Gemeinsam analysierten wir Kummers Bedeutung als Vertreterin der berechtigten regressiven Bedürfnisse des kleinen Mädchens und damit als Beschützerin vor Überforderung und Vernachlässigung durch andere. Frau E. hatte sichtlich Freude an diesem Prozess, zeigte eine aufmerksame, interessierte und differenzierte Seite ihrer Persönlichkeit, stellte aber selbst keinerlei Bezug zu ihrer eigenen Depressivität her. Da unsere Beziehung durch die letzten Stunden des gemeinsamen Sich-Erfreuens an phantastischen Erzählungen positiv und stabil etabliert worden war, wagte ich die unvermeidliche Deutung, indem ich Frau E. fragte, ob es in ihr selbst auch eine Kummer gebe, wie diese sich äußere und was ihre Funktionen sein könnten. Was folgte, war einer dieser schönen Momente, die den Beruf des Psychotherapeuten so erfüllend und befriedigend machen. Frau E. erlebte wahre affektive Einsicht. Durch die Projektion ihrer eigenen regressiven Bedürfnisse auf die fiktive Figur Kummer, hatte sie in einem von Scham- und Schuldgefühlen befreiten Raum (im doppelten Sinne: erstens dem fiktiven Raum des Films, zweitens dem Therapieraum) Mitgefühl für ebendiese Bedürfnisse zulassen können. Sie verstand auf der kognitiven Ebene, welche Funktion ihre eigene Symptomatik hatte und war gleichzeitig affektiv tief berührt von ihrer eigenen inneren Not und der Tatsache, dass ihre Symptomatik nicht schuld-

haft, sondern als Lösungsversuch eines inneren Konfliktes betrachtet werden konnte. Der Rückgriff auf diesen Moment der Einsicht und auf die Figur Kummer als Metapher für legitime regressive Bedürfnisse begleiteten die weitere Therapie, in der das Durcharbeiten von Frau E.s Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt im Fokus stand. Ihr ganzes Leben hatte sie diesen Konflikt im einseitig aktiven Modus gelebt, sprich jegliche Bedürfnisse nach Versorgung, Schonung und Mitgefühl abgewehrt und ein internalisiertes, einseitig auf Leistung und Selbstaufopferung ausgerichtetes falsches Selbst kultiviert. Ihre Depressivität und ängstliche Vermeidung – ihr „Kummer“ – hatten schon lange darauf hingewiesen, dass Frau E. daran zu zerbrechen drohte, doch es hatte des Umwegs über das unverfängliche Analysieren eines Kinderfilms bedurft, zu dieser Einsicht zu gelangen.

„Game of Thrones“: Unaussprechlicher Schmerz

Ähnlich populär wie „Alles steht Kopf“ ist bei vielen Patienten verschiedenster Altersgruppen ab der Adoleszenz die erfolgreiche Fantasyserie „Game of Thrones“ (USA, seit 2011). In insgesamt acht Staffeln (was ca. 800 Stunden entspricht!) wird in einer fantastischen, mittelalterlich anmutenden Welt das Schicksal einer Vielzahl unterschiedlicher Charaktere erzählt. Zu den Hauptfiguren gehören ein als unehelicher „Bastard“ diskriminierter Königssohn, ein kleinwüchsiger Politiker und ein vielfach traumatisiertes Waisenmädchen – reichhaltiges Identifikationspotenzial also.

Ebenjenes Waisenmädchen, die Fürstentochter Arya, deren Eltern von konkurrierenden Herrscherhäusern grausam ermordet werden und die daraufhin eine jahrelange Odyssee voller Gefahren, Ängste, Verluste und lehrreicher Abenteuer zu meistern hat, deren Ausgang zum damaligen Zeitpunkt noch nicht abzusehen war, war die Lieblingsfigur der fünfzehnjährigen M., die ich vor einigen Jahren in einem vollstationären, kinder- und jugendpsychiatrischen Setting behandelte. M. war das Kind einer schwer persönlichkeitsgestörten Mutter und eines passiven, unverbindlichen Vaters, der die Familie inzwischen verlassen hatte. M. war in der Kindheit als still und zurückhaltend, darüber hinaus aber unauffällig wahrgenommen worden. Sie selbst gab jedoch an, bereits seit sie denken könne, einen tiefen Selbsthass zu verspüren, welcher sich ab der Pubertät in immer extremerer Selbstverletzung und mehreren Suizidversuchen offen zu zeigen begann. Mit schwer depressiver Symptomatik wurde M. schließlich in die Klinik aufgenommen, wo sie sich formal angepasst verhielt, lange Zeit jedoch keinerlei inhaltliche Compliance zeigte. Sie betrachte ihr Leben als sinnlos, wolle gar nicht, dass es ihr besser gehe, da sie der Meinung sei, das nicht zu verdienen, und werde sich früher oder später ohnehin umbringen. Das einzige Ziel, welches sie in etwas weniger destruktiven Momenten gelegentlich benennen konnte, war, nicht wieder zurückgehen und bei ihrer Mutter leben zu müssen, ohne dass sie für die Reflexion möglicher Alternativen offen gewesen wäre.

Die Gegenübertragung des multiprofessionellen Behandlungsteams war zunächst sehr positiv, geprägt von Mitgefühl, Sympathie und dem Wunsch, dem tieftraurigen Mädchen zu helfen. Dies begann sich jedoch dadurch zu wandeln, dass M. sich immer wieder als nicht absprachefähig erwies und in unbeobachteten Situationen parasuizidales Verhalten zeigte, indem sie Rasierklingen, Glasscherben und Messer einschmuggelte, sich selbst verletzte oder versuchte, diese zu schlucken. Das auf Selbstwirksamkeitserleben und Autonomieentwicklung sowie eine, v.a. durch Erlebnispädagogik und Gruppenaktivitäten geprägte, positive Gruppenerfahrung ausgerichtetes Behandlungskonzept konnte so kaum wirksam werden und der immer wieder weitgehende Ausschluss davon infolge nicht gegebener Absprachefähigkeit war zu einer weiteren Art der Selbstbestrafung M.s geworden.

Mir als fallführendem Psychotherapeuten kam also primär die Aufgabe zu, mit M. ein Therapiebündnis zu knüpfen, das über ihre bloße Anwesenheit auf Station hinausging und ein konstruktives Arbeiten ermöglichte. Eine nicht sehr dankbare Aufgabe, die mich gehörig unter Druck setzte und in deren Anfangsphase ich feststellen musste, dass mein Angebot einer auf Respekt, Augenhöhe und aufrichtigem Interesse basierenden therapeutischen Beziehung zunehmend unglaubwürdig wurde und ich eigentlich nur noch versuchte, M. Zugeständnisse im Hinblick auf die Distanzierung von selbstgefährdendem Verhalten abzurufen, zu welchen sie ja nun einmal nicht wirklich fähig war, hätte es doch bedeutet, ihre einzige Möglichkeit, ihr inneres Erleben wenigstens ansatzweise auszudrücken, aufzugeben. Ich überwand mich also dazu, die Projektion des Strafenden/Versagenden zunächst einmal anzunehmen und M. die Ausgänge und anderen Freiheiten, die an ausreichende Absprachefähigkeit gebunden gewesen wären, vorzuenthalten und unsere Gesprächszeit anstelle der zähen Verhandlungen lieber zu nutzen, um M. besser kennenzulernen, in der Hoffnung, einen Zugang zu ihr zu finden, der es ihr ermöglichte, auf andere als die autoaggressiv agierende Weise ihre innere Not zum Ausdruck zu bringen.

Also sprach ich sie in der nächsten Sitzung auf ein „Game of Thrones“-Shirt an, das sie auf Station getragen hatte. Verständlicherweise reagierte sie auf diese abrupte Veränderung meiner Gesprächsführung zunächst irritiert und misstrauisch, woraufhin ich ihr meine Beweggründe transparent machte und mir zudem durch eigenes „Game of Thrones“-Wissen etwas Glaubwürdigkeit im Hinblick auf mein Interesse an ihrer Rezeptionserfahrung zu verdienen versuchte. Schnell kamen wir auf Arya zu sprechen, die M. als düster, wütend, traumatisiert und kämpferisch erlebte, was ihr gefiel. Sie wusste viel über Aryas Gefühle zu berichten, den Schmerz und Zorn über das erlebte Unrecht, den inneren Kampf gegen Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung und die trotz allem noch vorhandene Hoffnung auf eine bessere, gerechtere Zukunft. Zum ersten Mal gewährte mir M. Einblick in ihre Gefühle jenseits des aggressiven Selbsthasses, wobei sie sich ihrer offensichtlichen Identifikation mit Arya kaum bewusst zu sein schien. Unsere Beziehung

konnte sich dadurch vertiefen, dass M. mir auf Umwegen von sich erzählen konnte, ohne dafür ihren für sie noch wichtigen Widerstand formal aufgeben zu müssen. Wie häufig, wenn ich mit Patienten bestimmte fiktionale Charaktere intensiver bearbeitete, recherchierte ich im Internet, welche Szenen oder Zitate der Figur charakteristisch sind und evtl. für die Therapie genutzt werden könnten. Eine der bekanntesten Szenen stammt aus der sechsten Folge der ersten Staffel von „Game of Thrones“ (Eine goldene Krone, USA, 2011) und zeigt Aryas Unterweisung durch den Schwertkampfehrer Syrio Forel, welcher die unter Fans berühmt gewordenen Worte „Es gibt nur einen Gott und sein Name ist Tod. Und es gibt nur eines, was wir dem Tod sagen: Nicht heute!“ spricht. Die Sequenz und ihre Protagonisten

— Als ergänzender Ansatz im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie kann die Arbeit mit popkulturellen Narrativen die psychotherapeutische Beziehung stärken und den Patienten in eine kreative und selbstwirksame Rolle versetzen.

sind deshalb zu Fanlieblingen avanciert, weil sich in wenigen Sekunden Aryas Wandlung von einem verzweifelten kleinen Mädchen ohne Selbstwirksamkeitserwartung in eine trotzig, stolze Kämpferin vollzieht. Der mysteriöse Syrio validiert ihren Schmerz und ihre Verzweiflung („Es gibt nur einen Gott und sein Name ist Tod“) – statt sie zu relativieren oder vorschnelle Lösungen (wie beispielsweise zu den herkömmlichen Göttern zu beten) anzubieten. Auf der Basis des tatsächlichen Verstehens und Mitfühlens ihrer Emotionen gelingt es ihm, ihr eine für sie realistische, erreichbare Copingstrategie aufzuzeigen, nämlich das trotzig, bei aller Verzweiflung über die gegebenen Umstände eben doch lebensbejahende „Nicht heute!“

An dieser hohen psychotherapeutischen Kunst des weisen Schwertkämpfers wollte ich mich orientieren und fragte M. in der nächsten Sitzung nach ihrer Meinung zu dieser Szene. Wir waren uns einig, dass Syrio für Arya einen wichtigen Mentor darstellt, der ihr hilft, in einer überaus harten und grausamen Welt zu überleben, indem er sie motiviert, sich aktiv gegen das Schicksal zu stellen, ihr ihre persönlichen Ressourcen (Mut, Schnelligkeit, Intelligenz) bewusst macht und ihr dadurch wieder Selbstwirksamkeit vermittelt.

So sehr M. auf dieser symbolischen Ebene das Entstehen von Nähe, Vertrauen, Hoffnung und Kooperation zwischen Arya und ihrem Lehrer sehen und begrüßen konnte, so klein waren bis zuletzt die entsprechenden Schritte, die ihr mit mir in der Psychotherapie gelangen. Aber sie waren da. Eine inhaltliche Selbstoffenbarung mir oder anderen Mitarbeitern

gegenüber gelang ihr kaum, aber es gelangen uns ab diesem Zeitpunkt immer wieder kürzere Phasen von glaubhafter Absprachefähigkeit, oft unter Zuhilfenahme der Formulierungen „Nicht heute!“ bzw. später auch „Nicht diese Woche!“, wodurch sie deutlich stärker in Aktivitäten der Patientengruppe auf und außerhalb der Station einbezogen werden konnte und hier zeitweise sichtlich gelöst und aufgehellt erlebt wurde. Diese positiven Erfahrungen ermöglichten es M., sich auf eine offene vollstationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme einzulassen, in welche sie glaubhaft absprachefähig entlassen werden konnte.

Etwa ein Jahr später erhielten wir eine Postkarte von M. Sie hatte die Reha erfolgreich absolviert und war daraufhin in eine vollstationäre Jugendhilfemaßnahme mit der integrierten Möglichkeit, eine Ausbildung zu absolvieren, gewechselt. Sie kämpfte weiterhin mit Depressionen und Selbsthass (und wurde weiterhin ambulant psychotherapeutisch sowie medikamentös behandelt), blickte dem Tod und der Verzweiflung weiterhin fast täglich ins Gesicht – aber sie hatte es auch weiterhin geschafft, ihnen zu sagen: „Nicht heute!“

Ich habe bewusst zwei sehr unterschiedliche Fälle und Verläufe ausgewählt, um zu illustrieren, dass die Arbeit mit popkulturellen Narrativen vielseitig anwendbar sowie kreativ und flexibel gestaltbar ist. Dabei ist dieser Ansatz selbstverständlich nicht als Alternative oder gar Konkurrenz zu wissenschaftlich fundierten Psychotherapieverfahren und -methoden zu verstehen, sondern sollte nur als punktuelle Ergänzung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie Anwendung finden. Dann aber kann er die therapeutische Beziehung und die Bereitschaft zur Selbstexploration stärken, den Beziehungsaufbau und die Bewältigung von Krisen in der therapeutischen Beziehung erleichtern und den Patienten in eine aktive, kreative, selbstwirksame Rolle versetzen.

Eine Anmerkung zum Schluss: Keine Angst vor Geschichten, die Sie nicht kennen! Erstens handeln, wie ich mich bemüht habe darzulegen, sowieso alle Geschichten von einer begrenzten Anzahl universeller Themen. Zweitens – und dies ist noch wichtiger – ist gerade das aufrichtige Interesse des Psychotherapeuten an ihm wenig vertrauten Stoffen, die aber dem Patienten wichtig sind und bei deren Reflexion er eine Expertenrolle einnehmen kann, für die therapeutische Beziehung oft fruchtbar. Für uns gibt es dabei immer etwas zu lernen. Zumindest über unsere Patienten. Nicht selten aber auch darüber hinaus über eine kulturelle Welt, die uns noch unbekannt, vielleicht sogar zunächst suspekt ist (wie zum Beispiel Online-Games, Gangsta-Rap oder YouTube).

Literatur

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

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.

Bettelheim, B. (1993). Kinder brauchen Märchen (2. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.

Blothner, D. (1999). Erlebniswelt Kino. Über die unbewusste Wirkung des Films. Bergisch-Gladbach: Bastei Lübbe.

Freud, S. (1900). Die Traumdeutung. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.

Freud, S. (1913). Totem und Tabu. Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker. Leipzig und Wien: Hugo Heller.

Fromm, E. (2001). Märchen, Mythen, Träume. Eine Einführung in das Verständnis einer vergessenen Sprache (17. Aufl.). Reinbek: Rohwolt.

Heider, F. & Simmel, M. (1944). An experimental study in apparent behavior. *The American Journal of Psychology*, 57, 243-259.

Jung, C. G. (2001). C. G. Jung-Taschenbuchausgabe in elf Bänden, Band 6: Archetypen (14. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.

Pennebaker, J. W. & Evans, J. (2014). *Expressive Writing: Words That Heal*. Washington: Idyll Arbor.

Rudolf, G. (2005). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage (5., unveränderte Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.

White, M. (2010). *Landkarten der narrativen Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.

Wöller, W., Kruse, J. & Albus, C. (2010). Von der Klärung zur Deutung. Ein-sichtsorientiertes Arbeiten. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Leitfaden (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.)* (S. 175-189). Stuttgart: Schattauer.



Dr. Niklas Gebele

Yorckstr. 36
76185 Karlsruhe
niklas@praxis-gebele.de

Dr. Dipl.-Psych. Niklas Gebele ist als Psychologischer Psychotherapeut (TfP) mit Zusatzfachkunde KJP in eigener Praxis in Karlsruhe tätig. Er lehrt an Ausbildungsinstituten für PP und KJP und schreibt auf www.charakterneurosen.blogspot.de und www.filmschreiben.de über psychologische Themen in der Popkultur.

Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

Diagnostik, Psychodynamik und Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

Maren Brückner, Charline Logé & Simone Salzer

Zusammenfassung: In klinischen Stichproben ist die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung eine der häufigsten Persönlichkeitsstörungen. Sie ist charakterisiert durch Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit und Vermeidung und weist differenzialdiagnostisch große Überschneidungen mit der sozialen Phobie auf. Dabei scheinen ein ängstlicher Bindungsstil und damit einhergehende Mentalisierungsdefizite die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung von der sozialen Phobie abzugrenzen. Aus psychodynamischer Perspektive sind ein insuffizientes Selbstwertgefühl, der damit verbundene Schamaffekt, ein unbewusstes Größenselbst und dessen Projektion nach außen zentrale Konzepte, die für das Verständnis der Störung herangezogen werden können. Das deskriptive Erscheinungsbild lässt sich darüber hinaus als ein Modus der Abwehr verstehen. Empirische Befunde liegen sowohl zur Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie als auch zur kognitiven Verhaltenstherapie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung vor, erlauben jedoch keine differenzielle Indikationsstellung.

Unter allen Persönlichkeitsstörungen weisen die sogenannten Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen, also die ängstlich-vermeidende, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), die durch Ängstlichkeit als gemeinsames dimensionales Merkmal gekennzeichnet sind, die höchsten Prävalenzraten auf. Dies gilt sowohl für klinische als auch für nicht-klinische Stichproben (Clarkin, Foa & Gabbard, 2013; Barnow et al., 2010; Lenzenweger, Lane, Lorranger & Kessler, 2007).¹ Dabei ist die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung hinsichtlich ihrer Häufigkeit besonders relevant. In einer amerikanischen klinischen Stichprobe von Lenzenweger et al. (2007) lag die Punktprävalenzrate bei 5,2 %, während sie für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung 2,4 % und für die dependente Persönlichkeitsstörung 0,6 % betrug. In der Untersuchung einer amerikanischen Stichprobe von ambulant behandelten psychiatrischen Patienten² war die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit einer Punktprävalenz von 14,7 % die häufigste Persönlichkeitsstörung (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005).

Der Beginn ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsakzentuierungen liegt zumeist in der Kindheit und äußert sich zunächst als Schüchternheit, Scheu oder Angst vor neuen Menschen bzw. Situationen. Diese können sich in der Jugendzeit verstärken und bis zum Vollbild der Störung entwickeln. Die

ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung scheint mit zunehmendem Alter weniger ausgeprägt aufzutreten (Falkai & Wittchen, 2015). Dies steht auch im Einklang mit Befunden aus der Greifswalder Familienstudie (Barnow et al., 2010), in der eine Punktprävalenzrate von 3,6 % bei den Adoleszenten

Der Beginn ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsakzentuierungen liegt zumeist in der Kindheit und äußert sich zunächst als Schüchternheit, Scheu oder Angst vor neuen Menschen bzw. Situationen.

bzw. jungen Erwachsenen gegenüber einer Punktprävalenzrate von 1,2 % bei den Erwachsenen mittleren Alters gefunden wurde.

Diagnostik

Diagnostische Kriterien

Im Gegensatz zur Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling & Freyberger, 2016) wird die

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

² Zu der mit 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 männlichen Sprachform.

ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung in der deutschsprachigen Übersetzung des aktuellen Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5; Falkai & Wittchen, 2015) als selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Für die Störung charakteristisch sind Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit und Vermeidung.

Im ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2016) ist die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung neben den Merkmalen für eine allgemeine Persönlichkeitsstörung durch mindestens vier aus sechs weiteren Merkmalen gekennzeichnet:

- ein andauerndes und umfassendes Gefühl von Anspannung und Besorgtheit,
- die Überzeugung, sozial unbeholfen, unattraktiv oder minderwertig im Vergleich zu anderen zu sein,
- eine übertriebene Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,
- eine Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, außer man ist sicher, gemocht zu werden,
- ein eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit sowie
- die Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung sowie eine Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Kritik.

Charakteristisch für die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung im DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) ist ein tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung. Das DSM-5 fordert zur Vergabe der Diagnose zudem vier aus sieben weiteren Merkmalen:

- Vermeidung beruflicher Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen aus Angst vor Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung,
- Furcht, von anderen nicht gemocht zu werden,
- Zurückhaltung in intimen Beziehungen aus Angst, beschämt oder lächerlich gemacht zu werden,
- starke gedankliche Beschäftigung damit, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,
- Hemmung in neuen zwischenmenschlichen Situationen aufgrund von Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeit,
- Überzeugung, gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv und anderen gegenüber unterlegen zu sein, sowie
- Vermeidung persönlicher Risiken oder neuer Unternehmungen aus Angst vor potenzieller Beschämung (Falkai & Wittchen, 2015).

Zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung von ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung und sozialer Phobie

Differenzialdiagnostisch liegt aufgrund der hohen Überlappung in den diagnostischen Kriterien eine besondere Schwierigkeit in der Abgrenzung der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung von der sozialen Phobie (bzw. sozialen Angststörung). Dies galt insbesondere für den generalisierten Typus der sozialen Angststörung, der bis zur Einführung des DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) spezifiziert werden konnte, wenn die Angst der Betroffenen in den meisten sozialen Situationen auftritt.

Diagnostisch ist die soziale Phobie durch eine übermäßige und irrationale Furcht vor sozialen Situationen oder Leistungssituationen, in denen die betroffene Person von anderen negativ beurteilt werden könnte, gekennzeichnet (Falkai & Wittchen, 2015). Eine starke Überlappung in den Kriterien der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und der sozialen Phobie liegt vor allem in der für beide Störungen charakteristischen Furcht, in zwischenmenschlichen Beziehungen kritisiert zu werden. Diese ist bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung jedoch ausgeprägter und anhaltender und wird zudem ich-synton erlebt (*Leichsenring, Beutel, Salzer, Haselbacher & Wiltink, 2015*). Inhaltlich beziehen sich die Befürchtungen und Ängste bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sehr viel mehr auf zwischenmenschliche Beziehungen, während bei der sozialen Phobie vor allem die sozialen Konsequenzen des eigenen Verhaltens im Vordergrund stehen (*Leichsenring et al., 2015*). Dennoch bleibt die Überschneidung in den diagnostischen Kriterien so hoch, dass bei etwa 56 % der Patienten mit sozialer Phobie zusätzlich die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung vergeben werden könnte, beim generalisierten Subtyp der sozialen Phobie sind es sogar bis zu 90 % (*Reich, 2001*).

Die Beziehung zwischen der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und der sozialen Phobie wurde in einer Reihe von Studien untersucht und kreist um die Frage, ob man bei den Störungsbildern überhaupt von qualitativ unterschiedlichen diagnostischen Kategorien ausgehen kann (z. B. *Chambless, Fydrich & Rodebaugh, 2008; Hummelen, Wilberg, Pedersen & Karterud, 2007; Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2004; Herbert, Hope & Bellack, 1992; Turner, Beidel & Townsley, 1992*).

Hummelen et al. (2007) untersuchten anhand einer Stichprobe von N = 2.192 Patienten, ob sich die soziale Phobie und die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung anhand des Schweregrads unterscheiden lassen. Patienten mit sozialer Phobie ohne komorbide ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung wiesen dabei ein höheres globales Funktionslevel und weniger Symptombelastung sowie interpersonelle Probleme auf als Patienten mit einer reinen ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Eine

ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung war mit einem weiteren Symptomspektrum, mehr interpersonellen Problemen sowie niedrigeren Ausprägungen im Persönlichkeitsmerkmal „Gewissenhaftigkeit“ assoziiert. Auch in einer vergleichenden Studie von *Chambless et al. (2008)* mit $N = 55$ Patienten mit generalisierter sozialer Phobie mit ($n = 36$) und ohne ($n = 19$) komorbide ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung zeigten Patienten mit komorbider ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung weniger soziale Kompetenz und eine schwerere sozialphobische Symptomatik.

Empirische Belege, die für eine qualitative Unterscheidung der sozialen Phobie und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sprechen, stehen bislang aus. Die Forschungsbefunde weisen insgesamt eher darauf hin, dass unterschiedliche Formen sozialer Ängste bis hin zur Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von der Schwere der Ausprägung und Beeinträchtigung und so dimensional als ein Kontinuum betrachtet werden können, wie es auch von *Stangier und Fydrich (2002)* beschrieben wurde. Ihr Kontinuitätsmodell der sozialen Phobie beschreibt einen fließenden Übergang von Schüchternheit und Unsicherheit im normalpsychologischen Bereich über subklinische soziale Ängste bis hin zur sozialen Phobie mit den drei Subtypen: nicht-generalisiert, generalisiert und schließlich der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Ausgehend von der Kontinuitätshypothese wäre die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung folglich als schwere Form der sozialen Phobie zu betrachten.

Komorbiditäten

Häufige Komorbiditäten der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sind affektive Störungen und Angststörungen, hierbei insbesondere die soziale Phobie. *Massion et al. (2002)* untersuchten die Remissionszeiträume von generalisierter Angststörung, sozialer Phobie und Panikstörung in Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen und berechneten hierfür die Komorbiditätsraten in ihrer Stichprobe von $N = 514$ Patienten, die fünf Jahre nach Behandlungsende erneut untersucht wurden. Hierbei ergaben sich zum ersten Messzeitpunkt Komorbiditätsraten der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung mit generalisierter Angststörung von 20 %, mit sozialer Phobie von 35 %, mit Panikstörung mit Agoraphobie von 12 % und mit Panikstörung ohne Agoraphobie von 14 %. *Lampe und Sunderland (2015)* zeigen Komorbiditätsraten der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung mit Depression von 38 %, mit Substanzabusus von 15 %, mit Suizidversuch von 12 % sowie mit Suizidgedanken von 53 %. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt für alle Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen eine Komorbidität mit Angststörungen insgesamt von 11,4 %, mit affektiven Störungen insgesamt von 9,3 %, mit externalisierenden Störungen insgesamt von

5,9 % und mit Substanzmissbrauch insgesamt von 3,2 % an (*Huang et al., 2009*). *Lenzenweger et al. (2007)* zeigen, dass bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen die Komorbidität mit Achse-I-Störungen bezüglich der sozialen Phobie (22,8 %) am höchsten ist. Weitere häufige komorbide Störungen sind dieser Studie zufolge andere Angststörungen, Impulskontrollstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, depressive Störungen sowie Substanzkonsumstörungen und bipolare Störungen (*Lenzenweger et al., 2007*).

Das Vorhandensein einer komorbiden ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung wirkt sich negativ auf die Remissionswahrscheinlichkeit bei generalisierter Angststörung, sozialer Phobie und Panikstörung aus (*Massion et al., 2002*), was die klinische Relevanz der Persönlichkeitsstörungsdiagnose unterstreicht.

Empirische Befunde zu Bindungsstil und Mentalisierung

Eikenaes, Pedersen und Wilberg (2015) untersuchten Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung sowie Patienten mit sozialer Phobie hinsichtlich ihres Bindungsstils. Dabei gingen sie von der Hypothese aus, dass Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung gegenüber Patienten mit sozialer Phobie mehr bindungsbezogene Angst und Vermeidung erleben und insgesamt häufiger einen ängstlich-vermeidenden Bindungsstil aufweisen. Mithilfe des Bindungsfragebogens „Experiences in Close Relationships-Revised“ (ECR-R; *Brennan, Clark & Shaver, 1998*) wurde der Bindungsstil von $N = 70$ erwachsenen Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung mit und ohne komorbide soziale Phobie sowie von $N = 20$ Patienten mit sozialer Phobie ohne komorbide ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung untersucht. Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung wiesen häufiger einen

_____ **Die Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass unterschiedliche Formen sozialer Ängste bis hin zur Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von der Schwere der Ausprägung und Beeinträchtigung als ein Kontinuum betrachtet werden können.** _____

ängstlichen Bindungsstil auf als Patienten mit sozialer Phobie. Zudem erlebten sie mehr Trennungsangst und Angst, verlassen zu werden.

Mentalisieren befähigt das Subjekt zur Verarbeitung und Interpretation von Informationen über die eigenen sowie über die mentalen Zustände anderer. Durch negative Beziehungserfahrungen bzw. eine eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit der primären Bezugspersonen kann es zu Mängeln in der Ausbildung der eigenen Mentalisierungskapazitäten kommen. *Brisch (2009)* beschreibt eine Wechselbeziehung

zwischen der Fähigkeit zur Mentalisierung und der Bindungsfähigkeit. So weist eine unsichere Bindungsbeziehung auf eine eingeschränkte Fähigkeit zur Mentalisierung hin, während die Fähigkeit zur Mentalisierung wiederum stark mit der Kompetenz zusammenhänge, intime zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen und aufrechterhalten zu können. In einer aktuellen randomisiert kontrollierten Studie untersuchten *Johansen et al. (2018)* den Zusammenhang von Defiziten in der Mentalisierungsfähigkeit und Affektwahrnehmung bei $N = 73$ Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung. Patienten mit mindestens einer der beiden genannten Persönlichkeitsstörungen zeigten hier deutliche Defizite in der Mentalisierung und der Affektwahrnehmung. Jedoch wurde bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten gefunden, während diese Korrelation bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eher klein und nicht signifikant ausfiel.

Snir, Bar-Kalifa, Downey, Berenson und Rafaeli (2017) untersuchten affektive Instabilität (bzw. emotionale Labilität) als klinisches Merkmal der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Dazu verglichen sie $N = 156$ Erwachsene mit der Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ($n = 43$) oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ($n = 56$) mit gesunden Kontrollprobanden ($n = 54$), die über einen Zeitraum von 21 Tagen computergestützte Tagebucheinträge (Experience-Sampling-Methode) machten. Anhand der Einträge konnten Tagesunterschiede in den Bereichen Affekt, interpersonale Erfahrungen und Verhalten erfasst werden. Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung zeigten gegenüber den gesunden Kontrollprobanden größere affektive Instabilität, jedoch weniger als Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese größere affektive Instabilität könnte mit einer eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit und einer beeinträchtigten Affektwahrnehmung zusammenhängen.

Psychodynamik der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung

Innerhalb der psychoanalytischen Denktradition wurden den Symptomneurosen zunächst die sogenannten Charakterneurosen gegenübergestellt, Letztere würden wir heute als Persönlichkeitsstörungen bezeichnen. Frühe Autoren wie Abraham, Reich und Fenichel beschrieben die fixierten Verhaltensweisen und Charakterzüge bei Charakterneurosen und verstanden diese unter ihrer Abwehrfunktion (Abraham, 1925; Reich, 1933) und sie stellten beim Charakter bereits auf das jeweils vorherrschende Muster der Ich-Funktionen ab (Fenichel, 1945). Rudolf (2014) beschreibt die Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen insgesamt als typisch neurotische Persönlichkeitsentwicklungen auf mäßig integriertem Strukturniveau und somit als charakterlich verfestigte Abwehr. Auch bei Persönlichkeitsstörungen wird also die klinische

Nützlichkeit betont, diese als „dauerhafte Abwehr und Kompensationsmechanismen“ (Mentzos, 2009, S. 150) zu verstehen.

Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung stellt eine relativ neue diagnostische Kategorie der klassifikatorischen Diagnostik dar und es gibt nur wenige explizite psychodynamische Konzeptualisierungen des Störungsbildes (*Clarkin, Fonagy & Gabbard, 2013*). Mentzos (2009, S. 163) weist zurecht darauf hin, dass die durch Vermeidung abgewehrte Angst aus unterschiedlichen intrapsychischen Konflikten oder Belastungserfahrungen resultieren kann und demnach die Störung als eigenständige diagnostische Kategorie nicht gerechtfertigt erscheint. Auch Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) stellen die Existenz als eigenständige Einheit infrage und subsumieren Patienten mit der Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung unter andere Persönlichkeitsstörungen.

Nach *Clarkin et al. (2013)* lässt sich die Störung „als Kombination eines negativen Selbstbildes (als ungenügend, minderwertig, sozial unbeholfen oder persönlich unattraktiv und von daher nicht liebenswert) mit einem negativen Bild von anderen Menschen (als kritisch, abweisend oder missbilligend und von daher unzugänglich und wenig fürsorglich) konzeptualisieren“ (S. 335). Das chronisch insuffiziente Selbstwertgefühl der Betroffenen würde demnach mit negativen Selbst- und Objektpräsentanzen korrespondieren.

Eine zentrale Gemeinsamkeit von sozialer Angststörung und ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung ist der Schamaffekt, den *Hoffmann (2015)* als „eminent sozialen Affekt“ (S. 71) bezeichnet. In diesem Zusammenhang besteht „eine negative Selbstwerteinschätzung, die Hintergrund und Erhaltungsfaktor des Störungsbildes ist“ (S. 69). Dieses gestörte Selbstbild kann dann das gesamte Denken, Erleben und Handeln bestimmen und führt in der Regel zu Vermeidungsverhalten (*Hoffmann, 2015*). Auch Gabbard (2010) betont die Scham als zentralen Aspekt der Störung. Er geht zudem von einer möglichen genetischen Implikation des Merkmals „Schüchternheit“ aus, die sich dann unter bestimmten Entwicklungsumständen zur ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ausbilden könne. Die umschriebenen gefürchteten Situationen werden gemieden, da in diesen die eigenen schambesetzten Selbstanteile sichtbar werden könnten, sodass das Ich verletzlich wird (Gabbard, 2010). Gabbard (2010) verbindet den Schamaffekt mit einem dysfunktionalen Ich-Ideal, daher wird das Selbst als unzulänglich beurteilt. Demnach kann eine ausgeprägte narzisstische Vulnerabilität bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung bedeutsam sein. Als Kompensation für das defizitäre Selbstbild kommt es zur Entwicklung eines unbewussten Größenselbst, dessen überhöhte Selbstanprüche auf die Außenwelt projiziert werden. Somit kommt es folglich zum subjektiven Erleben von Überforderung und Bedrohung durch externe Ansprüche an die eigene Person. Betroffene erleben dann Abwertung durch die soziale Um-

welt als Folge der Projektion, die zusätzlich durch Vermeidungs- oder anklammerndes Verhalten verstärkt werden kann (Hoffmann, 2015).

Vermutet man in der beschriebenen interpersonellen Dynamik auch ein beziehungsregulierendes Moment, so lässt sich das Symptom eines chronisch insuffizienten Selbstwertgefühls beispielsweise auch als eine Möglichkeit verstehen, sich darüber als vom Objekt ausreichend getrennt und verschieden zu erleben. Hier ließen sich Schwierigkeiten der Nähe-Distanz-Regulation und Selbst-Objekt-Differenzierung vermuten, die im Zusammenhang mit einer Angst vor Selbstverlust stehen könnten. Demnach ließe sich die deskriptive Erscheinung des Störungsbildes auch als ein Modus der Abwehr (Mentzos, 2009) verstehen, der aber noch keine Rückschlüsse auf das jeweils individuell Abzuwehrende zulässt. Aus klinischer Perspektive ist es daher notwendig, die vorherrschenden individuellen konflikt- und strukturpathologischen Dynamiken eines Patienten jenseits der klassifikatorischen Diagnose und über die dominierenden Abwehrmechanismen hinaus zu erfassen.

Evidenz zur Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

Gegenwärtig existieren drei Studien, welche die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie mit anderen bona-fide-Therapien zur Behandlung der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung vergleichen. Dabei wird in allen drei Studien zum Vergleich die kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) herangezogen.

Svartberg, Stiles und Seltzer (2004) verglichen psychodynamische Therapie (n = 25) und CBT (n = 25) mit jeweils 40 Therapiesitzungen in einer randomisiert kontrollierten Studie mit N = 50 Patienten mit einer oder mehreren Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen, von denen n = 31 Patienten die Kriterien einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung erfüllten. Auf Symptomebene und im Bereich der Kernpathologie der Persönlichkeitsstörungen kam es in beiden Gruppen gleichermaßen zu einer signifikanten Verbesserung bei den Patienten. Die Ergebnisse waren auch in einer katamnestic Untersuchung nach zwei Jahren stabil. Durchgängig fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen.

Muran, Safran, Samstag und Winston (2005) verglichen die Wirksamkeit zweier psychodynamischer Therapien (Short-

Term Dynamic Psychotherapy, STDP, n = 41; und Brief Relational Therapy, BRT, n = 41) mit CBT (n = 46) bei Patienten mit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet, von denen N = 28 Patienten die Kriterien der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung erfüllten. Die Behandlungen umfassten jeweils 30 Sitzungen.

— Insgesamt lässt sich festhalten, dass sowohl kognitive Verhaltenstherapie als auch psychodynamische Psychotherapie bei ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung als wirksam gelten können.

Die Autoren fanden lediglich in einzelnen Maßen Unterschiede zwischen den Gruppen, zumeist zugunsten der CBT oder BRT, allerdings existierten diese zum Zeitpunkt der Sechsmonats-Katamnese nicht länger.

In einer randomisierten kontrollierten Studie untersuchten Emmelkamp, Benner, Kuipers, Feiertag, Koster und Van Apeldoorn (2006) die Effekte psychodynamischer Kurzzeittherapie und CBT bei N = 62 Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung. Die kognitive Verhaltenstherapie erwies sich dabei der psychodynamischen Kurzzeittherapie als signifikant überlegen, obgleich es auch innerhalb der psychodynamischen Bedingung zu signifikanten Verbesserungen bezüglich aller Outcome-Maße kam. Diese Studie weist mindestens aus heutiger Sicht jedoch einige methodische Unzulänglichkeiten auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden sollten (*Leichsenring, Klein & Salzer, 2014*).

Einschränkend sind bei allen berichteten Studien insbesondere die geringen Fallzahlen zu nennen, aufgrund derer möglicherweise bestehende Unterschiede in der Wirksamkeit von CBT und psychodynamischer Therapie nicht aufgedeckt werden konnten.

Eine Metaanalyse von 15 Studien zur Stabilität des Behandlungserfolges bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen zeigt zusammenfassend, dass sowohl CBT als auch psychodynamische Psychotherapie zu Verbesserungen der Symptomatik führten, die sich bis zu Follow-up-Untersuchungen nach sechs bis zwölf Monaten als stabil erwiesen (Witold, 2009). Insgesamt lässt sich also festhalten, dass sowohl CBT als auch psychodynamische Psychotherapie bei ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung als wirksam gelten können. Beide Verfahren führen zu einer Linderung der Symptomatik, wobei die Frage nach einer differenziellen Indikationsstellung anhand der vorliegenden empirischen Befunde nicht beantwortet werden kann.

Literatur

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

Chambless, D. L., Fydrich, T. & Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication? *Depression and Anxiety*, 25 (1), 8-19.

Clarkin, J. F., Fonagy, P. & Gabbard, G. (Hrsg.). (2013). *Psychodynamische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Handbuch für die klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Eikenaes, I., Pedersen, G. & Wilberg, T. (2015). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89, 245-260.

Hoffmann, S. O. (2015). Die Psychodynamik der Sozialen Phobie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 14, 67-75.

Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. & Karterud, S. W. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 348-356.

Johansen, M. S., Karterud, S. W., Normann-Eide, E., Rø, F. G., Kvarstein, E. H. & Wilberg, T. (2018). The Relationship between reflective functioning and affect consciousness in patients with avoidant and borderline personality disorders. *Psychoanalytic Psychology*, 35 (4), 382-393.

Lampe, L. & Sunderland, M. (2015). Social Phobia and Avoidant Personality Disorder: Similar but Different? *Journal of Personality Disorders*, 29 (1), 115-130.

Leichsenring, F., Beutel, M. E., Salzer, S., Haselbacher, A. & Wiltink, J. (2015). *Soziale Phobie*. Psychodynamische Therapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Leichsenring, F., Klein, S. & Salzer, S. (2014). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders – a 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis*, 50, 89-130.

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.

Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W. & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 532-545.

Reich, J. (2001). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Hrsg.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (S. 148-161). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Snir, A., Bar-Kalifa, E., Downey, G., Berenson, K. R. & Rafaeli, E. (2017). Affective Instability as a Clinical Feature of Avoidant Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 18 (4), 389-395.

Svartberg, M., Stiles, T. C. & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161 (5), 810-817.

Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (10), 1911-1918.



Maren Brückner M.A.

Lerchenstr. 37
74072 Heilbronn
maren.brueckner@klinikum.weissenhof.de

Maren Brückner ist Psychologin (M. A.) und in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie für Erwachsene am Heidelberger Institut für Psychotherapie (HIP).



Charline Logé M.A.

International Psychoanalytic University
(IPU) Berlin gGmbH
Stromstr. 3b
10555 Berlin
charline.loge@ipu-berlin.de

Charline Logé ist Psychologin (M. A.) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin in den Bereichen empirische Psychotherapieforschung und Alterspsychotherapie. Sie ist in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Psychoanalyse.



Prof. Dr. Simone Salzer

International Psychoanalytic University
(IPU) Berlin gGmbH
Stromstr. 3b
10555 Berlin
simone.salzer@ipu-berlin.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Simone Salzer ist Professorin für Klinische Psychologie und Psychoanalyse an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen. Sie forscht insbesondere im Bereich der empirischen Psychotherapieforschung.

Metakognitive Therapie nach Adrian Wells

Portrait eines modernen, wirksamen und ökonomischen Vorgehens

Lotta Winter & Sebastian Pilgramm

Zusammenfassung: Die metakognitive Therapie (MCT) nach Adrian Wells beschreibt ein theoriegeleitetes psychotherapeutisches Vorgehen, das für viele Störungsbilder anwendbar ist. Ziel ist das Wiedererreichen einer flexiblen Aufmerksamkeit durch Veränderung von Metakognitionen und den Abbau von perseverierenden Denkprozessen. Die Untersuchungsergebnisse zur MCT fallen durch kurze Behandlungsdauern (im Durchschnitt zwölf Sitzungen), große Effektstärken und transdiagnostische Effekte auf. Aufseiten der Patienten¹ zeigt sich eine hohe Akzeptanz des Vorgehens. Insgesamt wird ein ökonomisches und effektives Vorgehen beschrieben, das eine sinnvolle Erweiterung des Psychotherapieangebots darstellt.

Hintergrund und Begrifflichkeiten

Die von Adrian Wells entwickelte metakognitive Therapie wurde aufgrund von Studienergebnissen in der Grundlagenforschung entwickelt, die bei Patienten mit psychischen Störungen einerseits Verzerrungen in der Aufmerksamkeit und gleichzeitig bestimmte Verarbeitungs- bzw. Bewältigungsstile zeigten (Fisher & Wells, 2015). Allen Patienten waren übermäßig selbstfokussierte Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsverzerrungen sowie Sich-Sorgen und Grübeln gemein. Im Unterschied zu bisherigen Annahmen, in denen die Aufrechterhaltung von bestimmten Denkstilen über den Inhalt von negativen Gedanken erklärt wurde, ging Wells mit Entwicklung seines Modells davon aus, dass der Stil des Denkens und die Kontrolle darüber bedeutsam für die Entwicklung psychischer Störungen sind.

Fallbeispiel Herr Z.:

Herr Z. ist ein 46-jähriger Patient, der auf Empfehlung seines Hausarztes zum Erstgespräch erscheint. Herr Z. ist seit mehreren Wochen aufgrund einer depressiven Symptomatik krankgeschrieben. Er hat sich aus vielen sozialen Kontakten zurückgezogen und verbringt die meiste Zeit des Tages im Bett. Der Patient erscheint sehr in sich gekehrt und nachdenklich. Auf Fragen antwortet er häufig mit einer Latenz und kann sich auch beim Sprechen kaum von seinen Gedanken lösen. Er berichtet, fast den ganzen Tag zu grübeln, unabhängig davon, wo er gerade sei oder was er gerade mache.

So nimmt das metakognitive Modell Abstand von der Frage nach den konkreten Inhalten der Kognitionen und fokussiert stattdessen auf den Umgang mit ihnen. Die Frage, was jemand denkt, weicht hier der Frage, wie jemand mit seinen Gedanken umgeht. Alle Menschen haben negative Gedanken, aber nicht jeder entwickelt daraufhin eine anhaltende affektive Störung. Nach der allgemeinen Theorie der Psychopathologie von Wells und Matthews (S-REF-Modell, 1994,

1996 sowie Wells, 2000), sind bestimmte Metakognitionen für die Entwicklung psychischer Störungen ein entscheidender Faktor. Metakognitionen sind die Kategorie von Denken und Kognitionen, die das Denken überwachen und steuern. Als Beispiel beschreiben Fisher und Wells (2015) in ihrem Buch die Kenntnisse und Strategien, die man nutzt, um sich eine neue Telefonnummer zu merken (z. B. Auswendiglernen durch Wiederholen der Nummer im Geiste). Die Initiierung und Regulierung sowie im Verlauf die Überwachung und Beendigung des Merkprozesses werden durch verinnerlichtes Wissen zu solchen Prozessen gelenkt. Es werden also eine ganze Reihe von Metakognitionen abgerufen, um die für die Anforderung hilfreichen Strategien anzuwenden. Bei Menschen mit psychischen Störungen lassen sich Metakognitionen identifizieren, die zu dysfunktionalen Denkprozessen führen. Viele Menschen, die an einer Depression leiden, haben beispielsweise die Annahme, dass sie durch intensives Nachdenken/Grübeln herausfinden werden, wie sie ihre Probleme lösen können. Solch eine Überzeugung hält unter anderem das Grübeln aufrecht. Selbst diejenigen, die keinen Vorteil in solch einem Denkstil sehen, haben in der Regel die Annahme, ihr Grübeln nicht beeinflussen zu können. Die Behandlung setzt folglich bei der Veränderung der Metakognitionen an. Die Inhalte der Gedanken werden nicht zum Gegenstand der Behandlung gemacht. Statt zu fragen, was für oder gegen einen Gedanken spricht, geht es um die Frage, ob es sinnvoll ist, sich bestimmte Gedanken zu machen.

Fallbeispiel Herr Z.:

Herr Z. berichtet von einer für ihn typischen und belastenden Situation: „Ich hatte einen Mittagsschlaf gemacht, weil ich so erschöpft war. Kaum war ich wach, waren die Gedanken daran, dass ich stän-

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 männlichen Sprachform.

dig so müde bin und nie etwas schaffen werde, wenn diese Müdigkeit nicht aufhört, auch schon wieder in meinem Kopf. Ich habe mich dann hingeworfen und darüber gegrübelt, was ich alles nicht geschafft habe und warum ich nichts mehr hinbekomme. Irgendwann hat mich dieses Nachdenken so angestrengt, dass ich überlegt habe, wie ich die Gedanken wieder loswerde. Das habe ich über mehrere Stunden getan, was sehr anstrengend und ermüdend war. Am Ende war ich so kaputt, dass ich mich wieder hingelegt habe.“

Neben der Veränderung von Metakognitionen ist das Auflösen des sogenannten kognitiven Aufmerksamkeitssyndroms (cognitive attentional syndrome, CAS) Ziel der Behandlung. Mit dem CAS werden perseverierende Denkstile sowie nicht hilfreiche Bewältigungsstrategien zusammengefasst. Je nach Störungsbild oder Komorbidität kann das CAS z. B. aus Grübeln, Sich-Sorgen, Bedrohungsmonitoring, Sicherheitsverhalten, Vermeidung, Gedankenkontrollstrategien u. ä. bestehen. Es handelt sich insgesamt um ein dysfunktionales Muster im Umgang mit inneren Ereignissen, das zu unerwünschten Emotionen führt und emotionales Leid aufrechterhält. Das metakognitive Modell der Depression am Fallbeispiel Herr Z. ist in der Abbildung dargestellt.

Ursprünglich wurde das Vorgehen für die Behandlung der generalisierten Angststörung entwickelt (Wells, 1995). Inzwischen liegen Störungsmodelle sowie Behandlungspläne für viele weitere Störungsbilder vor. Neben der Behandlung der Depression, Zwangsstörung und posttraumatischen Belastungsstörung (Wells, 2011), ist das Vorgehen bei Abhängigkeitserkrankungen (Spada, Caselli & Wells, 2013), Hypochon-

drie (Bailey & Wells, 2014), sozialer Phobie (Wells, 2001), der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Nordahl, 2011), psychotischen Störungen (Hutton, Morrison, Wardle & Wells, 2014) und weiteren Störungsbildern beschrieben und untersucht. Eine Übersicht ist unter www.mct-institute.co.uk zu finden.

Vorgehen

Übergeordnete Ziele der Behandlung mit MCT sind die Veränderung von Metakognitionen, das Auflösen des CAS und insgesamt das Erreichen einer flexiblen Aufmerksamkeit. Es ist dabei wichtig, die Gesprächsführung durchgehend auf der metakognitiven Ebene stattfinden zu lassen.

Beispiele für Fragen aus der Metaperspektive:

- Wie lange grübeln Sie schon über Ihre Probleme? Haben Sie auf diese Weise schon Lösungen gefunden? Was erwarten Sie, wie lange es noch dauern wird, bis Sie die Lösung gefunden haben?
- Hilft Grübeln Ihnen, Ihre Situation in ausgewogener Weise zu bewerten?
- Wenn Grübeln hilft, Ihre Depression zu überwinden, warum hat es bisher nicht geklappt?

Das bedeutet, dass keine inhaltlichen Abwägungen disputiert werden, sondern dem Patienten unabhängig von der Genauigkeit seiner Gedanken vermittelt wird, mit ihnen auf eine distanziertere Art in Beziehung zu treten. Ein Kernkonzept hierfür ist die losgelöste Achtsamkeit. Im Unterschied zu andernorts

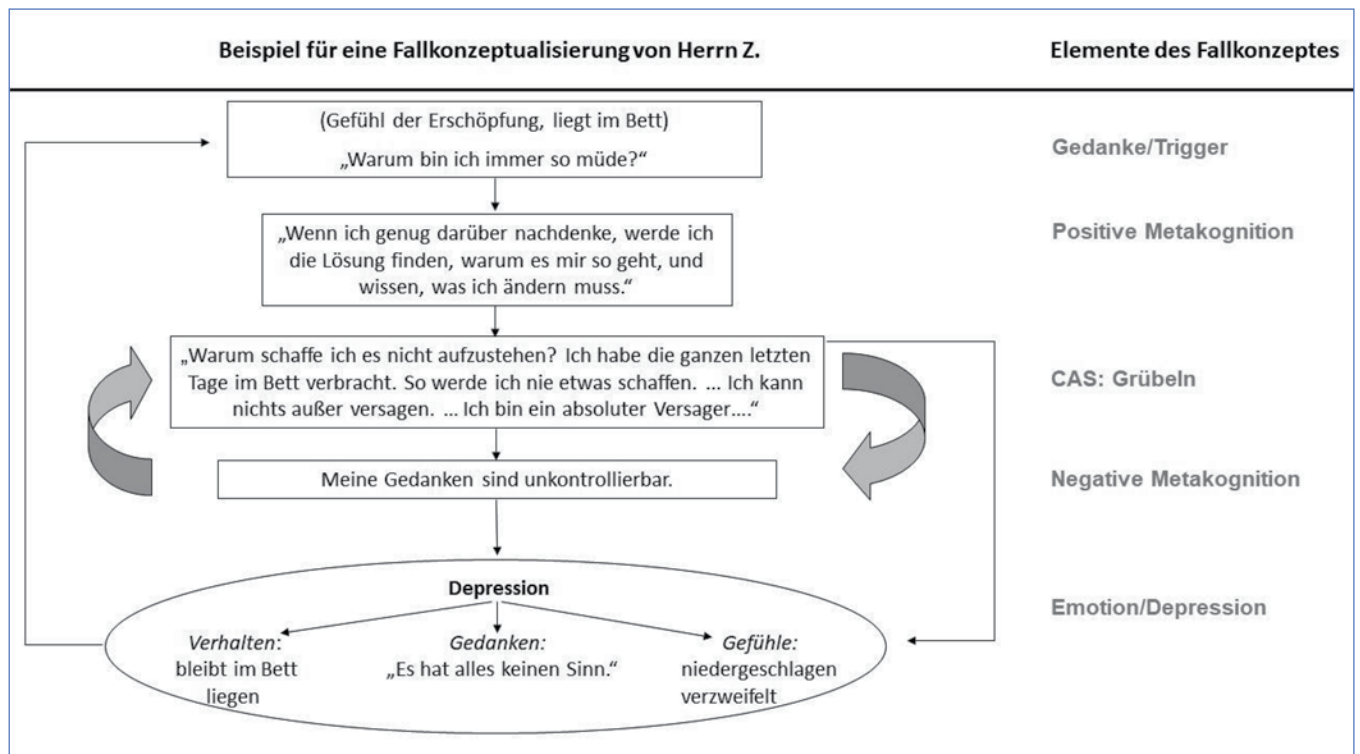


Abbildung: Darstellung des metakognitiven Modells der Depression nach Wells (2011) am Fallbeispiel Herr Z.

Übung/Metapher	Inhalt
Freie Assoziation (zitiert nach Wells, 2011)	„Um mit dem Einsatz von losgelöster Achtsamkeit vertraut zu werden, hilft es, mit spontan auftretenden mentalen Ereignissen zu üben. Dadurch erwerben Sie eine neue Beziehung zu diesen Ereignissen. Ich werde gleich eine Reihe von Wörtern nennen. Ich möchte Sie bitten, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen. Kontrollieren und analysieren Sie nicht, was Sie denken, sondern beobachten Sie nur Ihre eigene Reaktion. Es kann sein, dass nicht viel geschieht, aber es kann auch sein, dass Ihnen Bilder in den Kopf kommen. Es ist nicht von Bedeutung, was genau passiert. Ihre Aufgabe ist es zu beobachten, was passiert, ohne es zu beeinflussen. Probieren Sie dies mit geschlossenen Augen. Ich werde nun einige Worte sagen: Apfel – Geburtstag – Küste – Baum – Fahrrad – Sommer – Rosen. Was haben Sie bemerkt, als Sie Ihre Gedanken beobachtet haben? Die Idee ist, dass Sie diese Strategie auf Ihre negativen Gedanken und Emotionen anwenden. Beobachten Sie einfach, was Ihre Psyche macht, ohne sich auf irgendeine Form von Nachdenken einzulassen.“
Zug-Metapher (zitiert nach Wells, 2011)	„Stellen Sie sich vor, Sie wären ein Reisender, der auf seinen Zug wartet. Ihre Psyche ist wie ein belebter Bahnhof und Ihre Gedanken und Emotionen sind die Züge, die durch ihn hindurchfahren. Es macht keinen Sinn, zu versuchen, einen vorbeifahrenden Zug anzuhalten oder in ihn einzusteigen. Bleiben Sie ein Zuschauer und beobachten Sie Ihre Gedanken, wie sie vorbeifahren. Es macht keinen Sinn in einen Zug einzusteigen, der an einen Ort fährt, an den man nicht möchte.“
Cocktailparty	Der Klient ist auf einer Party, auf der Kellner Getränke und Snacks auf Tablett verteilen. Muss er ein Getränk nehmen, wenn es ihm vom Kellner angeboten wird? Fazit: Genauso, wie er kein Getränk nehmen muss, muss er sich auch nicht auf seine Grübelgedanken einlassen.

Tabelle 1: Übungen und Metaphern zur Vermittlung der losgelösten Achtsamkeit

eingesetzten Achtsamkeitskonzepten ist mit der losgelösten Achtsamkeit keine aktive Strategie beschrieben, sondern allein der Perspektivwechsel, der erreicht wird, wenn Abstand zu einem Gedanken hergestellt ist. Ziel ist es, Gedanken, die im aktuellen Kontext nicht hilfreich oder zielführend sind, keine Bedeutung zu geben. Dies gelingt, wenn nicht auf sie reagiert wird. Zur Vermittlung der losgelösten Achtsamkeit werden Übungen und Metaphern vorgeschlagen. Einige Beispiele sind in Tabelle 1 formuliert.

Neben der spezifischen metakognitiv-fokussierten Gesprächsführung und der Vermittlung der losgelösten Achtsamkeit finden spezifische Verhaltensexperimente und z. T.

Struktur einer MCT-Depressionsbehandlung	
Sitzung 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erstellen eines individuellen Fallkonzepts ■ Vorstellen des metakognitiven Modells der Depression ■ Einführung und Üben des Aufmerksamkeitstrainings (ATT) ■ Hausaufgabe: zweimal/Tag ATT üben
Sitzung 2-3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung des Konzepts der losgelösten Achtsamkeit (DM) ■ Verhaltensexperiment zur Steuerbarkeit von Gedanken ■ Hausaufgabe: ATT üben; DM anwenden
Sitzung 4-5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kritische Überprüfung der Metakognitionen bzgl. fehlender Steuerbarkeit von Gedanken ■ Hausaufgabe: ATT üben; DM anwenden; Aktivitätsniveau erhöhen
Sitzung 5-6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Positive Überzeugungen in Bezug auf Grübeln kritisch prüfen ■ Hausaufgabe: ATT üben; DM anwenden; Aktivitätsniveau erhöhen
Sitzung 7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Negative Überzeugungen bzgl. Emotionen kritisch überprüfen ■ Hausaufgabe: ATT üben; DM anwenden; Aktivitätsniveau erhöhen
Sitzung 8	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schreiben neuer Pläne für die kognitive Verarbeitung ■ Ängste vor Rückfall explorieren und modifizieren ■ Hausaufgabe: ATT üben; neue Pläne implementieren
ab Sitzung 9	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rückfallprophylaxe: Blaupause erstellen ■ Arbeit an residualen metakognitiven Überzeugungen ■ Zukünftige Auslöser antizipieren und Anwendung neuer Pläne besprechen

Tabelle 2: Struktur einer MCT-Depressionsbehandlung (modifiziert nach Wells, 2011)

auch eine metakognitive Art der Exposition Anwendung. Insbesondere in der Depressionsbehandlung hat sich der Einsatz des bereits 1990 konzipierten Aufmerksamkeitstrainings (ATT, Wells, 1990) als wirkungsvoll erwiesen. Durch das Training soll die metakognitive Flexibilität erhöht werden, indem verschiedene Aufmerksamkeitsbereiche trainiert werden. Auch hiermit wird keine Bewältigungsstrategie vermittelt, sondern, ähnlich wie ein Pilot im Flugsimulator das reale Fliegen trainiert, bietet das Aufmerksamkeitstraining die Möglichkeit, die Anforderungen, die für einen gesunden und flexiblen Umgang mit Aufmerksamkeitsprozessen gebraucht werden, zu üben. Tabelle 2 zeigt die Struktur einer MCT-Depressionsbehandlung (modifiziert nach Wells, 2011).

Klinische Anwendung und Wirksamkeit

In der klinischen Anwendung zeigen sich verschiedene Vorteile. Die Behandlungsdauer beträgt im Durchschnitt zehn bis zwölf Sitzungen à 50 Minuten. Auch in einer eigenen Untersuchung (Veröffentlichung eingereicht) an 30 Patienten mit Depression konnte eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 16 Sitzungen ambulanter Psychotherapie bestätigt werden. Die Dauer richtete sich hier nach dem individuellen Therapieverlauf. Das Ziel ist nicht in der reinen Symptomreduktion zu sehen, sondern darin, dass es vielen Patienten wieder gelingt, vom Denken ins Handeln zu kommen und so Lebensbereiche zurückzuerobern, die im Rahmen ihrer Erkrankung deutlich beeinträchtigt waren.

Fallbeispiel Herr Z.:

Im Verlauf der Behandlung berichtet Herr Z. bereits in der vierten Sitzung, deutlich weniger Zeit mit Grübeln zu verbringen. Stattdessen habe er begonnen, seinen Haushalt in Ordnung zu bringen, habe ein paar Spaziergänge gemacht und einen guten Freund angerufen. Mit der zwölften Sitzung konnte die Psychotherapie beendet werden. Herr Z. ging zu diesem Zeitpunkt wieder arbeiten, besuchte das Fitnessstudio und regelmäßige Spieleabende mit seinen Freunden. Auch auf Einladungen, z. B. zu einer Geburtstagsfeier, freute er sich wieder. Herr Z. stand nach eigenen Angaben wieder „mitten im Leben“. Sein persönliches Fazit formulierte er wie folgt: „Ich kann entscheiden, womit ich mich beschäftige und womit nicht.“

Auch in der Fremdbeurteilung gab es bei Abschluss der Therapie keine Hinweise mehr auf depressive Symptome. Der Gesprächsverlauf war schon ab der zweiten Therapiehälfte wieder unauffällig und flüssig. In einer 13. Sitzung zur Verlaufskontrolle vier Monate später bestätigte sich die Remission.

Ein weiterer Vorteil kann darin gesehen werden, dass das zugrunde liegende Erklärungsmodell für Psychopathologien transdiagnostisch gilt. So ist das Vorgehen bei verschiedenen Störungsbildern ähnlich bzw. lassen sich unterschiedliche Störungsbilder in einem Modell erklären und behandeln. Für Komorbiditäten wird kein gestufter Behandlungsplan benötigt, sondern ein gemeinsamer. Darüber hinaus zeigt sich sowohl in Studienergebnissen, aber auch in der klinischen Erfahrung, dass das Vorgehen von Patienten auffallend gut angenommen wird. Geringe Abbruchraten (z. B. *Hagen et al., 2017*) sind ein deutlicher Hinweis auf hohe Akzeptanz aufseiten der Patienten.

Eine aktuelle Metaanalyse (*Normann & Morina, 2018*), in der Studien zu verschiedenen Störungsbildern eingeschlossen wurden, zeigt große Effektstärken sowohl in Prä-Post-Vergleichen (Hedge's $g = 1,72$, $p < 0,001$) als auch in Follow-up-Vergleichen ($g = 1,57$, $p < 0,001$). Untersucht wurden sowohl die primären Kriterien der Symptomreduktion als auch sekundär das Erreichen von veränderten Metakognitionen. Darüber hinaus konnte die Überlegenheit zu Kontrollgruppen (Prä-Post-

Vergleich: $g = 2,06$ zugunsten von MCT) und auch zu einigen anderen Behandlungsmethoden (z. B. Prä-Post-Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie: $g = 0,69$ zugunsten von MCT) bestätigt werden. Die Tatsache, dass neben den primären Symptomen auch große Effekte in der Reduktion komorbider Symptome gefunden wurden, ist ein klarer Hinweis auf die transdiagnostische Anwendbarkeit bzw. transdiagnostischen Mechanismen, die psychischen Störungen, wie in der metakognitiven Theorie beschrieben, zugrunde liegen. Insgesamt kann somit die Besonderheit des Vorgehens in dem auf Grundlagenwissenschaften beruhenden eigenen theoretischen Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und den daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien gesehen werden. Das spezifische Modell grenzt die MCT klar von anderen modernen Entwicklungen in der Psychotherapie ab.

Manche Psychotherapeuten kritisieren sowohl die mangelnde Auseinandersetzung mit biografischen Erfahrungen als auch die geringe Beachtung der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Sowohl die Datenlage als auch die klinische Erfahrung spricht zur Bedeutung dieser andernorts wichtigen Elemente innerhalb des Vorgehens nach der MCT eine andere Sprache. MCT sollte als relevante Erweiterung der Vielfalt psychotherapeutischer Möglichkeiten gesehen werden.

Literatur

- Bailey, R. & Wells, A. (2014). Metacognitive Therapy in the Treatment of Hypochondriasis: A Systematic Case Series. *Cognitive Therapy and Research*, 38 (5), 541-550.
- Fisher, P. & Wells, A. (2015). *Metakognitive Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E., Nordahl, H. M., Fisher, P. et al. (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 8, 31.
- Hutton, P., Morrison, A. P., Wardle, M. & Wells, A. (2014). Metacognitive Therapy in Treatment-Resistant Psychosis: A Multiple-Baseline Study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42 (2), 166-185.
- Nordahl, H. (2011). The ERIS Protocol: MCT for Borderline Personality. Paper presented at the Metacognitive Therapy Conference, Manchester, UK.
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211.
- Spada, M. M., Caselli, G. & Wells, A. (2013). A triphasic metacognitive formulation of problem drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20 (6), 494-500.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2001). The maintenance and treatment of social phobia: A Cognitive Approach. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 38, 717-724.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove: Erlbaum.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling Cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.



Dr. Lotta Winter

Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie
und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Winter.Lotta@mh-hannover.de

Frau Dr. Dipl.-Psych. Lotta Winter ist Psychologin an der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Fachbereichsleitung Psychotherapie des Ambulanzentrums der MHH GmbH. Daneben ist sie wissenschaftlich in mehreren Psychotherapieforschungsprojekten tätig. Schwerpunkte sind hierbei u. a. die metakognitive Therapie, die Neurobiologie der Psychotherapie, Zwangsstörungen, Depression sowie arbeitsplatzfokussierte Psychotherapie. Darüber hinaus ist sie Vorsitzende des Deutschen Instituts für Metakognitive Therapie, das u. a. die Fortbildung in MCT koordiniert.



Dr. Sebastian Pilgramm

Karmarschstr. 44
30159 Hannover
Psychotherapie@Pilgramm.de

Herr Dr. Dipl.-Psych. Sebastian Pilgramm ist niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut in Hannover. Neben seiner klinischen Tätigkeit ist er wissenschaftlich und in der Lehre tätig. Schwerpunkt ist hierbei v. a. die metakognitive Therapie. Dr. Pilgramm ist ebenfalls im Vorstand des Deutschen Instituts für Metakognitive Therapie.

Engagement für das Psychotherapeutengesetz

Diotima-Ehrenpreis 2018 für Ellen Bruckmayer und Hans-Jochen Weidhaas

Christina Tophoven

Ellen Bruckmayer und Hans-Jochen Weidhaas erhielten am 16. November 2018 in Berlin den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft. Ihr herausragendes Engagement trug entscheidend dazu bei, dass vor rund 20 Jahren das Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde. Dank dieses Gesetzes können sich Menschen mit psychischen Erkrankungen direkt an einen Psychologischen Psychotherapeuten¹ oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wenden. Das Gesetz eröffnete außerdem den Weg zur Gründung von Landespsychotherapeutenkammern und führte zur Integration der Psychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und in die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Laudatio für die Preisträger

„Der Diotima-Ehrenpreis 2018“, eröffnete Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Festveranstaltung, „wird an eine Kollegin und einen Kollegen verliehen, die durch ihre sachliche Leidenschaft, ihr Verantwortungsgefühl, ihr distanziertes Augenmaß und ihre Dialogfähigkeit die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes ermöglichten.“ Beiden sei es gelungen, innerhalb der Profession einen Meinungsbildungsprozess anzustoßen und zu begleiten, der sehr unterschiedliche und kontroverse Positionen zusammenführen musste.

Munz erinnerte an die große Koalition der Konsensfähigen, die Voraussetzung dafür war, dass das Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde. „Das zu erreichen, erforderte nicht nur einen klaren Blick auf das Ziel und große Standfestigkeit in der Sache, es erforderte auch Respekt vor dem Gegenüber. Respekt vor den Interessen und der Interessenvertretung der anderen, die die eigene Position nicht teilen.“ Es sei insbesondere auch das Verdienst von Ellen Bruckmayer gewesen, diese Basis zu schaffen, die damals den Dialog ermöglichte und die die Chance eröffnet habe, tragfähige Kompromisse zu erreichen.

Der BPtK-Präsident beschrieb, wie sehr für Hans-Jochen Weidhaas die fachliche und wirtschaftliche Augenhöhe mit Ärzten ein Motor für sein jahrzehntelanges Engagement für

Überblick: Entstehungsgeschichte des Psychotherapeutengesetzes

Der erste Versuch eines Psychotherapeutengesetzes scheiterte 1978 bereits im Stadium des Referentenentwurfs. Eine Ursache war die Uneinigkeit der Psychotherapeuten über die Zukunft ihrer Profession. Einen zweiten Anlauf initiierte ein Forschungsgutachten, das die damalige Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Prof. Dr. Ursula Lehr, 1988 in Auftrag gab. Dieser Anlauf scheiterte im parlamentarischen Verfahren an der Frage einer Selbstbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten.

Auch der dritte Anlauf, der schließlich erfolgreich sein sollte, war zwischenzeitlich immer wieder vom Scheitern bedroht. Erst im Vermittlungsausschuss gelang 1998 ein Kompromiss, bei dem die berufs- und sozialrechtlichen Teile des Psychotherapeutengesetzes von einer sozialrechtlichen Regelung zur Zuzahlung abgekoppelt wurden. Die endgültige Entscheidung trafen dann Bundestag und Bundesrat mit überwältigender Mehrheit, denkbar knapp vor dem Ende der 13. Legislaturperiode.

Neben der Selbstbeteiligung waren viele andere Themen ausgesprochen kontrovers diskutiert worden. Dazu gehörte die Integration der Psychotherapeuten in das System der KVen oder die Qualitätsanforderungen, die Psychotherapeuten für eine bedarfsunabhängige Ermächtigung und nach den Übergangsregelungen nachzuweisen oder zu erwerben hatten.

Eine Koalition der Konsensfähigen verhalf aber diesem dritten Anlauf letztlich zum Erfolg. Diese Koalition war eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die im Werden begriffene Profession für ihre Anliegen das notwendige politische Gehör fand.

Bei beiden parlamentarischen Verfahren war Horst Seehofer Bundesgesundheitsminister. Für die SPD haben sich Horst Schmidbauer und für die FDP Dr. Dieter Thomae in den parlamentarischen Beratungen engagiert. Weitere Berichterstatter waren Sigrun Löwisch (CDU/CSU), Monika Knoche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) und Dr. Ruth Fuchs (PDS).

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 männlichen Sprachform.

Lebenslauf Ellen Bruckmayer

1962	Studium der Soziologie in Tübingen
1963 bis 1968	Studium der Psychologie in München
1973 bis 1980	Nach Kinderpause Beginn der Berufstätigkeit in der Beratungsstelle für Jugend- und Erziehungsfragen in Waiblingen, erst als Angestellte, dann (bis 1980) mit Werkvertrag
1974 bis 1979	Psychoanalyse-Ausbildung an der Stuttgarter Akademie für Tiefenpsychologie und analytische Psychotherapie
1980 bis 2018	Niederlassung in freier Praxis in Feldafing
1989 bis 2001	Mitglied im geschäftsführenden Vorstand der DGPT, zuerst als Vorsitzende der Fachpsychologen-Kommission, ab September 1995 als Vorsitzende der Sektion Psychologische Psychoanalytiker
1998	Berufung in den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 93 Absatz 2a Satz 3 SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit; Mitglied im Unterausschuss Psychotherapie bis Juli 2005
1999 bis 2010	Delegierte der Vertreterversammlung und Mitglied im Beratenden Fachausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
1999 bis 2016	Delegierte der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sowie Mitglied und zeitweise Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses
1999	Gründungsmitglied der Psychotherapeutenkammer Bayern
2003 bis 2007	Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern
2007 bis 2012	Stellvertretende Vorsitzende der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Bayern
2003 bis 2012	Delegierte der Deutschen Psychotherapeutentage

Lebenslauf Hans-Jochen Weidhaas

1980	Diplom in Psychologie, Studium der Fächer Psychologie, Philosophie und Pädagogik in Freiburg, Kiel und Tübingen
1981 bis 1987	Berufstätigkeit an der Psychosomatischen Fachklinik in Bad Dürkheim; Weiterbildung zum Psychotherapeuten; Dozent, Supervisor und Gutachter für Verhaltenstherapie
1987 bis 2017	Niedergelassener Psychotherapeut in Bad Dürkheim in freier Praxis
1987 bis 2006	Mitglied im Bundesvorstand der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten
1994 bis 2005	Bundevorsitzender der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten
2006 bis 2011	Nach der Fusion der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten mit dem Deutschen Psychotherapeutenverband im Bundesvorstand der neu gegründeten Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)
1998 bis 2011	Berufung in den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen gemäß § 93 Absatz 2a Satz 3 SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit
2002	Gründungsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz; Mitglied der Vertreterversammlung bis zur Amtsniederlegung am 1. Juli 2012
2003 bis 2011	Delegierter der Deutschen Psychotherapeutentage
2005 bis 2011	Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; stellvertretendes unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und stellvertretender Vorsitzender des Unterausschusses Psychotherapie im G-BA
2011 bis 2017	Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

das Psychotherapeutengesetz war. Dass Psychotherapeuten heute Angehörige eines freien Heilberufes mit beruflicher Selbstverwaltung seien, verdankten sie auch seinem Engagement und seiner Bereitschaft, sich auf einen langen politischen Weg zu begeben, Mehrheiten zu finden, politische Absprachen einzuhalten und viel, viel Zeit zu investieren.

Munz erinnerte daran, dass beide Preisträger nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes in ihren Kammern, den KVen und der KBV mitgearbeitet hatten. Gegenseitiger Respekt und eine ausreichende Portion an Realismus hätten dazu geführt, dass Ärzte und Psychotherapeuten heute ihre Zukunft gemeinsam gestalten können. „Dank des Psychotherapeutengesetzes gehören heute Psychotherapeuten

selbstverständlich zur Selbstverwaltung, sie diskutieren und vor allem: sie entscheiden mit“, betonte Munz.

Die Podiumsdiskussion

Für Ellen Bruckmayer, so erläuterte sie in der anschließenden Podiumsdiskussion, lag der Fokus zunächst auf den deutlichen Spannungen zwischen Richtlinien- und Erstattungspsychotherapeuten auf der einen Seite und zwischen Ärzten und Psychotherapeuten auf der anderen Seite. „Es war mir ein großes Anliegen, diese Spannungen zu überwinden. Denn die Politik hatte immer wieder gesagt: Einigt euch, dann kriegt ihr das Gesetz!“ Ein weiteres Hauptanliegen sei ihr gewesen,

das Delegationsverfahren in der ambulanten Versorgung zu beenden, das lediglich eine Kann-Bestimmung war. „Durch die Spannungen, die damals bestanden, gab es bereits erste Fälle, bei denen Ärzte die Delegation verweigerten. Das hat den ambulant Tätigen noch einmal deutlich Druck gemacht: Wir müssen selbstständig werden. Zumal wir innerhalb der KVen auch keinerlei Rechte hatten. Wir durften nicht einmal gegen unsere eigenen Honorarbescheide Widerspruch einlegen – das musste immer der Delegationsarzt für uns machen.“

Keinerlei Rechte in der stationären und ambulanten Versorgung

Auch Hans-Jochen Weidhaas erinnerte an die schwierige Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz. Er habe damals in einer Klinik gearbeitet. „Wir hatten die Situation, dass wir zwar die Fortbildungen und die Weiterbildungen auch für Ärzte machen durften, auch die Arztbriefe schreiben – aber wir durften sie nicht unterschreiben. Diesen Zustand wollte ich nicht akzeptieren. Ich hatte also ein ganz persönliches Motiv. Und das ist dann noch gesteigert worden, als mir klar wurde, wie die Realität im Delegationsverfahren ausschaute. Die Leibeigenschaft wurde in Deutschland zuletzt in Preußen abgeschafft. Aber hier hatte sie sich noch erhalten.“ Und ein Drittes kam für ihn hinzu: Die Ausbildung war damals in der Psychotherapie-Richtlinie und in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt. „Da gehörte sie nie im Leben hin“, erklärte Weidhaas. „Bei allem Respekt, es ist nicht Aufgabe von Krankenkassen und Ärzteschaft, die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu regeln.“

Wildwuchs an Heilbehandlern

Für Erika Behnsen, damals Leiterin des Referats Vertragsarztrecht im Bundesgesundheitsministerium, bestand ein gravierendes Problem darin, dass es damals keinen geregelten psychotherapeutischen Beruf gab: „Psychotherapeuten brauchten eine Heilpraktikererlaubnis oder waren Hilfspersonen von Ärzten. Es gab einen ‚Wildwuchs‘ an psychotherapeutischen Heilbehandlern. Die Krankenkassen durften aber nicht irgendetwas Beliebiges bezahlen, deshalb waren die Ärzte dafür verantwortlich, dass die Person, an die sie delegierten, qualifiziert war und vom Bundesausschuss anerkannte Verfahren anwandte.“

„Wie sollte der Gesetzgeber allen Beteiligten gerecht werden?“, fragte Behnsen. Natürlich habe ein solches Gesetz, das einen mit den Vertragsärzten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gleichberechtigten Beruf schuf, Ängste bei den Vertragsärzten, aber auch bei den Krankenkassen ausgelöst. Deshalb habe man den Psychologischen Psychotherapeuten auch nicht alle Befugnisse zugebilligt, die Vertragsärzte in der GKV haben. Bis heute dürften sie zum Beispiel keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Für psychisch kranke Menschen sei das durchaus problematisch. Die psychotherapeu-

tisch tätigen Ärzte hätten auch Angst vor der Konkurrenz der Psychotherapeuten gehabt: „Ärzte hielten sich doch eigentlich dafür prädestiniert, die Einheit von Psyche und Somatik zu sehen und eine entsprechende Behandlung anzubieten, aber eben nicht die Psychologischen Psychotherapeuten“. Diese Probleme seien bis heute nicht ganz überwunden. Dabei hätte sie, „ganz naiv wie ich damals war“, gedacht, die Professionen wüchsen zusammen. Die ärztlichen Psychotherapeuten und die Psychologischen Psychotherapeuten hätten doch eine gemeinsame Aufgabe: die psychischen Störungen der Patienten zu behandeln. Und sie hätten doch die gleichen, um nicht zu sagen dieselben, Interessen. „Aber das stimmt wohl nicht. Bis heute.“

„Ich stand hinter diesem Gesetzgebungsverfahren“, erläuterte Behnsen, „weil ich es unmöglich fand, dass die Psychologischen Psychotherapeuten, wenn sie die erforderliche berufliche Qualifikation erfüllten, nicht auf Augenhöhe mit den Ärzten stehen sollten. Das fand ich ein Unding. Völlig absurd. Diese ungerechtfertigte Ungleichbehandlung hat mich dazu gebracht, für dieses Gesetz zu kämpfen.“

Keine Aufweichung der solidarischen Strukturen

Horst Schmidbauer (SPD, damals im Deutschen Bundestag Mitglied des Ausschusses für Gesundheit und Berichterstatter für das Psychotherapeutengesetz) hob hervor, dass die Diskriminierung und Vernichtung psychisch kranker Menschen während des Nationalsozialismus bis heute Folgen haben. Menschen legten in Sachen Psyche eine besondere Zurückhaltung an den Tag, weil für sie damit eine Minderbewertung verbunden sei. „Für mich persönlich stand damit fest, dass es dringend einer Öffnung, Information und Aufklärung bedurfte. Es hat mich sehr berührt, dass Menschen nicht wussten, dass sie dringend Hilfe brauchten, oder dass sie den Weg nicht kannten oder dass Barrieren verhinderten, überhaupt den Weg zu einer Behandlung zu finden, die irgendetwas mit Psyche zu tun hatte.“

Schmidbauer erinnerte daran, dass die SPD ihre Vorstellungen zu einem Psychotherapeutengesetz mit einem eigenen Gesetzentwurf in das parlamentarische Verfahren eingebracht hatte. Zentral seien für ihn dabei die Interessen der Patienten gewesen. Das Psychotherapeutengesetz sollte nicht „über die Hintertür eine Aufweichung der solidarischen Struktur der Gesellschaft“ ermöglichen. Zuzahlungen, Erstattungsleistungen, „all diese Geschichten, die damals eine Rolle spielten“ sollten nicht in das Gesetz Eingang finden. „Wir wollten unter keinen Umständen, dass mit dem Psychotherapeutengesetz ein Exempel geschaffen wird, dass ein neues Gesundheitssystem, ein von der Finanzierung her gesehen nicht-solidarisches, eingeführt wird.“

Deshalb sei es auch im Vermittlungsausschuss zur Zweiteilung des Gesetzes gekommen: in ein Psychotherapeutengesetz und in ein Gesetz zur Regelung der Zuzahlung. Ein

weiterer Punkt, der ihm bis heute durch den Kopf gehe, sei: „Es fließen pro Tag eine Milliarde Euro durch die Röhren des Gesundheitssystems. Eine Milliarde pro Tag! Und wir sind nicht in der Lage, bis heute, eine Vergütung und Bezahlung der Leistungen für psychisch kranke Menschen so zu gestalten, dass eine Zufriedenheit, eine Wertschätzung und Anerkennung für die Arbeit von Menschen, die in diesem Sektor tätig sind, rüberkommen.“ Deshalb sei es allerhöchste Zeit, dass wir die Finanzierungsgrundlagen so gestalten, „dass sie ebenbürtig und gleichrangig sind mit denen, die für den somatischen, körperlichen Bereich gelten.“

Sicherstellung für den Bereich der Psychotherapie

Dr. Rainer Hess, damals Hauptgeschäftsführer der KBV, wies darauf hin, dass die KVen damals den Sicherstellungsauftrag für den Bereich der Psychotherapie nicht erfüllen konnten. „Wir hatten zu wenig Ärzte in der Psychotherapie. Wir brauchten die Verhaltenstherapeuten, wir brauchten die analytischen Psychotherapeuten, um den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen.“ Deswegen sei auch das Delegationsverfahren eingeführt worden. „Das war aber ein untragbarer Zustand, auch aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.“ Es sei aber die einzige Möglichkeit gewesen, die Psychotherapeuten in dieses System hineinzubekommen, da der ihnen zugemutete Status einer Tätigkeit als Heilpraktiker eine Einbeziehung als Leistungserbringer der GKV rechtlich ausgeschlossen hätte. Der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer habe außerdem klar gemacht, dass es ein Psychotherapeutengesetz nur geben werde, wenn die Finanzierung garantiert sei. „Diese Koppelung war für uns die Herausforderung.“ Es galt, relativ schnell eine Entscheidung herbeizuführen: „Integrieren wir jetzt die Psychotherapeuten im Delegationsverfahren in die vertragsärztliche Versorgung? Oder schaffen wir für sie einen eigenen Leistungsbereich? Oder verweisen wir die Psychologischen Psychotherapeuten auf die Heilmittelerbringung? Also auf die Schiene eines verordneten Heilmittels? Und was sollte aus den ärztlichen Psychotherapeuten werden? Es ging um die gleiche Leistung, die erbracht wird.“ In dieser Situation habe sich die KBV für das Integrationsmodell entschieden. „Das Delegationsverfahren musste, um die Einheitlichkeit zu behalten, sich zum Integrationsmodell entwickeln. Das ist zwangsläufig gewesen damals.“

Den Bedarf zu decken, war der Job der Krankenkassen

Thomas Ballast, damals Leiter des Referats Ärzte beim Verband der Angestelltenkrankenkassen und heute stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, erinnerte daran, dass die 1990er Jahre in der Gesundheitspolitik von starker Budgetierung geprägt waren, die sich bis in die Nullerjahre fortsetzte. „Und dazwischen hatten wir auf einmal ein Leistungsgesetz oder zumindest ein Gesetz, das eine neue Berufsgruppe in die Regelversorgung integrierte. Das war schon etwas Besonderes.“

Aufgabe der Krankenkassen sei es gewesen, einen Versorgungsbedarf zu decken, der gesellschaftlich bis dahin nicht wahrgenommen worden war. Seit dem Zweiten Weltkrieg habe die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen Stück für Stück abgenommen. „Noch in den 1970er Jahren hätten Sie kaum jemanden gefunden, der zugegeben hätte, eine Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben.“ Das habe sich erheblich geändert und dadurch habe sich auch ein größerer Bedarf herauskristallisiert. Diesen Bedarf zu decken, sei „der Job der Krankenkassen“ gewesen. Er sei aber weder durch die Ärzte noch durch die Psychotherapeuten im Delegationsverfahren zu decken gewesen.

Der zweite Punkt sei gewesen: „Wir brauchten Rechtssicherheit.“ Ein Landessozialgericht hatte 1996 zwei Regelungen zur Kostenerstattung aufgehoben. „Die Kassen standen damit im Grunde vor dem Nichts.“ Ein geregeltes Kostenerstattungssystem war gerichtlich gescheitert. „Irgendetwas musste passieren.“

Schließlich hätten die Kassen auch den Verwaltungsaufwand verringern wollen. „So ein Erstattungsverfahren zu händeln ist nicht ganz einfach.“ Deswegen hielten sie das Integrationsmodell für die richtige Lösung. „Dadurch hatten wir über das KV-System einen einheitlichen Ansprechpartner für die Leistungen und die Abrechnungen.“ Und der Nebeneffekt, über Kammerstrukturen auch eine Harmonisierung der Psychotherapeutenwelt zu erreichen, sei „durchaus auch zu begrüßen gewesen“.

Minimale Unterschiede zu den Ärzten

BPtK-Präsident Munz arbeitete Ende der 1990er Jahre bereits in einer Klinik, in der die Psychotherapeuten den Ärzten praktisch gleichgestellt waren. „Ich habe die Arztbriefe mitunterzeichnet. Unser Chefarzt war juristisch sehr bewandert. Dass er das gemacht hat, hat mich immer gewundert.“ Die Unterschiede zu den Ärzten seien minimal gewesen. Die Klinik sei für ihn „eine Insel der Glückseligen“ gewesen. Das Psychotherapeutengesetz habe ihn deshalb „relativ wenig bewegt“. Ihn hätten andere Probleme beschäftigt, zum Beispiel dasjenige, einen Betriebsrat zu gründen. „Ich begann erst 1999, also nach Inkrafttreten des Gesetzes, mich mit der Gesundheitspolitik zu befassen und berufspolitisch zu engagieren.“ Das Psychotherapeutengesetz habe primär Regelungen zur ambulanten Versorgung geschaffen. „Und das wirkt, wenn wir genau hingucken, bis heute nach.“

Neustart durch ein Forschungsgutachten

In einer zweiten Runde widmete sich das Podium der Chronologie der Beratungen des Psychotherapeutengesetzes. Für Hans-Jochen Weidhaas war das „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“, mit dem Prof. Dr. Adolf Ernst Meyer in Hamburg beauftragt wurde, der entscheidende Neustart für einen zweiten Anlauf zu einem Psychotherapeutengesetz. Prof. Dr. Ursula Lehr, damals

Gesundheitsministerin im Kabinett unter Dr. Helmut Kohl, habe die Gunst der Stunde genutzt und das Gutachten in Auftrag gegeben. „Ohne Sie wäre das Psychotherapeutengesetz fraglos nicht gekommen“, wandte er sich dankend an die anwesende Professorin. Eine Arbeitsgruppe, die das Forschungsgutachten begleitete, und eine „Spiegel-AG“ der Verbände hätten sich immer gleichzeitig getroffen. Ziel sei es gewesen, „das Drama, uns völlig zerstritten der Öffentlichkeit zu präsentieren“, nicht zu wiederholen. Dies sei anfangs eine ganz wichtige Weichenstellung für das Gelingen des Psychotherapeutengesetzes gewesen. Später sei aus der besagten Spiegel-AG der „Gesprächskreis II“ entstanden.

Annäherung zwischen Richtlinienverbänden und Erstattungspsychotherapeuten

Ellen Bruckmayer berichtete, dass sich die Psychotherapeuten-schaft damals auf zwei große Arbeitsgemeinschaften verteilt hatte. Die Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände (AGR) und die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT), die die Erstattungspsychotherapeuten vertrat. „Es gab große Spannungen wegen der Qualitätsunterschiede. Wir Delegationspsychotherapeuten waren an den von der KBV genehmigten Instituten ausgebildet, gleich ausgebildet wie die Ärzte. Unser Anliegen war es, das Qualitätsniveau der Richtlinien im Gesetz zu verankern. Zweiter Streitpunkt war, dass die Kostenerstatter Verträge außerhalb des KV-Systems wollten, so eine Art eigene Kassenpsychotherapeutische Vereinigung. Unser Anliegen war dagegen die Integration.“

Angesichts dieses Konflikts löste sich die Spiegel-AG auf und es bildeten sich zwei Gruppierungen. „Das war auf der einen Seite furchtbar schmerzlich, Angst machend, auf der anderen Seite auch eine Erleichterung.“ Jetzt war für alle sichtbar: AGR und AGPT haben unterschiedliche Interessen. Allerdings war zugleich klar: „Wir müssen wieder zusammenkommen.“ Insbesondere unter dem Druck, dass die vertraglich geregelte Kostenerstattung für rechtswidrig erklärt wurde. Deshalb tagten die beiden AGen zwar getrennt, aber zur gleichen Zeit am gleichen Ort. „Damit wurden wieder Gespräche und mit der Zeit Absprachen möglich.“ Und mit der Zeit habe es auch wieder einen Gesprächskreis gegeben, „der mit einem Wort geredet hat“.

Ein Kammersystem war angesagt

Horst Schmidbauer blieb bis heute „das sehr bunte Bild und die Vielfältigkeit der psychotherapeutischen Organisationen“ in Erinnerung. Das habe ihn, der vorher „gegen ein Kammer-system durchaus Vorbehalte hatte“, zu der festen Überzeugung gebracht, „dass es ohne Kammern nicht geht“. Eine Kammer sei für ihn ein wichtiger Baustein gewesen, „die Dinge neu und gut zu ordnen“. Er habe auch innerhalb der SPD

dafür werben müssen. „Aber die Vielfalt, die ich kennengelernt habe, hat mir gezeigt, dass man eine Institution haben muss, an die dann auch alle gebunden sind.“

Trotz der Vielfalt seien die Psychotherapeuten aber aktionsfähig gewesen. „Ich hätte nie gedacht, dass ich mal an der Spitze eines Demonstrationzugs mit Psychotherapeuten durch Bonn marschieren würde. Aber das hat es gegeben.“ Daraus könne man auch heute noch lernen: „Kontroversen hin oder her. Am Ende heißt es: Gemeinsam marschieren!“ Und er habe noch einen Appell an die Gegenwart: „Bitte denken Sie daran, die Wirksamkeit der Psychotherapie mit guten Studien zu belegen. Damit Ihre Arbeit nachvollziehbar wird für andere, die nicht in der Materie fachlich drinstecken.“ Damit könne besser nachvollzogen werden, dass eine gute und geregelte psychotherapeutische Versorgung auf der einen Seite Geld spare und auf der anderen Seite kranken Menschen einen besseren Weg schaffe. „Die Sympathien für eine psychotherapeutische Versorgung in Deutschland könnten so noch weiter ausgebaut werden.“

Das Problem war das Budget, nicht die Integration

Mit dem Psychotherapeutengesetz erfolgte auch die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das System der KVen und der KBV. „Die Integration hat“, so Rainer Hess, „gut geklappt,

— „Wir haben heute einen ganz anderen Stellenwert der Psychotherapie, auch in der vertragsärztlichen Versorgung.“ —
Dr. Rainer Hess

weil sich ja ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten zumindest fachlich gut verständigen konnten.“ Die Psychotherapie habe damals bei Ärzten allerdings kein so großes Ansehen genossen. Das sei gewachsen, das müsse man deutlich sagen. „Wir haben heute einen ganz anderen Stellenwert der Psychotherapie, auch in der vertragsärztlichen Versorgung.“ Das sei auch eine Folge der Integration. Das große Problem zwischen den unterschiedlichen Heilberufen sei aber das Budget gewesen. Das Budget wurde von Beginn an zu gering bemessen. Der Auslöser des Streits sei gewesen, dass das Budget dann auch noch auf unbestimmte Zeit verlängert wurde. Von da an ging es nicht mehr um Sympathie, sondern um die Verteilung von Geld. Das habe die beiden Gruppen auseinandergetrieben.

Vergütung gar nicht so schlecht

Thomas Ballast entgegnete, dass die Psychotherapiestunde einer der wenigen Bereiche sei, in denen zwischen Einheitlichem Bewertungsmaßstab und dem 2,3-fachen Satz

der Gebührenordnung für Ärzte praktisch kein Unterschied bestehe. Deshalb finde er, dass die Psychotherapeuten trotz aller Startschwierigkeiten doch auch sehr erfolgreich waren. Andererseits fände man keinen Leistungserbringer im Gesundheitssystem, der nicht meine, dass seine Vergütung noch besser sein könne. Wichtig sei aber, an der inhaltlichen Struktur der Versorgung weiterzuarbeiten. Seit letztem Jahr gebe es mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie und der psychotherapeutischen Sprechstunde auch eine andere Struktur. Damit würde das Erfolgsmodell, das im Jahr 1998 begonnen wurde, fortgesetzt.

Erstzugangsrecht für die Patienten

Dem pflichtete Erika Behnsen bei. Der Ausbildungsteil des Gesetzes und das Integrationsmodell hätten einen gut ausgebildeten Heilkundler zur psychotherapeutischen Behandlung der gesetzlich Versicherten geschaffen. „Vorher gab es nicht nur die toll ausgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten, die fünf Jahre Psychologie studiert und dann noch in Ausbildungsstätten gearbeitet haben, sondern es gab Lehrer, es gab Soziologen, es gab Pastoren, die psychotherapeutisch tätig sein wollten.“ Dadurch, dass die Qualität der Ausbildung gesetzlich geregelt wurde, wurde auch das Erstzugangsrecht des gesetzlich Versicherten zum Psychotherapeuten verant-

—— „Bis heute besteht in der Bedarfsplanung eine Ungleichverteilung zwischen Städten und ländlichen Regionen, die nicht der Morbidität entspricht.“ – Dr. Dietrich Munz

wortbar. Ein Patient müsse heute nicht mehr überlegen: „Ich gehe erst zum Hausarzt. Und der sagt: Ich weiß auch nicht so richtig und schickt mich zum Psychiater. Wenn ich dann einen finde, muss ich meine Geschichte noch einmal erzählen. Und dann komme ich erst zu dem von ihm delegierten Psychotherapeuten und muss mich fragen, ob sein Therapieangebot für mich passend ist. Das alles ist weg. Ich kann jetzt meinen ärztlichen oder meinen psychotherapeutischen Therapeuten frei wählen.“ Das Gesetz sei insgesamt „gut gelungen“.

Ein „dunkler Punkt ist allerdings noch die Bedarfsplanung. Das müssen wir noch verbessern!“ Außerdem: Psychotherapeuten müssten sich in den Stadtteilen niederlassen, in denen sozioökonomisch benachteiligte Menschen wohnen, weil diese häufiger psychisch krank würden. In Berlin beispielsweise sollten Psychotherapeuten ihre Praxen nach Marzahn-Hellersdorf oder Lichtenberg verlegen.

Bedarfsplanung an der Morbidität orientieren

Auch BPTK-Präsident Munz sah erhebliche Mängel in der heutigen Bedarfsplanung: „Bis heute besteht eine Ungleichverteilung zwischen Städten und ländlichen Regionen, die nicht

der Morbidität entspricht.“ Insbesondere in ländlichen Regionen gebe es viel zu wenige Psychotherapeuten je Einwohner und monatelange Wartezeiten.

Erheblicher Nachholbedarf bestünde allerdings auch bei der Vergütung. „Ich fand es immer wieder fatal, dass wir unsere Vergütung über das Bundessozialgericht erstreiten müssen. Immer wieder mussten wir Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen zwingen nachzubessern.“ Das sei nicht tragbar. „Wir sind auch hier dran – sowohl im kassenärztlichen System als auch in den Kammern.“

In der Schlussrunde befasste sich das Podium mit der anstehenden nächsten Reform der Psychotherapeutenausbildung. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Podiumsteilnehmer war die Frage: Was würden Sie der Profession raten?

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Rainer Hess begrüßte die Reform des Psychotherapeutengesetzes und den Plan der Profession, sich bei Aus- und Weiterbildung dem Arztberuf anzunähern. „Das finde ich richtig, denn das ist an sich die konsequente Fortentwicklung der Eigenständigkeit, die Sie für sich zu Recht in Anspruch nehmen.“ Auch die Zusammenführung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den Psychologischen Psychotherapeuten zu einem Beruf sei eine konsequente Weiterentwicklung des Berufsbildes. Mit der Weiterbildung verliere der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jedoch seine Steuerungskompetenz und das Landesrecht gewinne an Bedeutung. Die Gespräche mit der Politik zeigten, dass sie bereit sei, diesen Weg zu gehen.

Nächste Reform ermöglicht Feinschliff

Auch für Horst Schmidbauer wiesen die von der Profession geplanten Weichenstellungen in die richtige Richtung. Dafür sei erneut „ein breites Bündnis“ notwendig. Hilfreich wäre auch eine große Aufklärungskampagne, um das Bewusstsein für den Stellenwert der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland noch weiter zu verbessern. „Immer noch haben wir große Defizite. Die breite Öffentlichkeit hat über das Wohl und Wehe der Psychotherapie zu wenige Kenntnisse, zu wenige Informationen.“ Die geplante Reform ermögliche einen weiteren „Feinschliff, damit in der Versorgung ein Gleichklang zwischen Psyche und Körper möglich wird“.

Gleichstellung nicht mehr aufhaltbar

Thomas Ballast ergänzte: „Wenn man 20 Jahre zurückblickt, sieht man, dass Nachhaltigkeit, Beharrlichkeit und Geduld positive Ergebnisse produzieren. Wir befinden uns in einem Prozess der Gleichstellung und der Annäherung an den ärztlichen Berufsstand, der aus meiner Sicht nicht mehr aufhaltbar ist.“

Er sehe allerdings in der Zukunft auch die Gefahr, dass die Politik wieder stärker die Kosten dämpfen müsse. Und dann wolle er nicht, dass über die Psychotherapie Debatten ausbrächen. Patienten müssten wissen, dass Psychotherapie „schwere Arbeit“ sei und keine angenehme Unterhaltung. Die vielen Therapien, die nach bis zu drei oder vier Stunden beendet werden, ließen vermuten, dass sich bei einigen Patienten nicht das angenehme Gefühl eingestellt habe, das sie in der Therapie erwartet hätten. Diese Patienten hätten nicht damit gerechnet, dass sie sich selbst infrage stellen und an sich selbst arbeiten müssten. „Wir sollten deshalb gemeinsam daran arbeiten, dass die Menschen verstehen, worum es bei der Psychotherapie geht, und den Verdacht widerlegen, dass in der Psychotherapie Lebensprobleme besprochen werden, dass es nur um leichte Störungen geht.“

An den Richtlinienverfahren festhalten

Ellen Bruckmayer gab zu bedenken: „Wenn ich die Entwicklung der letzten Zeit beobachte, dann kommt mir das vor wie ein Déjà-vu, weil alte Spannungen wieder deutlich werden.“ Da die Direktausbildung an psychologischen Hochschulen stattfinden solle, gebe es Kräfte, die eine psychologische Psychotherapie schaffen wollten. Ihnen ginge es um eine Vertiefung und Erweiterung der Psychologie – und das verfahrensübergreifend. „Ich fände es ungeheuer rückschrittlich und einseitig, sollten sich solche Kräfte heute durchsetzen.“ Sie hoffe und wünsche, dass an den Richtlinienverfahren festgehalten und dies auch an prominenter Stelle in der Legaldefinition klargestellt werde. Auch bei den Ärzten kochten alte Emotionen wieder hoch. Im Mai habe der Ärztetag dem Bundesgesundheitsministerium sogar empfohlen, den Arbeitsentwurf zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zurückzuziehen. Dagegen würde sie sich mehr Einigung wünschen.

Mit großer Einigung auf die Politik zugehen

Hans-Jochen Weidhaas hob hervor, dass der Deutsche Psychotherapeutentag bereits mit großen Mehrheiten und Einigkeit grundlegende Beschlüsse zur Reform des Psychotherapeutengesetzes getroffen habe. Es schade auch nicht, diese Vorschläge öfter zu wiederholen. „Das habe ich gelernt. Wenn man ein Brett bohren will, muss man denselben Bohrer mehrfach ansetzen.“ Er hätte auch nicht die Sorge, dass die Richtlinienverfahren unter die Räder kommen. Sie müssten auch nicht in der Legaldefinition des Psychotherapeutengesetzes stehen. Das regelten aus seiner Sicht die Organe der Selbstverwaltung, die Kammern und allen voran der G-BA mit der Psychotherapie-Richtlinie. Die Grundlage für weitere berufspolitische Erfolge sei auch aus seiner Sicht, mit großer Einigkeit auf die Politik zuzugehen. „Diskutieren Sie, strei-

ten Sie in der Hütte, bis sie kracht, bis die Wände wackeln“, forderte er die Profession auf, am Ende müsse aber weißer Rauch aufsteigen: „Kein Nebel, weißer Rauch!“

— „Wir befinden uns in einem Prozess der Gleichstellung und der Annäherung an den ärztlichen Berufsstand, der aus meiner Sicht nicht mehr aufhaltbar ist.“ – Thomas Ballast —

Abenteuerliche Idee im Terminservicegesetz

Abenteuerlich fand Hans-Jochen Weidhaas jedoch die Idee, im Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes eine gestufte Versorgung zu fordern. Das sei der Versuch, das Erstzugangsrecht zurückzunehmen. Das widerspreche all dem, „was wir heute beraten und gesagt haben“. Doch die Zusammenarbeit der Verbände, der Vertreter in der KBV und den KVen, der KVen selbst, der Kammern – die lasse ihn hoffen. „Das Votum dagegen kam von vielen Seiten und war sehr eindeutig.“

Ein bewegender Tag

Zum Abschluss betonte Dr. Dietrich Munz: „Für mich war es heute ein bewegender Tag.“ Das Zurückblicken habe ihn bewegt, die Leistungen der Preisträger und früheren berufspolitischen Vorkämpfer beeindruckt. Auch sei der Sprengstoff, der immer noch im Psychotherapeutengesetz stecke, deutlich geworden. Den Preisträgern könne er sagen: „Ihr Einsatz hat sich gelohnt. Und an die, die sich heute engagieren: Wir haben einen weiteren weiten Weg vor uns.“



Dr. Christina Tophoven

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstr. 64
10179 Berlin
info@bptk.de

Dr. Christina Tophoven ist Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer.

Systemische Therapie wird viertes Richtlinienverfahren

Sebastian Baumann

Unweigerlich fühlte man sich an den Western „Zwölf Uhr mittags“ erinnert: Eine dichte Spannung hatte sich im Plenarsaal des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 22. November 2018 ausgebreitet. Heute sollte sich entscheiden, ob die Systemische Therapie für Erwachsene künftig von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird. Ein Beschluss, dessen ganze Tragweite sich wahrscheinlich erst in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zeigen wird. Fast sechs Jahre lang wurde über die Frage recherchiert, geforscht und gestritten, ob der Nutzen Systemischer Therapie für die wichtigsten Anwendungsbereiche der Psychotherapie nachgewiesen ist. Dem voraus gingen die Beratungen im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, die im Jahr 2008 zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche führten. Grundlage hierfür war u. a. die systematische Analyse von randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer-Rothers, 2007).

Kein Stuhl blieb bei dieser öffentlichen Sitzung im Zuschauerraum des G-BA unbesetzt. Auf einem davon nahm Dr. Harald Deisler Platz. Er hatte 2013 in seiner damaligen Funktion als unparteiisches Mitglied und Vorsitzender des Unterausschusses Methodenbewertung den Antrag auf Bewertung der Systemischen Therapie gestellt. Erstmals in der Geschichte hatte damit nicht ein Vertreter einer der Trägergesellschaften des G-BA oder der Patientenvertretung (PatV) einen Bewertungsantrag eingebracht, sondern der unparteiische Vorsitzende des Unterausschusses selbst. Die Beratungen hatten sich über das Ende seiner Amtszeit hinaus verzögert, sodass er – vom G-BA Vorsitzenden Prof. Dr. Josef Hecken zu Beginn der Sitzung freundlich begrüßt – das weitere Geschehen vom Zuschauerraum aus mitverfolgte.

Die Abstimmungsvorlagen

Zwischen zwei Beschlussentwürfen galt es zu entscheiden: Beschlussentwurf A der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der PatV sah den Nutzen als erwiesen für die Anwendungsgebiete entsprechend § 26 der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) an, d. h. für:

- I. Angststörungen und Zwangsstörungen,
- II. affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie,
- III. psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Opioide,
- IV. Essstörungen und
- V. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

Erkenntnisse zu einer fehlenden Wirksamkeit oder einem Schaden durch Systemische Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen lagen nicht vor. Wenn eine Mehrheit für diesen Vorschlag stimmen sollte, würde die Systemische Therapie zum Richtlinienverfahren werden. Bereits der Nutzen in den Anwendungsbereichen I–III oder I, II, IV und V hätte entsprechend § 19 der PT-RL dafür ausgereicht. Damit soll sichergestellt werden, dass die Behandlung der häufigsten psychischen Störungen abgedeckt ist.

Der Beschlussentwurf B des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) hingegen sah die Aussetzung der Entscheidung und eine Erprobung entsprechend § 137e SGB V vor. Konkret hätte das bedeutet, für eine ganze Reihe von Diagnosegruppen und Diagnosen neue sogenannte Nicht-Unterlegenheitsstudien aufzusetzen. Patienten¹ wären dann zufällig Systemischer Therapie oder einem der bisherigen Richtlinienverfahren zugeordnet worden. Im Rahmen dieser Studien wären die Kosten für die systemischen Therapiesitzungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen worden. Hätte die Systemische Therapie nicht schlechter abgeschnitten als die anderen Verfahren, wäre das als Nutznachweis gewertet worden. Nach Auswertung der Studien, so der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, wäre dann entschieden worden, ob der Nutznachweis hinreichend erbracht sein würde. Experten gingen allerdings davon aus, dass es sich dabei vermutlich um die größte und kostenintensivste Psychotherapiestudie weltweit gehandelt hätte,

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 männlichen Sprachform.

deren Ergebnisse erst in einer Reihe von Jahren vorgelegen hätten.

Grundlage der Beratungen im G-BA im Vorfeld zu den o. g. Beschlussentwürfen war der 860 Seiten starke, durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellte Bericht, der dem G-BA im Mai 2017 zugestellt wurde und über den *Retzlaff, Haun, Beher und Sydow (2017)* in dieser Zeitschrift berichtet haben. Das IQWiG hatte damals 34 RCTs anerkannt und dabei in sieben Störungsreichen Anhaltspunkte und Hinweise für den Nutzen Systemischer Therapie gefunden.

Die entscheidende Abstimmung

Als der Tagesordnungspunkt Systemische Therapie am 22. November 2018 aufgerufen wurde, machten schon die einleitenden Sätze des Vorsitzenden Prof. Hecken deutlich, dass die Pattsituation zwischen KBV, DKG und PatV auf der einen und dem GKV-Spitzenverband auf der anderen Seite schnell entschieden sein würde. Denn er „plädierte für eine zügige Entscheidungsfindung, er selbst sei schon überzeugt von einer positiven Bewertung“ (*Observer 4.0, 2018, S. 7*).

Im Vorfeld war gemutmaßt worden, dass es die Stimme des G-BA Vorsitzenden sein könnte, die das Zünglein an der Waage sein würde und die darüber entscheiden würde, ob die Systemische Therapie sozialrechtlich anerkannt werden würde oder ob die Entscheidung auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben würde. KBV und DKG – die PatV hat kein Stimmrecht – verfügen zusammen über fünf Stimmen, ebenso der GKV-Spitzenverband, weswegen in Pattsituationen die drei Stimmen der unparteiischen Mitglieder entscheiden.

Nach den Plädoyers für ihre jeweiligen Positionen kam der Moment der Abstimmung: acht zu fünf für die Anerkennung der Systemischen Therapie! Alle drei Unparteiischen stimmten für Beschlussentwurf A, was meinen Glauben an die „Institution G-BA“, der nach fast sechs Jahren Warten deutlich gelitten hatte, wieder gestärkt hat.

Damit ist die Systemische Therapie das erste Verfahren, das auf der Grundlage der Ergebnisse der Evidenzbasierten Medizin ins Kassensystem Einzug hält. Aus der Pressemitteilung des G-BA² wird deutlich, wie die historische Entscheidung einzuordnen ist; immerhin ist es das erste Mal, dass nach der Zulassung der Verhaltenstherapie 1987 wieder ein Verfahren die Erstattungsfähigkeit zugeschrieben bekommt: „Die systemische Therapie wird mit Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie – zusammen mit der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Therapie und der analytischen Psychotherapie – das vierte Psychotherapieverfahren sein, das

im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann.“

Was wurde im Stellungnahmeverfahren diskutiert?

Im Vorfeld der Sitzung konnten beim G-BA gelistete medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften sowie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesärztekammer (BÄK) zu den Beschlussentwürfen und deren Begründungen schriftlich und mündlich Stellung nehmen. Diese Stellungnahmen sowie alle Dokumente zum Verfahren sind auf den Seiten des G-BA nachlesbar.³

Bis auf einen Verband hatten sich alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Verbände hinter den Beschlussentwurf A der Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Patienten gestellt. Ein sehr deutliches Statement gaben BPtK

— Die Systemische Therapie ist das erste Verfahren, das auf der Grundlage der Ergebnisse der Evidenzbasierten Medizin ins Kassensystem Einzug hält. —

und BÄK für die Systemische Therapie ab, mit einer sehr fundierten methodischen Begründung der BPtK, die sich lohnt, im Detail gelesen zu werden.⁴

Über die Anerkennungsfrage der Systemischen Therapie hinaus wurden in dem gesamten Prozess inhaltliche Themen deutlich, die für die Psychotherapieforschung und deren Bewertung insgesamt, nicht nur im Kontext Systemischer Therapie, hochrelevant sind und über die sich ein eigener langer Artikel schreiben ließe. Vier Aspekte möchte ich beleuchten.

Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse

Dem Grundsatz „Keine Wirkung ohne Nebenwirkung“ scheint in der Psychotherapieforschung zu wenig Rechnung getragen zu werden. Erst in den letzten Jahren wurde diesem Themenkomplex mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Das IQWiG legte in seinem Abschlussbericht zur Systemischen Therapie den Finger in diese Wunde (darüber hinaus: *Lange, 2018*). Gerade weil unerwünschte Ereignisse im Kontext von Psychotherapie gar nicht so leicht zu definieren sind (Beispiel: Ist die während der Therapie erfolgte Trennung vom Partner aus der konflikthafter Beziehung Nebenwirkung oder ge-

2 Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/34-215-775/40_2018-11-22_Systemische%20Therapie.pdf [30.01.2019].

3 Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3588/> [30.01.2019].

4 Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5446/2018-11-22_PT-RL_Nutzen-Systemische-Therapie_ZD-Anlage.pdf [30.01.2019].

sundheitsfördernde Befreiung?), muss dieser Aspekt stärker in den Fokus gerückt werden.

Methodische Herausforderungen von Psychotherapiestudien

Wie „gut“ eine Psychotherapiestudie ist, hängt von mehreren Faktoren ab. Einer dieser Faktoren ist das Verzerrungspotenzial, mit dem Studien behaftet sind. Kurz gesagt soll sichergestellt werden, dass die Wirkung eindeutig dem untersuchten Psychotherapieverfahren zuzuordnen ist. Drei Perspektiven stehen bei der Bewertung, wie hoch das Verzerrungspotenzial einer Studie eingeschätzt wird, im Vordergrund:

■ Randomisierungssequenz

beschreibt die Angabe, wie die rekrutierten Patienten ihrer Behandlungsgruppe zugeordnet werden, d. h. ob sie etwa dem Studienarm „Systemische Therapie“, „Verhaltenstherapie“ oder „allgemeine Beratung“ zugeordnet werden. Dieser Punkt ist wichtig, um auszuschließen, dass etwas anderes als der Zufall die Patienten den Gruppen zuteilt. Würden z. B. alle Patienten, die sich an Tag X vorstellen, in die Gruppe Systemische Therapie eingeteilt und alle Patienten, die sich an Tag Y vorstellen, in die Gruppe Verhaltenstherapie, könnte das einen systematischen Vorteil für die Systemische Therapie bedeuten, wenn an Tag Y Vollmond war und sich die sensibleren Patienten an diesem Tag bei der Verhaltenstherapie vorgestellt haben. Oder noch schlimmer: Wenn der Studienleiter, der ja mit einem der zu untersuchenden Verfahren assoziiert ist, die Zuteilung selbst vornimmt und dabei meint, zufällig vorzugehen, unbewusst aber die vermeintlich „leichteren“ Patienten der Gruppe seines Verfahrens zuordnet. Inzwischen wird in höherrangigen Fachjournals standardmäßig mit angegeben, wie der Zuweisungsprozess abgelaufen ist. Bei früheren Studien war das aber nicht so, weswegen hier etwas ältere Studien standardmäßig ein höheres Verzerrungspotenzial aufweisen.

■ Doppelverblindung

bezeichnet die Forderung, dass weder Therapeut noch Patient wissen, welcher Gruppe sie zugeteilt sind. Diese Forderung kann im psychotherapeutischen Kontext nicht erfüllt werden: Sicher weiß der Psychotherapeut, welches Verfahren er anwendet und der Patient kann es ebenso problemlos herausfinden. Leichter ist es bei Arzneimittelstudien, bei denen weder Behandler noch Patient wissen, welches Medikament gegeben wurde (außer die Nebenwirkungen machen dem Patienten deutlich, dass es sich wahrscheinlich um den Wirkstoff gehandelt haben muss).

■ Verblindete Endpunkterheber (Diagnostiker)

bezeichnet die Forderung, dass derjenige, der einschätzt, wie ausgeprägt patientenrelevante Endpunkte (etwa „Wie viele Punkte erzielt der Patient in einem Fremdbeurteilungsfragebogen zur depressiven Symptomatik?“) zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten sind, nichts weiter mit

der Studie zu tun haben sollte. Das leuchtet ein, weil nicht auszuschließen ist, dass eigene Überzeugungen des Endpunkterhebers oder sozial erwünschte/dissonanzreduzierende Berichte von Patienten das Ergebnis der Endpunkterhebung beeinflussen. In der Praxis von Studienteams/Forschungsabteilungen ist die Forderung nach verblindeten Endpunkterhebern aber gar nicht so einfach umsetzbar, etwa weil sie mehr personelle Ressourcen erfordert. Generell kann man sich fragen, ob es Sinn macht, einen so großen Wert auf verblindete Endpunkterheber zu legen, wenn die meisten Erhebungsverfahren (z. B. Fragebögen) auf Selbstbeurteilung basieren, Patienten selbst aber, wie oben beschrieben, nicht verblindet werden können (Kahan, Rehal & Cro, 2015). Die Arbeitsgruppe Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) geht davon aus, dass die höchste Evidenzstufe von Psychotherapiestudien wie auch von Studien zu anderen komplexen Interventionen (etwa bestimmten chirurgischen Eingriffen) nicht erreicht werden kann (Guyatt et al., 2011). Umso mehr verwunderte es, dass der GKV-Spitzenverband nur Studien akzeptieren wollte, die der höchsten Evidenzstufe entsprechen. Die Diskussion um den großen Einfluss der Verblindung schlägt sich auch in der Erweiterung der CONSORT-Reporting-Richtlinien für randomisiert-kontrollierte Studien im Bereich psychologischer Interventionen nieder. Dort wird der in diesem Kontext kontroverse Begriff der Verblindung nicht mehr verwendet: „Blinding‘ has been changed to ‚Awareness of assignment‘ and ‚masking‘ in the section heading and item wording, respectively. These changes address concerns about the use of the term ‚blinding‘ as well as the need to emphasise the issue of awareness of assignment by providers and participants in social and psychological intervention trials“ (Montgomery et al., 2018).

Diese für alle Psychotherapiestudien, gleich welchen untersuchten Verfahrens, typischen methodischen Schwierigkeiten machen es fast unmöglich, Studien mit geringem Verzerrungspotenzial auf allen Ebenen durchzuführen. Sie benachteiligen deswegen systematisch Psychotherapiestudien gegenüber Arzneimittelstudien, die leichter Ergebnisse mit niedrigerem Verzerrungspotenzial erbringen können.

Einfache Auszählung ungewichteter Signifikanzunterschiede

Wer die methodische Begründung des GKV-Spitzenverbandes dafür liest, warum er statt der sieben Störungsbereiche, in denen das IQWiG Anhaltspunkte und Hinweise auf einen Nutzen der Systemischen Therapie gefunden hat, den Nutzen lediglich in einem Anwendungsgebiet als nachgewiesen ansieht, findet eine bemerkenswerte Begründung dafür: Statt die Auswertung des IQWiG zu übernehmen, wurden eigene Bewertungen vorgenommen. Ein Nutzen sei dieser Bewertung nach nur dann nachgewiesen, wenn auf Studienebene mehr als die Hälfte aller erfassten Maße über die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte hinweg signifi-

kante Unterschiede (respektive krude p-Werte) in Richtung Systemischer Therapie zeigen würden. Unabhängig davon also, ob es sich bei dem Outcomeparameter um ein zentrales Maß handelt, wie etwa eine Skalierung des Hauptsymptoms einer Störung, oder um weitere Outcomemaße, die begleitend erhoben wurden. Eine Nutzendefinition, nach der mehr als die Hälfte aller Skalen zu allen Erhebungszeitpunkten signifikant in einer Richtung ausfallen müssen, ist zum einen willkürlich und zum anderen fast nicht zu erreichen (denn p-Werte unterliegen wie die ihnen zugrundeliegenden Variablen einer Zufallsverteilung). Anonym auf eine solche methodische Herangehensweise angesprochen, antwortete das IQWiG, dass eine solche Vorgehensweise im Methodenpapier des IQWiG nicht vorgesehen sei. Experten der American Statistical Association werden noch deutlicher, wenn sie darauf hinweisen, dass auf der Grundlage dieses methodischen Vorgehens keine gesundheitspolitischen Entscheidungen getroffen werden sollten (*Wasserstein & Lazar, 2016, S. 131*).

Studien im Kontext körperlicher Erkrankungen

Die neun Studien, die in die positive Bewertung des IQWiG eingeschlossen wurden, wollte der GKV-Spitzenverband deswegen nicht gelten lassen, weil für die Patienten mit somatischen Erkrankungen (Lungenkarzinom, chronische entzündliche Darmkrankheiten, chronische Hepatitis, HIV-Infektion, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, orthopädische Beschwerden, rheumatoide Arthritis) keine expliziten Angaben hinsichtlich des Vorliegens einer psychischen Störung im Sinne einer ICD-/DSM-Diagnose gemacht wurden. Obwohl sich durch Systemische Therapie (Ähnliches gilt auch für die anderen Psychotherapieverfahren) die somatischen Endpunkte (z. B. Rückfall und Überleben) signifikant verbesserten, sollten diese Ergebnisse nicht zählen, weil sie auf körperlicher und nicht auf psychischer Ebene evaluiert wurden. Die Verbände, deren Mitglieder im psychosomatischen Bereich arbeiten, hatten hier naturgemäß eine ganz andere Auffassung, was sich in deren Stellungnahmen nachlesen lässt. Mit der BpTK forderten mehrere Fachgesellschaften, den Nutznachweis auch in diesem Anwendungsgebiet anzuerkennen.

Wie geht es nun weiter?

Wegen der deutlichen Zeitüberschreitung des Beratungsverfahrens im G-BA, das im März 2019 in das siebte Jahr geht (gesetzlich vorgesehen sind drei Jahre), kündigte der G-BA Vorsitzende Prof. Dr. Hecken an, von seiner Prozesssteuerungsfunktion Gebrauch zu machen, um die weiteren Abläufe zu beschleunigen. Diese Möglichkeit hatte der Gesetzgeber eingeführt, um Beratungsthemen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht zum Ende kommen, forcieren zu können. Mit dem Beschluss vom 22. November 2018 beauftragte das Plenum den Unterausschuss Psycho-

therapie, nun die PT-RL anzupassen und die Systemische Therapie als weiteres Verfahren aufzunehmen. Ein Blick auf die aktuelle PT-RL zeigt, dass nicht sehr viele Änderungen nötig sind, damit die Systemische Therapie integriert werden kann. Seitens der systemischen Fachverbände sind dazu die Aufnahme von System- und Ressourcenanalysen (das Wort „Ressourcen“ kommt bislang lediglich einmal und nur für das Gruppensetting vor), die stärkere Betonung des Einflusses von Bezugspersonen, die Beschreibung zirkulärer statt linear-kausaler Zusammenhänge sowie die Ergänzung der Definition von Systemischer Therapie mit deren Kontingenzen nötig. Um das Spezifische Systemischer Therapie auch im Kassensetting umsetzen zu können, muss es systemischen Psychotherapeuten möglich sein, Familiensettings zu realisieren. Laut G-BA soll die Verabschiedung der angepassten PT-RL im Plenum noch im Jahr 2019 erfolgen. Parallel werden die konkreten Bestimmungen in der Psychotherapie-Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und KBV ausgehandelt und zuletzt neue EBM-Ziffern für die Systemische Therapie in den verschiedenen Settings geschaffen. Zeitlich setzt hier die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Rahmen, in der der voraussichtliche Abschluss des Verfahrens mit März 2019 angegeben ist.

Systemische Fachkunde

Da es bislang nur sehr wenige systemisch approbierte Kollegen gibt und mit der Zulassung als Richtlinienverfahren jeder Versicherte ein Anrecht auf Systemische Therapie hat, sind jetzt natürlich auch die Krankenkassen daran interessiert, möglichst schnell die Nachfrage ihrer Versicherten bedienen zu können. In der G-BA-Sitzung selbst beklagte der Vertreter des GKV-Spitzenverbandes schon, dass bislang nur wenige systemische Psychotherapeuten mit Aussicht auf eine systemische Fachkunde zur Verfügung stünden. Welche Voraussetzungen genau es für den Erhalt dieser Fachkunde geben wird, ist – außer für die Kollegen, die derzeit ihre Approbationsausbildung im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie absolvieren oder bereits abgeschlossen haben – noch nicht geklärt. Zugunsten einer möglichst schnellen Versorgung mit Systemischer Therapie sollten sich meines Erachtens die Voraussetzungen am Zusatztitel Systemische Therapie der meisten Landespsychotherapeutenkammern orientieren. Bereits in einem anderen Verfahren Approbierte können nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnungen (WBO) diesen Zusatztitel erhalten. Entsprechende Weiterbildungen können, gemäß der WBO der Landespsychotherapeutenkammern, an weiterbildungsermächtigten Instituten absolviert werden. Das ist aktuell in den WBO der Landespsychotherapeutenkammern von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland möglich. Die Aufnahme der Systemischen Therapie in die Musterweiterbildungsordnung wurde bereits auf dem 19. Deutschen Psychotherapeutentag 2011 in Offenbach beschlossen.

Was ist mit der systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

Viele schätzen die Versorgungsrelevanz der Systemischen Therapie im Bereich von Kindern und Jugendlichen noch höher ein als bei Erwachsenen. Der Bewertungsauftrag im G-BA bezog sich aber nur auf den Erwachsenenbereich. Da die wissenschaftliche Anerkennung auch für die Systemische Therapie

Die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie wird hoffentlich dazu beitragen, den Schulstreit weiter aufzulösen.

mit Kindern und Jugendlichen bereits zehn Jahre zurückliegt, es hierfür noch mehr Studien gibt (Retzlaff, Sydow, Beher, Haun & Schweitzer, 2013; Sydow, Retzlaff, Beher, Haun & Schweitzer, 2013) und die Anerkennung der Erwachsenen-Psychotherapie nun vorliegt, sollte man davon ausgehen können, dass die Erstattungsfähigkeit für die Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen nun deutlich schneller erreicht werden kann. Der Referentenentwurf des neuen Psychotherapeutengesetzes sieht vor, alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren auch sozialrechtlich anzuerkennen. Es wäre also nicht mehr die Frage, ob systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sozialrechtlich anerkannt wird, sondern nur noch wann.

Erfolgsfaktoren

Öfter bin ich in letzter Zeit gefragt worden, wie es die Systemische Therapie geschafft hat, diesen Erfolg zu erzielen. Wichtige Faktoren waren sicherlich die sehr gute Studienlage und die Tatsache, dass diese von einem neutralen Institut beurteilt wurde. Regierungs- wie Oppositionsparteien hat es eingeleuchtet, dass der Einschluss einer dritten Grundorientierung Menschen helfen würde, die unter einer der immerhin 541 Diagnosen des DSM-5 leiden. Einzelne Krankenkassen sind von der Systemischen Therapie derart überzeugt, dass sie trotz der generellen ablehnenden Haltung des GKV-Spitzenverbandes ihre unterstützende Haltung klar gemacht haben. Es gibt eine große Unterstützung aus der Profession, der KBV, der BPtK und den Berufs- und Fachverbänden. Die beiden systemischen Fachverbände DGSF und SG, die getragen werden von ihren Mitgliedern, die persönlich nicht direkt von einer sozialrechtlichen Anerkennung profitieren, weil sie in anderen Bereichen arbeiten, haben ebenfalls einen wichtigen Beitrag geleistet. Eine Reihe von inzwischen älteren Kollegen hat sich unermüdlich für die Gleichstellung Systemischer Therapie eingesetzt. Es kann nur als historischer Glücksfall bezeichnet werden, wie kooperativ die systemischen Verbände das gemeinsame Ziel zusammen angestrebt haben. Dafür wurden bereits vor Jahrzehnten Strategie- und Steuerungsgruppen ins Leben gerufen. Seit 2011 wurden alle Aktivitäten

in der SG/DGSF-Steuerungsgruppe mit Dr. Enno Hermans und Dr. Ulrike Borst, Kerstin Dittrich, Prof. Dr. Matthias Ochs, Reinert Hanswille und Sebastian Baumann abgestimmt, unterstützt durch die Methodikgruppe mit Dr. Markus W. Haun, Dr. Rüdiger Retzlaff, Prof. Dr. Kirsten von Sydow und Stefan Beher.

Die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie wird hoffentlich dazu beitragen, den Schulstreit weiter aufzulösen. Es gilt, einen Beitrag zu einer immer facettenreicheren und integrativeren Psychotherapie zu leisten, in der sich nicht die Patienten der Schule des Psychotherapeuten anpassen müssen, sondern Psychotherapeuten den Patienten mit einem breitem Spektrum aus verschiedenen Ansätzen begegnen können.

Literatur

- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J. et al. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64 (4), 383-394.
- Kahan, B. C., Rehal, S. & Cro, S. (2015). Blinded Outcome Assessment Was Infrequently Used and Poorly Reported in Open Trials. *PLoS ONE*, 10 (6), e0131926.
- Lange, S. (2018). Kommentar zum Beitrag „Evidenzbasierung in der Psychotherapie“ von Thomas Fydrich. *Familiendynamik*, 43, 286-289.
- Montgomery, P., Grant, S., Mayo-Wilson, E., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S. et al. (2018). Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. *Trials*, 19 (1), 407.
- Observer 4.0. (2018). Report zur öffentlichen Sitzung des G-BA am 22.11.2018.
- Retzlaff, R., Haun, M. W., Beher, S. & Sydow, K. von (2017). Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung? *Psychotherapeutenjournal*, 15, 355-362.
- Retzlaff, R., Sydow, K. von, Beher, S., Haun, M. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52 (4), 619-652.
- Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sydow, K. von, Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52 (4), 576-618.
- Wasserstein, R. L. & Lazar, N. A. (2016). The ASA's Statement on p-Values: Context, Process, and Purpose. *The American Statistician*, 70 (2), 129-133.



Dipl.-Psych. Sebastian Baumann

Systemische Gesellschaft
Brandenburgische Str. 22
10707 Berlin
sbaumann@systemische-gesellschaft.de

Dipl.-Psych. Sebastian Baumann ist Vorstandsbeauftragter Psychotherapie der Systemischen Gesellschaft (SG). Er ist Systemischer Lehrtherapeut (DGSF), Hypno- (M. E. G.) und Sexualtherapeut. Baumann ist in freier psychotherapeutischer Praxis in Mannheim mit den Schwerpunkten Einzel- und Paartherapie tätig.

Buchrezensionen

Filmpsychoanalyse: Von Filmen verändert werden

Hamburger, A. (2018). *Filmpsychoanalyse. Das Unbewusste im Kino – das Kino im Unbewussten*. Gießen: Psycho-
sozial-Verlag, 403 Seiten, 39,90 €

Filme stellen seit jeher für die psychoanalytische Zunft eine besondere Faszination dar, auch wenn Sigmund Freud dem damals neu entwickelten Medium Film eher skeptisch gegenüberstand. Filmische Mittel bieten einen Fundus an Symbolisierungen unbewusster Dynamiken, an Darstellungsformen manifesten ebenso wie latenter Konflikte und an Möglichkeiten emotionaler Manipulation. Also quasi gefundenes Fressen für psychoanalytische Interpretationskunst. Andreas Hamburger, u. a. Professor für Klinische Psychologie an der International Psychoanalytic University in Berlin, legt mit seinem neuen Buch „Filmpsychoanalyse“ ein faszinierendes und umfassendes Kompendium psychoanalytischer Filminterpretation vor, das aus knapp zwei Jahrzehnten psychoanalytischer Auseinandersetzung mit Filmen entstanden ist.

Der Autor denkt einleitend zunächst metatheoretisch über das Phänomen Film und das spannende Wechselverhältnis zwischen Film und Psychoanalyse nach. Er diskutiert traditionelle psychoanalytische Deutungsversuche und macht deutlich, dass diese unbefriedigend bleiben müssen, solange sie in den engen Sphären verknappter Symboldeutung oder psychopathografischer Autoren- oder Figurenanalyse verhaftet bleiben. Hamburger vertritt in Abgrenzung dazu einen sehr viel weiteren Zugang zur Filminterpretation und rekurriert auf Alfred Lorenzers Konzept der Kulturanalyse. Danach gehe es in der Psychoanalyse von Kunstwerken unter anderem um das emotionale Sich-Verwickeln-Lassen. Es sind die Gegenübertragungsreaktionen, die helfen, den unbewussten Gehalt zu verstehen.

Die Kulturanalyse zielt auf den Interpreten¹ selbst und nicht auf das Kunstwerk. Kunstwerke seien also dazu da, uns dabei zu helfen, uns selbst zu verstehen, so Hamburger. Sein Credo: Nicht (nur) die psychoanalytische Theorie auf das Medium Film anwenden, sondern vor allem ihre Methode.

Zugleich warnt der Autor vor einer allzu simplen Übertragung des psychotherapeutischen Verstehens auf die filmischen Sphären: „Filmfiguren leiden nicht und wollen nicht geheilt werden [...] und es ist auch nicht zulässig, ihnen Gefühle und Motive zu unterstellen, denn sie sind gar keine Menschen, sondern Zeichenketten“ (S. 75). Es ist nicht der Film, der psychoanalytischer Deutungskunst unterzogen werden sollte – vielmehr sind wir als Zuschauer durch den Film dem Versuch einer Selbstdeutung und damit also einem Erkenntnisprozess ausgesetzt, der ebenso viel mit dem Film wie auch mit uns selbst zu tun hat. Als Vorgehen umschreibt Hamburger den Verständnis- und Deutungsprozess des Films als Wechselspiel von Sichten, Wiederholen und Durcharbeiten. Damit meint er, alleine oder noch besser im Austausch mit einer interessierten Gruppe den Film als Ganzes auf sich wirken wie auch in der Erinnerung affektiv besonders bedeutsame Szenen aufsteigen zu lassen. In wiederkehrender Auseinandersetzung mit dem filmischen Material entsteht ein zunehmend angereichertes Verständnis der manifesten und latenten Facetten des Films.

Hamburger unterzieht das Genre Film einer sehr eingehenden Untersuchung. Mithilfe zahlreicher, auch moderner psychoanalytischer Konzepte fächert er die Anatomie des Mediums Film sehr detailgetreu auf. So diskutiert er etwa Wirkungsdramaturgien in ihren unbewussten Dimensionen, den Einsatz

von Suspense und Affektsteuerung, das Mentalisieren von Filmfiguren oder auch den Umgang mit Zeitdramaturgie. Er untersucht die Wirkung technischer Mittel wie Kamerabewegung, Einstellungsgröße oder Licht. Er hinterfragt Frauen- und Männerbilder im Kino und überträgt das Embodiment-Konzept auf die Filmpsychoanalyse. Und er erklärt, wieso gute Filme so oft eine hohe gesellschaftliche Relevanz haben: „Wenn viele Menschen sich diese Träume kaufen, dann müssen diese auf die eine oder andere Weise – auf- oder zudeckend, affirmativ oder emanzipatorisch – mit den Konflikten zu tun haben, die diesem Publikum etwas bedeuten“ (S. 253).

Hamburger beleuchtet diese und weitere Fragen mit großer Liebe zum Detail, mit einem hohen theoretischen Reflexionsgrad und zugleich mit einem schier unerschöpflich wirkenden Fundus an Filmbeispielen. Man spürt hier einen Filmenthusiasten am Werk, der sich begeistert von Hunderten von Filmen hat bewegen, verwirren, manipulieren und verändern lassen. Man ist beeindruckt von der präzisen tiefenhermeneutischen Diskussion ihrer latenten Wirkungs- und Bedeutungsebenen. So ist nicht nur ein sehr vielschichtiges, sondern auch beeindruckend umfassendes Buch entstanden, das für analytische „Filmfreaks“ und Wissenschaftler im Bereich der Filmpsychoanalyse zu einem unverzichtbaren Standardwerk werden dürfte.

Dr. Vera Kattermann,
Berlin

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 männlichen Sprachform.

Das Kindeswohl im Trennungskonflikt der Eltern

Staub, L. (2018). Das Wohl des Kindes bei Trennung und Scheidung. Grundlagen für die Praxis der Betreuungsregelung. Bern: Hogrefe, 304 Seiten, 24,95 €

Noch ein Buch zum Thema Kindeswohl, noch ein Buch zum Thema Trennung und Scheidung – was überhaupt und was im Besonderen könnte für Psychotherapeuten daran interessant sein?

Der auf das Thema Familienrechtspsychologie spezialisierten Psychotherapeutin Liselotte Staub ist es in ihrem vorgelegten Buch gelungen, eine Brücke zu schlagen ausgehend von entwicklungspsychologischen Basics und wesentlichen Konflikten im Erleben von Kindern und Jugendlichen, die die Trennung ihrer Eltern zu bewältigen haben, hin zu Fragen des Kindeswohls und juristischen Implikationen für die Praxis von Betreuungsregelungen in der sogenannten Nachtrennungsphase. Dabei bezieht sie sowohl deutsche als auch österreichische und schweizerische rechtliche Grundlagen und Entwicklungen mit ein. Allein diese Vielfalt eröffnet den Lesern den Blick auf verschiedene juristische Entwürfe, die Regelungen für eine Bewältigung des Endes der Kernfamilie zu entwickeln versuchen und dabei sowohl den kindlichen als auch den elterlichen Belangen Beachtung schenken. Den angesprochenen Brückenschlag leistet dieses Buch gut strukturiert und nachvollziehbar gegliedert.

Untergliedert in drei Teile liefert Staub zunächst theoretische Grundlagen, in denen sie ausgehend von einem sehr gelungenen Kapitel über Loyalität und die für Kinder damit einhergehenden Konflikte weitere individuelle Einflussfaktoren des Kindes, den Kindeswillen und die kindliche Urteilsfähigkeit

behandelt. Dem stellt sie wesentliche elterliche Faktoren wie Erziehungsfähigkeit und Persönlichkeitseigenschaften gegenüber. Weitere Schwerpunkte im ersten Teil bilden die Eltern-Kind-Beziehung nach der Trennung und die Bedeutung von Bindung und Bindungsentwicklung. Dieser erste Teil liest sich, da auf Theorien und wissenschaftlich belegten Befunden fußend, wie eine nüchterne und versachlichende Aufarbeitung eines in der Praxis oft hoch-emotionalen Geschehens. Er bildet gleichzeitig eine sehr gute Grundlage für die beiden anderen Abschnitte des Buches, in denen zunächst im zweiten Teil die juristischen Grundlagen der elterlichen Sorge und unterschiedliche Modelle der Kontaktregelung nach einer Trennung dargestellt, zu den vorher erläuterten psychologischen Grundlagen in Bezug gesetzt und differenziert diskutiert werden. Dies geschieht dadurch auf einer gut reflektierten Basis wichtiger, die beteiligten Personen betreffender Prozesse.

Im abschließenden dritten Teil des Buches werden Maßnahmen zum Schutz des Kindes und konkrete Handlungsalternativen bei strittiger Betreuungsaufteilung erörtert. Hier sind nun die Darstellungen zum Teil doch recht kurz geraten und manches – wie zum Beispiel die kinderpsychotherapeutischen Interventionen – wird nur angerissen. Auch die Indikationsfrage, wann psychotherapeutische Interventionen im Kontext von Trennung und Scheidung in Erwägung gezogen werden sollten, wann aber auch eher nicht, wird nicht erschöpfend diskutiert. Ebenso werden Angebote wie der Begleitete Umgang nur verkürzt dargestellt. Bei den Handlungsalternativen wird fokussiert auf die sogenannten Erinnerungsbegegnungen, die offensichtlich von der Au-

torin selbst entwickelt worden sind: ein Ansatz, der Kontakte zwischen Kindern und ihren getrennt lebenden Elternteilen fortzusetzen ermöglichen soll, wenn die Kinder reguläre Umgangskontakte verweigern. Eine kritische Diskussion des Ansatzes wird angedeutet, jedoch im vorliegenden Buch nicht aufgearbeitet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Liselotte Staub ein anerkennenswerter Kompromiss gelungen ist, ein komplexes und auch in den Praxen von Psychotherapeuten, Jugendämtern, Beratungsstellen und Gerichten immer wieder zu hoch umstrittenen und sehr emotionalen Auseinandersetzungen und bisweilen auch zu Rollenkonflikten führendes Thema auf knapp 300 Seiten umfassend und sachlich fundiert in seinen Zusammenhängen und seiner Bedeutung darzustellen. Sicherlich bleiben im dritten Teil an der einen oder anderen Stelle Fragen offen und nicht alle auf dem Markt angebotenen Interventionsangebote werden vollzählig genannt bzw. die Auswahl der vertieft dargestellten Optionen erscheint etwas willkürlich. Doch das steht dem Anliegen des Buches in der Hinsicht, die Bedeutung des Themas zu unterstreichen und dabei eine differenzierte Sicht zu entwickeln, nicht im Weg. Staub kann mit ihrer Aufarbeitung die Leser unterschiedlicher Professionen zur Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Trennung und Scheidung auf alle Beteiligten und den damit einhergehenden Konflikten anregen. Sie verdeutlicht die Notwendigkeit, um angemessene Lösungen zu ringen, die vor allem das Kindeswohl berücksichtigen, so ambitioniert sich das im Einzelfall mitunter auch darstellt.

Jörg Hermann,
Braunschweig

Leserbriefe

Psychologische Alternative eines Modells der Depression

Zu T. Padberg: Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 324-330.

Thorsten Padbergs 7-seitige Bestandsaufnahme zum „Umgang mit Antidepressiva“ verdient zunächst einmal Dank und Anerkennung: Dafür, dass er den Schleier vom Mythos hoch wirksamer und ansonsten angeblich weitgehend harmloser Medikamente, die dato ja immer mehr Menschen ärztlicherseits verschrieben werden, weggezogen hat. Folgt man seinen Argumenten – und ich bin der Meinung, man sollte dies voll und ganz tun –, so bleibt unter der Verpackung „Antidepressiva“ nicht einmal mehr dieser Name bestehen. Bestenfalls sind sie, wie es ganz am Ende heißt, „Hilfsmittel“ (für z. B. besseren Schlaf oder mehr Energie). Gegen das schreckliche Gesamtpaket, das da „Depression“ heißt, helfen sie aber „in sehr vielen Fällen“ nicht oder kaum.

Dem Artikel fehlt allerdings zweierlei. Zunächst *Empörung*. Denn, wenn Padbergs nüchterne Analyse zutrifft – und ich selbst bin, wie gesagt, dieser Auffassung – dann bedeutet das einen handfesten Medizin- und Psychiatrieskandal. Wie anders soll man es bezeichnen, wenn von bestimmten Kreisen [...] seit Jahren gezielte (Des-)Informationen in die Öffentlichkeit gebracht werden, die – wie die mittlerweile allseits bekannte, aber dennoch nicht stimmige Serotonin-Hypothese – „aus Lügen und Schwachsinn“ (O-Ton Tim Kendall) bestehen. Eine Theorie, welche dann, befördert durch sogenannte Awareness-Kampagnen, Millionen von Menschen dazu verleitet, diese alles andere als ungefährlichen Pillen mit Namen „Antidepressiva“ zu nehmen, von denen sie später möglicherweise nicht mehr loskommen. Kompetente Aufklä-

rung des Patienten, wie sie Padberg auf S. 329 ganz richtig skizziert, erlebe ich hingegen nie und nirgends.

Der zweite fehlende bzw. zu ergänzende Part trifft uns als Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten selbst. Wer anders als wir wäre denn dazu prädestiniert, dem „schiefen Bild“ von der Depression, wie es die Mediziner seit Jahren und Jahrzehnten präsentieren, ein anderes Modell entgegenzustellen? Ja richtig, solche Modelle gibt es – im Plural übrigens. Aber außer dem (schon in die Jahre gekommenen) kognitiven Modell von Aaron Beck mit den sog. fehlerhaften Denkschemata der Depressiven findet sich *so gut wie nichts* in der Öffentlichkeit. Und sieht man einmal von der wissenschaftlich bisher nicht anerkannten Schematherapie ab und weiß, dass die CBASP, obwohl erst jetzt populär geworden, dem Beck'schen Zeitalter zuzurechnen ist, so hat unsere Disziplin realiter nicht viel Neues zu bieten.

Wo bitte ist heute ein starker, ausgearbeiteter (Gegen-)Entwurf zu finden, der auf den wichtigen frühen Arbeiten der ersten Psychoanalytiker (wie Karl Abraham u. a.) aufbaut? Wer aus unserer Berufsgruppe attackiert noch das medizinische Modell als Ganzes und stellt der als „neurobiologische Störung“ oder „biochemisches Ungleichgewicht“ bezeichneten Depression eine sicht- und hörbare *psychologische Alternative* entgegen?

Als der große Silvano Arieti 1978 sein heute nur noch antiquarisch zu erhaltendes Werk „Depression“ schrieb und darin – als Psychiater! – *psychischen* Faktoren das klare Primat in der Genese der Erkrankung gab, entwarf er Depression als psychodynamisch-kognitives Geschehen mit Ursprüngen primär in der Kindheit. *Darauf* hätte man aufbauen können! Aber er, der zusammen mit seinem Co-Autor Jules Bemporad so klar die Freud'sche Psy-

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 Absender und nicht die der Redaktion wiedergeben.

choanalyse als *inhaltliches* Unterfangen darstellte, um zum Kern (!) des pathologischen Geschehens durchzudringen, als „großangelegten Versuch, die Ursachen der Krankheit zu entdecken“ (a. a. O.) – der sich mithin am Erleben und dem Geschichtlich-Biographischen orientierte und nicht oberflächlich an der formalen Krankheitsstruktur, wie die naturwissenschaftliche Psychiatrie Kraepelin'scher Prägung – fand leider keine Nachfolger.

So hat bedauerlicherweise die mittlerweile zur Neurowissenschaft geschrumpfte Psychiatrie die Meinungsführerschaft für das Phänomen „Depression“ übernommen. Und die Psychotherapieszene hat sich – was ein weiterer Skandal ist! – klammheimlich deren biologisch-pharmazeutischem Paradigma unterworfen, anstatt es zu attackieren. Der Leidtragende ist schlussendlich der depressive Patient, der vierzig Jahre nach Arieti noch immer das vermisst, was dieser schon damals angemahnt hatte: eine elaborierte psychologische Behandlungsform für Erkrankte, die diesen hilft, ihre tief im Unbewussten verankerten depressiven Muster zu verändern und eine bessere Lebensstrategie zu entwickeln. [...]

Dipl.-Psych. Jürgen Karres,
Landsberg

Evidenzlage valide dargestellt

Zu T. Padberg: Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 324-330.

Ich bedanke mich für die klare Aussage des Beitrags von Herrn Padberg. Die Evidenzlage zur Wirkung von Antidepressiva hat der Autor durch einzelne relevante Quellen im Kern valide dargestellt. Meine konzeptionelle Betrachtung von Psyche und Soma als Einheit unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten kommt zu einem deckungsgleichen Ergebnis. Pharmazeutische Einwirkungen können grundsätzlich nicht die Lebensprobleme lösen, in denen sich depressive Menschen befinden. Erfolgreiche psychotherapeutische Maßnahmen zeigen, dass depressive Menschen, sofern sie in der Therapie bessere und breiter angelegte Kompetenzen erwerben konnten, ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen und somit die einer Depression innewohnenden salutogenen Ansätze zu stärken vermochten, so ihre krankheitswertigen Beeinträchtigungen verlieren.

Mir ist klar, dass die Implementation einer solchen Sachlage in die eminenten Denktraditionen und gegen den bedeutenden wirtschaftlichen Impact viel Aufwand benötigt. Um dieses zu leisten sind wir – die Verbandsvertreter und die Wissenschaftler – eigentlich da.

Prof. Dr. Wilfried Echterhoff,
Wuppertal

Schäden durch eine ausufernde Verschreibung von Antidepressiva

Zu T. Padberg: Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 324-330.

[...] Mir liegen neben der vielfach festgestellten fast völlig fehlenden Wirksamkeit auch die enormen psychischen Schäden der ausufernden Verschrei-

bung am Herzen. Denn damit bin ich nach 30 Jahren Arbeit in einer Akutpsychiatrie und – teilweise überschneidend – ebenfalls 30 Jahren als niedergelassener psychologischer Psychotherapeut konfrontiert.

Ich gliedere die mir wichtigsten Punkte in die drei Behandlungsphasen auf:

1. Zu Beginn der Verschreibung kann ich zwei Gruppen von Patienten unterscheiden. (a) In der ersten Gruppe haben Ärzte die Hoffnung geweckt, dass die Betroffenen diesen schrecklichen Zustand der Depression durch ein paar Tabletten wieder loswerden, weil ja nur ein Botenstoff im Gehirn fehle, den die Medikamente auffüllen. Die Patienten, die das gern glauben, werden auf die eigene Handlungsunfähigkeit und auf die Abhängigkeit von ihren Medikamenten (und damit auch von den Ärzten!) konditioniert. Mit ihnen kann kaum ernsthaft psychotherapeutisch gearbeitet werden, solange ihr Vertrauen den Medikamenten gilt und sie die Selbstwirksamkeit, den entscheidenden psychologischen Heilfaktor bei Depressionen, nicht erfahren können. (b) Die Patienten der zweiten Gruppe, nämlich diejenigen, die den Psychopharmaka kritisch gegenüberstehen und die an ihren Problemen psychotherapeutisch arbeiten wollen, werden zunehmend auch von ihren Hausärzten, denen sie bisher vertraut haben, unter Druck gesetzt, wenn in der Therapie nicht rasche Besserungen erreicht werden. Sie sollen Antidepressiva einnehmen – oft damit begründet, dass sie angeblich auch der Unterstützung der Psychotherapie dienlich wären. [...]

2. Während der Behandlung hält der anfängliche Optimismus nicht lange an. Ich beobachte drei einigermaßen gleich große Gruppen: (a) Auf die erste Gruppe scheinen Antidepressiva keine Wirkung und auch keine Nebenwirkungen zu haben. Ob das wirklich zutrifft, zeigt sich erst beim Absetzen (s. u.). Die Patienten nehmen die Medikamente ein, weil der Arzt sie verschrieben hat. Über Risiken und Nebenwirkungen wird herzlich wenig aufgeklärt. [...] (b) Die zweite Gruppe hat das Gefühl, dass es ihr

durch die Antidepressiva besser geht. Bei genauerem Nachfragen wird jedoch auch oft angegeben, dass nicht nur die tiefen Täler der Depression erträglicher geworden sind [...], sondern dass auch die Höhen der Begeisterungsfähigkeit und Freude nicht mehr erlebt werden. (c) Eine dritte Gruppe von Patienten klagt über erhebliche Nebenwirkungen, die sie zusätzlich belasten, wie Gewichtszunahme oder Verlust der Libido. Oft haben solche Patienten das Gefühl, gar nicht mehr sie selbst zu sein. Sie trauen sich aber nicht ohne weiteres, die Medikamente abzusetzen. [...] Die Hoffnung auf medikamentöse Besserung wird häufig aufrechterhalten, indem immer neue Antidepressiva ausprobiert werden.

3. Das Absetzen gestaltet sich bei den meisten Patienten nicht einfach. [...] Viele Ärzte reagieren nicht erfreut, ja sogar verärgert, wenn vom Patienten der Wunsch nach Reduzieren oder Absetzen an sie herangetragen wird und drängen erst einmal auf einen Wechsel des Antidepressivums. Indem die Ärzte Ängste vor dem Absetzen beim Patienten wecken, führt dies bei Auftreten der ersten Entzugserscheinungen rasch zum Aufgeben des Absetzens. Immer wieder berichten Patienten von mehr oder weniger heftigen Entzugserscheinungen – ob nur aufgrund psychischer oder auch als Zeichen körperlicher Abhängigkeit, das mag dahin gestellt bleiben. Von der Pharmaindustrie wird, meiner Kenntnis nach ohne Belege, behauptet, dass Antidepressiva im Unterschied zu Tranquilizern nicht abhängig machen und somit keine Entzugserscheinungen erzeugen können. Mit diesem Argument werden die dann tatsächlich aber auftretenden vermehrten Ängste und Unruhezustände bei Reduzierung oder Absetzen der Antidepressiva als Beweis des Fortbestehens der Depression interpretiert [...]. Mit dieser sich selbst erfüllenden Prophezeiung wird die Zahl der Menschen, die von der psychiatrischen Behandlung mit Antidepressiva abhängig sind, immer größer.

Meine Handlungsstrategie: Ich gebe keine Empfehlungen zur Medikamenteneinnahme, spreche aber offen, auch

mit Verweis auf entsprechende Studien, über meine Beobachtung der psychologischen Risiken und Nebenwirkungen. Wenn die Patienten die Antidepressiva absetzen wollen, ermutige ich sie, mit dem verschreibenden Arzt zu sprechen und ihn auch darüber zu informieren, dass dieser Umstellungsprozess von mir als Psychotherapeut begleitet wird und dass ich gern für Absprachen mit dem Arzt in diesem Prozess zur Verfügung stehe. Allerdings hat sich daraufhin noch kein Arzt bei mir gemeldet.

Ich bereite die Patienten auf mögliche körperliche Symptome beim Absetzen der Medikamente sowie auf eine nötige (weitere) Auseinandersetzung mit den der Depression zugrundeliegenden – und durch die Medikamente ja nicht behandelten – Probleme vor [...] und biete zudem bei Bedarf eine engmaschige Betreuung in dieser Umstellungszeit an. Mit diesem Vorgehen ist das Absetzen von Antidepressiva und eine Rückführung der Patienten in ein von ihnen als stärker selbstbestimmt empfundenes Leben in der Regel erfolgreich möglich [...].

Abschließend möchte ich noch zwei Anmerkungen machen:

1. Unsere psychiatrischen KollegInnen und auch die Hausärzte sind der mengenmäßigen Überforderung durch die zunehmend wachsende Zahl depressiver Patienten genauso ausgeliefert wie wir Psychotherapeuten. Viele Ärzte beklagen deshalb auch die Probleme, kurzfristig einen Psychotherapieplatz für akut Depressive zu finden, sodass sie gezwungen sind, auf die Behandlung durch Antidepressiva auszuweichen. Doch auch dieses verständliche Vorgehen sollte uns nicht von einer kritischen Neubewertung der Antidepressiva abhalten.

2. Man kann die Problematik der Antidepressiva nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Verschreibungspraxis sehen. Denn das Ansteigen der Depressionen, die weltweit in den 2020er Jahren von der WHO als die größte Krankheitsgruppe erwartet wird, weist m. E. auf eine grundlegende gesellschaftliche

Problematik hin: den Zerfall der sozialen Beziehungen und die zunehmende Rücksichtslosigkeit und Gewalt. Beides entspricht nicht dem menschlichen Bedürfnis nach dem Erleben von Verbundenheit. Die nicht nur in der Außenwelt, sondern auch innerlich empfundene Einsamkeit sowie das Gefühl des Bedrohtseins machen krank. Diese quantitativen und qualitativen Folgen gesellschaftlicher Zustände auf die einzelnen Menschen wird das Gesundheitssystem nicht auffangen können. Hier sind ein Umdenken und eine neue Kultur für unsere Art, zu leben und zu wirtschaften, erforderlich.

Dipl.-Psych. Wolfgang Siegel,
Dortmund

Antidepressiva aus der modernen Behandlung nicht wegzudenken

Zu T. Padberg: Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 324-330.

Mit Entsetzen und auch Verwunderung habe ich den Artikel von Herrn Padberg gelesen, den Sie im *Psychotherapeutenjournal* 4/2018 an exponierter Stelle veröffentlicht haben.

Eigentlich hatte ich gedacht, dass der Streit zwischen Psychotherapeuten und Psychiatern bezüglich der „besten“ Behandlung depressiver Patienten beigelegt sein könnte, ein gutes Beispiel bin ich hoffentlich selbst als assoziiertes Mitglied eines psychotherapeutisch-psychoanalytischen Aus- und Weiterbildungsinstituts in Freiburg. Als breit weitergebildeter Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut (mit psychodynamischem Schwerpunkt) und über 20 Jahren Erfahrung in eigener Praxis muss ich die Ausführungen von Herrn Padberg strikt zurückweisen: Seine Aussagen diffamieren unsere Patientinnen und Patienten und stellen sie dar als drogenabhängige „Konsumenten“ oder Lifestyle-User von „energizer“-Drogen. Offensichtlich hat Herr Padberg nie mit schwer depressiven Patienten gearbeitet,

sonst würde er solche Aussagen nicht im Resümee seines Artikels treffen. Ein solcher Artikel schadet nicht nur der kollegialen Zusammenarbeit, sondern auch unseren Patienten und Patientinnen.

Antidepressiva sind aus der modernen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen nicht wegzudenken, relevante Studien zeigten die beste Wirksamkeit einer Kombination von Psychotherapie und antidepressiver Medikation, selbstverständlich angepasst an den jeweiligen Patienten und die Symptomatik und ein zu erwartendes Nebenwirkungsprofil des eingesetzten Medikaments. Ich bin im Übrigen sehr froh, dass es pharmazeutische Firmen gibt, die diese Medikamente herstellen, darüber forschen und sie weiterentwickeln, auch wenn natürlich über den Primat des „shareholder value“ immer gestritten werden kann. Das aber ist ein anderer Diskurs.

[...] Man wünscht Herrn Padberg, er möge doch nicht nur den psychologischen, sondern auch den medizinischen „Wissensbetrieb“ verfolgen. Beides ist unverzichtbar.

Dr. med. Bernhard Jung,
Emmendingen

Aufreißen alter Gräben zwischen Psychologie und Medizin

Zu T. Padberg: Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 324-330.

Mit Entsetzen habe ich vor der Weihnachtspause o. a. Artikel „Placebos, Drogen, Medikamente – ...“ gelesen. [...] Dieser Artikel referiert mangelhaft und einseitig Meinung ohne eine gehaltvolle und haltbare Begründung. [...] Eine kritische Darstellung, Gegenüberstellung und Diskussion der psychologischen, physiologischen und psychophysiologischen Positionen fehlt, der heutige klinische Alltag wird ebenso übergangen wie die Historie der Ent-

wicklung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsverfahren in den letzten Jahren und Jahrzehnten (zumindest seit der Psychiatrie-Enquete Ende der 70er Jahre). Konnten wir spätestens in den letzten ca. 20 Jahren ein Zusammenwachsen der Humanwissenschaften, insbesondere der Psychologie und Medizin verzeichnen, so reißt dieser Artikel alte Gräben wieder auf und postuliert eine mittelalterliche und längst überwundene Leib-Seele-Dichotomie. Damit wird nicht nur Patienten, d. h. Kranken und Leidenden, sondern auch unserem Berufsstand als Psychologische Psychotherapeuten schwerst geschadet. Dieser Rückfall in die narzisstische Überheblichkeit einer Fachdisziplin anstelle eines multidisziplinären Verständnisses ist nicht mehr nur eine Peinlichkeit, sondern fast schon eine Schande für unseren Berufsstand. Bescheidenheit, Ehrlichkeit und Offenheit gegenüber Nachbardisziplinen ist hier angebracht!

Ohne hier einen Co-Artikel schreiben zu wollen, trotzdem wenige kurze Angaben zur Veranschaulichung: Bereits in den 70er Jahren stellte das Lehrbuch „Klinische Psychologie“ von Davison/ Neale die konkurrierenden Theorien nebeneinander. Später formulierte Stavros Mentzos seine Überlegungen zum psychosomatisch-somatopsychischen Krankheitsverständnis. Arbeiten zur Neuropsychologie und Neuropsychanalyse existieren zahlreich. Empfohlen sei der Reader „Psychoanalyse und Psychopharmakologie“ von J. Küchenhoff (Hrsg.), Stuttgart: Kohlhammer, 2016.

Dipl.-Psych., Dipl.-Päd.
Roland Schultze,
Tönisvorst

Zahlreiche Ungereimtheiten

Zu T. Padberg: Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. Psychotherapeutenjournal 4/2018, S. 324-330.

[...] Die Mehrzahl der Leser dieser Zeitschrift wird bei der Lektüre des Artikels

vielleicht mit einer gewissen Erleichterung die eindeutige Bestätigung dessen aufgenommen haben, was man selbst eigentlich ohnehin schon immer meinte, nämlich dass AD eher schaden als nützen. Ohne die zweifellos bedeutsamen Probleme kleinreden zu wollen, die durch eine leichtfertige Verschreibung von AD sowie durch unzureichende Beachtung von deren Nebenwirkungen für den Patienten entstehen können, möchte ich doch zahlreiche Ungereimtheiten und Nachlässigkeiten im Beitrag von Padberg nicht unkommentiert lassen:

1. Im Text geht es mit den Quellen munter durcheinander (Pharmaindustrie, medizinische Veröffentlichungen, Konsens-Statements, Expertenmeinungen, Kritikermeinungen). Es sei an dieser Stelle ausdrücklich betont, dass man in der Psychiatrie sehr genau um die Ungereimtheiten bzgl. der Wirkungsweise von AD weiß, aber dennoch Grund zu einem biologischen Ansatz sieht (Depression als Erkrankung des Gehirns), bei dem also biologisch-somatische Einflussfaktoren einen substantiellen, vermutlich notwendigen (vielleicht nicht hinreichenden) Anteil am Krankheitsbild haben.

2. Wer der Urheber des in der Öffentlichkeit angeblich verbreiteten Bildes sein soll, die Depression sei eine „Hirnkrankeheit, die sich durch Einnahme von Tabletten heilen lässt“, bleibt durch das eben erwähnte Durcheinander im Text unklar. In der Psychiatrie wird diese Krankheit nicht umsonst als rezidivierend (und insofern als mehr oder weniger chronische Krankheit) eingestuft. [...]

3. Weshalb die bekannten Ungereimtheiten bei der Erklärung von Wirkungen medikamentöser Interventionen gleich ein Beleg dafür sein sollen, dass in einem vom Autor immerhin befürworteten medikamentenzentrierten Ansatz dem Patienten gegenüber „klargestellt“ werden müsse, „dass aktuell sehr wenig für die ganze Idee spricht, Depressionen seien eine körperliche Krankheit wie Parkinson oder Diabetes“, bleibt in seinem Beitrag unverständlich. Immerhin bemüht sich Padberg nicht einmal

darum aufzuzählen, was alles für die Annahme spricht, dass Depressionen auch ein somatisches Fundament haben. Am Für oder Wider einer Serotonin-Imbalance lässt sich *diese* Frage jedenfalls nicht beantworten.

4. In dem Abschnitt zu Nebenwirkungen der AD (S. 327) suggeriert der Autor, es läge mit der Behandlung durch „Zuckerpillen oder Psychotherapie“ eine Behandlungsoption *ohne* Nebenwirkungen vor. Dies ist falsch! Es werden in RCTs stets auch „Nebenwirkungen“ in der Placebo-Gruppe gefunden und für die PTh ist bekannt, dass deren Nachteile von uns oft unterschätzt oder gar ausgeblendet werden. Dass PTh nicht nur belanglose unerwünschte Effekte hat, ist aber nicht mehr strittig (Linden & Strauß (Hrsg.): Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. 2018 in 2. Aufl.).

5. Etwas rätselhaft bleibt der Sprung, den der Autor zum „medikamentenzentrierten Ansatz“ vornimmt: Wenn ich davon überzeugt bin, dass AD nicht wirksamer sind als „Zuckerpillen“, dann sollte man Letztere geben. [...]

6. Ein theoretisch anspruchsvolles und klinisch schwieriges Gelände ist im vorliegenden Beitrag die Rolle der Placebos. Wenn Placebos dieselben Hirnareale aktivieren wie AD, spricht das keineswegs gegen Letztere. Es wurde auch in Studien an Schmerzpatienten festgestellt, dass durch Placebos ähnliche oder dieselben Hirnareale aktiviert werden, ohne gleich allen Patienten die Schmerzmedikamente vorzuenthalten. Die Frage, *welcher* Patient mutmaßlich eine *wirksame* Antwort auf ein Placebo *zustande bringt*, ist doch noch weitgehend unklar.

7. Eng damit verbunden ist die klinisch bedeutsame Frage, wie mit einem solchen Befund praktisch umzugehen ist. Es betrifft die Frage, *wie* Placebo-Effekte gebahnt (oder auch blockiert!) werden. Während das vom Autor angemahnte Aufklärungsverhalten (siehe Zitat S. 329, linke Spalte, sowie zweiten Absatz auf S. 330) vielleicht „politisch korrekt“ sein mag, wird man wohl

kaum damit rechnen können, dass man so noch Placebo-Effekte erzielt. [...]

8. Die der Sache unangemessene Einseitigkeit des gesamten Beitrags kommt in den Empfehlungen zum Aufklärungsgespräch gut zum Ausdruck, wenn Padberg vom Arzt fordert, es müsse über die „biologisch ungeklärte Genese von Depressionen“ aufgeklärt werden. Gibt es jenseits der Biologie bereits eine zureichende Klärung der Genese von Depressionen? Genau dies suggeriert der Autor dann im abschließenden Absatz, wo diverse „wichtige Einflussfaktoren“ (aus dem psychosozialen Bereich) aufgezählt werden, „die Menschen depressiv“ machen. Menschen mit Depressionen können in der Regel gut unterscheiden zwischen Verunsicherung und Ärger über zum Beispiel unbefriedigende Arbeitsplätze oder finanzielle Schwierigkeiten einerseits und ihren Depressionen andererseits, die zwar oft (aber nicht notwendigerweise) von solchen lebensweltlichen Faktoren *ausgelöst* oder auch *aufrechterhalten* werden, aber durch die die Depressionen bis auf den heutigen Tag eben nicht zureichend erklärt sind.

[...] Es ist vollkommen unstrittig, dass Menschen mit leichten depressiven Episoden nicht mit AD behandelt werden sollten (außer dies entspricht ihrem dezidierten Behandlungswunsch). Jenseits einer unterschwellig *berufsständischen* Sicht- und Argumentationsweise sollten wir aber den Mut aufbringen anzuerkennen, dass die Dinge bei den ausgeprägteren depressiven Episoden eben doch etwas schwieriger liegen. Hier braucht es den gleichzeitigen Einsatz von AD und PTh, um wenigstens eine klinisch bedeutsame und möglichst lange anhaltende Besserung zustande zu bekommen. Von „Heilung“ als einem zu erwartenden Ausgang der Therapie sollte in diesen Fällen besser keiner der Behandler sprechen.

Dr. Dipl.-Psych. Gerald Ullrich,
Schwerin

Ein Bild hielt uns gefangen

Antwort des Autors Thorsten Padberg auf die Leserbriefe

Ich möchte all denen danken, die mir auf meinen Text „Placebos, Drogen, Medikamente. Der schwierige Umgang mit Antidepressiva“ hin geschrieben haben. Viele waren darüber erfreut, eine übersichtliche Darstellung der aktuellen Ergebnisse aus der Antidepressiva-Forschung zu lesen. Manchen bin ich in meiner Bewertung dieser hochstrittigen Medikamentenklasse nicht weit genug gegangen.

Der eine oder andere hat mir hier im Heft oder in privaten Nachrichten sein „Entsetzen“ darüber mitgeteilt, dass und wie ich etwas zur aktuellen Forschungslage geschrieben habe. „Entsetzen“, im Mittelhochdeutschen „ent-sitzen“, bedeutete ursprünglich „aus dem Besitz bringen“, womit auch die Befreiung aus einer von Feinden belagerten Festung gemeint sein konnte. Es ist ähnlich schwer, sich aus mentalen Bildern zu befreien, von denen man sich gefesselt fühlt.

Ein solches Bild ist das medizinische Modell der Depression im Sinne einer Störung des Hirnstoffwechsels. Die Serotoninhypothese der Depression war lange so etwas wie das Flaggschiff der biologischen Störungsmodelle. Es ist untergegangen. Natürlich gibt es viele weitere, nicht belegte biologische Modelle der Depression. Vielleicht finden sie eines Tages Bestätigung. Die Zukunft ist eine ergiebige Quelle für Modelle, die darauf warten, irgendwann einmal belegt zu werden. Darauf hoffen darf man natürlich.

Keiner der Kritiker hat Fehler in meiner Darstellung der gegenwärtigen Forschungslage gefunden (der Verweis auf eine nicht näher benannte alternative Studienlage oder auf ein Lehrbuch aus den 1970ern zählt nicht). Könnte hier ein erster Ansatz zur Einigkeit bestehen? Es ist ja nicht so, dass ich hier als Psychologe gegen die Psychiatrie anstreite. Wenn in der Aufgeregtheit dieser fächerübergreifenden Diskussi-

on übersehen wurde, dass ich mich in meinen Ausführungen mit Ausnahme von Irving Kirsch fast ausschließlich auf Psychiater gestützt habe, ist das verzeihlich. Auch habe ich nicht „suggeriert“, Psychotherapie und Placebo hätten keine Nebenwirkungen. (Wären allerdings – so wie bei Antidepressiva – sexuelle Unlust und Gewichtszunahme regelmäßige Nebenwirkungen der Gespräche mit mir, fände ich das ausgesprochen bedenklich. Die Nebenwirkungen von Psycho- und Pharmakotherapie sind von sehr verschiedener Natur.) Und wer, so wie Herr Ullrich, den von mir für die Psychologie nicht beanspruchten Begriff der „Heilung“ in die Debatte wirft, denkt schon wieder in biologischen Kategorien.

Das medizinische Bild legt auch nahe, dass alle Depressionen rezidivierend sein sollen, sie also immer nur „schlummern“, nie verschwinden. Das wird vor allem die Autoren von ICD und DSM interessieren, die dann in Zukunft mit einer Diagnoseziffer (für die Major Depression) weniger auskommen könnten. Wenn, wie es die Forschung sagt, nach spätestens 15 Jahren bis zu 85 % der Betroffenen erneut eine Depressionsdiagnose erhalten, ist das dann dieselbe Erkrankung? Wenn jemand alle 15 Jahre Schnupfen hat, ist das dann derselbe, rezidivierende Schnupfen? Wie ist das bei einer Störung, die im DSM durch 227 mögliche Symptomkonstellationen definiert wird? Wer auf diese Fragen antwortet, merkt schnell, wie weit die Analogie zum medizinischen Krankheitsbegriff trägt.

Die psychologischen Modelle der Depression benutzen wie alle unsere Konzeptionen zu Störungsbildern letztlich Konsenskategorien, die sich trivialerweise nicht „beweisen“ lassen. Sie haben immerhin den Vorteil, dass man mit ihnen Schritte in der Therapie einleiten kann, die – das sagt die Psychotherapieforschung – für viele hilfreich sind. Dann muss man auch nicht unter Umgehung der Forschungslage „politisch inkorrekt“ den Anti-Aufklärer mimen, um dadurch Placebo-Effekte zu generieren. Einen gewaltigen Unterschied für den Umgang miteinander macht es auch,

ob ein Behandler Medikamente verordnet, weil der Körper das angeblich braucht, oder ob er gemeinsam mit den Klienten über ihren Einsatz entscheidet, um damit bestimmte, psychologisch wünschenswerte Effekte zu erzeugen. Das wäre eine Begegnung auf Augenhöhe – zwischen Therapeut und Klient genauso wie zwischen den Disziplinen.

Der für mich fast spannendste Teil des Scheiterns der Antidepressiva in der Forschung ist der damit verbundene Nachweis, wie wirksam Placebos in der Bekämpfung von Depressionen sind. Wenn es, wie der Psychiater Tom Bschor schreibt, „ureigenste ärztliche Aufgabe [ist], Hoffnung zu wecken und hierdurch Selbstheilungskräfte zu aktivieren“, dann sollten wir uns Gedanken über Konzepte zur Hoffnung machen. Vielleicht bedeutet Hoffnung, den Eindruck zu haben, irgendwann werde es wieder aufwärts gehen; dass da noch etwas kommt. Dass man sich, um im Bild zu bleiben, „ent-setzen“ kann, auch wenn die Umstände widrig sind.

Dipl.-Psych. Thorsten Padberg M. A.,
Berlin

Vergessene Arbeiten aus dem Osten Deutschlands

Zu C. Janßen: Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis. *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 337-345.

Ich habe mit besonderem Interesse diesen Artikel zu einem von der Thematik und der Praxis her gesehen wirklich eher vernachlässigten Bereich klinisch-therapeutischen Arbeitens gelesen. Umso mehr war ich dann nach der Lektüre enttäuscht, dass zwar neuere Literatur verwertet wurde, aber dieses „neuere“ sich in der Mehrzahl der Quellen auf die 2000er Jahre bezog und bestenfalls noch bis 1990 zurückverfolgen ließ. [...] Ich kann zwar verstehen, dass es dem heutigen modernen Trend bei vielen wissenschaftlichen Artikeln entspricht, vor allem neuere und besonders auch angloamerikanische Quellen zu zitieren bzw. inhaltlich entsprechend zu

verarbeiten. Aber beim Lesen dieses in angenehm einfachem Text geschriebenen Beitrages könnte – möglicherweise – ein weniger erfahrener Leser sich die Meinung bilden, dass es sich hier um eine letztlich neue und – unstrittig – wichtige wie richtige Sichtweise handelt, die der Autor mit vor allem verhaltenstherapeutisch unterlegten Methoden in der eigenen Praxis zu realisieren versucht. Es ist für mich in diesem Sinne sehr erstaunlich, dass der Autor bei seinen Literaturrecherchen offenbar nicht viel weiter „nach Osten“ und eben auch in eine wichtige Zeit vor 1990 gegangen ist: Es hat in Osteuropa, besonders aber in der ehemaligen DDR und auch noch kurze Zeit nach der Wende, also etwa bis 1990 während, eine ganze „Generation“ von praktisch wie wissenschaftlich orientierten Arbeiten auf dem Gebiet der pädagogisch-psychologischen Rehabilitation – und damit immer auch praktischer Therapie – von geistig unterschiedlich behinderten Menschen gegeben. Es gab ein eigenständiges wissenschaftliches Institut für Rehabilitationspädagogik und -psychologie an der damaligen Humboldt-Universität zu Berlin, welches sich in mehreren Jahrzehnten seiner Existenz praktisch ganz spezifisch diesen inhaltlichen Themen gewidmet hat, über die der Autor unterhaltend reflektiert: Es brauchen – hier stellvertretend für eine Vielzahl von AutorInnen und Publikationen – nur international bekannte Namen wie von Prof. Dr. H. Suhrweier, Prof. Dr. S. Eßbach, Prof. Dr. Becker und deren jeweilige Autorentams genannt zu werden. Allein in dem umfänglichen Buch von H. Suhrweier „Grundlagen der Rehabilitationspädagogischen Psychologie“, Verlag Volk und Gesundheit, von 1985 werden unter vielen Hunderten von Literatur-Quellen auch eine große Zahl von – aus heutiger Sicht – verhaltenstherapeutisch orientierten Publikationen zu entsprechenden Interventionen bei verschiedenen Formen der geistigen Behinderung verarbeitet. [...]

Mir fällt – nebenbei bemerkt – dieser „Trend“ der „Neuorientierung“ der wissenschaftlichen Literatur-Rezeption vor allem auf die Zeit nach den 1990er Jahren generell in diesem auch berufspo-

litisch orientierten PT-Journal auf. Vielleicht wäre eine kritische Diskussion zur Nutzung von fachwissenschaftlichen Arbeiten aus dem „Osten“ und auch aus der Zeit noch etwas vor 1990 in diesem Journal sinnvoll, um zu vermeiden, dass bei jüngeren KollegInnen vielleicht der Eindruck entstehen könnte (hier bewusst etwas spitz formuliert), die fachwissenschaftliche Arbeit habe erst nach der „Wende“ richtig begonnen!

PD Dr. Dipl.-Psych.
Wolfram Zimmermann,
Bernau bei Berlin

Wichtige Anregungen durch sowjetische Autoren

Antwort des Autors Christian Janßen auf den Leserbrief

Ich kann Ihnen, Herr Zimmermann, Recht in Bezug auf die fehlende Literatur aus Ländern geben, die der Sowjetunion nahestanden, insbesondere aus der DDR. Offensichtlich war wie im Westen auch im Osten eine wichtige Zeit von Arbeiten zu einer Psychologie von und Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung in oder vor den neunziger Jahren. Das ist wichtig wie gleichzeitig ein Armutszeugnis. Mir ist tatsächlich wenig über die von Ihnen genannten Arbeiten aus der DDR bekannt. Vor dem Hintergrund eines Hinweises der Redaktion hatte ich meine eigenen „alten“ Literaturangaben bereits durch die Recherche neuer Auflagen auf einen „modernerer“ Stand gebracht. Ich sehe aber wie Sie, dass „alt“ nicht gleichbedeutend mit „überholt“ oder „bedeutungslos“ ist.

Für mein Verständnis von geistiger Behinderung und die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung sind mir ältere Arbeiten und Arbeiten mit Bezug auf sowjetische Autoren durchaus wichtig. Ich habe über die Arbeit von Wolfgang Jantzen, der in den 1970er und 1980er Jahren eine „materialistische Behindertenpädagogik“ an der Universität Bremen begründete (Jantzen, 1981, 1987, 1990), Anregungen bei verschiedenen sowjetischen Autoren gefunden: Da sind z. B. Leontjev und die Tätig-

keitstheorie (Leontjev, 1982; Seeger & Holodynski, 1984), Lurias neuropsychologische Arbeiten (Luria, 1979) und Arbeiten zur geistigen Behinderung (Feuser, 1994) sowie Wygotskis kulturhistorische Schule und insbesondere sein Konzept der Zone der nächsten Entwicklung (Wygotski, 1974). In meinem Text habe ich daraus nur kurz die bei Jantzen entdeckte Wahrnehmung von Behinderung als einer „Lebensentwicklung unter Isolationsbedingungen“ (Janßen, 2018, S. 339) oder die einer individuellen „Überlebensstrategie“ von Menschen mit geistiger Behinderung in fremdbestimmten Lebenskontexten (ebd.) wiedergegeben. Sie sind wichtige Pfeiler meines Verständnisses von geistiger Behinderung und meiner psychologisch-psychotherapeutischen Arbeit in dieser Klientel.

Literatur

- Feuser, G. (1994). Lurijas Beitrag zur Theorie der geistigen Behinderung. In W. Jantzen (Hrsg.), Die neuronalen Verstrickungen des Bewusstseins. Zur Aktualität von A. R. Lurijas Neuropsychologie (S. 159-204). Münster: Lit Verlag.
- Janßen, C. (2018). Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis. *Psychotherapeutenjournal*, 17 (4), 337-345.
- Jantzen, W. (1981). Arbeit, Tätigkeit, Handlung, Abbild – Zu einigen Grundfragen der Entwicklung materialistischer Psychologie. *Forum Kritische Psychologie*, 9, 20-81.
- Jantzen, W. (1987). Allgemeine Behindertenpädagogik – Ein Lehrbuch, Bd. 1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Weinheim: Beltz.
- Jantzen, W. (1990). Allgemeine Behindertenpädagogik – Ein Lehrbuch, Bd. 2: Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik und Therapie. Weinheim: Beltz.
- Leontjev, A. N. (1982). Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Luria, A. R. (1979). The making of mind. Cambridge: Harvard University Press.
- Seeger, D. & Holodynski, M. (1984). Grundlagen einer materialistischen Theorie der Persönlichkeit – Eine Einführung in die Ansätze von Sève und Leontjev. Berlin: Argument Verlag.
- Wygotski, L. S. (1974). Zur Orientierung auf die Zone der nächsten Entwicklung. In R. Göbel, G. Matthes, F. Rudolph & G. Sobel (Hrsg.), *Psychologische Studientexte: Vorschulerziehung* (S. 48-51). Berlin: Volk und Wissen Volkseigener Verlag.

Dipl.-Psych. Christian Janßen,
Bielefeld

Sprechstunde und probatorisches Erstgespräch unterscheidbar?

Zu N. Mong, H.-S. Wendler & M. Zaudig: Wer die psychotherapeutische Sprechstunde nutzt und wie sie ankommt. *Studie an einer Ausbildungsambulanz. Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 331-336.

[...] Es kommt ja immer mal wieder vor, dass im Fazit von Studien Fragen beantwortet werden, die die Studie gar nicht gestellt hat. Und eigentlich ist es erfreulich, wenn dies immerhin im Artikel ohne Weiteres nachvollziehbar ist. Trotzdem finde ich es ärgerlich, wenn dies anscheinend kritiklos abgedruckt wird.

Es sollte zumindest erwähnt werden, dass davon auszugehen ist, dass PatientInnen, die nach einem Erstgespräch einen gewünschten Psychotherapieplatz erhalten, in den meisten Fällen nicht unterscheiden werden, ob dieses Erstgespräch „psychotherapeutische Sprechstunde“ oder „probatorisches Gespräch“ genannt wird. Sie nehmen kein „zusätzliches Versorgungsangebot“, wie es im Artikel benannt wird, wahr. Wenn man sie also nach einem solchen Gespräch bittet, dieses einzuschätzen, dann handelt es sich nicht um eine Einschätzung zur Sprechstunde, sondern zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch. [...] Wirklich verwertbare Einschätzungen zur Sprechstunde kann man meines Erachtens nur erlangen, wenn man gezielt danach fragt. Das ist nicht ganz banal, weil man dazu die Befragten zunächst über den Unterschied zwischen Sprechstunde und probatorischem Erstgespräch ausführlich aufklären müsste. Das kostet Zeit. Außerdem müsste man sich Gedanken darüber machen, was denn der für die (potentiellen) PatientInnen erleb-

bare Unterschied zwischen Sprechstunde und probatorischem Erstgespräch ist. Nach meiner Erfahrung als ‚Kostenerstatlerin‘ tritt dieser nur dann zutage, wenn die PatientInnen nach der Sprechstunde erfahren, dass eine Therapieindikation vorliegt (was sie ja meist schon vorher wissen), sie aber keinen Therapieplatz angeboten bekommen. Dann wird deutlich, dass das, was sie für ein therapeutisches Erstgespräch hielten, keines war. Es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass in der vorliegenden Studie PatientInnen befragt worden sind, denen trotz Indikation kein Therapieplatz angeboten werden konnte.

In meiner Privatpraxis, in der ich auch Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren anbiete, sehe ich häufig PatientInnen, die in einer Sprechstunde waren. Nicht selten höre ich Irritation, oft auch Ärger darüber, dass es zwar ein Gespräch, aber kein Psychotherapieangebot gab. Manchmal kommen Menschen, die das PTV 11 mehrfach ausgefüllt dabei haben – immer mit der gestellten Indikation für Richtlinien-LZT und dem Hinweis, dass diese nicht in der ausstellenden Praxis durchgeführt werden könne. Diese Menschen nehmen kein „hilfreiches und sinnvolles zusätzliches Versorgungsangebot“ wahr, sondern sie nehmen wahr, dass sie sinnloserweise x-mal ihre Geschichte erzählen – und keine Behandlung angeboten bekommen. Dies ist auch für die KollegInnen, die Sprechstunden abhalten müssen, ohne ausreichend Therapie anbieten zu können, keine sinnvolle Erfahrung. Eine rein positive Evaluation der Sprechstunde ist daher für mich nicht nachvollziehbar, auch wenn ich verstehe, dass sie vor dem Hintergrund neuer gesundheitspolitischer Pläne als das kleinere Übel erscheint.

Dr. Dipl.-Psych. Katja Rose,
Oldenburg

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Reform der Psychotherapeutenausbildung: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Psychotherapeutenausbildung muss reformiert werden. Seit Anfang Januar gibt es einen Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Darin würdigt das BMG die wichtige Rolle der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Gesundheitswesen. Gleichzeitig erkennt der Entwurf den Reformbedarf an, auf den die Deutschen Psychotherapeutentage seit Jahren hinweisen. Durch die Veränderung von Studiengängen des Bolognaprozesses sei der Zugang zur Psychotherapeutenausbildung nicht mehr ausreichend geregelt. Daneben führe die heutige Ausbildung zu hohen finanziellen Belastungen der Ausbildungsteilnehmer. Auch habe sich die Psychotherapie in den letzten 20 Jahren in hohem Maße weiterentwickelt, was das geltende Ausbildungsrecht nicht mehr ausreichend berücksichtige.

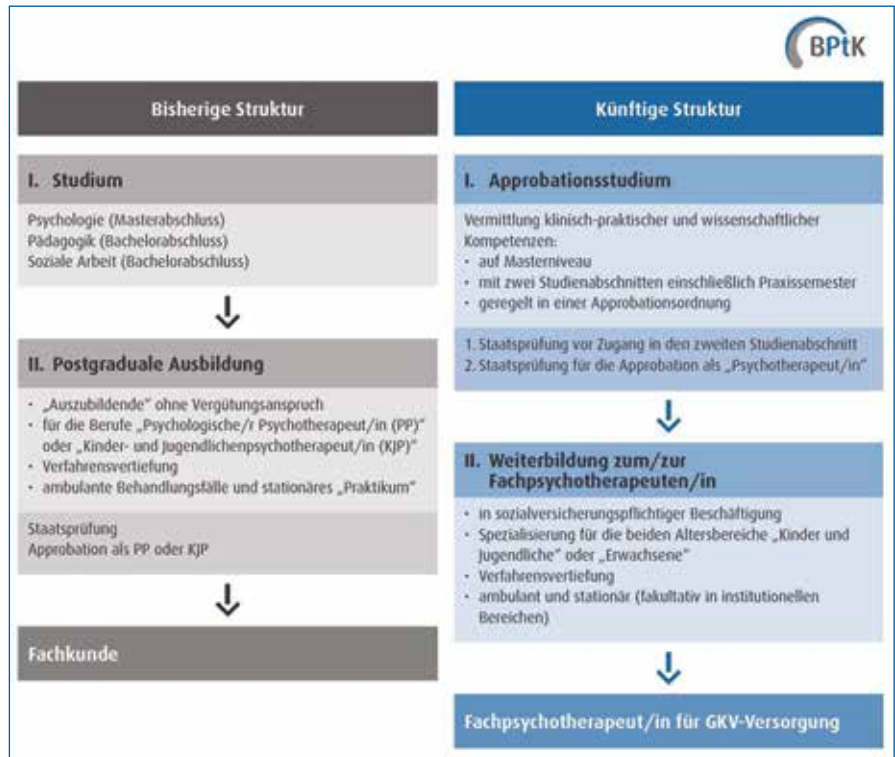


Abbildung: Alte und neue Struktur der Psychotherapeutenausbildung (Quelle: BPTK, 2019)

Großer Schritt zur Lösung der zentralen Probleme

Das BMG präsentiert in seinem Referentenentwurf einen Lösungsansatz, der das Reformkonzept aufgreift, das die Profession gemeinsam im Projekt „Transition“ entwickelt hat. Kern ist die Einführung eines dreijährigen Bachelor-

und zweijährigen Masterstudiums, das mit einer staatlichen Prüfung und einer Approbation endet. Dadurch werden für die Approbation bundeseinheitliche Qualitätsstandards auf Masterniveau gesichert und die Weichen gestellt für

eine anschließende Weiterbildung in Berufstätigkeit in der stationären und ambulanten Versorgung sowie in weiteren institutionellen Bereichen. Psychotherapeuten werden sich künftig nach dem Studium in der Weiterbildung in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung qualifizieren und nicht mehr in prekäre Lebenslagen geraten. Nach dem Gesetzentwurf soll die Qualifizierung noch besser die Breite der Aufgaben abdecken, die Psychotherapeuten schon heute übernehmen. Dazu soll in der Weiterbildung auf die Strukturqualität der heutigen psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute und ihrer Ambulanzen zurückgegriffen werden.

Was ändert sich für PP und KJP?

Die Reform betrifft vor allem die künftigen Psychotherapeuten. Alle nach der heute gültigen Gesetzeslage approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führen ihre Berufsbezeichnungen weiter und behalten ihre jeweilige Fachkunde. Darüber hinaus haben sie dabei die gleichen Rechte und Pflichten wie die nach der reformierten Ausbildung approbierten Berufsangehörigen. Übergangsregelungen in den Weiterbildungsordnungen sollten ermöglichen, dass sie zusätzlich die Titel „Fachpsychotherapeut/in für Erwachsene“ bzw. „Fachpsychotherapeut/in für Kinder und Jugendliche“ mit ihrem Psychotherapieverfahren als Zusatzbezeichnung führen dürfen.

Berufsbezeichnung für ein gemeinsames Berufsbild

Die Berufsbezeichnung soll künftig „Psychotherapeut/in“ lauten. Sie schließt begrifflich weder die Psychologie noch die Sozialpädagogik oder die Pädagogik als Herkunftsdisziplinen der Psychotherapie aus. Die Zusammenführung der Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einem gemeinsamen Beruf mit einheitlicher Ausbildung für alle Altersgruppen bis zur Approbation und der Altersspezialisierung in der Weiterbildung ist das Ergebnis einer intensiven professionsinternen Debatte. Patienten ermöglicht die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut/in“, zwischen Approbierten ohne Fachkunde und „Fachpsychotherapeuten“ zu unterscheiden sowie zwischen Psychotherapeuten und Fachärzten, die als ärztliche Psychotherapeuten tätig sind.

Nachbesserungsbedarf im weiteren Gesetzgebungsverfahren

Die Heilkundeerlaubnis von Psychotherapeuten darf nicht länger per Gesetz auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren beschränkt sein oder künftig auf evidenzbasierte Verfahren oder Therapieformen beschränkt werden. Auch Psychotherapeuten brauchen die Erlaubnis zur Entwicklung psychotherapeutischer Innovationen, die aktuell noch nicht wissenschaftlich anerkannt

Neue Befugnisse: Verordnung von Ergotherapie und psychiatrischer Krankenpflege

Mit dem Reformgesetz sollen die Befugnisse von Psychotherapeuten erweitert werden. Psychotherapeuten sollen künftig Ergotherapie und Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege verordnen können und damit eine umfassendere koordinierte Versorgung von Patienten in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung sicherstellen. Sachgerecht wäre es, darüber hinaus auch die Befugnis für die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit zu erteilen. Psychotherapeuten verfügen über die erforderlichen diagnostischen Kompetenzen, um den aktuellen psychischen Zustand ihrer Patienten beurteilen, deren Belastbarkeit und Belastungsgrenzen sowie die spezifischen Anforderungen des aktuellen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzes einschätzen zu können.

sind. Die Berufsordnungen stellen sicher, dass Psychotherapeuten unter Einhaltung der Sorgfaltspflichten und gemäß dem aktuellen fachlichen Wissensstand behandeln. Die Berufsausübung selbst zu regeln, gehört zu den Kernaufgaben von Kammern, in die der Gesetzgeber nicht eingreifen sollte.

Der Referentenentwurf sieht Praxisanteile vor, die vom Umfang her den Vorstellungen der Profession sehr nahekommen, aber sich zeitlich über die gesamte Studiendauer verteilen. Aus Sicht der Profession wäre ein Praxissemester sinnvoller. Außerdem sollte gesichert sein, dass praktische Erfahrungen in mindestens zwei wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erworben werden. Das ist auch die Voraussetzung für eine qualifizierte Entscheidung für eine Verfahrensvertiefung in der Weiterbildung.

Die geplante Ermächtigung der Ambulanzen von Weiterbildungsinstituten wird nicht ausreichen, um Psychothe-

rapeuten in Weiterbildung sozialversicherungspflichtig bei angemessenem Gehalt und ohne Gebühren für die fachlich notwendige Supervision, Selbsterfahrung und Theorievermittlung zu beschäftigen. Die Psychotherapeuten-schaft ist sich einig, dass es eine finanzielle Förderung braucht, bei der sich der Gesetzgeber an der Regelung zur ambulanten Weiterbildung bei Hausärzten und grundversorgenden Fachärzten orientieren oder eine direkte Förderung der Weiterbildungskosten der Institute vorsehen könnte.

Fazit

Mit dem Referentenentwurf startet die politische Auseinandersetzung über die Details der Reform, bei der nicht nur der Bundesgesetzgeber aktiv wird, sondern auch die Länder in der Verantwortung stehen. Das Gesamtkonzept der Profession liefert die Blaupause, damit es neben einer bundeseinheitlichen Approbation auch eine bundeseinheitliche Umsetzung der Weiterbildung geben wird.

Berufsrecht entscheidet über Berufszulassung

Wenn die Psychotherapeutenkammern künftig Weiterbildungen in Fachgebieten regeln, berechtigt die entsprechende Gebietsanerkennung zum Eintrag in das Arztregister. Damit werden sich zukünftig die sozialrechtlichen Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung wie bei Ärzten am Berufsrecht orientieren. Weil Weiterbildung in die Länderhoheit fällt, darf es dabei jedoch keine vorweggenommene Festlegung auf bestimmte Gebiete im Bundesgesetz geben. Nach dem Gesamtkonzept der Profession sind bislang die Fachgebiete „Psychotherapie für Erwachsene“ und „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ geplant. In der Diskussion ist die Regelung der „Klinischen Neuropsychologie“ als weiteres Gebiet.

Vom PiA zum PiW: Das ändert sich

Trotz abgeschlossenem Hochschulstudium arbeiten Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) heute jahrelang ohne Anspruch auf Vergütung, müssen zusätzlich für ihren Lebensunterhalt sor-

gen und Ausbildungsgebühren zahlen. Mit der Approbation nach dem Studium und einer Staatsprüfung werden die zukünftigen Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiW) keine Praktikanten mehr

sein, sondern in der Weiterbildung Anspruch haben auf eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und ein tarifliches Einkommen. Zur Refinanzierung der Kosten der Weiterbildungsin-

stitute für die Zahlung eines angemessenen PiW-Gehalts und die Supervision der Behandlungen, die Selbsterfahrung und die Theorievermittlung reichen die Einnahmen aus den Versorgungsleistungen ihrer ermächtigten Ambulanzen allerdings allein nicht aus, sodass

weiter Kosten auf die PiW zukommen würden. Die BPTK fordert deshalb eine gesetzlich geregelte Förderung der ambulanten Weiterbildung, wie sie es heute bereits in der Allgemeinmedizin und bei den grundversorgenden Fachärzten gibt. Anders als die PiA werden die PiW

künftig auch Kammerangehörige sein mit aktivem und passivem Wahlrecht in den Kammergremien und der Möglichkeit, die Entwicklung des eigenen Berufsstandes mitzugestalten. Gleichzeitig unterliegen sie der Berufsaufsicht der Kammern.

Berufung der Mitglieder für den WBP für die 5. Amtsperiode

Ende 2018 endete die 4. Amtsperiode des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG. Für die 5. Amtsperiode (2019–2023) des WBP hat der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer entsprechend der gemeinsamen Vereinbarung mit der Bundesärztekammer sechs Mitglieder und Stellvertreter berufen, bei

denen es sich um wissenschaftlich ausgewiesene Persönlichkeiten mit praktischer Erfahrung in psychotherapeutischer Patientenbehandlung handelt.

Für diese Amtsperiode sind Prof. Dr. Siegfried Gauggel, Prof. Dr. Nina Heinrichs, Prof. Dr. Falk Leichsenring, Prof. Dr. Bernhard Strauß, Prof. Dr. Kirsten

von Sydow (KJP) und Prof. Dr. Ulrike Willutzki als Mitglieder von der BPTK berufen worden. Als Stellvertreter wurden Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff (KJP), Prof. Dr. Tina In-Albon, Prof. Dr. Svenja Taubner, PD Dr. Christina Hunger-Schoppe, Dr. Eberhard Windhaus (KJP) und Prof. Dr. Cornelia Exner berufen.

Videobehandlung in der Psychotherapie

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz den Bewertungsausschuss beauftragt, die Regelungen zur Videobehandlung anzupassen. Mit dem Auftrag an den Bewertungsausschuss wurde die Forderung der BPTK, auch Psychotherapeuten die Behandlung über Video zu ermöglichen, umgesetzt. Der Bewertungsausschuss soll bei der Anpassung die Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung und der Berufsordnung berücksichtigen.

Bis zum 1. April 2019 soll der Bewertungsausschuss nun die Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erarbeiten.

Auch in der Musterberufsordnung wurden Regelungen geschaffen, um eine Videobehandlung in der psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen. Die Regelung sieht vor, dass eine Videobehandlung unter besonderer Beachtung der Sorgfaltspflichten grund-

sätzlich möglich ist. Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung setzen dabei immer die Anwesenheit des Patienten voraus.

Um interessierten Mitgliedern Fragen zu beantworten, die mit der Einbindung der Videokommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung einhergehen, erarbeitet die BPTK eine Praxis-Info „Videobehandlung“, die nach der Änderung des EBM veröffentlicht wird.

Systemische Therapie wird viertes Richtlinienverfahren

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. November 2018 den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren anerkannt. Auf Basis des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der eingegangenen Stellungnahmen hat der G-BA den Nutzen der Systemischen Therapie in insgesamt fünf Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt. Damit hat er die Weichen dafür gestellt, dass die Systemische Therapie künftig als viertes Richtlinienverfahren in der ambulanten GKV-Versorgung erbracht werden kann.

Nach Abschluss der Nutzenbewertung wurde der Unterausschuss „Psychotherapie“ nun beauftragt, die Entscheidung für eine entsprechende Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie vorzubereiten und darin Regelungen für die praktische Anwendung der Systemischen Therapie, z. B. zum Behandlungsumfang und zum Gutachterverfahren, zu treffen.

Der G-BA hat angekündigt, diesen Beschluss zur Psychotherapie-Richtlinie innerhalb des Jahres 2019 herbeizuführen. Mit der Systemischen Therapie wird dann erstmals nach der Einbeziehung der Verhaltenstherapie in die ambulante GKV-Versorgung im Jahr 1980 ein neu-

es Psychotherapieverfahren in die vertragspsychotherapeutische Versorgung integriert. Diese zentrale Entscheidung des G-BA dürfte die Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wie auch die Psychotherapieforschung in Deutschland erheblich beeinflussen.

Geschäftsstelle

Klosterstr. 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,

die konstituierende Sitzung der neu gewählten Vertreterversammlung (VV) fand erst nach Redaktionsschluss für dieses PTJ statt. In dieser Sitzung der VV wurden der Vorstand und die Ausschüsse sowie die Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages gewählt. Auf der Homepage finden Sie, wer gewählt wurde.

Der neue Vorstand und die Ausschüsse werden viel Arbeit vor sich haben. Eine wichtige Aufgabe wird die Umsetzung der geplanten Reform des Psychotherapeutengesetzes sein, das Ende nächsten Jahres in Kraft treten soll. Die vorgesehene neue Struktur mit einem über die Approbationsordnung geregelten Studium und Weiterbildung nach der Approbation wird in der Umsetzung sicher viele Fragen und Probleme aufwerfen, die in den Kammergremien diskutiert und gelöst werden müssen. Der Gesetzesentwurf ermöglicht die Umsetzung einer ambulanten und stationären Weiterbildungsphase, die aus fachlicher Sicht auch unbedingt erforderlich sind. Weiter zu klären ist, wie in den anderen institutionellen Bereichen wie Jugendhilfe oder Rehabilitation eine Weiterbildungszeit realisiert werden kann.

Die Regularien der Weiterbildung werden durch die Weiterbildungsordnung (WBO) der Kammern festgelegt und die Kammer wird deren Um-

setzung sowohl in Kliniken als auch künftigen Weiterbildungsinstituten überprüfen. Erfahrungen aus der aktuellen Ausbildung und Überlegungen, wie die zukünftige Weiterbildung im Vergleich zur Ausbildung verbessert werden kann, werden in die WBO eingehen, um die Qualifikation von Psychotherapeuten für eine möglichst breite Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicher zu stellen.

Eine bessere Versorgung von psychisch erkrankten Menschen aus allen Lebensbereichen und sozialen Schichten wird auch in Zukunft eine Herausforderung sein, die nur gelingen kann, wenn die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen verbessert wird, damit weniger Menschen durch das Versorgungsnetz fallen. Auch damit werden sich die Kammer und ihre Mitglieder weiterhin auseinandersetzen müssen, damit psychisch kranke Menschen ebenso gut versorgt werden wie körperlich Kranke.

Ihr Kammervorstand

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

Kammerwahl 2018 – Ergebnisse

Am Dienstag, den 27. November 2018 wurden unter Aufsicht von Wahlleiter Rechtsanwalt Claus Benz und dem Wahlausschuss die Stimmen der diesjährigen Kammerwahl ausgezählt. Am späten Abend lagen die Ergebnisse vor.

Insgesamt nahmen 3.073 von 6.023 wahlberechtigten Kammermitgliedern an der Wahl teil, was einer Beteiligung von 51,0 % entspricht. 132 Stimmen waren ungültig, weil sie nach dem Stichtag eingingen, mehrere Angaben enthielten oder nicht verschlossen waren. Die Anzahl gültiger Stimmen betrug damit 2.941. Davon entfielen 2.284 Stimmen (79,8 %) auf die Psychologischen Psychotherapeuten (PP), 579 (20,2 %) auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). 78 Stim-

men entfielen auf die Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA).

Danach stehen den PP 32 und den KJP 8 Sitze zur Verfügung. Für die PIAs ist die Anzahl der Sitze gemäß § 7 Abs. 3a der Wahlordnung der Landespsychotherapeutenkammer auf zwei festgelegt. Die Verteilung der Sitze wurde gemäß § 20 Abs. 3 der Wahlordnung nach dem Verfahren von Saint-Lagué/Schepers auf der Basis der Listenstimmen und dem Verhältnis PP zu KJP ermittelt (Wahlordnung § 19 Abs. 3). Neu an der diesjährigen Wahl war, dass es neben einer Stimme für die jeweilige Liste noch die Möglichkeit gab, je Liste bis zu drei Stimmen an die Einzelkandidaten zu vergeben. Die Tabelle zeigt das Wahlergebnis für die Listenstimmen im Überblick.

Gesamtergebnis/Sitzverteilung

Auch 2018 wurde das „Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg“ (Listenführer – jeweils in Klammer: Dr. Dietrich Munz) mit einem Gesamtanteil der Listenstimmen von 39,3 % und 15 Sitzen stärkste Fraktion. Zweitstärkste Gruppe wurde mit einem Anteil von 16,5 % die „Freie Liste“ (Prof. Dr. Josef Bailer, 6 Sitze), gefolgt von der „Neuen Gemeinsamen Liste“ (NGL; Mareke de Brito Santos-Dodt) mit 15,9 % der Listenstimmen (7 Sitze). Ebenfalls 6 Sitze gehen an „VT & mehr“ (13,0 %; Günter Ruggaber) und die „Die Angestellten“ (11,3 %, Dr. Roland Straub). Auf knapp unter 5 % kam die Liste „Psychotherapie in Beratungsstellen“ (4,4 %, Ullrich Böttinger, 2 Sitze). Das prozentuale

Gesamtergebnis kann aufgrund des PP-KJP-Verhältnisses von der Zahl der Sitze abweichen.

Die **höchsten Einzelstimmenanteile** erhielten bei den **Psychologischen Psychotherapeuten** (in Klammer die Anzahl an Einzelstimmen):

1. Ulrike Böker, PT-Bündnis BW (454),
2. Dr. Dietrich Munz, PT-Bündnis BW (409),
3. Rolf Wachendorf, Freie Liste (374),
4. Birgitt Lackus-Reitter, PT-Bündnis BW (358),
5. Dr. Peter Baumgartner, PT-Bündnis BW (300),
6. Sabine Schäfer, NGL (242),
7. Mareke Santos-Dodt, NGL (239),
8. Dr. Alessandro

Cavicchioli, NGL (215), 9. Prof. Dr. Josef Bailer, Freie Liste (197), 10. Dr. Daniel Weimer, PT-Bündnis BW (153). Vertreter der Universitäten ist weiterhin Prof. Georg Alpers, Uni Mannheim.

Die **höchsten Einzelstimmenanteile** erhielten bei den **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**:

1. Dorothea Groschwitz, PT-Bündnis BW (222),
2. Martin Klett, PT-Bündnis BW (208),
3. Erik Nordmann, Die Angestellten KJP (122),
4. Andreas Weber, PT-Bündnis BW (117),
5. Dr. Judith Arnscheidt, VT & mehr und Dr. Hendrik Büch, Freie Liste (je 106).

Ergebnisse Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA)

Für die Vertretung der PiA in der Delegiertenversammlung der LPK wurden Alexandra König (VT & mehr, 24 Stimmen) und Anna Stylianopoulou (Die Angestellten, 13 Stimmen) gewählt.

Der Vorstand dankt dem Wahlleiter RA Claus Benz, dem stellvertretenden Wahlleiter Alfred Morlock, den Wahlausschuss-Mitgliedern Margarete Leibig, Carmen Seifer und Bernd Ochs-Thurner sowie den Mitarbeitern der Geschäftsstelle für ihr großes Engagement bei der Wahlauszählung! Die Einzelergebnisse finden Sie auf der Kammerhomepage unter <https://www.lpk-bw.de/node/798>.

Übersicht Ergebnis Kammerwahl 2018

Listen	PP			KJP			PiA			Gesamt			+/- %
	n	%	Sitze	n	%	Sitze	N	%	Sitze	n	%	Sitze	
PT-Bündnis BW	824	36,1	11	313	54,1	4	23	25,6	0	1160	39,4	15	-1,7
Freie Liste	389	17,0	5	82	14,2	1	–	–	–	471	16,0	6	+5,6
NGL	424	18,6	6	41	7,1	1	–	–	–	465	15,8	7	-2,1
VT und mehr	253	11,1	4	91	15,7	1	35	44,9	1	379	12,9	6	+1,0
Die Angestellten	266	11,6	4	52	9,0	1	20	29,5	1	338	11,5	6	+1,7
PT in Beratungsstellen	128	5,6	2	–	–	–	–	–	–	128	4,4	2	-0,2
Gesamt	2.284	100	32	579	100	8	78	100	2	2.941	100		

Legende: n = Anzahl Listenstimmen, % = prozentualer Anteil der jeweiligen Gesamtzahl der Stimmen, Sitze = Anzahl der Mandate in der Vertreterversammlung, – = Liste stand nicht zur Wahl; letzte Spalte (+/-): Anteil Veränderung gegenüber Kammerwahl 2013 in %

Bedarf, Bedarfsplanung, psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg – Gespräch mit Jochen Haussmann (FDP, MdL)

Zu Bedarf(-splanung) und psychotherapeutischer Versorgung in Baden-Württemberg informierte sich in der Kammergeschäftsstelle MdL Jochen Haussmann, stellvertretender Fraktionsvorsitzender der FDP und deren Sprecher für Gesundheitspolitik. Am Gespräch mit Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz waren auch der parlamentarische Berater Markus Flandi (FDP) sowie Dr. Rüdiger Nübling (LPK) beteiligt.



Dr. Dietrich Munz und MdL Jochen Haussmann

Diskutiert wurde die Notwendigkeit einer am realen Bedarf orientierten Bedarfsplanung für die ambulante Psychotherapie in Baden-Württemberg. Hierzu hatte die LPK ein Paper vorbereitet, das aktuelle Zahlen zur „offiziellen“ Bedarfsplanung (nur sechs Landkreise < 110 % Versorgung) sowie zur Modellrechnung der BPTK auf der Basis realistischerer Annahmen (u. a. Epidemiologie) enthielt (34! Landkreise < 110 %). Nötig sei, so

Dr. Munz, eine Reform der Bedarfsplanung, wie sie schon seit mehreren Jahren gefordert werde sowie als Sofortprogramm eine befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten und Anpassung der derzeit gültigen Planungs- bzw. Verhältniszahlen an die der durchschnittlichen fachärztlichen Versorgung. Dies ergäbe für Baden-Württemberg immerhin 250 neue Sitze, vor allem in ländlichen Regionen. Nach LPK-Angaben werden

landesweit ca. 1.100 zusätzliche Sitze benötigt. Auf die Frage von MdL Haussmann, ob es hierfür genügend Psychotherapeuten gäbe, meinte Präsident Munz, dass diese umgehend besetzt werden könnten; es stünden genügend v. a. junge approbierte Psychotherapeuten zur Verfügung.

Weitere Themen drehten sich um die gesundheitsökonomische Bedeutung von Psychotherapie (u. a. das positive

gesamtgesellschaftliche Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:3 bis 1:5, d. h. bei einem in Psychotherapie „investierten“ Euro ergeben sich 3–5 € Nutzen) sowie um die Möglichkeiten der Prävention von psychischen Erkrankungen möglichst bereits im Kindes- und Jugendalter. Die LPK-Analyse zur Bedarfsplanung finden Sie auf der Homepage unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2019/20190113-lpkbw-am-bedarf-orientierte-bedarfsplanung.pdf>

Psychotherapeutische Versorgung wohnungsloser Menschen

Menschen in Wohnungsnot sind in besonderer Weise von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt. Sie sind häufig psychisch krank, viele chronisch, und bedürfen u. a. auch psychotherapeutischer Hilfe. Die wichtigsten Gründe für Wohnungslosigkeit sind neben einer Abhängigkeits- oder anderen chronischen Erkrankung vor allem auch Arbeitsplatzverlust, Überschuldung, Trennung/Scheidung, häusliche Gewalt und/oder mangelnde Mittel, um die eigene Miete bezahlen zu können. Die Zahl der Wohnungslosen stieg bundesweit seit 2014 von ca. 360.000 auf ca. 1,2 Mio. Menschen.

Im Gespräch mit dem Psychotherapeuten Jochen Ostertag konnte sich der Vorstand der LPK BW über ein Projekt zu diesem wichtigen Thema informieren. In Trägerschaft von Caritasverband, Evangelischer Gesellschaft und dem Sozialdienst Katholischer Frauen wurde in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt der Stadt Stuttgart und mit Förderung der Vector-Stiftung 2017 das Projekt

MediA (Medizinische Assistenz) ins Leben gerufen, um Menschen in Wohnungsnot besser gerecht zu werden. Von drei geförderten Teilprojekten ist eines auf die Stärkung der seelischen Gesundheit ausgerichtet. Hierin ist auch die psychotherapeutische Versorgung von Wohnungslosen bzw. Menschen in Wohnungsnot von besonderer Bedeutung.

Der bisherige Projektverlauf hat, wie Ostertag hervorhob, gezeigt, dass ein größerer Teil der betroffenen Menschen motiviert ist für eine psychotherapeutische Begleitung, aber nur schwer Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu finden sind. Es wäre deshalb wichtig, niedergelassene Psychotherapeuten für die Problemlagen Wohnungsloser bzw. in Wohnungsnot befindlicher psychisch kranker Menschen zu sensibilisieren. Die LPK BW unterstützt als Kooperationspartner diese Zielrichtung und will ihre Mitglieder zunächst im Raum Stuttgart, aber auch in anderen Regionen Baden-Württembergs dazu motivieren, entsprechend Behandlungsplätze anzubieten. Infos u. a. <https://www.caritas-stuttgart.de/hilfe-beratung/wohnungslos/> unter Grundversorgung/MediA.



V. l. n. r.: Birgitt Lackus-Reiter, Martin Klett, Dr. Dietrich Munz, Jochen Ostertag, Dr. Roland Straub, Kristiane Göpel

Treffen mit dem „Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg“

Vorstandsmitglied Birgitt Lackus-Reiter und Präsident Dr. Dietrich Munz nahmen an einem Treffen mit den Verantwortlichen des „Netzwerks LSBTTIQ (=Lesbisch-Schwul-Bisexuell-Transsexuell-Transgender-Intersexuell und Queer) Baden-Württemberg“ teil. Sie berichteten von Versorgungsschwierigkeiten für betroffene Patienten, insbesondere bei

betroffenen Flüchtlingen. Eine Verfolgung wegen der sexuellen Orientierung und des Geschlechts sei ein Asylgrund, aber trotzdem könnten viele Flüchtlinge aus Scham ihre sexuelle Orientierung nicht offenbaren, was vor allem für Flüchtlinge aus islamischen Ländern gelte. Anliegen des Vereins ist es, die Flüchtlinge und auch die Behandler zu sensibilisieren, die

sexuelle Orientierung zu offenbaren, um die Chancen auf Gewährung von Asyl zu verbessern. Der Verein sucht außerdem dringend Behandler und Gutachter, worauf wir hier aufmerksam machen wollen. Birgitt Lackus-Reiter hat zudem einen Verantwortlichen des Vereins in die Menschenrechtskommission der LÄK und LPK BW eingeladen.

Landeskongress Gesundheit – Ministerpräsident Kretschmann setzt auf gesicherte und umfassende Patientenversorgung

„Wir setzen beim Thema Gesundheit in Baden-Württemberg auf eine gesicherte, umfassende Patientenversorgung“, sagte Ministerpräsident Winfried Kretschmann bei der Eröffnung des vierten Landeskongresses Gesundheit Baden-Württemberg. „Dafür brauchen wir eine Kultur der Innovationen, eine noch intensivere Kooperation zwischen Wirtschaft und Wissenschaft sowie Offenheit für neue Partnerschaften und ungewöhnliche Allianzen.“

Beim diesjährigen Kongress unter dem Motto „Gesundheit – von Menschen für Menschen“ in der Messe Stuttgart kamen Verantwortungsträger und Entscheider aus allen relevanten Bereichen der Gesundheitsversorgung zusammen, um über aktuelle und kommende Aufgaben und Problemstellungen im baden-württembergischen Gesundheitswesen zu diskutieren.

Impulsgeber für Diskussion und Austausch waren u. a. die Referate von Dr. Thomas Gebhart, MdB und Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesministerium für Gesundheit, über aktuelle Herausforderungen der Gesundheits- und Pflegepolitik und von Sylvia Kern, Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, zu aktuellen Problemen der Patientenversorgung.



Ministerpräsident Winfried Kretschmann beim Eröffnungsvortrag

In sechs Foren am Nachmittag, von denen eines von Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz und ein weiteres von LPK-Geschäftsführer Christian Dietrich geleitet wurde, tauschten sich die Teilnehmer an Thementischen nach dem World-Café-Konzept zu spezifischen gesundheitspolitischen Fragen aus (Übersicht unter https://www.messe-stuttgart.de/medizin/fileadmin/media/20190121_World_Cafe_Foren_LKG2019.pdf) aus. Dr. Munz moderierte das Thema „Mens sana in corpore sano?“ Wie verträgt sich die Zunahme psychischer Erkrankungen mit dem ho-

hen somatischen Versorgungsniveau?“ Er stellte fest, dass psychische Erkrankungen nicht zugenommen haben, sondern weniger stigmatisiert und v. a. von Hausärzten häufiger diagnostiziert würden. Dabei bestehe „die Gefahr, dass bei zunehmend technisierter Fachmedizin auf psychische Belastungen körperlich kranker Menschen zu wenig eingegangen“ werde, so Dr. Munz. Weiterhin ging es u. a. darum, wie sich strukturelle Probleme bei der Patientenversorgung überwinden lassen oder ob das tradierte ärztliche Handeln noch den Bedürfnissen der Patienten entspricht.

Veranstaltungen

„Kammer im Gespräch“ im Rahmen der Landespsychologenkonferenz, Dienstag, 19. März 2019, 9.30–16.30 Uhr, Villa Eberhardt, Ulm. Auch diesmal ist es gelungen, die Konferenz mit einer LPK-Veranstaltung zu verbinden. Dr. Britta Jäntschi (Klinikum Stuttgart, Institut für Klinische Psychologie) wird zum Thema „Verbale und tätliche Übergriffe im Dienst – Aufbau eines multiprofessionellen Kriseninterventionsteams in der

Psychiatrie“ vortragen. Anschließend informieren Vertreter der Kammer zu aktuellen Themen und diskutieren Fragen und Anregungen mit den Teilnehmern. Zu „Kammer im Gespräch“ ist Präsident Dr. Munz sowie Vorstandsmitglied Dr. Straub angekündigt. Es können insgesamt sechs Fortbildungspunkte erworben werden. Programm und weitere Infos unter: <https://www.lpk-bw.de/fortbildung/veranstaltungen>.

Geschäftsstelle

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

33. Delegiertenversammlung: Resolution zum TSVG, Spezielle Schmerzpsychotherapie in die Weiterbildungsordnung, Regelung zur Fernbehandlung in der Berufsordnung



Kammerpräsident Nikolaus Melcop informierte im Bericht des Vorstands u. a. über das TSVG, den Bereich „Digitales“ und die Reform der Aus- und Weiterbildung. (Foto: Hiller)

Kammerpräsident Nikolaus Melcop erläuterte im Bericht des Vorstands das **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**, mit dem ein schnellerer Zugang zur medizinischen Versorgung für gesetzlich Versicherte geschaffen werden soll. Im Kabinettsentwurf des TSVG ist ein Passus enthalten, der „eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung“ vorsieht (§ 92 Abs. 6a SGB V) und damit das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie in Frage stellt. Die PTK Bayern sprach sich ausdrücklich für die Streichung des geplanten § 92 Abs. 6a

SGB V aus, denn dadurch würden neue Hürden für psychisch kranke Menschen geschaffen. Die Delegiertenversammlung verabschiedete hierzu einstimmig die **Resolution „Diskriminierung von psychisch kranken Menschen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz verhindern!“**.

Mit dem Bereich „**Digitales**“ setzte Melcop den nächsten Schwerpunkt des Vorstandsberichts. Es sei unverzichtbar, dass Psychotherapeuten sich bei der weiteren technischen Entwicklung zur elektronischen Datenerhebung und Datenübermittlung aktiv einbringen. Bei konkreten Anwendungen müssten sowohl die besonderen Schutzbedürfnisse von psychisch kranken Patienten als auch konkrete Fragen einer möglichen Integration in die psychotherapeutische Praxis berücksichtigt werden. Weiterhin sei eine ethische Positionierung unverzichtbar: „Welche Ziele wollen wir mit digital gestützten Angeboten verwirklichen, wer soll verantwortlich sein, wer überwachen?“. Mit Blick auf mögliche Zukunftsszenarien stellte er fest, dass sowohl die persönliche Verantwortung als auch die persönliche Anwesenheit die zentralen Merkmale der Tätigkeit von Psychotherapeuten bleiben.

Weiterhin skizzierte Melcop den aktuellen Stand der politischen Diskussion zur geplanten Reform des **Psychotherapeutengesetzes bzgl. der Aus- und Weiterbildung**.

Als einer der Angestelltenvertreter im Vorstand erläuterte Heiner Vogel die Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der **Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)** und die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu neuen Personalvorgaben für psychiatrische und psychosomatische Kliniken. Ebenso berichtete er über aktuelle **Probleme mit der Prüfung von Behandlungsdokumentationen und zur Vergütung in den Krankenhäusern**. In diesem Zusammenhang gab Vogel auch einen Überblick über die aktuelle tarifliche Eingruppierung für PP und KJP.



Vorstandsmitglied Heiner Vogel ging auf die Umsetzung des PsychVVG ein. (Foto: Hiller)



Vorstandsmitglied Monika Sommer informierte über die verstärkte Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Psychotherapie. (Foto: Hiller)

Vorstandsmitglied Monika Sommer sprach über einige ausgewählte Veranstaltungen und Kooperationen im Jahr 2018: Die PTK Bayern veranstaltete in vier Städten **Mitglieder-Foren** und in-

formierte dort über aktuelle berufspolitische Themen. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Selbsthilfe Koordination Bayern (SeKo Bayern) fanden gemeinsame Veranstaltungen zum Thema **Psychotherapie und Selbsthilfe** statt.

Änderungen der Berufsordnung

Nach ausführlicher und engagierter Diskussion der **Regelung von Fernbehandlung in der Berufsordnung** wurde beschlossen, die entsprechenden neuen Formulierungen der MusterBerufsordnung zu übernehmen. Diese lauten:

„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Behandlungen über Kommunikationsmedien sind unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten, zulässig. Dazu gehört, dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung

und Aufklärung die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten erfordern“.

Außerdem beschlossen die Delegierten einstimmig eine Änderung der Berufsordnung, welche der Angleichung des Berufsrechts an die Neuregelung des § 203 StGB (Mitwirkung von externen Dienstleistern) dient bzw. eine Ergänzung im Hinblick auf erforderliche datenschutzrechtliche Verpflichtungen von Mitarbeitern oder Dritten darstellt.

Informationen zur Berufsaufsicht

Abschließend informierte Vizepräsident Bruno Waldvogel über die Berufsaufsicht durch die Kammer. Er legte die gesetzlichen Grundlagen sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen dar und stellte die verschiedenen Mittel und Handlungsoptionen der Kammer vor. Der Vorstand der Kammer kann Vermittlungen vornehmen, Rügen ohne oder mit Geldbuße erteilen oder ein Verfahren vor dem Berufsgericht einleiten.

Spezielle Schmerzpsychotherapie: Ein neuer Bereich für die Weiterbildung

Zukünftig können in Bayern neue Angebote für die Zusatzweiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Bereich „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ entstehen. Auf der 33. Delegiertenversammlung der PTK Bayern wurde hierfür mit der Aufnahme dieses Bereichs in die Weiterbildungsordnung die Grundlage beschlossen. Die Delegierten entschieden dies nach den Erläuterungen von Vorstandsmitglied Anke Pielsticker und einem Fachvortrag von Dr. Paul Nilges (ehem. Leitender Psychologe des DRK Schmerz-Zentrum Mainz).

Schmerz ist hinsichtlich Prävalenz und Behandlungshäufigkeit eines der häufigsten Gesundheitsprobleme. In der Ausbildung zum Psychotherapeuten ist die Vermittlung spezieller schmerzpsychotherapeutischer Grundkenntnisse nicht verpflichtend. Diese Zusatzweiterbildung soll nun dazu beitragen, dass Psychotherapeuten sowohl im Kontext stationärer Behandlung als auch in der

niedergelassenen Praxis vertiefte Kenntnisse für die Behandlung insbesondere schwieriger Fälle erwerben können und mit diesen Kompetenzen dazu beitragen, die Versorgung im ambulanten oder stationären Bereich zu verbessern. Die Weiterbildung in spezieller Schmerzpsychotherapie schränkt die allgemeine Behandlungsbefugnis der Approbation nicht ein. Sie beinhaltet die Diagnostik psychischer Merkmale, Ursachen und Auswirkungen von Schmerzempfindungen sowie die speziell auf Schmerz und seine neuroplastisch begründbaren Chronifizierungsprozesse ausgerichteten psychotherapeutischen Behandlungen. In diesem Bereich ist die Kommunikation und Kooperation mit anderen in der Versorgung tätigen Berufsgruppen, wie z. B. Ärzten, Physiotherapeuten oder Sozialarbeitern, besonders wichtig.

Nachdem auf dem 33. Deutschen Psychotherapeutentag im November 2018 die Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen wurde, hat auch die PTK



Vorstandsmitglied Anke Pielsticker erläuterte auf der 33. Delegiertenversammlung die Erweiterung der Weiterbildungsordnung. (Foto: Hiller)

Bayern auf dieser Grundlage ihre Weiterbildungsordnung erweitert. Die Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ kann für den Altersbereich Kinder und Jugendliche und/oder Erwachsene durchgeführt werden. Die Weiterbildung

für einen Altersbereich besteht aus 80 Stunden Theorie, 180 Behandlungsstunden unter Supervision, 25 Stunden fallbezogener Supervision, 40 Stunden Hospitation, sechs supervidierten Falldarstellungen, Teilnahme an mindestens zwölf interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel 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

Schmerzpsychotherapie“ geführt werden.

Das Weiterbildungsangebot in Spezieller Schmerzpsychotherapie wird über die Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) in Kooperation mit anderen Fachgesellschaften bereits bundesweit angeboten.

Berufsrechtskonferenz 2019 in München

In diesem Jahr richtete die PTK Bayern die jährliche Berufsrechtskonferenz aus. Am 25. Januar 2019 trafen sich Vertreter der Landespsychotherapeutenkammern sowie der Bundespsychotherapeutenkammer und tauschten sich zu aktuellen berufsrechtlichen Themen aus. Ein Fokus der Veranstaltung lag auf dem Verhältnis von Berufsrecht und Strafrecht. Dr. Manfred Dauster, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht München und Vorsitzender des Landesberufsgerichts für die Heilberufe in Bayern, hielt einen Vortrag zum Verhältnis von berufsrechtlichen und strafrechtlichen Sanktionen. Kritisch diskutiert wurde die Auslegung des § 174c SGB (sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses) durch Staatsanwaltschaften und Gerichte. Diskutiert wurde auch, inwieweit dem Wunsch vieler Beschwerdeführer ent-



Bei der Berufsrechtskonferenz tauschten sich die Vertreter der Kammern zu berufsrechtlichen Themen untereinander aus. (Foto: Hiller)

gegengegangen werden kann, über den Ausgang des von ihnen initiierten Berufsaufsichtsverfahrens informiert zu werden, ohne Datenschutzvorschriften

zu verletzen. Schließlich wurden Fragen des Einwilligungserfordernisses für psychotherapeutische Sprechstunden bei minderjährigen Patienten diskutiert.

„Wenn der Krebs Familienmitglied wird...“ – Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung im Bereich Onkologie

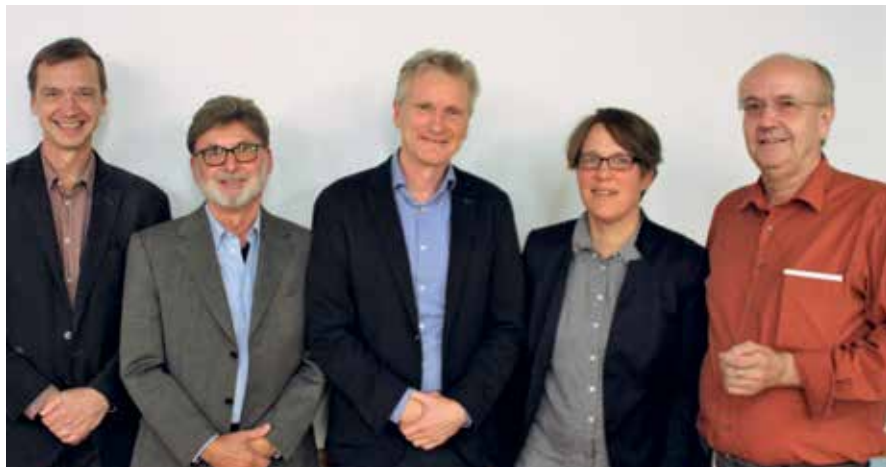
Am 12. Dezember 2018 fand die Fortbildungsveranstaltung „Wenn der Krebs Familienmitglied wird“ statt. Bereits zum neunten Mal wurde eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zur Behandlung und Betreuung von Kindern krebserkrankter Eltern durchgeführt. Alle Fortbildungsveranstaltungen in dieser Reihe wurden gemeinsam von der PTK Bayern, dem Klinikum München-Großhadern und dem Verein lebensmut e. V. getragen und organisiert. 2018 gestalte-

ten zusätzlich das Krebszentrum München und die Bayerische Landesärztekammer die Veranstaltung mit.

2018 feierte die Familiensprechstunde in der Psycho-Onkologie des Klinikums München-Großhadern ihr zehnjähriges Bestehen. Ebenfalls vor zehn Jahren fand die erste gemeinsame Veranstaltung in der Reihe „Kinder krebserkrankter Eltern“ statt. Den Kern der interdisziplinären Fortbildungsveranstaltung 2018

bildeten die Auswirkungen einer Krebserkrankung auf die Familie. Das Thema wurde dabei von verschiedenen Seiten beleuchtet: Bei welchen Krebserkrankungen ist es wichtig, mit Patienten über mögliche familiäre Häufungen zu sprechen? Welche Auswirkungen hat die Krebserkrankung auf das System Familie? Und wo finden betroffene Familien Unterstützung, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist?

Informationsveranstaltung zur Kostenerstattung: Diskussion über Grundlagen, Probleme und Perspektiven



Die Referenten ermöglichten einen informativen Austausch (v. l. n. r.): Vorstandsmitglied Heiner Vogel, Dr. Manfred Nosper, Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Dipl.-Psych. Karin Jeschke und Dipl.-Psych. Bernhard Winter. (Foto: Hiller)

Für Kammermitglieder, die Psychotherapien auf Basis von Kostenerstattung durchführen bzw. sich dafür interessieren, veranstaltete die PTK Bayern Ende 2018 die Informations- und Diskussionsveranstaltung „Kostenerstattung in der Psychotherapie: Grundlagen – Probleme – Perspektiven“ in Nürnberg. Gesetzlich Versicherte müssen zum Teil mit langer Wartezeit auf einen Therapie-

platz rechnen. Diese Patienten können sich unter bestimmten Voraussetzungen auch in einer Privatpraxis behandeln und die Kosten von den Krankenkassen erstatten lassen (nach § 13 Abs. 2 oder § 13 Abs. 3 SGB V).

Bei der Informationsveranstaltung wurden u. a. die Ergebnisse der Versorgungsstudie zur aktuellen Lage der au-

ßervertraglichen ambulanten Psychotherapie in Privatpraxen vorgestellt (Dipl.-Psych. Karin Jeschke), aktuelle Probleme und Lösungsideen aus der Sicht eines Psychotherapeuten geschildert (Dipl.-Psych. Bernhard Winter) sowie die Grundlagen und die Anwendung der Regelungen des § 13 Abs. 2 und des § 13 Abs. 3 SGB V zur Kostenerstattung in der Psychotherapie dargelegt (Dr. Manfred Nosper). Kammerpräsident Nikolaus Melcop schilderte die Position der PTK Bayern zur Kostenerstattung sowie deren Chancen und Risiken.

In einer abschließenden Diskussionsrunde, moderiert von Vorstandsmitglied Heiner Vogel, tauschten sich die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen aus. U. a. wurden dabei auch Möglichkeiten einer Kostenerstattungsregelung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V erörtert, bei der eine unmittelbare Notlage bei Antragsstellung nicht begründet werden muss, sondern das gesetzlich geregelte Wahlrecht auf Kostenerstattung des Versicherten in Anspruch genommen wird.

Kurznachrichten

Kurz und knapp – Aktivitäten der Kammer

Im Folgenden werden einige Aktivitäten und Veranstaltungen, an denen Kammervorteiler teilgenommen haben, kurz vorgestellt.

+++ Vorstandsmitglieder erörterten mit der Vertreterin des **Bay. Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales** (Referat Jugendpolitik, Jugendhilfe) am 10.01.19 u. a. die Novellierung des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und des Psychotherapeutengesetzes. +++

+++ Der Kammerpräsident nahm am **Neujahrsempfang des Bay. Ministerpräsidenten Dr. Markus Söder** am

11.01.19 teil und nutzte die Gelegenheit zu Gesprächen mit Politikern und Funktionsträgern. +++

+++ Am 17.01.19 traf sich das **Aktionsbündnis zum Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz**, an dem sich auch die PTK Bayern beteiligt. Auch nach Verabschiedung des PsychKHG setzt das Aktionsbündnis die gegenseitige Information und den Austausch insbesondere zu ersten praktischen Erfahrungen mit der Umsetzung des Gesetzes fort. +++

+++ Der **Arbeitskreis Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München besprach

am 30.01.19 u. a. das Jahresthema des Gesundheitsbeirates „Patientenorientierung“. +++

+++ Das Bay. Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (Referat Jugendpolitik, Jugendhilfe) lud zu einer Austauschrunde zum Thema **Kinderschutz in Bayern – Interdisziplinäre Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe** am 13.02.19 ein. +++

Bevorstehende Veranstaltungen in 2019

18. Suchtforum: Rauchen 2.0 – E-Zigaretten und Co.: E-Zigaretten, Heat-not-burn-Produkte, Pod Mods & Co. – Zug um Zug zum Einstieg, Umstieg

oder Ausstieg aus der Sucht? Eine interdisziplinäre Veranstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, der Bayerischen Landesärztekammer sowie der Bayerischen Landesapothekerkammer. Termin: **20.03.2019** in München; Wiederholungsveranstaltung am **21.11.2019** in Nürnberg.

Angestelltentag 2019. Eine Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern für angestellte und beamtete PP und KJP. Termin: **03.05.2019** in München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis. Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der Kas-

senärztliche Vereinigung Bayern (KVB). Termin: **13.–14.09.2019** in München.

8. Bayerischer Landespsychotherapeutentag: Psychotherapie in Grenzsituationen. Termin: **19.10.2019** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen – Psychoneuroimmunologische Erkrankungen. Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **30.11.2019** in München.

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

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

Geschäftsstelle

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

Fremdenfeindliche Demokraten. Über einige psychologische Aspekte des „Rechtsrucks“

Seit 2002 befasst sich eine Leipziger Forschergruppe mit rechtsextremen Einstellungen in der „Mitte“ der deutschen Bevölkerung. Ihre Forschungsergebnisse werden von anderen Untersuchungen bestätigt. Sämtliche „Mitte“-Studien weisen „rechtes“ Gedankengut bei Anhängern des gesamten Parteienspektrums nach. 2016 sah die Aufteilung so aus: Mehr als 6,5 % der CDU/CSU-Wähler und knapp 7 % der SPD-Wähler hatten ausgeprägt rechtsextreme Einstellungen. Aber dasselbe traf auch zu für fast 4 % der Grünen- und mehr als 4 % der „Links“-Wähler. Bei der AfD konzentrierte sich nun der bei Weitem größte Anteil dieses Potenzials: Ein Viertel ihrer Wähler war als rechtsextrem einzuordnen. Auch bei den Nichtwählern waren es immerhin 12 %.¹

Zu einem „geschlossenen rechtsextremen Weltbild“ bekannten sich 2018 etwa 6 % der Befragten.² Damit repräsentierten sie mehr als vier Millionen³ unserer Mitbürger. Eine noch weit höhere Zahl an Bundesbürgern vertritt weitere fremdenfeindliche Positionen. 2016 pflichteten 50 % islamfeindlichen Aussagen bei, knapp 60 % diffamierten Sinti und Roma. 60 % widersprachen der Aussage, die Asylsuchenden hätten „wirkliche Verfolgung erlitten“ oder seien „von ihr bedroht“. Mehr als 80 % (!) lehnten die Forderung ab, „der Staat solle großzügig bei der Prüfung von Asylanträgen vorgehen“.⁴ Einer der reichsten Staaten der Erde soll also im Umgang mit dieser Menschengruppe auf „Großzügigkeit“ verzichten, damit auf eine zutiefst wünschenswerte Haltung, die ja nichts zu tun hat mit Verschwendung.

„Autoritäre Aggression“, das Nachuntreten-Wollen des autoritären

Charakters, identifizierten die Leipziger Forscher 2016 bei fast 70 % der deutschen Bevölkerung⁵ – das sind mehr als 48 Millionen Bürger. Die „autoritäre Unterwürfigkeit“, das Nach-oben-Buckeln, das diesen Typus komplettiert, kennzeichnete über 23 %: mehr als 16 Millionen Deutsche. Auch diese Einstellungen ziehen sich, in unterschiedlicher Stärke, durch die Wählergruppen aller Parteien.⁶

Doch auch wer, egal welche Partei er wählt, seine Kinder unterdrückt oder schlägt – beides keine Seltenheit⁷ –, lässt die „autoritäre Aggression“ nur an anderen sozial Schwächeren aus als an Asylbewerbern. Autoritäre Aggression dürfte ebenfalls der Hintergrund dafür sein, dass fast die Hälfte aller Erwachsenen 2016 meinten, „die meisten Langzeitarbeitslosen“ würden sich nur „auf Kosten der Gesellschaft ein bequemes Leben machen“.⁸ Auch wer eine Willkommenskultur für Geflüchtete pflegt, aber zu den 40 % der Bevölkerung gehört, die es „ekelhaft“ finden, „wenn sich Homosexuelle in der Öffentlichkeit küssen“,⁹ hat sich für seine Wut womöglich nur andere „fremd“ erscheinende Menschen als Zielscheibe auserkoren. Wobei die Feindlichkeit gegenüber Homosexuellen – nahezu eine „rechte“ Tradition – erneut nicht an einzelne Parteien gebunden ist. Die Ablehnung der homosexuellen Ehe war 2016 unter CDU/CSU-Wählern mit über 43 % sogar noch höher als in der AfD; sie kennzeichnete bei der SPD knapp 38 %, bei der Linkspartei fast 27 % der Anhänger, bei der FDP 25 % und bei den „Grünen“ fast 20 %.¹⁰ Sich von der AfD abzugrenzen, ist also keinesfalls identisch damit, kein seelisches Potenzial in sich zu tragen, auf das „rechte“ Bewegungen zurückgreifen können.

Wie flächendeckend dieses Potenzial hierzulande verteilt ist, belegt auch der Zuspruch für die PEGIDA-Demonstranten. In Dresden und anderswo geht seit 2014 nur auf die Straße, was seit Langem im ganzen deutschen Volk in unterschiedlicher Intensität an Einstellungen existiert, in Ost wie West. Auch das bekräftigen Befragungen.¹¹ Es geht also um eine gesamtgesellschaftliche Störung, die nicht an Landesgrenzen endet.

Es wäre deshalb naiv, „rechte“ Gruppierungen, Bewegungen oder Parteien als Vertreter von Minderheiten zu sehen. Sie repräsentieren tradierte psychosoziale Strukturen, die weit über den Kreis ihrer Mitglieder und Wähler hinaus verbreitet sind. „Rechte“ Parteigänger sind nur die Spitze des Eisbergs, „Symptomträger“ einer psychosozialen Störung, mit der unzählige andere, sich als „demokratisch“, „liberal“, „grün“ oder „links“ Verstehende ebenfalls „infiziert“ wurden. Ähnlich einer Seuche können diese Symptome – zum Beispiel infolge von Wirtschaftskrisen – rasant um sich greifen. Die zuvor als kulturell hochstehend angesehenen Deutschen haben es in den 1930er Jahren vorgemacht. Verbote „rechter“ Parteien können das Übel daher niemals an der Wurzel packen: Die massenhafte Destruktivität sucht sich nur neue Formen und Namen.

Ganz zu Recht konstatierte also die Leipziger Forschergruppe auch für das Jahr 2018: „Die bundesdeutsche Gesellschaft ist von rechtsextremen Einstellungen durchzogen“.¹² Doch heißt das: Deutschland ist bereits wieder vorwiegend „rechts“?

Als hauptsächliches Motiv gaben PEGIDA-Demonstranten 2015 noch vor

der vermeintlichen Islamisierungsgefahr eine „allgemein empfundene Distanz zwischen Volk und Führern“ an.¹³ Das klingt nach einer Mischung aus – zu Teilen ja gut begründbarer – Kritik an der Regierung und einer unterwürfigen Bitte um bessere autoritäre Lenkung. Dass als kritikwürdigster Teil der Politik von den PEGIDA-Demonstranten die Asylpolitik angegeben wurde,¹⁴ deutete freilich bereits auf Fremdenfeindlichkeit hin. Ihre Empörung über die friedensgefährdende deutsche Außenpolitik und die ja tatsächlich vielfach verzerrende Medienberichterstattung können aber schon nicht mehr durchweg auf den Nenner „rechts“ gebracht werden. Politisch ordne sich die übergroße Zahl als zur „Mitte“ gehörig ein, allerdings favorisierten mehr als 44 % die AfD.¹⁵ Menschen, die selbst nicht bewusst rechts oder gar rechtsextrem eingestellt sind, unterstützen also AfD-Funktionäre, die zu Teilen offen „rechte“ Positionen vertreten.

Doch es gibt einen noch erstaunlichen Widerspruch im Einstellungsgefüge der Deutschen. Über 80 % der Deutschen hatten 2016 fremdenfeindliche Einstellungen – aber „die Idee der Demokratie“ wurde gleichzeitig von fast 95 % der Bevölkerung bejaht.¹⁶ Damit nicht genug: Auch unter den AfD-Wählern waren es fast 90 %, die zu dieser Idee standen, bei Menschen, die mit den Zielen von PEGIDA „vollkommen übereinstimmen“, fast 70 %.¹⁷ Die Zustimmung zu der Art, wie in unserem Land mit Demokratie praktisch verfahren wird, lag dann bei allen Wählergruppen deutlich darunter, im Durchschnitt bei etwa 53 %.¹⁸ Aber Kritik an der ja tatsächlich reichlich lädierten bundesdeutschen Demokratie lässt sich nicht einfach als Ausdruck „rechter“ Haltungen abtun.

Die absolute Mehrheit der Deutschen sind also „fremdenfeindliche Demokraten“ – und zwar quer durch die Parteien. Wer sich für Demokratie engagiert, hat ansonsten oftmals zu Teilen „rechte“ Anschauungen; Menschen mit teils „rechten“ Anschauungen legen vielfach Wert auf demokratische Verhältnisse. Mehr Demokratie wird eingefordert unter dem eindeutig chauvinistischen Motto „Patriotische Europäer gegen die Islamisierung des Abendlandes“. CSU-Politiker, die auf jene „Bergpredigt“ eingeschworen sind, die in „Liebet eure Feinde“ kulminiert, betreiben geistige Mobilmachung gegen „Fremde“.

Wie geht das zusammen? Eigentlich gar nicht: Die Idee der Demokratie, also Volksherrschaft konsequent zu Ende gedacht, bedeutet, dass allen Menschen ein gleichberechtigtes Dasein zusteht – damit auch „Fremden“. Wer vor unseren Grenzzäunen verreckt oder innerhalb unseres Hoheitsgebietes diskriminiert wird, hat aber keine Gleichberechtigung erfahren.

Doch im Unbewussten ist es eben kein Problem, sich wechselseitig ausschließende Ideen zu bejahen. Erst wer sich seine widersprüchlichen Ansichten bewusst macht, kann darüber staunen – und sich bestenfalls für die richtige entscheiden. Ein sinnvoller Umgang mit dieser Art von „Persönlichkeitspaltung“ – und mit dem „autoritären Charakter“ – ist daher nur möglich bei Berücksichtigung psychologischer Erkenntnisse.

Tiefgründig ausgearbeitet sind solche Erkenntnisse insbesondere in zwei Klassikern der Psychoanalyse: in Erich Fromms „Anatomie der menschlichen Destruktivität“ von 1973 und in Wilhelm Reichs 1933 erstmals erschiene-

ner „Massenpsychologie des Faschismus“. In deren dritter Auflage schrieb Reich: „Man kann den faschistischen Amokläufer nicht unschädlich machen, [...] wenn man ihn nicht in sich selbst aufspürt, wenn man nicht die sozialen Institutionen kennt, die ihn täglich ausbrüten.“¹⁹ Psychotherapeuten sollten aufgrund ihres Fachwissens dabei vorgehen.

Andreas Peglau

¹ Decker, O., Kiess, J. & Brähler, E. (Hrsg.). (2016). Die enthemmte Mitte. Autoritäre und rechtsextreme Einstellung in Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 50.

² Decker, O. & Brähler, E. (Hrsg.). (2018). Flucht ins Autoritäre. Rechtsextreme Dynamiken in der Mitte der Gesellschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 110. Ein „geschlossener Antisemitismus“ wurde 2018 von 4,4 % der Befragten angegeben und war damit im Vergleich zu 2002 (9,3 %) deutlich reduziert (ebd., S. 110f.).

³ Peglau, A. (2017). Rechtsruck im 21. Jahrhundert. Wilhelm Reichs „Massenpsychologie des Faschismus“ als Erklärungsansatz. Berlin: Nora-Verlag, S. 93.

⁴ Decker et al., 2016 (wie Anm. 1), S. 50. Insbesondere die Muslimfeindschaft war 2018 weiter gestiegen.

⁵ Ebd., S. 56.

⁶ Zum Nicht-Veralten des autoritären Charakters siehe https://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet/Document-45266/05_Pegla_Autoritarismus.pdf

⁷ Peglau, 2017 (wie Anm. 3), S. 70ff.

⁸ Verfügbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/ikg/zick/Report%20Zick%20Arbeitslose%203_2010.pdf, S. 46, 49.

⁹ Decker et al., 2016 (wie Anm. 1), S. 50f.

¹⁰ Ebd., S. 86.

¹¹ Vorländer, H., Herold, M. & Schaller, S. (2016). PEGIDA. Entwicklung, Zusammensetzung und Deutung einer Empörungsbewegung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 17.

¹² Decker & Brähler, 2018 (wie Anm. 2), S. 113.

¹³ Vorländer et al., 2016 (wie Anm. 11), S. 62.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Ebd., S. 62f.

¹⁶ Decker et al., 2016 (wie Anm. 1), S. 51f.

¹⁷ Ebd., S. 79, 148.

¹⁸ Ebd., S. 111.

¹⁹ Reich, W. (1986). Die Massenpsychologie des Faschismus. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 13-15.

Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie – Berliner Ergebnisse der Mitgliederbefragung

Gesetzlich versicherte Menschen in Deutschland haben einen gesetzlich garantierten Anspruch auf Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 SGB V). Dies umfasst auch einen zeitnahen Beginn der Behandlung. Allerdings zeigt die im ersten Quartal 2018 durchgeführte Mitgliederbefragung in zehn Landespsychotherapeutenkammern, dass die Realität in der ambulanten Psychotherapie oft anders aussieht.

Die Ergebnisse der Befragung von bundesweit ca. 2.500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind auf der Mitgliederversammlung der Psychotherapeutenkammer Berlin am 22.11.2018 vorgestellt worden. Der von Rüdiger Nübling (LPK Baden-Württemberg) und Karin Jeschke (PTK Berlin) verfasste Projekt-Abschlussbericht findet sich auf der Internetseite der PTK Berlin (www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) unter „Pressemitteilungen“.

Kostenerstattung als Auslaufmodell?

Die Befragung hat gezeigt, dass die Zahl der Bewilligungen einer Kostenerstattung von außervertraglichen Psychotherapien zwischen 2016 und 2017 massiv gesunken ist. Patienten wird sehr häufig der Zugang zu einer notwendigen Behandlung verwehrt. Die Ablehnung wird zum Teil wenig nachvollziehbar oder sogar inakzeptabel begründet – z. B. damit, dass Kostenerstattung gar nicht mehr erlaubt sei. Weitere Begründungen sind, dass lange Wartezeiten zumutbar und genügend Kassenpraxen vorhanden seien. Die von Kassen vorgeschlagenen Behandlungsalternativen sind oft nicht gleichwertig mit psychotherapeutischer Behandlung. Insgesamt führt dies zu starken Belastungen der Patienten und der Psychotherapeuten.

Kostenerstattung in Berlin

In einer Sonderauswertung wurden die Befragungsergebnisse aus Berlin de-

nen aus allen anderen Bundesländern (Vergleichsgruppe VG) gegenübergestellt. Die durchschnittliche Anzahl der wöchentlich durchgeführten Behandlungsstunden (ca. 16 Stunden) und die Jahresarbeitszeit (ca. 42 Wochen) sind in beiden Gruppen nahezu gleich. Dieser Artikel konzentriert sich auf die Ergebnisse, die sich signifikant unterscheiden.

561 Berliner Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben sich an der Befragung beteiligt. Die größte Gruppe kam aus Pankow, den geringsten Rücklauf gab es aus Spandau und Marzahn-Hellersdorf. Der Frauenanteil war in Berlin mit 80,4 % höher als in der VG (77,5 %). Von den Berliner Befragten sind 86,4 % als Psychologische Psychotherapeuten und 13,4 % als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig.

Anders als in der VG arbeitet in Berlin die überwiegende Mehrheit der Kollegen in einer Praxisgemeinschaft. Die Berliner Befragten arbeiten im Schnitt seit fünf Jahren in privater Praxis (VG: acht Jahre). Die Berliner rechnen 67 % ihrer Psychotherapien, d. h. ca. elf von 16,5 Wochenstunden, über die Kostenerstattung ab, in der VG sind dies nur ca. 50 %. Dies kann bedeuten, dass mehr Kollegen in Berlin ihre berufliche Existenz auf der Kostenerstattung aufbauen.

Die Berliner Befragten behandelten mit aktuell ca. 20 Patienten weniger als jene in der VG (23). Das kann daran liegen, dass viele Berliner Psychotherapeuten verschiedene Tätigkeiten miteinander kombinieren. Der Anteil an Kostenerstattung ist in der Berliner Stichprobe – korrespondierend mit den wöchentlichen Stunden deutlich höher (ca. 60 %) als in der VG (ca. 48 %).

Entwicklung der Bewilligung der Kostenerstattung

Die Abbildung zeigt für die Jahre 2016 und 2017 die Zahl bewilligter Anträge auf Kostenerstattung, bewilligter Stun-

den sowie bewilligter Anträge nach Widerspruch für die Berliner Befragten und die VG.

Insgesamt ist die Zahl der unmittelbar bewilligten Anträge von 2016 bis 2017 stark gesunken. In Berlin hat sie sich sogar **von 81,2 auf 42,4 %** fast halbiert. Auch nach Widerspruch sind insgesamt nur rund die Hälfte der entsprechenden Anträge bewilligt worden. Die Anzahl bewilligter Stunden war bei den Berlinern in beiden Jahren bezüglich der beantragten Stunden höher als in der VG. Da Qualität und Umfang der gestellten Anträge der beiden Befragtengruppen nicht verglichen werden konnten, lassen sich daraus keine Schlüsse auf eine unterschiedliche Bewilligungspraxis ziehen.

In Berlin scheint es zu einer Häufung bestimmter Ablehnungsgründe gekommen zu sein. Zu 71,1 % und damit am häufigsten, begründeten die Krankenkassen gegenüber vieler Patienten ihre Ablehnung damit, dass „[...] genug Kassenpraxen vorhanden seien.“ 66,7 % berichteten von einer Patienten gegenüber erfolgten Begründung von Kassen damit, dass die „Wartezeit auf eine Vertrags-PT zumutbar sei“. 56,7 % der Berliner Befragten wurde 2017 von ihren Patienten berichtet, der Antrag auf Kostenerstattung sei abgelehnt worden, weil diese „nicht mehr erlaubt sei“. Die Anteile lagen dabei zum Teil mehr als doppelt so hoch wie für 2016.

Bezüglich der den Versicherten seitens der Kassen häufig genannten Behandlungsalternativen berichten die Berliner Psychotherapeuten öfter von „Psychiatern“ (30,7 % vs. 17,9 %) und „Beratungsstellen“ (15,8 % vs. 9,1 %). Für 2017 berichtet jeweils rund ein Viertel der Befragten in beiden Gruppen, dass Patienten alternativ an Klinikambulanzen verwiesen worden seien (vs. knapp 10 % im Jahr 2016).

Hatten für 2016 noch 80 bis 85 % der Befragten bejaht, dass es Krankenkassen gebe, die die Kostenerstattung gut

unterstützen, so waren dies für 2017 nur noch weniger als die Hälfte aller Teilnehmer.

Kapazitäten und Zugangswege

Bei den Berliner Privatpraxen liegt der Anteil derer, die angeben, noch freie Plätze zu haben, mit 71,3 % um etwa 7 % höher als in der VG. Nur 12 % bzw. 16 % der Befragten führen überhaupt eine Warteliste, d. h. es gibt offensichtlich Kapazitäten, die genutzt werden könnten – das ist angesichts langer Wartezeiten auf Therapieplätze und geschlossener Wartelisten in Kassenpraxen relevant.

35,3 % der Berliner Befragten haben sich um einen Kassensitz beworben (29 % in der VG). Weitere 40,7 % der

Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit

Für beide Befragtengruppen zeigt sich eine 2017 gegenüber 2016 deutlich gesunkene Zufriedenheit. Für Berlin ist dabei der Anteil der Unzufriedenen 2017 mit über 50 % deutlich höher als in der VG mit ca. 33 %. Auffällig ist, dass für die Berliner Psychotherapeuten eine mögliche Praxisschließung sehr viel deutlicher im Raum zu stehen scheint als für ihre Kollegen der VG.

Auch die Einschätzung der aktuellen Situation fällt bei Berliner Kollegen schlechter aus als bei jenen der VG. Von allen Befragten stellen rund 90 % eine Verschlechterung oder deutliche Verschlechterung der Situation 2017 gegenüber 2016 fest. Vor allem bei der

Schlussfolgerungen

Die langen Wartezeiten auf ambulante Psychotherapie zeigen nach wie vor hohen Bedarf. Zwar haben die kürzlich eingeführten Sprechstunden einen niedrigschwelligeren Zugang zu Psychotherapie ermöglicht, die Kürzung der Kostenerstattung führt jedoch zu vermehrtem Druck auf Patienten. Mittelbar erhöht sich der Druck auf stationäre Angebote, die größtenteils ohnehin meist überlastet sind. Zudem entstehen in jedem Fall höhere Kosten für die Krankenkassen im Vergleich zu einer indizierten ambulanten Behandlung. Das Problem des zeitnahen Zugangs zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung wird so nicht gelöst. In Berlin ist der Anteil an in Privatpraxen niedergelassenen PP und KJP besonders groß und

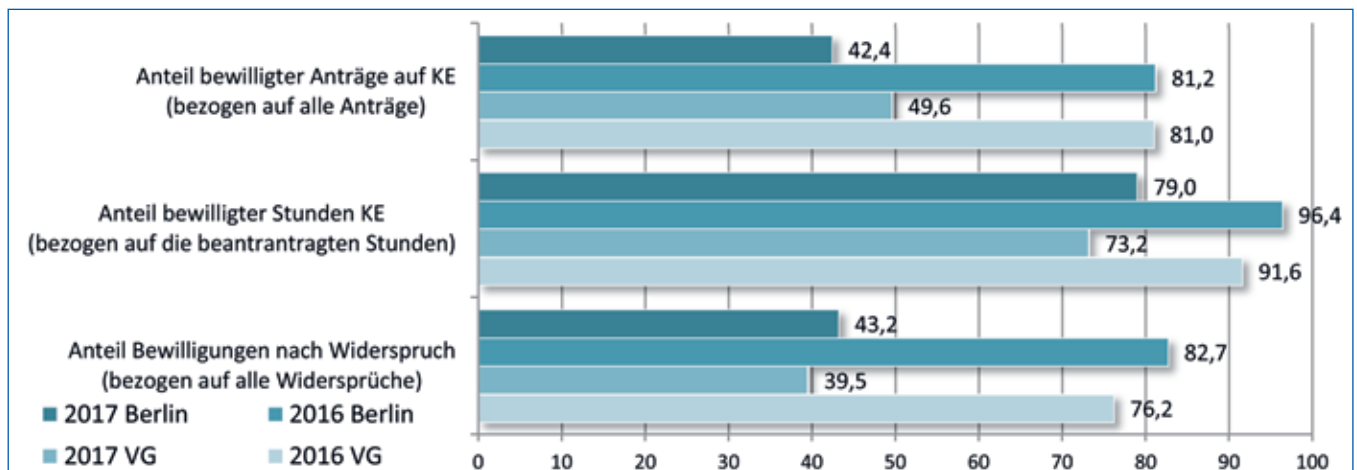


Abbildung: Anträge auf Kostenerstattung (KE), Bewilligungen, Widersprüche, Vergleich 2016 vs. 2017, n = 1.038 bis 1.170; Teilstichprobe Berlin und Gesamtstichprobe Deutschland ohne Berlin in %

Berliner, aber nur 23,2 % der VG hätten gerne einen Kassensitz, bewerben sich aber nicht darum. 71 % der Berliner Befragten (aber nur 46 % der VG) begründen dies damit, dass eine Bewerbung aussichtslos sei. Ein Drittel der Berliner und knapp die Hälfte der VG bewirbt sich nicht um einen Kassensitz, weil sie ohne Sitz freier arbeiten könnten.

Hinsichtlich der Zugangswege in eine Privatpraxis wird für Berlin deutlich häufiger die Kontaktaufnahme über Internetportale genannt, weniger häufig hingegen Vermittlung durch Beratungsstellen und Akut- sowie Rehakliniken.

Antragstellung auf Kostenerstattung und der Bewilligung sehen die Berliner eine „deutliche Verschlechterung“ zum Vorjahr (10,8 % und 6 % mehr als in der VG).

Ein Zitat aus der Befragung spiegelt die Einschätzung der Berliner recht gut wider:

„Aktuell sehe ich wenig Zukunft für die Kostenerstattung, da die Motivation aufgrund des erhöhten Zeitaufwands für Aufklärung, Formulare, Porto, Widerspruch, Anwälte etc. und wiederkehrender Ablehnungen immer mehr schwindet, wodurch Existenzängste und Frustration entstehen [...]“

dementsprechend scheint sich hier der Druck entsprechend zuzuspitzen. Es besteht weiterer Reformbedarf.

Karin Jeschke

Geschäftsstelle

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

39. Kammerversammlung diskutiert über Versorgungsfragen

Bereits am 6. November 2018 fand die 39. Kammerversammlung der PK Bremen statt. Die gut besuchte Veranstaltung wurde von Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens eröffnet.

„Gestufte Versorgung“ als gesundheitspolitischer Affront

Karl Heinz Schrömgens stellte die wesentlichen Änderungsvorhaben im Terminservice- und Versorgungsgesetz sowie im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vor, soweit sie für die psychotherapeutische Berufsausübung Relevanz entfalten. Besonders kritisch setzte er sich mit der geplanten Änderung des § 92 Abs. 6a SGB V auseinander. Die Einführung einer gestuften Versorgung, bei der eine ausgewählte Anzahl von Vertragsärzten und Psychotherapeuten ein besonderes Zuweisungsrecht erhalten soll, entspreche nicht den Interessen psychisch kranker Menschen. Im Gegenteil, es würde zu einer Verschlechterung der Versorgung und zu längeren Wartezeiten führen. Es

bedeute eine Aushebelung des Erstzugangsrechts zur Psychotherapie. Die Versammlung verabschiedete anschließend eine Resolution, in der die ersatzlose Streichung dieses Vorhabens gefordert wurde.

Arbeitsgruppe „Zukunft der Kammer“

Im nächsten Punkt stellte Hans Schindler die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Zukunft der Kammer“ vor. Erfreulich seien die engagierte Mitarbeit und die Bereitschaft mehrerer jüngerer Kammermitglieder, sich aktiv in die Gremien der Kammer einzubringen. Er selbst erklärte anschließend seine Bereitschaft, im Juni 2019 bei der Neuwahl des Kammervorstandes für das Amt des Präsidenten zu kandidieren. Ebenfalls informierte er über eine Veranstaltung zur Verabschiedung des Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens, der nach fast 20-jähriger Präsidentschaft nicht erneut antreten wird. Diese wird am 24. Mai 2019 in Form einer Tagung

zum Thema „Perspektiven einer Psychotherapie des nächsten Jahrzehnts“ und einem anschließenden Empfang stattfinden.

Beitragshebesatz bleibt konstant

Die Versammlung stimmte darüber hinaus einer Änderung im § 5 Abs. 6 der Berufsordnung zu, sodass nun die Fernbehandlung über Kommunikationsmedien erlaubt ist, wenn sie unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten, erfolgt. Den Bericht des Finanzausschusses trug dessen Vorsitzende Franca Collmann vor. Sie beantragte Entlastung des Vorstandes für den Jahresabschluss 2017 und votierte für die Annahme des Hebesatzes, der sich gegenüber 2018 nicht verändert, sowie für die Annahme des Haushaltsplanes 2019. Die Kammerversammlung folgte den Anträgen ohne Gegenstimme. Wie immer klang die Versammlung bei informellen Gesprächen aus.

Vielfältiger Protest und Widerstand gegen neue Hürden in der Versorgung durch das TSVG

Noch hat die Bürgerschaft, das Parlament der Freien Hansestadt Bremen, nicht entschieden. Die Fraktion der „Linken“ hatte Ende 2018 einen Antrag unter dem Titel „Keine gestufte und gesteuerte Versorgung durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz – zusätzliche Hürden für psychisch kranke Menschen verhindern!“ vorgelegt. Der Antrag setzt sich ausführlich mit den negativen Folgen der geplanten Regelung auseinander. Der Senat wird von der Bürgerschaft aufgefordert, „sich

auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass die Regelung der gestuften und gesteuerten Versorgung in § 92 SGB V Abs. 6a des Gesetzesentwurfes für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) gestrichen wird“.

Breiter Konsens gegen „gestufte Versorgung“

Inzwischen zeigt sich ein breiter Konsens, dass diese Regelung ungeeignet ist, eine Verbesserung des Zugangs

zur psychotherapeutischen Behandlung für psychisch kranke Menschen und einen Abbau der Wartezeiten für einen Behandlungsplatz zu bewirken. Im Ergebnis würden die freie Arzt- bzw. Psychotherapeutenwahl der Patienten und der niederschwellige Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erheblich eingeschränkt. Patienten wären systematisch gezwungen, sich mit ihrem psychischen Leiden gegenüber mehreren Behandlern zu offenbaren, ehe sie die erforderliche Behandlung

erhalten können. Die Einführung einer zusätzlichen Prüfinstanz schafft für diese Patienten eine zusätzliche Hürde, die eine rechtzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen erschwert und damit zur Chronifizierung von psychischen Erkrankungen beiträgt.

Mehr als 1.800 Menschen im Land Bremen hatten die Online-Petition gegen die geplante sogenannte gestufte Versorgung unterschrieben. Damit hat sich der Protest weit über die Fachöffentlichkeit hinaus verbreitet. Selbst die Werder-Ultra-Fangruppe Caillera nutzte das Bundesliga-Heimspiel Werder – Hoffenheim am 19. Dezember 2018, um ihren Unmut in die Öffentlichkeit zu tragen.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen hatte sich schon im Oktober an die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, die bremischen Bundestagsabgeordneten und Gesundheitsminister Jens Spahn gewandt. Inzwischen haben sich die Gesundheitssenatorin Eva Quante-Brandt, aber auch die MdB Kirsten Kappert-Gonther (Grüne), Doris Achelwilm (Linke) und Sarah Ryglewski (SPD) gegen die geplante Regelung im § 92 Abs. 6a ausgesprochen.

Örtliche Medien nahmen sich ebenfalls des Themas an. So berichtete das Regionalfernsehen „buten un binnen“ am 13. Dezember 2018 ausführlich über die Kritik am TSVG. Der Radiosender „Bremen Eins“ interviewte in seiner Mittagsendung am darauffolgenden Tag den Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens zu diesem Thema.

Der oben angeführte Antrag der „Linken“ enthält noch einen weiteren Beschlussantrag. Darin wird der Senat aufgefordert, einen Bericht zu den Auswirkungen der zum 1. April 2017 geänderten Psychotherapie-Richtlinie im Land Bremen auf den Zugang zu einer Psychotherapie zu erstellen und bis zum April 2019 der zuständigen Fachdeputation vorzulegen. Auf Bitten des Gesundheitsressorts hat der Vorstand der PK Bremen inzwischen eine Stellungnahme verfasst, in der ausführlich



Protest in der Ostkurve beim Spiel Werder Bremen gegen Hoffenheim am 19. Dezember 2018 (Foto: Werder-Ultra-Fangruppe Caillera)

auf die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und die Folgen der Richtlinien-Reform für die psychotherapeutische Versorgung eingegangen wird.

Vergleich zur Befragung im Februar 2011

Die Wartezeiten aus der Erhebung im November 2017 wurden dazu in Bezug gesetzt zu den Wartezeiten, wie sie sich in der Befragung von Februar 2011 ergeben hatten. Damals lag die Beteiligung in Bremen mit 59 % ähnlich hoch wie in 2017 (61,4 %).

Die durchschnittliche Wartezeit für ein Erstgespräch (damals in Form der probatorischen Sitzung) lag bei 8,8 Wochen bei einer Standardabweichung von 15,1. Die durchschnittliche Wartezeit bis zum Beginn einer Psychotherapie dauerte 21,9 Wochen (Standardabweichung von 18,9). Die hohen Standardabweichungen verweisen auf eine hohe Spreizung der Wartezeiten in den Praxen. Bei der Auswertung wurden damals nur Praxen berücksichtigt, die eine Warteliste führten.

2017 lag die Wartezeit auf ein Erstgespräch mit 4,1 Wochen (6,5 Wochen in Praxen mit Warteliste) bei einem deutlich geringeren Wert. Auch die

Wartezeit bis zum Beginn einer Psychotherapie war mit 14,8 Wochen zwar im Durchschnitt *aller* Praxen geringer. Werden jedoch nur Praxen mit Warteliste (21,8 Wochen) berücksichtigt, stellt sich dieser Unterschied als unwesentlich dar.

Diese Ergebnisse bestätigen, dass es mit der Einführung der Sprechstunde zu einer deutlichen Verkürzung der Wartezeit für den Erstkontakt kommt, aber nicht bei derjenigen für den Behandlungsbeginn.

In den zurückliegenden Jahren ist es im Land Bremen zudem unabhängig von der Richtlinien-Reform zu Veränderungen in der Struktur der psychotherapeutischen Versorgung gekommen. Einerseits baute der Zulassungsausschuss auf Betreiben von Kassen- und KV-Vertretern zwischen 2014 und 2017 die Anzahl psychotherapeutischer Praxen um 26 volle Versorgungsaufträge ab. Andererseits nutzten Psychotherapeuten die verbesserten Möglichkeiten, Praxen in halbe Versorgungsaufträge umzuwandeln bzw. Job-Sharing einzuführen. Darüber konnte das Angebot an Psychotherapie erhöht werden, sodass die Auswirkungen der Reduzierung von Praxissitzen seitens der Krankenkassen und der KVHB zum Teil kompensiert werden konnten.

„Wir werden ein interessantes und vielseitiges Studienangebot schaffen“ – Nina Heinrichs als Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie berufen

Im Zuge der Neuausrichtung des Studiengangs Psychologie an der Universität Bremen wurde im letzten Jahr Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs auf den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie berufen. Sie ist dort seit dem 1. Januar 2019 tätig. Frau Heinrichs hat an der Philipps-Universität Marburg Psychologie studiert und ihr anschließendes Promotionsstudium an den Universitäten Boston und Braunschweig durchgeführt. Sie ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche und hat zuletzt an der Technischen Universität Braunschweig als Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie gearbeitet. Wir haben Frau Heinrichs anlässlich ihres Dienstbeginns im Januar 2019 getroffen.

Sie waren seit 2012 in Braunschweig als Professorin tätig. Was hat Sie an der ausgeschriebenen Professur in Bremen gereizt?

Hier bietet sich einzigartiger Gestaltungsspielraum, den ich so an keiner anderen Universität bisher je hatte, dadurch, dass es ja ein Neustart ist und auch in anderen Teildisziplinen der Psychologie Kollegen neu berufen werden und man sich gemeinschaftlich eine neue Richtung geben kann.

Die Neugestaltung des Studiengangs befindet sich ja auch vor dem Hintergrund der anstehenden Reform der Psychotherapieausbildung vor Herausforderungen. Haben Sie schon konkrete Pläne, wie der Studiengang gestaltet werden soll?

Dazu kann ich noch nichts Definitives sagen; es ist ja eine gemeinsame Entwicklung. Aktuell sind fast alle neuen Professuren besetzt; eine Berufung steht noch aus, und von den neuen Kollegen sind zwei noch nicht vor Ort. Uns ist es vor allem wichtig, gemeinsam zu überlegen und zu besprechen, wohin wir wollen, insbesondere in der Lehre, aber auch in der Forschung.

Es ist also noch nicht klar, wann genau der neue Studiengang starten wird?

Solche Studiengänge haben ja normalerweise einen ziemlich langen Entwicklungsvorlauf. Man kann aber sagen, dass sowohl die Universität als auch die Kollegenschaft hoch motiviert sind, hier ein interessantes und vielseitiges Lehrangebot zu gestalten. Ich bin sehr zuversichtlich, dass wir hier etwas aufbauen werden, was Bremen für zukünftige Studierende zu einem attraktiven Studienort machen wird.

Wird das Studienangebot auch das neu vorgeschlagene Psychotherapiestudium umfassen?

Das wird natürlich Berücksichtigung finden. Wir müssen jetzt nur schauen, wie der finale Gesetzentwurf aussehen wird. Es gab ja auch eine Reihe unterschiedlicher Stellungnahmen zum Entwurf, man muss abwarten, wie das Ministerium das neue Gesetz letztlich gestalten wird. Es ist aber klar in meinem Interesse, eine Möglichkeit zu bieten, Klinische Psychologie und Psychotherapie über die Lebensspanne hier studieren zu können.

Für die Umsetzung des neuen Studiums ist auch die Einrichtung einer Hochschulambulanz erforderlich, die aktuell in Bremen fehlt. Wird es wieder eine Hochschulambulanz geben und wenn ja, in welchen Bereichen?

Es wird definitiv eine Hochschulambulanz eingerichtet werden, die Universität hat das auch von Anfang an unterstützt. Ich halte das auch unabhängig vom Referentenentwurf für ganz zentral. Die Hochschulambulanzen sind auch jetzt schon eine wichtige Schnittstelle zwischen Ausbildung, Wissenschaft und klinischer Praxis. Und natürlich sind sie eine zentrale Stelle, um Forschungsprojekte in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie umzusetzen. Wir werden hier schrittweise eine Hochschulambulanz über die Lebensspanne aufbauen, d. h. wir werden versuchen, alle Lebensphasen und Entwicklungsab-



Prof. Dr. Nina Heinrichs

schnitte zu berücksichtigen, vom Kleinkindalter bis zum älteren Menschen.

In Ihren letzten Forschungsprojekten wurden häufig familienzentrierte Fragestellungen untersucht. Bleibt das Ihr Fokus? Wie wird Ihr Forschungsschwerpunkt in Bremen ausgerichtet sein?

Es ist richtig, dass gerade in den letzten Jahren die familienzentrierte Sichtweise in der Forschung eine große Rolle gespielt hat. Ich habe mich allerdings in meiner Promotion ursprünglich mit Informationsverarbeitungsprozessen und psychischen Störungen beschäftigt, also einem ganz anderen, eher intrapersonellen Themenkomplex. Und ich habe hier in Bremen vor, alle Forschungsschwerpunkte, die ich in meinem bisherigen beruflichen Leben hatte, zusammenzuführen. Deshalb wird es drei große Forschungsschwerpunkte geben. Der erste Bereich kann vielleicht zusammenfassend mit „experimenteller Psychopathologieforschung“ umschrieben werden. Dabei untersuchen wir, wie Menschen Informationen aus ihrer Umwelt aufnehmen, diese abspeichern und wieder abrufen. Besonders interessant ist dabei auch, wohin sie ihre Aufmerksamkeit richten.

Der zweite Schwerpunkt umfasst eigentlich alles, was mit Interventionsforschung zu tun hat. Das beinhaltet Psychotherapie, aber auch nicht-heilkundliche Interventionen, z. B. Präventions- oder Trainingsprogramme. In Bezug auf die Psychotherapie scheint mir eine zentrale Frage zu sein, wohin wir wollen

mit der Psychotherapie in Deutschland. Wir haben ja die Erkenntnis, dass es evidenzbasierte Methoden gibt, die nach der gesetzlichen Lage meist im Rahmen eines Verfahrens berufs- und sozialrechtlich betrachtet und bewertet werden. Gleichzeitig haben wir neuere Entwicklungen psychotherapeutischer Methoden, für die diese Verfahrensorientierung eher hinderlich ist, die auch wirksam sind. Die zügige Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in ein etabliertes Gesundheitssystem ist nicht so einfach. Hier müssen wir alle gemeinsam überlegen, welche Veränderungen hier gewünscht werden und wie diese umgesetzt werden könnten. Die Herausforderungen, die sich hier stellen, können nicht alleine in der Wissenschaft gelöst werden, dafür müssen alle Beteiligten involviert werden.

Der dritte Bereich ist alles, was mit interpersonellen Beziehungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen zu tun hat. Das ist bereits seit Längerem eins meiner Interessen, da man immer wieder beobachtet, dass psychische Störungen sowohl Auswirkungen auf Beziehungen haben als auch Beziehungen die psychische Befindlichkeit beeinflussen. Dabei geht es mir vorwiegend um Paarbeziehungen und Eltern-Kind-Beziehungen.

Gibt es bereits konkrete Forschungsvorhaben oder Projekte, die Sie mitbringen?

Ja. Wir haben ein von der EU-gefördertes Projekt, in dem es um Familien in Osteuropa geht und für das die Universität Bremen jetzt die Koordination übernimmt. Konkret geht es um die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Rumänien und die Republik Moldavien. Diese Länder haben sehr hohe Raten an Misshandlung und Missbrauch – und uns geht es um die Frage, was man tun kann, um dort Familien zu unterstützen und insbesondere ein Bewusstsein für die Bedeutung positiver Beziehungen zu schaffen.

Das Besondere dabei ist, dass wir zum einen hier eine Intervention ausgewählt haben, die öffentlich und lizenzfrei zur Verfügung steht (siehe auch www.rise-plh.eu), sodass die Kosten für einen nachhaltige Nutzung nach Projektende nicht zu hoch sind in diesen Ländern, die zu den sogenannten LMICs (low and middle-income countries) zählen. Es werden Personen vor Ort trainiert, die das Programm umsetzen, und wir untersuchen die Effekte, die das v. a. auf die seelische Gesundheit von Kindern und die Reduktion familiärer Gewalt hat. Das Projekt hat zum anderen darüber hinaus ein sehr innovatives methodisches Design zur Evaluation und bietet sich deshalb auch an, um Studierenden neue methodische Ansätze für die Auswahl und Bewertung von Interventionen zu vermitteln.

Schließlich haben wir gerade zwei weitere Verbundprojekte bewilligt bekommen, wo wir jeweils mit einem Teilprojekt in Bremen starten. Das Projekt „EMPOWERYOU“ untersucht Eltern von Pflegekindern sowie Jugendliche und junge Erwachsene, die in Pflege waren. In dieser Personengruppe gibt es eine hohe Rate an Reviktimisierung und wir erhoffen uns, dass das Projekt dazu beitragen kann, diesen Reviktimisierungs-Kreislauf zu durchbrechen.

Das Projekt „ProChild“ soll Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung fördern und dadurch auch den Umgang mit dem Kind verbessern. An diesem Projekt sind auch eine Reihe weiterer Forschungsfragen angedockt, z. B. wie man familiäres Klima „messen“ kann oder wie man z. B. physiologische Daten nutzen kann als Indikatoren für eine Veränderung im Beziehungsgeschehen.

Auch wenn alle drei Projekte einen familienzentrierten Kern haben, sind sie alle mit spezifischen Fragestellungen verknüpft, die auch für andere Bereiche wichtig sind wie z. B. mit Fragestellungen zur Adaptation und Optimierung von Interventionen.

Wir bedanken uns für das Gespräch und wünschen Ihnen für die Umsetzung aller Vorhaben viel Erfolg.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang,
Karl Heinz Schrömgens,
Amelie Thobaben

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

17. Allgemeine Kammerversammlung am 14. November 2018

Am 14. November 2018 fand die 17. Allgemeine Kammerversammlung statt. Rund 60 Kammermitglieder folgten der Einladung und fanden sich in den Räumen der KV Hamburg zusammen.

Vortrag Deutsches Rotes Kreuz Hamburg: „Psychisch krank – Wer und was hilft bei der alltäglichen Lebensführung?“

Als Gäste wurden Frau Dagmar Groth-Bick, Frau Maren Kruse sowie Herr Michael Buchmüller der Psychiatrischen Hilfen vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) Hamburg begrüßt. In ihrem Vortrag „Psychisch krank – wer und was hilft bei der alltäglichen Lebensführung?“ stellten sie die drei Bereiche Soziotherapie, Ambulante Psychiatrische Krankenpflege und Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP) in Hamburg vor.

Im Nachgang des Vortrags hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, Fragen zu den jeweiligen Angeboten zu stellen.

Auch Erfahrungsberichte über die Zusammenarbeit wurden berichtet. Die Präsentation des Vortrags können Sie auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Hamburg herunterladen.

Berichte des Vorstands

Im Anschluss berichteten die Vorstandsmitglieder aus ihren Arbeitsbereichen und stellten die Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer Hamburg im vergangenen Jahr vor.

Ausgewählte Schwerpunktthemen im Jahr 2018 waren neben den Aktivitäten auf Bundesebene vor allem die Überarbeitung von Ordnungen und Satzungen, die Erfüllung der Berufsaufsicht (insbesondere durch das Beschwerdemanagement der Kammer), die Durchführung der beiden Studien: „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ und „Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie“ sowie die Unterstützung der psychotherapeutischen Ver-

sorgung geflüchteter Menschen. Auch mit der Reform der Psychotherapieausbildung sowie mit der Umsetzung der im Mai in Kraft getretenen EU-DSGVO war die Kammer im Jahr 2018 intensiv beschäftigt. Seit Ende des letzten Jahres befassen sich Vorstand und Delegiertenversammlung zudem mit der Umsetzung der neu gefassten Wahlordnung.

Weiter berichtete der Vorstand von Veranstaltungen, die im Jahr 2018 durch die Kammer angeboten wurden. Neben den beiden ganztägigen Fortbildungsveranstaltungen „Hamburger KJP-Tag“ und „7. Hamburger Psychotherapeutentag“ wurde eine Reihe weiterer Tages- und Abendveranstaltungen durchgeführt: Verschiedene Fachreferenten informierten unter anderem zu den Themen „Abstinenz in der Psychotherapie“, „250 Tage Sprachmittlerpool“, „Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie“ und „Psychotherapeutische Versorgung von Soldatinnen und Soldaten sowie Bundespolizistinnen und Bundespolizisten“.

Hervorzuheben ist auch ein von den Gremien selbst gestalteter Kammertag, der dazu diente, die Gremienarbeit in der Kammer zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Hierüber berichteten wir bereits ausführlich in der letzten Ausgabe.

Für 2019 kündigte der Vorstand weitere Informations- und Fortbildungsveranstaltungen an. Zur Themenfindung wurde bereits eine erste Umfrage bei Kammermitgliedern durchgeführt, die sich in einem Angestelltenverhältnis befinden. Die Ergebnisse finden Sie auf der nächsten Seite. Weitere Fortbildungsveranstaltungen wurden zudem in einer Klausurtagung des Vorstands im Januar festgelegt.



Teilnehmer der 17. Allgemeinen Kammerversammlung

72. Delegiertenversammlung am 28. November 2018



Mitglieder der 72. Delegiertenversammlung während der Auswertung der Ergebnisse des Kammertags 2018

Am 28. November 2018 tagte die Delegiertenversammlung in den Räumen der KV Hamburg.

Senkung des Grundbeitrags für den Kammerbeitrag 2019 beschlossen

Nach den Berichten des Vorstandes, der Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitskreise standen die Verabschiedung des Haushaltsplanes 2019 sowie die

Festsetzung des Kammerbeitrages für 2019 auf der Tagesordnung. Dank der guten Haushaltslage wird der Grundbeitrag für 2019 erfreulicherweise um 50 % gesenkt, sodass der Kammerbeitrag im Vergleich zum Vorjahr niedriger ausfallen kann. Die einkommensabhängigen Hebesätze sowie die Kappungsgrenze werden beibehalten.

In einem weiteren Tagesordnungspunkt wurde über den Stand der Planung der

Kammerwahl 2019 berichtet. Es wurde die Frage diskutiert, in welcher Form die Wahlwerbung der Wahllisten von der Kammer unterstützt werden muss, um für alle Wahllisten Chancengleichheit herzustellen und alle Mitglieder über die Wahllisten zu informieren. Da die Delegiertenversammlung zu diesem Zeitpunkt bereits nicht mehr beschlussfähig war, konnte hierzu keine Entscheidung gefällt werden. Weitere Informationen zur anstehenden Kammerwahl entnehmen Sie bitte dem Artikel auf der nächsten Seite.

In einem abschließenden Tagesordnungspunkt wurden die Ergebnisse des Kammertags 2018 vorgestellt (siehe Foto).

Interessierte Kammermitglieder sind herzlich willkommen!

Wir möchten darauf hinweisen, dass alle Kammermitglieder der PTK Hamburg jederzeit herzlich willkommen sind, an den Delegiertenversammlungen als Gäste teilzunehmen. Wir freuen uns über engagierte Mitglieder, die sich für die Kammerarbeit interessieren und sie mitgestalten möchten. Haben Sie Fragen zur Kammerarbeit? Kommen Sie gern auf uns zu oder melden Sie sich als Gast zur 73. Delegiertenversammlung am 27. März 2019 um 19:30 Uhr (Ort: KV Hamburg) bei uns an.

BW

Empfang für neu approbierte Kammermitglieder am 10. Dezember 2018

Der Empfang für neu approbierte bzw. neu nach Hamburg gezogene Kammermitglieder in der Kammergeschäftsstelle war mit mehr als 30 Teilnehmenden wieder gut besucht.

Präsidentin Heike Peper eröffnete den Abend mit einem historischen Rückblick auf die Kammer und das Psychotherapeutengesetz, das Anfang 2019 bereits 20 Jahre in Kraft ist. Sie hob die Errungenschaften des Gesetzes und die Entwicklung der Profession im Gesundheitswesen und in der gesamten Gesellschaft hervor. Gleichzeitig

wies sie auf die Notwendigkeit der Reform des Gesetzes hin, an der die Kammern mit großem Engagement über lange Zeit gearbeitet haben. Dabei lobte sie den ehrenamtlichen Einsatz der Mitglieder in den Gremien sowie der Mitarbeitenden der Geschäftsstelle und warb für die Beteiligung der neuen Kollegen. Mit diesem Empfang verfolge die Kammer auch das Ziel, sich als Institution von Mitgliedern für Mitglieder zu zeigen und auf die niedrige Schwelle des Zuganges hinzuweisen.

Weitere Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsstelle gaben einen Überblick über ihre Aufgabenbereiche und die Angebote der Kammer und standen für Fragen der Anwesenden zur Verfügung.

Bei Getränken und einem Imbiss wurden in kleinen Runden Fragen zum Berufseinstieg, zur Situation in der Kostenerstattung, zu Jobsharing und Anstellung in Praxen und MVZ, zur Anstellung in Kliniken, berufsrechtlichen Fragen, beruflichen Perspektiven und zur aktuellen berufspolitischen Situation diskutiert.

Die begeisterten Rückmeldungen der Neumitglieder zeigten erneut, wie wichtig es ist, die häufig erlebte Anonymität von Institutionen der Selbstverwaltung

zu durchbrechen.

TM

Kurznachrichten

Ergebnisse der Umfrage zu Fortbildungsveranstaltungen für angestellte Kammermitglieder

Wir planen eine neue Veranstaltungsreihe, die sich insbesondere an Kammermitglieder richtet, die in einem Angestelltenverhältnis tätig sind. Mit dem „PTI-Forum: Psychotherapie in Institutionen“ wollen wir Themen aufgreifen, die für die verschiedenen Tätigkeitsfelder (z. B. in einer ambulanten Praxis, in einem MVZ, in einer Klinik, in einer Beratungsstelle, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder einer anderen Institution) relevant sind.

Um zu erfahren, welche Themen für unsere Kammermitglieder besonders interessant sind, haben wir Ende Dezember eine Umfrage durchgeführt.

Folgende Themen wurden dabei am häufigsten genannt:

- Berufsrecht in Institutionen,
- Anstellung in einer psychotherapeutischen Praxis bzw. in einem MVZ,
- Umgang mit gewalttätigen Patienten,
- Leitungsfunktionen in Institutionen,
- Umgang mit Suizidalität.

Der Vorstand wird diese Ergebnisse in die Veranstaltungsplanung für 2019 einfließen lassen.

Save the Date: 5. Tag der seelischen Gesundheit

Am 8. Mai 2019 planen wir in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg den fünften Tag der seelischen Gesundheit. Unter dem Titel „Lebensmitte – immer am Limit?!“ erwarten Sie spannende Vorträge und Workshops!

Weitere Informationen folgen in Kürze. Notieren Sie sich gerne schon jetzt den Termin.

Weiterfinanzierung des Sprachmittlerpools in Hamburg

Am 14. Dezember 2018 haben wir bereits in einer Pressemitteilung über die Weiterfinanzierung des Sprachmittlerpools in Hamburg informiert:

Nach einer ersten evaluierten Modellphase werden die beiden Teilprojekte „Hamburger Sprachmittlerpool für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung“ & „Hamburger Sprachmittlerpool für Menschen mit Behinderung“ von der Hamburgischen Bürgerschaft für weitere 1,5 Jahre finanziell unterstützt.

Die 5.000 ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in Hamburg können somit kostenlos auf qualifizierte Sprachmittler zurückgreifen, sodass psychisch erkrankten wie auch behinderten Geflüchteten ein Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung ermöglicht wird.

Dr. Mike Mösko, Vorsitzender von SEGEMI e.V. und Delegierter der Psychotherapeutenkammer Hamburg teilte mit: „Wir sind sehr erfreut, das fundamentale Problem der Finanzierung von Sprachmittlung bei der Behandlung nicht-deutschsprachiger Patienten zumindest temporär gelöst zu haben. Nun gilt es, noch mehr Ärzten und Psychotherapeuten für die Arbeit mit professionellen Sprachmittlern zu motivieren. Angesichts einer leistungsorientierteren Versorgung und Vergütung erscheint die Arbeit mit Sprachmittlern als wenig attraktiv. Wir hoffen sehr, dass wir dieses Spannungsfeld entzerren und Kollegen zur Arbeit zu Dritt motivieren können.“

Interessierte Kammermitglieder finden weitere Informationen und die Kontaktdaten von SEGEMI e.V. auf der Webseite: <http://www.segemi.org/>

BW

Kammerwahl 2019 – Die wichtigsten Informationen in Kürze

Wer wird gewählt?

Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg wählen alle vier Jahre ihre Vertreter in der Delegiertenversammlung.

Wer ist wahlberechtigt?

Aktiv und passiv wahlberechtigt sind alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg, die in das Wähler-

verzeichnis eingetragen wurden (§§ 1 und 6 der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg).

Wann wird gewählt?

Der zuständige Wahlausschuss hat sich in seiner konstituierenden Sitzung am 9. Januar 2019 mit der Wahlordnung befasst und erste Planungsschritte eingeleitet. Der Wahlzeitraum für die Kammerwahl 2019 ist zum Zeitpunkt des

Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch nicht bekannt. Der Vorstand wird in einem besonderen Rundschreiben die Wahlzeit bekannt machen und über den Wahlprozess sowie alle einzuhaltenden Fristen informieren.

Wie wird gewählt?

Gewählt wird in Form einer Briefwahl. Die Wahlbriefe werden Ihnen rechtzeitig zugesandt.

Wo erhalte ich weitere Informationen?

Alle Regelungen, die mit der Kammerwahl in Zusammenhang stehen, sind in der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer festgelegt. Diese finden Sie bei Interesse auf der Seite www.ptk-hamburg.de unter der Rubrik „Die Kammer/Rechtliches“.

Um Sie stetig über den Prozess der Kammerwahl zu informieren, haben wir

auf unserer Website zudem eine Rubrik „Kammerwahl 2019“ eingerichtet. Diese finden Sie unter dem Reiter „Aktuelles“.

Redaktion

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

Geschäftsstelle

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

Entschädigungsordnung für ehrenamtliche Richterinnen und Richter der Berufsgerichtsbarkeit für Heilberufe der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Auf Grund von § 6 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Berufsgerichtsbarkeit der Heilberufe vom 20.06.1972 (HmbGVBl Teil I, S. 111,128, zuletzt geändert am 01.09.2005 (HmbGVBl Teil 1, S. 387) hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in ihrer Sitzung am 19.09.2018 die nachfolgende Entschädigungsordnung für ehrenamtliche Richterinnen und Richter der Berufsgerichtsbarkeit für Heilberufe der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Justizbehörde gemäß § 6 Abs. 5 Satz 3 des Gesetzes über die Berufsgerichtsbarkeit der Heilberufe am 12.12.2018 genehmigt hat.

§ 1

Geltungsbereich und Grundsatz der Entschädigung

(1) Die ehrenamtlichen Richterinnen und Richter der Berufsgerichtsbarkeit für Heilberufe der Abteilung für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten von der Psychotherapeutenkammer Hamburg (im Folgenden: Kammer) eine Entschädigung für

1. Zeitversäumnis (§ 2)
2. Notwendige Vertretung (§ 3)
3. Verdienstaussfall (§ 4)

(2) Soweit die Entschädigung nach Stunden bemessen wird, wird sie für die gesamte Dauer der Heranziehung ausschließlich der Reise- und Wartezeiten, jedoch für nicht

mehr als zehn Stunden je Tag, gewährt. Die letzte bereits begonnene Stunde wird voll gerechnet.

(3) Die Entschädigung wird auch gewährt, wenn ehrenamtliche Richterinnen und Richter von der Kammer zu Einführungs- und Fortbildungstagungen herangezogen werden.

§ 2

Entschädigung für Zeitversäumnis

Die Entschädigung für Zeitversäumnis beträgt 50 Euro je Sitzungstag.

§ 3

Ersatz für notwendige Vertretung

Soweit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern, die innerhalb ihrer regelmäßigen täglichen Arbeitszeit zur Wahrnehmung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit herangezogen werden, Kosten durch eine notwendige Vertretung entstanden sind, werden ihnen diese bis zu einer Höhe von 300 Euro ersetzt.

§ 4

Entschädigung für Verdienstaussfall

(1) Für den Verdienstaussfall wird neben der Entschädigung nach § 2 eine zusätzliche Entschädigung gewährt, die sich nach dem regelmäßigen Bruttoverdienst einschließlich der von der Arbeitgeberin oder vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge richtet, jedoch höchstens 50 Euro je Stunde beträgt. Für selbständig tätige Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychothe-

rapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird neben der Entschädigung nach § 2 eine Entschädigung für den Ausfall der Praxis von 50 Euro je Stunde gewährt.

(2) Die Entschädigung wird nicht gewährt, wenn Kosten einer notwendigen Vertretung nach § 3 erstattet werden.

§ 5

Geltendmachung und Erlöschen des Anspruches

(1) Die Entschädigung wird auf Antrag gewährt. Der Antrag ist schriftlich bei der Kammer zu stellen. Die Antragstellerin oder der Antragsteller hat das Vorliegen der Voraussetzung eines Entschädigungstatbestandes (§§ 2-4) zu belegen.

(2) Der Anspruch auf Entschädigung erlischt, wenn er nicht binnen eines Jahres nach Beendigung der Amtsperiode, in welcher der Anspruch entstanden ist, bei der Kammer geltend gemacht wird.

(3) Der Anspruch auf Erstattung zu viel gezahlter Entschädigung verjährt in drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Zahlung erfolgt ist.

§ 6

Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Kammer in Kraft.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Dr. Heike Winter (Foto: M. Werneke)

mit Blick auf die Landesregierung sind wir als Psychotherapeutenkammer Hessen zuversichtlich: In den kommenden fünf Jahren sind einige Verbesserungen im Gesundheitssystem unseres Bundeslandes möglich – auch

mit Blick auf Hilfen für Menschen mit einer seelischen Erkrankung. Inzwischen gehören psychische Störungen zu den häufigsten Ursachen für Krankschreibungen, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen. Diese Herausforderungen sind von der Landesregierung erkannt und im Koalitionsvertrag verankert worden. Auch bei den regionalen Gesundheitskonferenzen in Hessen bringt unsere Kammer die Kompetenz der Profession ein. Die Sensibilität für die wachsende Bedeutung seelischer Erkrankungen scheint weiter zu steigen.

So hat die Psychotherapeutenkammer Hessen dem neuen Minister für Soziales und Integration, Kai Klose, zu dessen Ernennung herzlich gratuliert. Beim Verbessern der Gesundheitsversorgung wird die Psychotherapeutenkammer den Minister gerne mit Rat und Tat unterstützen. Der im Bundesgesundheitsministerium erarbeitete Gesetzentwurf zur

grundlegenden Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung wird von der Psychotherapeutenkammer Hessen ausdrücklich begrüßt: Auf der Basis dieses Entwurfes kann ein Gesetz erarbeitet werden, das praktikable Zukunftslösungen für die Psychotherapie-Ausbildung schafft und die Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschlands Gesundheitssystem weiter verbessert. Der Gesetzesentwurf erkennt die hohe Bedeutung von Psychotherapeuten in der Versorgung und sieht den Beruf in zentraler Funktion mit hoher Verantwortung im Bereich der Psychotherapie.

Allerdings müssen im Gesetzentwurf einige Details geklärt, präzisiert und ergänzt werden. Dazu gehört der zusätzliche Finanzbedarf in der ambulanten Weiterbildung – für die fachlich erforderliche Supervision, Selbsterfahrung und Theorie sowie die angemessene sozialversicherungspflichtige Beschäftigung der Psychotherapeuten. Hier könnte sich der Gesetzgeber an der Regelung zur ambulanten Weiterbildung bei Hausärzten und grundversorgenden Fachärzten orientieren, um „Schulgeld“ für Psychotherapeuten zu vermeiden. Dafür muss mit dem Ministerium noch eine Lösung gefunden werden.

Wir bleiben im Kontakt!

Auf die Vorträge, Gespräche und Begegnungen beim 10. Hessischen Psychotherapeutentag zum Thema „Therapeutische Beziehung“ am 5. und 6. April 2019 in Frankfurt freut sich

Heike Winter
Präsidentin

10. Hessischer Psychotherapeutentag am 5./6. April 2019

Was wirkt in der Psychotherapie wann, wie und warum? Darüber wird in Forschung und Praxis seit Jahrzehnten intensiv – oft auch kontrovers – diskutiert. Doch in einem Punkt gab und gibt es große Übereinstimmung: In der grundsätzlichen Bedeutung des Kontakts für eine gelingende Psychotherapie. Der Kontakt, die Begegnung in der Therapeut-Patient-Beziehung, ist eine, wenn nicht gar *die* Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie.

Darüber hinaus lohnt es sich, einen Blick auf die aktuelle neuropsychologische Forschung zum Thema Beziehung

zu werfen. Prof. Gregor Domes von der Universität Trier wird dazu in einem Festvortrag zum Auftakt des Hessischen Psychotherapeutentages spannende Einblicke geben. Das Tagungsprogramm bietet interessante Perspektiven über den Tellerrand der jeweils eigenen Therapieschule hinweg: Wie gehen andere Therapierichtungen mit der Beziehungsgestaltung um? Können wir etwas voneinander lernen? Ganz bestimmt!

So wird sich der 10. Hessischer Psychotherapeutentag (5./6. April 2019) einmal mehr mit der „Kontaktqualität“ be-

schäftigen – mit aktuellen Forschungsergebnissen und Praxis-Entwicklungen beim Thema „Therapiebeziehung“. Zum Anmelden nutzen Sie bitte unser Online-Portal www.ptk-veranstaltung.de (gerne auch via QR-Code).



„Getrennt leben – gemeinsam erziehen“ Fachtagung zum Reformbedarf im Familienrecht und zum Wechselmodell

Das Wechselmodell ist kein Allheilmittel. In vielen Fällen funktioniert eine „Doppelresidenz“ für Kinder rein praktisch nicht, weil die Eltern zu weit auseinander wohnen. Zugleich sind sich Psychologen und Psychotherapeuten, Pädagogen und Juristen einig: Das Familienrecht muss auch in Deutschland weiterentwickelt werden. Im Bundesjustizministerium wird deshalb an Reformplänen gearbeitet. In anderen Ländern Europas ist das Wechselmodell gesetzlich verankert (Norwegen, Spanien, Schweiz, Tschechien) und zudem vom Gesetzgeber bevorzugt (Schweden, Frankreich, Belgien, Italien). In Deutschland ist die Zahl der Verfahren zum Umgangsrecht (2017 fast 55.000) in den zurückliegenden Jahren in Deutschland kräftig gestiegen. Immer wieder werden Psychotherapeuten deshalb mit forensischen Gutachten beauftragt. Familiengerichte wollen herausfinden, welches Erziehungsmodell nach der Trennung der Eltern den betroffenen Kindern die besten Entwicklungsperspektiven gibt. Denn das Wohl der Kinder soll dabei im Mittelpunkt stehen.

„Getrennt gemeinsam erziehen“ war der Titel einer Fachtagung zur aktuellen Debatte rund um das Wechselmodell. Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat Experten unterschiedlicher Professionen nach Frankfurt eingeladen, um die mit dem Wechselmodell verbundenen Herausforderungen aus psychotherapeutischer, pädagogischer und juristischer Perspektive zu beleuchten. Rund neunzig Familienrichter, Verfahrensbeistände und Psychotherapeuten sind dieser Einladung (am 7. Februar 2019) gefolgt – wenige Tage vor der öffentlichen Anhörung zu diesem Thema im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages (am 13. Februar). Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter bezeichnete das Thema „Wechselmodell“ als erkennbar spannungsreiche und interdisziplinäre Herausforderung: Deshalb sei es für Juristen, Rechtsbeistände und Gutachter hilfreich, dass

sie sich nicht nur im Gerichtssaal – mit Blick auf konkrete Einzelfälle – begegnen. Winter bewertete den Fachtag als Gelegenheit, gemeinsam darüber nachzudenken, wie die unterschiedlichen Akteure an den gemeinsamen Schnittstellen miteinander im Interesse des Kindeswohls vorankommen wollen:



Prof. Sünderhauf verweist auf viele Studien: Wechselmodell wirkt positiv für die Kinder.

Residenzmodell oder Wechselmodell? Welches Erziehungsmodell passt – in welchen Fällen?

Sünderhauf für Wechselmodell

Prof. Dr. jur. Hildegund Sünderhauf warb für das Wechselmodell und gab in einem Einführungsvortrag Einblicke in die psychologische Forschung und die rechtliche Umsetzung. Die Professorin für Familienrecht (Ev. Hochschule Nürnberg), die sich seit zehn Jahren mit dem Thema „Wechselmodell“ befasst, verweist auf die veränderte Realität in der Gesellschaft: Dem nach wie vor dominierenden Residenzmodell, bei dem Kinder nach einer Scheidung meist bei der Mutter leben, liege noch die „Hausfrauenehe“ als Familienmodell zugrunde, bei der die Frau Kinder betreute und der Vater das Geld verdiente. Mit Blick auf das gesellschaftliche Leitbild des 21. Jahrhunderts sei heute das Wechselmodell zu favorisieren, wenn die Partnerschaft der Eltern beendet sei, aber die gemeinsame Erziehungsverantwortung beider Elternteile ernst genommen werde. Prof. Sünderhauf ist überzeugt davon, dass dem Wechselmodell generell der Vorzug zu geben

ist. Sie verweist auf die „überwiegende Mehrheit der vorliegenden wissenschaftlichen Studien zu den Auswirkungen des Wechselmodells auf Kinder und Jugendliche“, die zu positiven Ergebnissen gekommen sei. Auch wenn das Wechselmodell keine Lösung für jede Trennungsfamilie sein könne und es in Einzelfällen gravierende Gründe dagegen gebe (z. B. bei konkreter Gefährdung des Kindes durch Gewalt und Missbrauch), dürfe nicht vergessen werden: „Das sind die Ausnahmen.“

Kindeswille – Eltern-Kompetenz

„Das Wechselmodell im familiengerichtlichen Verfahren“ war Thema eines Vortrags der erfahrenen Familiengerichtlerin Dr. Julie Strube. Die Richterin am Oberlandesgericht Frankfurt erläuterte die Maßstäbe, die bei einer Gerichtsentscheidung über den regelmäßigen Aufenthalt eines Kindes eine Rolle spielen: z. B. die Erziehungseignung der Eltern, die Bindungen des Kindes, der Kindeswille sowie die Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit der Eltern. Wenn Familiengerichte diese Kriterien nicht selbst beurteilen können, kommen Sachverständigen-gutachten zum Einsatz. Wie ist die entwicklungspsychologische Situation des Kindes? Wie anpassungsfähig ist das Kind an den regelmäßigen Wechsel des Lebensumfeldes? Im Blick der Gerichte ist dabei auch das Kriterium,



Dr. Strube erläutert Gerichtsentscheidungen zum Aufenthalt des Kindes.

dass Kinder bei einer hohen Konfliktbelastung durch die Eltern ständig mit den Streitigkeiten konfrontiert werden und in Koalitionsdruck geraten: Sind beide Eltern in der Lage, ihre persönlichen Konflikte von der gemeinsamen Elternrolle zu trennen und kindeswohlbezogen zu kommunizieren? Befürworter des Wechselmodells als Leitbild sehen die Chance, dass sich die Zahl der Sorgerechtskonflikte deutlich reduzieren ließe: Bisher seien Eltern bei einer Trennung umworben von einer „florierenden Streitbewirtschaftungsindustrie“ und Fachliteratur mit den „25 fiesesten Scheidungstricks“.

Mit der Einführung des Wechselmodells als Leitbild müsste die Möglichkeit einer geteilten Betreuung zu ungefähr gleichen Teilen vorrangig erwogen und geprüft werden. Der bisher oft erfolgreichen Strategie, mit Tricks und Konflikten vor dem Familiengericht das Residenzmodell durchzusetzen, könnte systematisch entgegengewirkt werden.

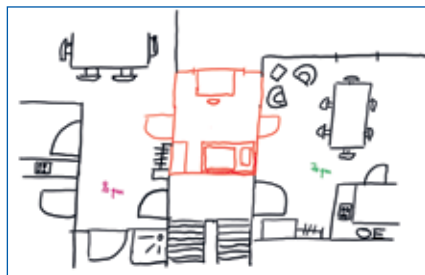


Podiumsdiskussion zeigt: Es geht stets um Einzelfallentscheidungen. (Fotos: R. Eberle)

Nestmodell – das beste Modell?

Diplompädagoge Roland Wiebe (Bensheim) kennt sich aus mit Streitigkeiten vor Familiengerichten. Er ist Verfahrensbeistand und vertritt vor Gericht die Interessen der Kinder: Aus seiner Sicht ist das Nestmodell das beste Wechselmodell – die Betreuung der Kinder erfolgt auch nach der Trennung der Eltern abwechselnd im gewohnten Umfeld. Kindern bleibe das Hin- und Her-Pendeln erspart – sie bleiben im gewohnten „Nest“ sowie in ihrer Schule, der Kindertagesstätte und dem Sportverein. Verfahrensbeistand Wiebe wirbt dafür, das Nestmodell als Option zu prüfen. Wichtig sei eine zeitnahe, möglicherweise zeitintensive und ergebnisoffene

Beratung. Auch Architekten könnten zum Gelingen des Lebens im Nestmodell beitragen. Diplom-Pädagoge Wiebe hat „Nesthäuser“ skizziert, in denen die Wohnung der Kinder die zentrale Rolle einnimmt – mit unterschiedlichen Zugängen sowie angebauten Räumen für die Eltern, die so praktisch getrennt leben und gemeinsam erziehen könnten.



„Nesthäuser“ – skizziert von Roland Wiebe: Wechselmodell-Aufgaben für Architekten

Empirische Evidenz und Alltag

Verfahrensbeistände, Rechtsanwälte, Familienrichter, forensische Sachverständige und Psychotherapeuten kamen bei dieser interdisziplinären Fachtagung so über die Herausforderungen und Chancen im Familienrecht ins Gespräch – auch über die Frage, welche Bedingungen dazu beitragen, dass ein Umsetzen des Wechselmodells für alle Beteiligten gut gelingen kann. Bei einer Podiumsdiskussion wurde deutlich, dass die Evidenz der empirischen Forschung zum Wechselmodell bislang nicht mit Alltagserfahrungen bei Jugendämtern, Rechtsbeiständen und Familiengerichten harmoniert: Dort landen oft „hochstrittige Eltern“, bei denen eine partnerschaftlich geteilte Betreuung der Kinder nur schwer denkbar scheint. Prof. Hildegund Sünderhauf warnt dagegen vor einem inflationären Gebrauch des Begriffs „Hochstrittigkeit“. Sie ist überzeugt, dass eine aktualisierte Gesetzgebung mit dem Wechselmodell auch die kooperative Grundeinstellung der meisten Eltern sichtbar machen würde: „Die meisten Eltern lieben ihre Kinder (...) und sind bereit, ihr Bestes zu geben – Mütter und Väter. Geben wir ihnen und ihren Kindern diese Chance.“

Hohe Komplexität und Dynamik

Die Psychotherapeutenkammer Hessen wird die weitere Entwicklung der Debatte um das Familienrecht verfolgen und wegen des enormen Interesses an diesem Themenkomplex voraussichtlich 2020 eine weitere Fachtagung dazu anbieten. Kammervorstandsmitglied Sabine Wald, die als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin häufig als forensische Gutachterin tätig ist, freut sich über das bundesweit starke Interesse an der Fachtagung zum Wechselmodell: Der interdisziplinäre Austausch aus unterschiedlichen Perspektiven (wie der Familiengerichtsbarkeit, der Forschung, der Psychologie und Pädagogik) werde allen Beteiligten helfen, „besser mit den komplexen, vernetzten und dynamischen Situationen im Familienrecht umzugehen“.

Robert Eberle
Geschäftsstelle

Psychotherapeutische Kompetenz in Erziehungs- und Familienberatung

Psychotherapeutische Kompetenz ist schon immer ein konstitutiver Teil von Erziehungs- und Familienberatung. Das Vorhalten von psychotherapeutischer Kompetenz im Sinne eines niederschweligen Angebotes dient dazu, psychische Störungen frühzeitig zu erkennen. So kann eine angemessene Versorgung in die Wege geleitet werden – möglichst bevor sich Teilhabestörungen in Kindertageseinrichtungen, Schule und Ausbildung bilden.

Eine weitere wichtige Aufgabe von Psychotherapeuten in der Erziehungs- und Familienberatung ist es, Kinder von psychisch kranken Eltern zu unterstützen und die Eltern zu einer Behandlung zu motivieren. Psychotherapeutische Kompetenz hilft, die Erziehungsfähigkeit von Eltern mit psychischen Erkrankungen zu erhalten oder wiederherzustellen.

Dieser sektorübergreifende Blickwinkel ist ein Qualitätsmerkmal der gesamten Jugendhilfe – besonders auch der Erziehungs- und Familienberatung. Es ist

mittlerweile anerkanntes Prinzip, den Familien, Eltern, Kindern und Jugendlichen möglichst früh eine umfassende sozialarbeiterische, pädagogische und psychotherapeutische Hilfe zuteilwerden zu lassen, um die Folgewirkungen von psychischen und psychosozialen Problemlagen zu minimieren.

Viele Experten kurz vor Rente

Zugleich können wir beobachten: Die Anzahl der approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Beratungsstellen droht weiter abzunehmen. Darunter leidet die Qualität der Versorgung. Eine Analyse von Mitgliederdaten der Psychotherapeutenkammer Hessen signalisiert eine

ähnliche Entwicklung: Etliche Psychotherapeuten in Jugendhilfe und Beratung stehen kurz vor dem Rentenalter.

Zudem spielt eine Rolle, dass der TVöD-Kommunal die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Entgeltgruppe 14 ansiedelt. Das ist von der Vergütungsrealität freier Träger teilweise ein gutes Stück entfernt. Träger, die Psychotherapeuten für ihre Beratungseinrichtungen gewinnen möchten, konkurrieren als öffentlicher Dienst mit anderen Erwerbsmöglichkeiten (Niederlassung, Akutkliniken, Reha-Einrichtungen). Dort werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten teilweise bereits analog Entgeltgruppe

15 oder besser vergütet. Deshalb rät die Psychotherapeutenkammer Hessen: Kommunale Träger von Einrichtungen sollten das offene Gespräch mit Stellenbewerbern über deren Vergütungsvorstellungen und Wünsche hinsichtlich des Stellenumfangs suchen – ggf. ist über einzelfallbezogene Lösungen und außertarifliche Zulagen nachzudenken.

Zu fordern ist, dass sich das Land Hessen wieder an der Finanzierung von Beratungsstellen beteiligen muss. So könnten Qualitätsmaßstäbe hessenweit verankert werden und die Tätigkeit von Psychotherapeuten in Beratungsstellen sowohl konzeptionell begründet als auch finanziert werden.

Karl-Wilhelm Höffler
Mitglied des Vorstands

Öffentliche Bekanntmachung der Psychotherapeutenkammer Hessen

Änderung der Kostenordnung und Änderung der Schlichtungsordnung

Am 03. November 2018 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgende Änderung der Kostenordnung (zuletzt geändert am 02. November 2013) und der Schlichtungsordnung (zuletzt geändert am 06. Oktober 2012) beschlossen:

„Die Kostenordnung wird in Punkt 6.3 geändert und entsprechend der Synopse neu gefasst.

6.3. Für die Bearbeitung von Anträgen auf Akkreditierung werden die folgenden Gebührensätze erhoben:

a. Angebotsform 1.1. 5 EUR
je akkreditierter Fortbildungseinheit

b. Angebotsform 1.3. 5 EUR
je akkreditierter Fortbildungseinheit

c. Angebotsform 1.1
bis 8 curriculare Veranstaltungen im
Veranstaltungszeitraum max. 600 EUR

oder curriculare Veranstaltungen im
Veranstaltungszeitraum max. 1.000 EUR

oder curriculare Veranstaltung
pro Tag 40 EUR

oder
es bleibt bei der Angebotsform 1.1

d. Angebotsform 1.7. 5 EUR
je akkreditierter Fortbildungseinheit

e. Supervision oder Selbsterfahrung
jeweils 125 EUR
je Akkreditierungszeitraum

f. Verlängerung der Supervision oder
Selbsterfahrung 25 EUR
je Akkreditierungszeitraum

Maximale Gebühr für nicht-curriculare
Veranstaltung: 250 EUR“

§ 16 Nr. 3 der Schlichtungsordnung wird
wie folgt neu gefasst:

„3. die Beteiligten, soweit ihnen ein Akten-
einsichtsrecht zusteht, insbesondere so-
fern die Aufhebung des Schiedsspruchs
nach § 10 beabsichtigt ist.“

Wiesbaden, den 07. November 2018

gez. Dr. Heike Winter
Präsidentin

Gedenken

Wir gedenken unserer
verstorbenen Kollegen:

Horst Ditzenbach, Bensheim
Gerd Gröhl, Hofheim
Elisabeth Strott, Kalbach
Hanna Kjaer-Greger, Frankfurt
Ursula Monhaupt, Hanau

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

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



Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Niedrigschwelliges Beratungsangebot der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Menschen, die eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, erleben im Rahmen ihrer Therapie hin und wieder Situationen, die sie verletzen, sie vor den Kopf stoßen oder die sie nicht einordnen können. Dieses Spektrum reicht von subjektiv erlebten Kränkungen oder Konfrontationen bis hin zu Abstinenzverletzungen in verschiedener Form. Es besteht oft Unklarheit darüber, wie damit umgegangen werden soll – ist es etwas, dass der Patient mit seinem Psychotherapeuten nachträglich besprechen sollte, ist es sinnvoll, an die Schlichtungsstelle zu verweisen oder handelt es sich um berufsrechtliche Verstöße, die seitens der Kammer entsprechend geahndet werden müssen?

Inhalte des Beratungsangebotes

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen bietet seit dem 21. Januar

2019 aus diesem Grund ein telefonisches Beratungsangebot an, das auch anonym wahrgenommen werden kann. Ein Team aus drei erfahrenen Psychotherapeuten wurde darauf geschult, den Patienten mit Rat zur Seite zu stehen. Dazu flankierend wurden auch die Mitarbeiter der Geschäftsstelle instruiert, bei eingehenden Telefonaten zu erkennen, ob das niedrigschwellige Beratungsangebot für den Anrufer eine sinnvolle Option ist. Je nachdem, worin der Grund des Anrufes liegt, wird mit den Patienten besprochen, wie das Problem vielleicht in der Therapie angesprochen werden kann, oder ob nicht andere, möglicherweise auch (berufs-)rechtliche Schritte angebracht und sinnvoll sein könnten. Das Angebot richtet sich ausdrücklich nur an Patienten bzw. deren Angehörige, es wird weder psychotherapeutische Unterstützung noch die Vermittlung von Therapieplätzen angeboten.

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen möchte mit diesem Angebot einerseits Patienten Unterstützung geben, andererseits aber auch aus den geschilderten Erlebnissen lernen. Aus der systematischen Erfassung der behandelten Themen lassen sich möglicherweise Handlungsbedarfe im Rahmen der Berufsordnung oder hinsichtlich von Fortbildungsangeboten ableiten.

Erreichbarkeit

Das Beratungstelefon ist jeden Montag zwischen 18 und 19 Uhr aktiv und ist unter der Nummer 0511/ 850 304 555 zu erreichen.

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: dreitägiges Seminar der Evangelischen Akademie Loccum



Jörg Hermann

Vom 8. bis 10. Januar 2019 veranstaltete die Evangelische Akademie Loccum eine Tagung mit dem Titel „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen“. Die Veranstaltung war Teil einer Reihe von Tagungen, die die Umsetzung des 2016 verabschiedeten Landespsychiatrieplans zum Thema haben. In zwei Vorträgen wurde das Thema zunächst mit einer Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen eröffnet. Frau Prof. Dr. Luise Poustka, Ärztliche Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

der Universitätsmedizin Göttingen stellte die kinder- und jugendpsychiatrische Perspektive vor, während sich Jörg Hermann, Vizepräsident der PKN und Leiter einer Erziehungsberatungsstelle die niedersächsischen Versorgungssysteme im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie der Jugendhilfe erläuterte.

Erster Tag

In einem gemeinsamen Austausch im Plenum der ausgebuchten Veranstaltung wurden erste Diskussionspunkte vor allem im Bereich der Schnittstellen

der Versorgungssysteme ausgemacht. Diese wurden ergänzt durch eine sich anschließende persönliche Fallschilderung im Rahmen einer Lesung einer Angehörigen einer psychisch erkrankten jungen Frau.

Zweiter Tag

Der zweite Tag widmete sich der Zusammenarbeit der Hilfesysteme anhand von zwei Fallbeispielen, die unter Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen und Vertreter der beteiligten Hilfesysteme analysiert wurden und in vier Workshops. Für die PKN war außer Jörg Hermann auch Vorstandsmitglied Götz Schwöpe beteiligt, der die Perspektive der niedergelassenen KJP einbrachte. Im Anschluss an die Bearbeitung der Fallbeispiele referierte die niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Frau Dr. Carola Reimann unter der Überschrift „Wie kann das Niedersächsische Sozialministerium die Zusammenarbeit mit den Hilfesystemen gestalten?“. Zentrale Punkte ihres Vortrags waren die Forderung einer guten Sozialpolitik, z. B. mit Überlegungen zu einer Kindergrundsicherung, der Hinweis auf die Entwicklungsmöglichkeiten durch das neue Bundesteilhabegesetz und der Aufruf, gute Dialoge in den Regionen zu entwickeln sowie bei der Etablierung gemeindepsychiatrischer Zentren Kinder und Jugendliche explizit mitzudenken. Abschluss des zweiten Tages

bildeten dann parallele Workshops, in denen unter dem Motto „Dialog der Systeme“, in denen zu den Themen Systemsprenger, Transition (Übergang von jugend- zu erwachsenenpsychiatrischer Versorgung), seelische Probleme von Schülern und „Wer hilft wann? – Zuständigkeit von Berufsgruppen“ gearbeitet wurde.

Dritter Tag

Am letzten Tag brachte eine Tagungsanalyse mit anschließender Podiumsdiskussion, an der Jörg Hermann für die PKN erneut beteiligt war, eine bunte Mischung und Diskussion konkreter Anregungen. Zentral ging es darum, Übergänge zwischen den Systemen besser zu gestalten, u. a. dadurch, dass die Kenntnisse und damit Akzeptanz dem jeweils anderen Hilfesystem und seinen spezifischen Rahmenbedingungen gegenüber auszubauen sind. Deutlich wurden in der Diskussion auch die bestehenden deutlichen regionalen Unterschiede im Versorgungsangebot und in der jeweiligen „Zusammenbeitskultur“.

Begrenzungen der Bestrebungen nach reibungsloserer Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Versorgung mussten aber auch im Rahmen dieser Tagung konstatiert werden. Die bestehenden unterschiedlichen Zuständigkeiten (Bund, Land, Kommune) und damit einhergehende nicht koordinierte



Götz Schwöpe

gesetzliche Grundlagen wurden einmal mehr als veränderungsbedürftig ausgemacht. Interessante Ergänzungen in der Diskussion gab es immer wieder durch den Einbezug von Betroffenen und Angehörigen, die ihre individuellen Erfahrungen in den Diskurs einbrachten.

Geschäftsstelle

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/85030430
Fax: 0511/85030444
info@pknds.de
www.pknds.de

Bekanntmachung

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2019

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 03.11.2018 den Haushaltsplan für das Jahr 2019 in Höhe von 1,94 Millionen Euro genehmigt. Im Mai 2019 wird der Haushaltsplan auf der Homepage der PKN bekannt gemacht.

Hannover, den 13.02.2019
Roman Rudyk
Präsident

Kammerversammlung am 24. November 2018 in Dortmund

Im Fokus der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 24. November 2018 in Dortmund standen die Aktivitäten des Vorstandes der vergangenen Monate, aktuelle berufspolitische Entwicklungen sowie damit verbundene Aufgaben für die Kammer und den Berufsstand. Weitere Tagesordnungspunkte waren die Beschlussfassung zu einer neuen Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“, der Jahresabschluss 2017 und der Haushaltsplan 2019 sowie Neuwahlen für die Vertreterversammlung des Versorgungswerkes der PTK NRW (PTV) und den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT). Darüber hinaus verabschiedete die Kammerversammlung vier Resolutionen.

Systemische Therapie

Zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Nutzenbewertung der Systemischen Therapie vom 22. November 2018 hielt Kammerpräsident Gerd Höhner fest, dass damit die Tür zur sozialrechtlichen Anerkennung dieses Verfahrensbereiches geöffnet sei. „Mit der Anerkennung des Nutzens der Systemischen Therapie wurde die Voraussetzung für ihre sozialrechtliche Anerkennung geschaffen. Dieser nächste Schritt muss nun gegangen werden.“ Mit dem G-BA-Beschluss sei eine wichtige Weiche gestellt, um ein Verfahren in Anwendung zu bringen, das insbesondere in bislang wenig berücksichtigten Versorgungsbereichen wie der Jugendhilfe neue Arbeits- und Aufgabenfelder eröffne, die bisher hinten anstanden. „Grundsätzlich ist damit eine Erweiterung der wissenschaftlichen Grundlagen der Psychotherapie und ein Beitrag zur fachlichen Vielfalt ins System gekommen“, betonte Gerd Höhner. „Neben dem Engagement der Fachverbände haben wir uns hier mit unserer politischen Positionierung in den letzten



Gerd Höhner

Jahren durchgesetzt. Wir können stolz auf unsere Durchhaltefähigkeit sein und werden diesen Weg weitergehen.“

TSVG-Entwurf

Im Zusammenhang mit dem vom Bundeskabinett im September 2018 beschlossenen Entwurf des Bundesgesundheitsministers für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) berichtete der Kammerpräsident von einem Gespräch im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Die beteiligten Vorstandsmitglieder hätten bei dieser Gelegenheit eindringlich auf die Fehler im geplanten TSVG hingewiesen und angeregt, den Passus zu einer „gestuften und gesteuerten Versorgung“ zu streichen. Die Kammer plane hierzu weitere Aktivitäten und werde ihre Überlegungen zu dem Gesetzesentwurf erneut im Ministerium einbringen.

Reform der Psychotherapeuten- ausbildung

In der internen Kammerarbeit habe man sich unter anderem intensiv mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung und der Umsetzung der Weiterbildung auf Landesebene auseinandergesetzt, informierte Gerd Höhner. „Wir haben das Gespräch mit den Ausbildungsinstituten gesucht, die zu Weiterbildungsinstituten werden sollen, und sind in einen konstruktiven, zukunftsgerichteten Dialog eingetreten.“ Ein wichtiger Zwischenschritt sei die Erklärung des BMG, für die Finanzierung der Weiterbildung verantwortlich zu zeichnen, wenn die Landesheilberufsgesetze entsprechend geändert werden. „Damit ist das Ping-Pong-Spiel zwischen Bund und Ländern endlich vom Tisch.“

In der Aussprache bekräftigten Kammerversammlungsmitglieder, dass die Systemische Therapie nun noch in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden müsse und darauf hinzuwirken sei, dass sie auch als für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedeutsamer Anwendungsbereich anerkannt werde. Ebenso sei zu überlegen, wie die Systemische Therapie angemessen in der Ausbildung bzw. zukünftig der Weiterbildung berücksichtigt werden könne. Gerd Höhner kündigte an, dass der Kammervorstand weiterhin Gespräche und Wege suchen werde, wie sich die fachliche Vielfalt in der Versorgung und in der Aus- und Weiterbildung sicherstellen ließe.

Im Zusammenhang mit den politischen Aktivitäten des Vorstandes informierte Gerd Höhner auch über einen Termin von Vorstandsmitgliedern im nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium (MAGS) zu den Konsequenzen der geänderten Psychotherapie-Richtlinie,

über die Gespräche des Vorstandes mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Parteien sowie die Kontakte der Kammer zu versorgungsrelevanten Institutionen in NRW.

Jahresabschluss 2017

Andreas Pichler, Vizepräsident der PTK NRW, gab den Kammerversammlungsmitgliedern einen Überblick über den Haushalt der Kammer und den Jahresabschluss 2017. Die Rücklagenentwicklung läge oberhalb des in der Haushalts- und Kassenordnung vorgesehenen Solls. Somit könne den Rücklagen ein Überschuss zugeführt werden. Angesichts des Finanzbedarfs der Kammer in 2019 und in den Folgejahren wurden die Überschüsse in zweckgebundene Rücklagen überführt. Die Beitragshöhe für die Mitglieder könne gehalten werden. „Damit erreichen wir unser Ziel, diese Legislatur finanzpolitisch in geordneten Verhältnissen abzuschließen“, bilanzierte Andreas Pichler. Nach Empfehlung des Finanzausschusses nahm die Kammerversammlung den Jahresabschluss 2017 an und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2017.

Kammerhaushalt 2019

Für das Haushaltsjahr 2019 erläuterte der Vizepräsident die erwartbaren Ausgaben und verdeutlichte, dass aufgrund des voraussichtlichen Mitgliederzuwachses mit Mehreinnahmen aus Mitgliederbeiträgen zu rechnen sei. Allerdings stünden dem Mehrkosten, beispielsweise für Kammerversammlungen, gegenüber, da die Zahl der Delegierten steigen würde. „Mittelfristig wird angesichts wachsender Mitgliederzahlen, einer stärkeren Inanspruchnahme von Beratungsleistungen und der Ausweitung der Aufgaben auch der Stellenplan weiterentwickelt werden müssen, vor allem in den Bereichen Recht, EDV und Sachbearbeitung“, so Andreas Pichler. Ziel sei zudem, die Mitwirkung ehrenamtlich Tätiger in der Kammer zu stärken und ein vielfältiges Veranstaltungsprogramm vorzuhalten. Darüber hinaus beschloss die Kammerversammlung Änderungen der Ent-



Andreas Pichler

schädigungs- und Reisekostenordnung (siehe S. 90f. auf diesen Länderseiten). Abschließend folgte sie dem Votum des Finanzausschusses und nahm den Haushaltsplan 2019 an.

Resolutionen

Die Kammerversammlung der PTK NRW verabschiedete in ihrer Sitzung vier Resolutionen. Sie fordert darin, die besonderen Erfordernisse in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stärker in der Psychotherapie-Richtlinie zu berücksichtigen, spricht sich klar dafür aus, die im TSVG-Entwurf vorgesehene Regelung einer „gestuften und gesteuerten Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung“ ersatzlos zu streichen, verurteilt die Heraufsetzung der wöchentlichen Sprechstunden für Psychotherapeuten von 20 auf 25 Stunden und fordert den G-BA auf, die dringende Reform der Bedarfsplanung zeitnah umzusetzen. Die Resolutionen sind auf www.ptk-nrw.de unter „Aktuelles“ nachzulesen.

Wahlen für das Versorgungswerk und den DPT

Als neue Mitglieder in der Vertreterversammlung des Versorgungswerkes der PTK NRW wählte die Kammerversammlung

Julia Leithäuser (Kooperative Liste), Manush Bloutian (Kooperative Liste), Fricka Wankmüller (Bündnis KJP), Jürgen Kuhlmann (DGVT) und Andreas Wilser (Psychotherapeuten OWL). Als Ersatzmitglieder wurden Martin Zange (Kooperative Liste), Benedikta Enste (Bündnis KJP), Jürgen Rönz (DGVT), Michael Maas (PsychotherapeutInnen NRW) und Ingeborg Struck (Analytiker) gewählt. Neuer stellvertretender Delegierter für den DPT wurde Manfred Radau (Kooperative Liste).

Psychotherapie bei Diabetes

Für den Ausschuss Fort- und Weiterbildung berichtete die Ausschussvorsitzende Anni Michelmann über den Fachtag „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ der PTK NRW am 31. Oktober 2018 (Web-Bericht auf www.ptk-nrw.de unter „Aktuelles“). Alle Referenten hätten verdeutlicht, dass der Alltag mit der Stoffwechselerkrankung hohe psychische Anforderungen an die Betroffenen stelle und eine spezielle Psychotherapie bei Diabetes sinnvoll sei – als Reaktion auf den bestehenden Versorgungsbedarf ebenso wie für die Entwicklung neuer Berufsfelder für Psychotherapeuten. Die Referenten hätten ebenso deutlich gemacht, dass es zu wenige auf Diabetes spezialisierte Psychotherapeuten gäbe. Der Ausschuss schlage daher vor, ein Weiterbildungscurriculum „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ zu entwickeln, dessen theoretische Teile auch als zertifizierte Fortbildung absolviert werden können. Gerd Höhner bekräftigte, man müsse die bestehende Nachfrage befriedigen und gleichzeitig zukünftige Arbeitsfelder erschließen. Der Ausschuss möge daher für die nächste Kammerversammlung einen beschlussfähigen Entwurf zu einer Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ erarbeiten.

Die sich anschließende Beratung bewegte sich im Spannungsfeld von Einwänden wie „eine Weiterbildung wertet die Approbation ab“ oder „die Zahl möglicher Interessenten ist gering“ und Argumenten für eine Weiterbildung, da sie Spezialisierung ermögliche, ankündigungsfähig sei und aufgrund ihres



Kammerversammlung der PTK NRW

sozialrechtlichen Stellenwertes in den Stellenplänen Berücksichtigung finden könne. In der Beschlussfassung votierten die Kammerversammlungsglieder dafür, den Ausschuss Fort- und Weiterbildung mit dem Entwurf für eine curriculare Fortbildung „Psychotherapie bei Diabetes“ zu beauftragen, deren Inhalte im Rahmen einer gegebenenfalls später einzuführenden Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ anerkennungsfähig sind. Zur Kammerversammlung im Mai 2019 soll der Entwurf zur Beratung und Beschlussfassung vorliegen.

Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung

Über die Aktivitäten der Anfang 2018 einberufenen Kommission „Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung“ berichtete die Psychologische

Psychotherapeutin Prof. Dr. Adelheid Schulz. Schwerpunktmäßig habe man sich mit den nicht hinreichend geklärten Fragen zur Versorgung befasst, den Besonderheiten der Klientel sowie der Frage, ob Psychotherapeuten für die Arbeit mit Intelligenzgeminderten Menschen besondere Qualifikationen benötigen. Um Konzepte für eine bessere Versorgung zu erarbeiten, habe die Kommission zunächst zentrale Aufgaben definiert. So müsse geklärt werden, was in den Bereich der Pädagogik fiel und wo Psychotherapie angezeigt sei. Da sich viele Psychotherapeuten in der Behandlung Intelligenzgeminderter Menschen nicht sicher fühlten, müsse man über Fortbildung, Supervision und Coaching nachdenken. Zu überlegen sei auch, wie Psychotherapeuten, die entsprechende Angebote bereithalten, besser auffindbar würden oder ihrerseits Kontakte knüpfen könnten. Abschlie-

ßend kommentierte die Psychotherapeutin, dass der G-BA-Beschluss, die Psychotherapie-Richtlinie für die Arbeit mit Intelligenzgeminderten Menschen zu flexibilisieren, nach Auffassung der Kommission eine quantitative, jedoch weniger eine qualitative Veränderung mit sich bringe. Es sei ein Anfang gemacht, aber keine Klärung bestehender Fragen erfolgt.

Die Aussprache war geprägt von Anerkennung für die Arbeit der Kommission. Es bestünde ein klarer Versorgungsauftrag und die Profession müsse sich damit befassen, wie er jetzt und in Zukunft umgesetzt werden könne. „Wir erhalten mittlerweile viel Aufmerksamkeit für unsere Aktivitäten in diesem Bereich und es ist gut, dass Vorurteile gegenüber der Psychotherapie für diese Menschen in Bewegung kommen“, betonte Kammerpräsident Gerd Höhner abschließend.

Regionalversammlung am 5. Dezember 2018 in Düsseldorf

In der Reihe der Regionalversammlungen der PTK NRW trafen sich am 5. Dezember 2018 in Düsseldorf rund 90 Psychotherapeuten. Kammerpräsident Gerd Höhner erläuterte eingangs den

Sachstand bei der Entwicklung eines zukünftigen Studiums mit Approbationsabschluss und einer anschließenden Weiterbildungsphase zum Erwerb der Fachkunde. Das BMG habe mitt-

lerweile die grundsätzliche Erfordernis der Finanzierung der Weiterbildung anerkannt und rechtliche Rahmensetzungen angekündigt. Nun seien die Landeskammern gefordert, die Weiter-

bildungscurricula zu gestalten. Gemeinsam mit den anderen Landeskammern strebe der Vorstand dabei den Erhalt der Verfahrensvielfalt an.

Berufspolitische Kernthemen

Vorstandsmitglied Barbara Lubisch gab einen Überblick über in Beratung befindliche oder verabschiedete Gesetze mit direkter Auswirkung auf die alltägliche Arbeit von Psychotherapeuten. Hinsichtlich des TSVG-Entwurfes betonte sie, dass der Kammervorstand die ablehnende Haltung des Berufsstandes gegenüber der darin vorgesehenen „gestuften Steuerung“ psychotherapeutischer Behandlungen auf unterschiedlichen politischen Ebenen unmissverständlich vermittelt habe. Bernhard Moors aus dem Vorstand der PTK NRW benannte in seinen Ausführungen zur Digitalisierung in der Psychotherapie als aktuelle Arbeitsfelder den Umgang mit Videosprechstunden, den Informationsaustausch in sozialen Medien, webbasierte Selbsthilfeangebote, Krankenkassen-Apps, die Nachfrage von Patienten nach auf dem Smartphone verfügbaren Krankenakten sowie Fragen zu Rechten und Datenschutz. Der immer noch anzutreffenden Tendenz, den Berufsstand bei der Entwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) außen vor zu halten, müsse die Profession aktiv entgegen-



Barbara Lubisch

genwirken, betonte er. Generell sei zu klären, auf welche Gesundheitsdaten Psychotherapeuten in Zukunft zugreifen können.

Über die Zukunftsaufgaben der Kammer, die aktuelle Haushaltslage und die Perspektive informierte Vizepräsident Andreas Pichler. Der Kammerhaushalt sei stabil und in der nächsten Legislaturperiode anstehende Projekte seien somit realisierbar, so die Bilanz. Gerd Höhner beschrieb abschließend den kleinschrittigen und langwierigen Weg, Verbesserungen in der Bedarfs-



Bernhard Moors

planung zu erreichen. Auch angesichts aktueller Gutachten und Statistiken sei es den Entscheidungsträgern schwer begreiflich zu machen, dass aufgrund der gestiegenen Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen für eine angemessene Versorgung konsequenterweise die Anzahl der Psychotherapeuten steigen müsse. Dabei seien regionale Faktoren zu berücksichtigen. Darüber hinaus sei der weiterhin bestehende Bedarf nach psychotherapeutischer Behandlung im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V nicht von der Hand zu weisen.

Landesgesundheitskonferenz am 14. Dezember 2018 in Münster

Die 27. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (LGK) verabschiedete am 14. Dezember 2018 in Münster in ihrer Sitzung die Entschließung „Versorgung von älteren Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen“ als Leitfaden für die Versorgung betroffener Menschen in Nordrhein-Westfalen. Die Teilnehmer der LGK halten darin fest, dass durch den Abbau von materiellen, baulichen und sozialen Barrieren mehr soziale Teilhabe und Selbstständigkeit im Alter ermöglicht werden sollen.

Engagement der PTK NRW

Nicht zuletzt durch das Engagement des Vorstandes der PTK NRW berücksichtige die Entschließung auch das komplexe Thema der psychotherapeutischen Versorgung von älteren Menschen, begrüßt Kammerpräsident Gerd Höhner. Dargestellt werde beispielsweise, dass ältere psychisch belastete Menschen selbst bei ausgeprägten kognitiven Einbußen häufig von Psychotherapie profitieren können, wobei entsprechende Angebote von Menschen höheren Alters allerdings unterproportional in Anspruch genommen würden. Die Entschließung enthält unter anderem Vorschläge, wie hier wirkende „Hürden“

abgebaut werden könnten. Mit Blick auf die aktuelle Versorgungslage hält Gerd Höhner fest: „Grundsätzlich ist es eine wichtige Aufgabe, das Angebot an psychotherapeutischen Hilfen für Menschen mit demenziellen Einbußen und für ihre Angehörigen auszubauen und regelhafter anzubieten.“

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Neubekanntmachung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW

vom 24. November 2018

Nachstehend wird der Wortlaut der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW in der seit dem 1. Januar 2019 geltenden Fassung bekannt gemacht. Die Neubekanntmachung berücksichtigt:

1. die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW vom 14. September 2002,
2. die Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung durch Beschluss der Kammerversammlung vom 6. Dezember 2008,
3. die Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung durch Beschluss der Kammerversammlung vom 14. Dezember 2012,
4. die Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung durch Beschluss der Kammerversammlung vom 23. Mai 2014,
5. die Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung durch Beschluss der Kammerversammlung vom 24. November 2018.

Düsseldorf, den 24. November 2018
Der Präsident der
Psychotherapeutenkammer NRW
gez. Gerhard Höhner

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Diese Entschädigungs- und Reisekostenordnung gilt für die Mitglieder der Kammerversammlung, für die Vorstandsmitglieder der Psychotherapeutenkammer NRW sowie die sonstigen ehrenamtlich in der Psychotherapeutenkammer tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Sie gilt ferner für von der Kammerversammlung oder dem Vorstand beauftragte Mitglieder oder sonstige Personen,¹ die an Tagungen und Sitzungen teilnehmen.

2. Diese Entschädigungs- und Reisekostenordnung setzt eine Anreise vom Wohn- oder Dienst-/Praxisort voraus. Anreisen von anderen Orten (z. B. vom Urlaubsort) werden als Anreise vom Wohnort bewertet, es sei denn, der Vorstand der Psychotherapeutenkammer beschließt im Einzelfall auf Antrag die

Übernahme der Reisekosten von anderen Orten. Der Vorstand kann die Entscheidungsbefugnis auf die Präsidentin bzw. den Präsidenten übertragen.

3. Auslandsreisen bedürfen der Genehmigung des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer.
4. Nehmen Organmitglieder in Erfüllung ihres Amtes an Sitzungen/Besprechungen/Tagungen/Veranstaltungen, zu denen andere Organisationen einladen, teil, erfolgt die Abrechnung nach den Bestimmungen dieser Reisekostenordnung gegen Aufrechnung der Erstattungen der einladenden Organisationen.
5. Die Abrechnung muss spätestens 3 Monate nach dem entsprechenden Termin erfolgen.
6. Der Reisekostenabrechnung sind für die zu erstattenden Kosten die entsprechenden Originalbelege beizufügen. Soweit dies nicht möglich ist, ist die Notwendigkeit und die Höhe der entstandenen Kosten glaubhaft zu machen.
7. Alle Zahlungen erfolgen ausschließlich unbar und werden auf ein von der/dem Bezugsberechtigten zu benennendes Girokonto überwiesen. Die gesetzliche Umsatzsteuer wird zusätzlich vergütet, sofern eine solche abzuführen ist.

B. Reisekosten, Auslagenersatz und Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme

I. Reisekosten und Auslagenersatz

1. Bei mehrtägigen Reisen oder falls eine Übernachtung notwendig ist, wird Übernachtungsgeld in Höhe der nachgewiesenen tatsächlichen Übernachtungskosten gezahlt, maximal jedoch EUR 130,00 pro Nacht.

Übernachtungsgeld, das die Kosten des Frühstücks einschließt, sind bei Inlandsreisen um EUR 4,50 zu kürzen.

Das Übernachtungsgeld wird ohne Einzelnachweis mit einem Pauschalbetrag von EUR 20,00 je Übernachtung abgegolten.

2. Bei der Benutzung eines eigenen Kraftwagens wird für jeden gefahrenen Kilometer ein Pauschalbetrag von EUR 0,60 festgesetzt.

Außerdem werden für jede MitfahrerIn bzw. jeden Mitfahrer in dienstlicher Eigenschaft EUR 0,03 gezahlt.

Bei der Benutzung der Bundesbahn werden die Fahrtkosten I. Klasse einschließlich eventueller Benutzung eines Schlafwagens der I. Klasse, die Zuschläge sowie die nachgewiesenen bzw. glaubhaft gemachten Nebenkosten, z. B. Parkgebühren, Kosten für die Beförderung von Gepäck und für die Benutzung von Taxen, erstattet.

Bei Erstattung der Kosten durch Benutzung eines Schlafwagens entfällt die Zahlung des Übernachtungsgeldes, es sei denn, dass daneben eine Übernachtung nachgewiesen wird.

In begründeten Ausnahmefällen können Flugkosten (Economy-Class) nach vorheriger Genehmigung durch den Vorstand erstattet werden.

3. Auslagenersatz für die Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen
 - a) Mitglieder der Kammerversammlung und des Vorstandes, Ausschuss- und Kommissionsmitglieder und vom Vorstand beauftragte Mitglieder erhalten für die Teilnahme an der Kammerversammlung oder sonstigen Sitzungen auf Antrag einen Auslagenersatz für die tatsächlich entstandenen Kosten einer entgeltlichen Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder Angehörigen, die nach dem SGB XI anerkannt pflegebedürftig sind und jeweils zu ihrem Haushalt gehören. Es können insgesamt bis zu EUR 15,00 pro Stunde, höchstens jedoch EUR 180,00 pro Tag erstattet werden.

- b) Dem Antrag sind die Rechnung über die Betreuungsleistung (in Kopie) unter Angabe der tatsächlichen Sitzungszeit sowie der Dauer der Betreuung und die entsprechenden Nachweise (Geburtsurkunde, Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit) beizufügen.

II. Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme

Für die zeitliche Inanspruchnahme wird je Abwesenheitsstunde EUR 50,00 erstattet. Die Abrechnung erfolgt in vollen Stunden,

wobei je Kalendertag maximal zwölf Stunden entschädigt werden.

Die Entschädigung für eine volle Stunde erfolgt nur dann, wenn zumindest mehr als eine halbe Stunde erreicht ist.

Hinsichtlich der Ermittlung der zeitlichen Inanspruchnahme gilt A. 2. der Entschädigungs- und Reisekostenordnung entsprechend.

Sitzungen der Ausschüsse und Kommissionen der Psychotherapeutenkammer NRW können auch als Telefonkonferenz durchgeführt werden, wenn sie zuvor über die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW angemeldet worden sind. Für die zeitliche Inanspruchnahme an diesen Telefonkonferenzen beträgt die Erstattung EUR 50,00 je Stunde der Teilnahme an der Telefonkonferenz, wobei B. II. Satz 2 und 3 der Entschädigungs- und Reisekostenordnung anzuwenden sind.

C. Aufwandsentschädigung

1. Die Mitglieder des Vorstandes erhalten statt Entschädigungen nach Abschnitt

B. II. eine pauschale monatliche Aufwandsentschädigung für ihre Vorstandstätigkeit.

Darüber hinaus erhalten sie Reisekosten nach Abschnitt B. I.

Die Teilnahme von Vorstandsmitgliedern am Länderrat, am DPT sowie an den Arbeitsgruppen des Länderrates wird nach den Abschnitten B. I. und B. II. erstattet.

2. Die monatlichen Aufwandsentschädigungen betragen für

- die Präsidentin/den Präsidenten EUR 6.300,00
- die Vizepräsidentin/den Vizepräsidenten EUR 3.675,00
- die Beisitzerin/den Beisitzer EUR 2.100,00.

3. Bürokostenpauschale

Alle Vorstandsmitglieder erhalten eine Bürokostenpauschale in Höhe von monatlich EUR 150,00. Damit sind pauschal alle Kosten abgedeckt, die in Ausübung der Vorstandstätigkeit für Büromaterialien

und für das Vorhalten der erforderlichen Kommunikationsinfrastruktur anfallen (z.B. Kosten für Telefon und Internet, Druckerkosten, sonstige Büromaterialien u.Ä.).

4. Die Vorstandsmitglieder erhalten auf Antrag 50 % der Kosten einer BahnCard 50 für die 1. Klasse ersetzt.

5. Bei Beendigung ihrer Vorstandstätigkeit erhalten die Vorstandsmitglieder so viele Monate lang, wie ihre/seine Amtszeit Jahre gedauert hat eine monatliche Pauschale von 50 % der zuletzt gezahlten monatlichen Aufwandsentschädigung. Auf Antrag kann der Zeitraum für die Übergangszahlung verkürzt und der %-Satz entsprechend erhöht werden. Diese Regelungen gelten entsprechend, wenn die Vorstandstätigkeit auf Grund von Erwerbsunfähigkeit oder durch Tod endet.

¹ Die Entschädigung der Reisekosten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle bleibt einer gesonderten späteren Regelung vorbehalten.

4. OPT im März 2020 in Leipzig: Setzen Sie Ihre eigenen Themen und schreiben Sie uns!

„Psychotherapie: Wir müssen reden!“, unter diesem Titel lädt Sie die OPK im kommenden Jahr, am 20. und 21. März, zum 4. Ostdeutschen Psychotherapeutentag (OPT) nach Leipzig ein. Es wird bewusst eine Nabelschau auf den eigenen Beruf, auf Stärken und Herausforderungen der künftigen Jahre sein.

Und geredet wird auf allen Ebenen: generationen- und erfahrungsübergreifend: ältere mit jüngeren Kollegen. Wir

möchten Sie ins Gespräch mit Kollegen aus anderen Arbeitsbereichen und -feldern bringen und den Perspektivwechsel wagen. Wie sieht unser Selbstverständnis als Psychotherapeuten aus? Wer und was sind wir im deutschen Gesundheitssystem? Was wollen wir für eine Rolle darin spielen und wie sieht das Berufsbild der Zukunft aus?

Es geht um Austausch, um Ihre Themen, die Sie auf Ihrem 4. Ostdeutschen

Psychotherapeutentag selbst setzen können. Dazu schreiben Sie uns bitte eine Mail unter OPT@opk-info.de oder benutzen Sie auf der OPK-Homepage das Fenster „Ihre Themenvorschläge zum 4.OPT 2020“. Wen möchten Sie auf dem 4. OPT kennenlernen, mit wem ins Gespräch kommen? Lassen Sie es uns wissen! Wir werden versuchen, so viele Ihrer Vorschläge wie möglich im Programm des OPTs umzusetzen.

Sachsen will Versorgung von Kindern stärken – Die SPD-Abgeordnete Simone Lang im Kurzinterview

Die beiden sächsischen Regierungsparteien CDU und SPD dringen auf eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Psychiater und Psychotherapeuten im Freistaat. Sie wollen die langen Wartezeiten verringern. Dazu haben sie im Landtag einen Antrag beschlossen, demzufolge Sozialministerin Barbara Klepsch (CDU) Ende Februar dieses Jahres dem Landtag berichten soll, wie die Realität sowie die Weiterentwicklung in der Versorgung aussehen.

Die SPD-Abgeordnete Simone Lang prangert gezielt die Wartezeit von mehreren Monaten an, ehe eine Therapie beginnen könne. Außerdem gebe es in manchen Regionen Sachsens Schwierigkeiten mit der Ärzteversorgung.

Der beschlossene Antrag zielt darauf ab, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor allem durch eine engere Zusammenarbeit von Unikliniken, Fachkrankenhäusern, den Kommunen sowie



Simone Lang, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Sächsischen Landtag (Foto: SPD-Fraktion)

der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten zu verbessern.

Die OPK war dazu im Vorfeld mittels Hintergrundinformationen involviert und

wirkte bei der Anfrage mit Daten, Fakten und Grafiken zur psychotherapeutischen Versorgungslage unterstützend. Die Abgeordneten erhielten einen Überblick zur psychiatrischen Klinik- und Ta-

gesklisituation für Kinder und Jugendlichen in Sachsen sowie die BPTK-Wartezeitenstudie 2018.

Mit dem Antrag wollen die Fraktionen aus SPD und CDU die Datenbasis verbessern und dazu beitragen, dass sich alle Akteure in Sachsen künftig schneller und besser vernetzen können. Für das PTJ kam Simone Lang über die Hintergründe des Antrags sowie erste politische Ansätze ins Gespräch.

Warum machen Sie dieses Thema gerade jetzt auf und bitten die Landesregierung um Berichterstattung zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen?

Simone Lang: Dieses Thema ist schon lange und immer wieder aktuell in der SPD-Fraktion. In den Arbeitsgruppen wird diese Problematik oft besprochen. In Sachsen haben wir die Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger im Zweiten Landespsychiatrieplan mit Zielen untersetzt. Jetzt fordern wir mit diesem Antrag eine Berichterstattung der Staatsregierung zur Ist-Situation zu

den Zugängen von Kindern und Jugendlichen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Freistaat. Mehrere Monate Wartezeit auf einen Therapieplatz sind nicht akzeptabel. Wir sehen die Notwendigkeit, für Eltern einen Leitfaden zu entwickeln, der klar aufzeigt, welches die ersten Adressen und die Behandler sind, an die sich die Eltern wenden können, um mit ihren Kindern gut in das Versorgungssystem zu kommen.

Welchen Bezug haben Sie zu diesem Thema?

Ich habe einen sehr persönlichen Bezug, weil mein Sohn selbst Autist ist. Ich weiß deshalb aus eigener Erfahrung, wie schwierig es ist, Hilfe zu bekommen. Um zum Beispiel Frühförderung für Kinder zu erhalten, bedarf es einer Diagnose. Diese erhält man aber nicht unbedingt bei einem Arzt- und Therapeutenbesuch, sondern muss sich mehrfach mit den Kindern vorstellen. In ländlichen Regionen heißt das aber Strecken zurückzulegen. Ich lebe in Breitenbrunn im Erzgebirge. Die Stadt-Land-Unterschiede, gerade bei Kinder- und Jugendlichenpsychiatern

sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sind erheblich. Zudem haben wir den Eindruck, dass heute immer mehr Kinder und Jugendliche die Diagnosen „ADHS“ oder „sozial-emotionale Störungen erhalten“.

Ich selbst bin ausgebildete Krankenschwester und Trauertherapeutin. Berufliche Erfahrungen sammelte ich im Sächsischen Krankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie Bad Reiboldsgrün und im Universitätsklinikum Regensburg.

Wie kann die OPK Sie in Ihrem Vorhaben unterstützen?

Wir brauchen Ihre Sicht des Problems. Wo läuft die Versorgung gut und warum? Wo sehen Sie Bedarf, die Behandlung zu verbessern? Was braucht eine psychotherapeutische Praxis, um gut zu funktionieren? Wo muss es mehr Vernetzung zu Kliniken, Tageskliniken und ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten geben? Wie kann man diese schnell auf die Füße stellen? Es geht erstmal nicht um die ganz großen Fragen, die ganz viel Geld kosten, sondern um eine Bestandsaufnahme mit realistischem Entwicklungspotential.

Leseprojekt „Papas Seele hat Schnupfen“ bietet Hilfestellung für Kinder psychisch kranker Eltern: OPK seit einem Jahr damit unterwegs

Seit einem Jahr tourt die OPK gemeinsam mit der Buchautorin Claudia Gliemann durch Ostdeutschlands Grundschulen. Im Gepäck haben wir das Leseprojekt „Papas Seele hat Schnupfen“, zu dem das gleichnamige Buch, eine Musik-CD sowie Unterrichtsmaterialien gehören. Das Thema psychischer Gesundheit, aber auch psychischer Krankheiten in der Familie, wird Kindern der 3. bis 6. Klasse kindgerecht erklärt. Kinder aus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil leiden sehr unter dem Gefühl, dass sie und ihre Familie anders sind. Oft sogar glauben diese Kinder, dass sie Schuld an dem Zustand der Eltern haben oder wollen ihre Eltern nicht belasten und versuchen, allein mit ihren Sorgen zurechtzukommen. Auf der Lesereise wollen wir den Kindern vermit-



Buchautorin Claudia Gliemann bei einer Lesung in einer Hallenser Grundschule.

teln, dass schwierige Situationen zu jedem Leben gehören, und dass man achtsam mit sich selbst und der Seele sein sollte. Und wie das geht. Es geht ebenso um Mut, das Schweigen und die Scham zu überwinden, und um Hilfe zu bitten.

Das Projekt startet mit einem Elternabend in den Schulen, zu dem das Buch und die Thematik vorgestellt werden. Begleitet wird der Abend durch die OPK sowie einen in der Region tätigen Psychologischen Psychotherapeuten. Zumeist entwickeln sich bereits beim Elternabend angeregte und intensive Diskussionen über Erfahrungen von Eltern und Kindern mit psychischen Erkrankungen in der Familie. Auch darüber, wie schwer es Erwachsenen oft fällt, Kindern zu erklären, dass die Herausforderungen des Alltags ihre Spuren ins Familienleben legen und hier Konflikte produzieren. Vereinzelt wird auch die Frage aufgeworfen, ob ein solches Thema überhaupt zu einem Präventionsprogramm für Kinder taugt. Gerade betroffene Eltern vertreten oft die Meinung, dass das Thema zu schwer und



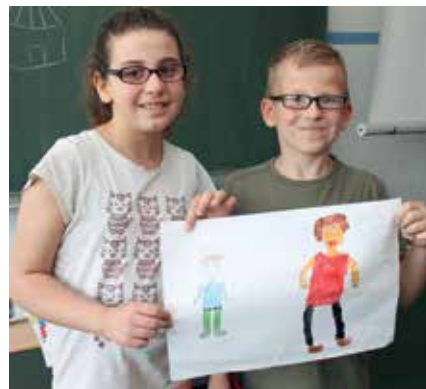
Mit Fingerfarben gehen die Kinder beherzt ans Werk.

verfrüht für Kinder der 3. oder 4. Klasse sei. Den Eltern werden die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgestellt, es gibt Informationsmaterial, Adressen von Hilfsangeboten sowie Psychotherapeuten in der jeweiligen Region.

Während der Lesung von Claudia Gliemann in den Klassen ist es oft so still, dass man eine Stecknadel fallen hören würde. Auf die Frage der Autorin, wer sich in dem Buch wiederfindet, melden sich fast immer mehrere Kinder. In der Nachbesprechung des Buches gleich im Anschluss zur Lesung erzählen die Kinder, dass die Geschichte der Heldin

schön und traurig zu gleich ist. Es werden Fragen der Schüler besprochen, bevor sie selbst erzählen können, wie es ihnen geht und ob sie etwas belastet. Außerdem erhalten sie eine Übersicht über Hilfsangebote für Kinder, darunter auch die Nummer gegen Kummer.

Das gesamte Schulprojekt begleitet eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die dann auch sofort zur Stelle ist, wenn es Kindern danach augenscheinlich schlecht geht. Eine Maßnahme ist es an diesem Punkt, den Kindern die Möglichkeit zum Rückzug aus der



Oftmals malen sie ihre eigene Familie. (Fotos: A. Orgass)

Klasse und ihnen Zeit zum Erzählen zu geben. Gemeinsam wird überlegt, wie Hilfe für die Kinder in ihrer speziellen Situation aussehen könnte, um Kontaktdaten für die Eltern mitzugeben.

Finanziert und gefördert werden die Lesungen von der AOK in Zusammenarbeit mit der Betroffenenvertretung



Nach der Buchbesprechung malen die Kinder ihre Ideen zur Geschichte.

Deutsche Depressionsliga. Das Leseprojekt läuft noch bis 2020. Für die OPK läuft die Organisation zur Einladung der Buchautorin Claudia Gliemann an die Schulen über Antje Orgass unter: Antje.Orgass@opk-info.de.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

pünktlich zum neuen Jahr hat uns der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Psychotherapeutenausbildungsgesetz (PsychThGAusbRefG) erreicht. Die LPK RLP wurde vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz um eine Stellungnahme dazu gebeten, die vom Vorstand unter Einbeziehung des Aus- und Weiterbildungsausschusses erstellt wurde.

Wir begrüßen den Referentenentwurf ausdrücklich. Viele von unserer Vertreterversammlung schon lange geforderte Veränderungen finden sich im Entwurf wieder: Geplant ist ein Studium (in Teilen von einer Approbationsordnung inhaltlich vorgegeben) mit Masterabschluss und anschließender kompetenzbasierter Staatsprüfung. Mit Bestehen wird man dann „Psychotherapeut/in“ und kann in die Weiterbildungsphase in Anstellung eintreten mit den Gebieten „Psychotherapie für Erwachsene“ oder „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ mit jeweils mindestens einer Verfahrensvertiefung. Sehr positiv sehen wir, dass Psychotherapeuten in Prävention und Rehabilitation mitwirken, ebenso an der Erhaltung bzw. Wiedererlangung auch der physischen Gesundheit. Das freut uns Rheinland-Pfälzer ganz besonders, weil wir schon lange die Mitbehandlung von Schmerz- und Diabetespatienten in unserer Weiterbildungsordnung verankert haben. Auch die Erweiterung der Befugnisse zur Verordnung von psychiatrischer Krankenpflege und von Ergotherapie begrüßen wir sehr. Mit großer Erleichterung haben wir zur Kenntnis genommen, dass die heutigen Ausbildungsstätten Bestandsschutz bekommen und in Weiterbildungsinstitute überführt werden können. Diese positiven Punkte überwiegen bei Weitem die kritischen Punkte wie die vorgeschlagene, unklare Legaldefinition. Das größte Problem allerdings ist, dass die Finanzierung der Weiterbildung wie bisher nur über



Der Vorstand der LPK RLP v. l. n. r.: Ulrich Bestle, Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur und Peter Andreas Staub

die Therapieeinnahmen geregelt werden soll. Wie Theorie, Supervision und Selbsterfahrung finanziert werden soll, bleibt ungeklärt und es ist zu befürchten, dass dies wieder auf dem Rücken der Psychotherapeuten in Weiterbildung ausgetragen werden wird wie heute bei den PiA. Hier muss nachgebessert werden – das zumindest ist die klare Meinung des Vorstands Ihrer Kammer. Wir werden Sie auf dem Laufenden halten.

Es grüßt Sie herzlich

Andrea Benecke
Vizepräsidentin der LPK RLP

Aktuelle Gesundheitspolitik der LPK RLP: Kritik an TSVG

Die LPK RLP beteiligt sich engagiert an der Kritik des vom BMG geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und trägt dazu bei, dass das Thema verstärkt in den Medien, der Öffentlichkeit und der Politik diskutiert wird. Die Kritik zielt vor allem auf den § 92 Abs. 6a des Gesetzesentwurfs, in dem die „gestufte und gesteuerte Versorgung“ für psychotherapeutische Behandlungen gefordert wird und für dessen ersatzlose Streichung wir uns einsetzen. Zu diesem Zweck haben wir

politische Entscheidungsträger angeschrieben und sie darüber informiert, warum dieser Passus nicht tragbar ist und weshalb mit deutlichen Verschlechterungen für die Patienten zu rechnen wäre. Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler hat sich im Gesundheitsausschuss des Bundesrates gegen die „gestufte und gesteuerte Versorgung“ ausgesprochen und der Bundesrat hat die geplante Neuregelung schließlich abgelehnt. Diese Entwicklungen ha-

ben wir durch ausführliche Berichterstattung und Presseschau auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de, auf unserer Facebook-Seite und bei Twitter begleitet. Zudem nutzen wir die Möglichkeit, unser Anliegen per Twitter direkt an die politischen Entscheidungsträger zu adressieren.

Nicht zuletzt stand die LPK RLP der Presse für Informationen zur Verfügung: So hat Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP, der Allgemeinen Zeitung

ein Interview zum Thema „psychotherapeutische Versorgung und TSVG“ ge-

geben. Das Interview, das am 22. Dezember 2018 erschienen ist, finden Sie

auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de unter Aktuelles/Presseartikel.

Spannender Austausch am 4. Tag der Angestellten



Rund 40 interessierte Zuhörer kamen.

Zum vierten Mal lud die LPK RLP am 9. November 2018 ihre angestellten Mitglieder zum „Tag der Angestellten“ ein, der unter der Überschrift „Jugend. Alter. Migration. Treatment as usual?“ stattfand. Die rund 40 Teilnehmer wurden von LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke begrüßt. In Ihrer Ansprache gab sie einen Überblick über relevante Themen für angestellte Psychotherapeuten, die momentan auf Landes- und

Bundesebene in der politischen Diskussion stehen. Anschließend stellten Andreas Gilcher und Michael Ruch, Beide Mitglieder im LPK-Ausschuss „Belange der Angestellten“, die Aktivitäten des Ausschusses vor. Dieser hat es sich zur Aufgabe gemacht, die angestellten PP und KJP zu stärken und zu vernetzen.

Im Hauptvortrag widmete sich Prof. Dr. Susanne Knappe von der Technischen Universität Dresden psychischen Erkrankungen im Verlauf der Lebensspanne. Gestützt auf umfangreiche Analysen konnte sie zeigen, dass zwei Drittel aller psychischen Erkrankungen im Kindes- oder Jugendalter beginnen und Hilfe häufig erst im Erwachsenenalter nach Auftreten von Komorbiditäten in Anspruch genommen wird. Dieses Wissen solle genutzt werden, um frühzeitig Hilfe anzubieten und so Folgeerkrankungen, Chronifizierung und somit

auch höhere Behandlungskosten zu verhindern. Prävention und Aufklärung über psychische Erkrankungen und Hilfsangebote, etwa in Schulen, seien daher von großer Bedeutung.

Nach der Mittagspause fanden parallel drei Workshops statt, die das System der „Frühen Hilfen“, „Psychotherapie mit migrierten und geflüchteten Menschen“ und die „Therapie mit Älteren“ thematisierten.

Im abschließenden Plenum wurden die Erkenntnisse aus den einzelnen Workshops für alle Teilnehmer der Veranstaltung zusammengefasst. Insgesamt empfanden sowohl die Referenten als auch die übrigen Teilnehmer den Tag der Angestellten als sehr gelungen und bereichernd und lobten die Möglichkeit des Austauschs und der Vernetzung.

Konzept für Integration von Psychotherapeuten in den Katastrophenschutz vorgestellt

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz arbeitet weiter an der Integration der Psychotherapeuten in die Strukturen der Notfallversorgung. In diesem Rahmen war der LPK-Vorstandsbeauftragte für Notfallpsychotherapie, Matthias Heidt (Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut), als Referent an der Landesfeuerwehr- und Katastrophenschutzschule zu Gast.

Anlass war die Dienstbesprechung der Kreis- und Stadtfeuerwehrenspektoren des Landes Rheinland-Pfalz. Der Vortrag hatte das Ziel, das von der Kammer erarbeitete Konzept zur Integration der Psychotherapeuten in den Katastrophenschutz vorzustellen. Bei der Veranstaltung war auch der Staatssekretär im Ministerium des Inneren, Randolph Stich, anwesend.



(Foto: franz12/shutterstock)

In Rheinland-Pfalz ist der Katastrophenschutz über die Kreise und Städte organisiert. Die Feuerwehrenspektoren haben eine leitende Verantwortung in den Katastrophenschutzstäben. Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) wird hierüber im Katastrophenfall organisiert. Im Rahmen dieser Versorgung können Psychotherapeuten fachliche und praktische Unterstützung leisten. Das von Herrn Heidt vorgestellte Konzept macht

deutlich, wie die Mitwirkung der Psychotherapeuten im Schadensfall umgesetzt werden kann. Zur Einladung kam es, weil bereits im Innenministerium gegenüber den Referatsleitern im Januar 2018 und gegenüber den Landesvertretern der Psychosozialen Notfallversorgung im Juni 2018 das Konzept vorgestellt worden war. Das erarbeitete Papier wurde mit großer Zustimmung aufgenommen und von Seiten des Innenministeriums die Zusage gegeben, für die Psychotherapeuten und deren Integration Schulungen an der Landesfeuerwehr- und Katastrophenschutzschule anzubieten. Über den Vortrag wurde nun auch den unteren Ebenen des Katastrophenschutzes die Möglichkeit vorgestellt, wie Psychotherapeuten mit ihrer Expertise betroffenen Menschen im Katastrophenfall eine hilfreiche Unterstützung leisten können.

Gemeinsames Engagement für psychisch kranke, arbeitslose Menschen vereinbart

Zwei Vertreterinnen der Bundesagentur für Arbeit (Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland) waren am 10. Januar 2019 in der Geschäftsstelle der LPK RLP zu Gast: Bereichsleiterin Tanja Reiter und Beraterin Ulrike Müller trafen sich mit LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke und Vorstandsmitglied Ulrich Bestle, um gemeinsam zu überlegen, welche Unterstützung psychisch kran-

ke, arbeitslose Menschen brauchen, um wieder einer Arbeit nachgehen zu können. Bei dem konstruktiven Gespräch wurde eine zukünftige Zusammenarbeit beschlossen.

V. l. n. r.: Ulrich Bestle, Dr. Andrea Benecke, Ulrike Müller und Tanja Reiter



LPK RLP zu Gast bei der IKK Südwest

Am 30. Januar 2019 waren LPK-Präsidentin Sabine Maur und LPK-Geschäftsführerin Petra Regelin zu Gast bei der IKK Südwest. Sie führten ein sehr konstruktives Gespräch mit dem Geschäftsführer der IKK Südwest, Dr. Lutz Hager, und Markus Lelle, Abteilungsleiter Verträge und Versorgung. Die IKK Südwest und die LPK möchten sich gemeinsam für eine gute Qualität



V. l. n. r.: Markus Lelle, Dr. Lutz Hager, Sabine Maur und Petra Regelin

in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz einsetzen, sowohl in der analogen als auch in der digitalen Versorgung. Thematisiert wurden in diesem Zusammenhang unter anderem die Möglichkeit der Videosprechstunde und Trainings für Eltern von Kindern mit Verhaltensschwierigkeiten.

Neue LPK-RLP-Broschüre zum Download: „A–Z zur Praxisgründung“



Das Cover der neuen LPK-Broschüre „A–Z zur Praxisgründung“ (Foto: iStock.com/Leadinglights)

Mit dieser Broschüre möchte die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz allen Mitgliedern, die eine eigene Praxis gründen, hilfreiche Informationen mit auf den Weg geben. Sie liefert Ihnen wertvolle Tipps von A wie „Anmietung von Praxisräumen“ oder „Arztregistereintrag“ bis Z wie „Zulassung“. Die Broschüre enthält außerdem Hinweise auf nützliche Internetseiten und Checklisten für Anzeige- und Meldepflichten sowie den Datenschutz, die Sie auf den letzten Seiten finden.

Die LPK-Broschüre „A–Z zur Praxisgründung“ kann auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de unter Info-Portal/ Publikationen der LPK RLP und BPTk heruntergeladen werden.

Ein Berufsleben im Dienst der Psychotherapeutenschaft: Dieter Best zum 70. Geburtstag



Dieter Best

Dieter Best, Gründungsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, ehemaliger Vizepräsident der Kammer und Mitglied der Vertreterversammlung, feierte am 20. Januar seinen 70. Geburtstag. Seinem langjährigen berufspolitischen Engagement, besonders seinem Einsatz für das Psychotherapeutengesetz, haben die Kammer und die Psychotherapeutenschaft viel zu verdanken.

Seit 1983 ist der Psychologische Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit eigener Praxis in Ludwigshafen niedergelassen. 1995 bis 2005 war er stellvertretender Bundesvorsitzender und Bundesgeschäftsführer in der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten: Er engagierte sich sehr für die Verabschiedung und die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes, das 1999 in Kraft trat. Es schuf die Rechtsgrundlage für die Ausübung von Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die mit dem Gesetz ins KV-System integriert wurden. Das Gesetz regelte das Erstzugangsrecht der Patienten zum Psychotherapeuten ihrer Wahl und verbesserte die psychotherapeutische Versorgung entscheidend. Nach Gründung der DPtV im Jahr 2006 bekleidete Dieter Best zunächst das Amt des stellvertretenden Bundesvorsitzenden, ehe er der DPtV schließlich als Bundesvorsitzender vorstand. Zudem engagierte er sich in der Selbstverwaltung der Kammern: Er wirkte im Gründungsausschuss der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-

Pfalz mit und wurde im Jahr 2001 in die Vertreterversammlung der neu gegründeten LPK RLP gewählt, der er bis heute angehört. In den Jahren 2002 bis 2007 hatte er das Amt des Vizepräsidenten der LPK inne, zudem ist er seit 2007 Gebührenordnungsbeauftragter des Vorstands.

Auch an der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wirkte Dieter Best mit, war von 2003 bis 2016 Mitglied der Delegiertenversammlung der BPtK und Gebührenbeauftragter des BPtK-Vorstandes.

Die Landespsychotherapeutenkammer gratuliert Dieter Best ganz herzlich zum 70. Geburtstag und freut sich mit dem Jubilar! Die Kammer möchte die Gelegenheit nutzen, sich für sein außergewöhnliches berufspolitisches Engagement im Dienste der Psychotherapeutenschaft und der Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen zu bedanken. Wir wünschen weiterhin alles Gute!

Auf Einladung der Kammern: Jahresempfang der Wirtschaft 2019

Zum 20. Mal fand am 9. Januar 2019 der Jahresempfang der Wirtschaft statt, zu dem alljährlich die Landespsychotherapeutenkammer und 14 weitere rheinland-pfälzische Kammern einladen. Die Veranstaltung dient dem Dialog von Kammern, Politik und Wirtschaft.

Ehrgast war dieses Jahr Olaf Scholz, Bundesminister der Finanzen und Vizekanzler, der vor rund 2000 Besuchern sprach. Auch der gesamte Vorstand sowie die Geschäftsführung der LPK RLP waren auf dem Jahresempfang



LPK-Präsidentin Sabine Maur (rechts), LPK-Geschäftsführerin Petra Regelin (links) mit Ministerpräsidentin Malu Dreyer

vertreten und nutzen die Gelegenheit zum Austausch mit Vertretern anderer Heilberufekammern, der Politik und den Krankenkassen.

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Netzwerkveranstaltung zu „Frühen Hilfen“



Die Zuhörerschaft lauscht gebannt den Ausführungen bei der Netzwerkveranstaltung zu „Frühen Hilfen“ (Fotos: S. Werner)

Einleitung

Am Mittwoch, den 7. November 2018, fand von 18:00 bis 20:15 Uhr in der Geschäftsstelle eine Netzwerkveranstaltung der PKS statt.

Auf Einladung und Initiative von Susanne Münnich-Hessel (Vorstand und Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ der PKS) referierte Frau Martina Engel-Otto. Frau Münnich-Hessel begrüßte die zahlreichen Teilnehmer im Auftrag des Vorstandes der PKS. Dr. Frank W.

Paulus stellte die Referentin vor und moderierte den Vortrag und die Diskussion an diesem Abend.

Frau Engel-Otto arbeitet im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und ist seit elf Jahren zuständig und verantwortlich für die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen, dabei besonders für die Bereiche Netzwerkkoordination, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung und Kooperation mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen.

Die Vortragende hat 22 Jahre als freiberufliche Hebamme gearbeitet. 2013 hat sie ein Studium der Soziologie in Strasbourg mit dem Schwerpunkt „Soziale Intervention“ abgeschlossen.

In einem ausgesprochen fachkundigen und engagierten Vortrag stellte Frau Engel-Otto die Struktur, den Auftrag und die Möglichkeiten der Frühen Hilfen im Saarland dar, zeigte das entsprechende saarländische Netzwerk auf und ging auf Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen und angestellten Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein.

Im Anschluss an den Vortrag und eine kleine Pause zum persönlichen Austausch und Vernetzen gab es eine interessierte Diskussion zu dem Thema und den Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Frühen Hilfen und den niedergelassenen und angestellten Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Es war eine rundum gelungene Netzwerkveranstaltung und wir waren sehr froh, dass Frau Engel-Otto sich bereit erklärte, die Frühen Hilfen in einem Beitrag für alle Mitglieder der PKS vorzustellen, die an dem Abend nicht teilnehmen konnten. Der entsprechende Beitrag von Frau Engel-Otto sei Ihnen wärmstens empfohlen.

Dr. Frank W. Paulus

Die Kooperation psychotherapeutischer Angebote im Netzwerk des Landesprogramms „Frühe Hilfen im Saarland“

Die frühzeitige diagnostische Abklärung einer möglichen psychischen Erkrankung und die gegebenenfalls notwendige Weitervermittlung in weitere Unterstützungs- und Beratungsangebote ist eine zentrale Aufgabe der Psychotherapie. Kinder psychisch kranker Eltern sind besonderen Belastungen ausgesetzt, dabei ist die Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen besonders vulnerabel.

Seit 2008 werden im Saarland durch das Land und die Landkreise bzw. den Regionalverband Saarbrücken Frühe Hilfen angeboten. Verantwortlich für die Gesamtkonzeption, Koordinierung und Qualitätssicherung der Maßnahmen ist die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Ziel der Frühen Hilfen ist, so früh wie möglich Familien zu beraten und bedarfsgerecht zu unterstützen, um das gesunde Aufwachsen eines Kindes zu sichern. Dabei kommt den Gesundheitsprofessionen in der Betreuung der Schwangerschaft, der Geburt und frühen Kindheit eine entscheidende Rolle zu, mögliche Belastungsfaktoren im familiären Umfeld zu erkennen und Hilfen aufzuzeigen. Erfahrungsgemäß sind Familien in den Zeitphasen Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre, vor allem beim ersten Kind, besonders aufgeschlossen für Unterstützungsangebote und empfinden diese im medizinischen Kontext auch nicht als stigmatisierend.

Aktuell berichten die aufsuchenden Fachkräfte der Frühen Hilfen – Familienhebammen (FH) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP) – über einen Anstieg an Betreuungsfällen, in denen Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils besonderen Belastungen ausgesetzt sind.

Auch auf Bundesebene, im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, wird dem Thema eine besonders hohe Bedeutung ein-

geräumt, wie die Handreichung „Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen“ (Prof. Dr. Albert Lenz, Katholische Hochschule NRW) eindringlich belegt.

Am 7. November 2018 wurde in der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes eine Netzwerkveranstaltung mit der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie durchgeführt. Dabei wurde das Landesprogramm „Frühe Hilfen im Saarland“ als Maßnahme des präventiven Kinderschutzes mit seinen Bausteinen vorgestellt. Ein Angebot an alle Eltern sind Elternkurse zur Steigerung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz. Sie lernen auf die besonderen Bedürfnisse des Kindes zu achten, seine Signale besser zu verstehen, auch Themen wie „Selbstfürsorge“ und „Partnerschaftskonflikte“ werden eingebunden.

Für belastete Familien werden Beratung, individuelle Hilfen und Unterstützung angeboten. In allen Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken sind Koordinierungsstellen angesiedelt, besetzt mit jeweils einem Kinder- und Jugendarzt des Gesundheitsamtes und einem Sozialarbeiter/Sozialpädagogen aus dem Bereich der Jugendhilfe. Sie sind Ansprechpartner für die Gesundheitsprofessionen und die Netzwerkpartner, an die sie belastete Familien mit deren Einverständnis vermitteln können, stehen aber auch selbst direkt als Ansprechpartner zur Verfügung. Bei erkennbarem Unterstützungsbedarf im Alltag vermitteln sie Familienhebammen oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die im ersten Lebensjahr und im Bedarfsfall auch darüber hinaus die Familie im häuslichen Umfeld beraten und unterstützen und weiterführende Hilfen zur längerfristigen Unterstützung einleiten.

Um mögliche Risikokonstellationen bei Familien früh zu erkennen, werden in den Geburtskliniken im Rahmen der Anamnese auch psychosoziale Belastungen erfragt. Mögliche Belastungsfaktoren sind u. a. Frühgeburt, chronische Krankheit, Behinderung oder

Regulationsstörungen beim Kind, aber auch Minderjährigkeit der Mutter, alleinerziehendes Elternteil, soziale Isolation bzw. fehlende Unterstützung, Armut, Migrationshintergrund, psychische Erkrankung der Mutter/Eltern, chronisch oder psychisch krankes Familienmitglied, Partnerkonflikte/häusliche Gewalt und Sucht.

In einem vertiefenden Gespräch können Mütter oder Eltern dann beraten und an die zuständige Koordinierungsstelle vermittelt werden. Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen verweisen auf die konkreten Ansprechpartner.

Um möglichst alle Akteure, die für Kinder Verantwortung tragen, zu erreichen und die frühe Prävention und Intervention voranzubringen, sind regionale Netzwerke Frühe Hilfen entstanden. Hier lernen die Akteure im Rahmen der Netzwerktreffen die Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Professionen in der frühen Prävention und im Kinderschutz kennen, stimmen ihre Angebote ab und bilden sich fachübergreifend in diesen Fragen fort. Zur Teilnahme an den multiprofessionellen Netzwerktreffen sind alle niedergelassenen Psychotherapeuten herzlich eingeladen.

Frühe Hilfen im Saarland

Familienförderung von Anfang an!



Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND

[Info-Flyer der Landesregierung zu Anlaufstellen für Frühe Hilfen im Saarland](#)

In mehreren Weiterbildungskursen wurden Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwester ausgebildet und das Netzwerk aller an der Unterstützung von jungen Familien beteiligten Institutionen ausgebaut.

Die durch den Aus- und Aufbau von Netzwerken erreichte Strukturqualität durch Vernetzung mit den bestehenden Regelangeboten wurde intensiviert. Präventive und familienunterstützende Angebote wurden aufeinander abgestimmt, sodass Abbrüche in der Inanspruchnahme von Hilfen vermieden werden.

Der Fokus liegt auf der Sicherung von Präventions- und Betreuungsketten, um die erreichten positiven Effekte, die durch die aufsuchende Tätigkeit der Fachkräfte Frühe Hilfen im ersten Lebensjahr des Kindes erreicht wurden, zu erhalten unter intensiver Berücksichtigung folgender Schnittstellen:

- Frühförderung,
- ehrenamtliches Engagement vor allem im Bereich Patenschaftsprogramme,
- Vernetzung mit Kindertageseinrichtungen und Gestaltung der Übergänge von der Betreuung im häuslichen Umfeld in die Kita,
- enge durch das Ministerium moderierte Kooperation zwischen Geburts- und Kinderkliniken,
- Schwangerenberatungsstellen,
- spezifische Angebote für Familien mit Migrationshintergrund.

Frühe Hilfen können jedoch auch an Grenzen stoßen: Wenn Eltern regelmäßige und längerfristige Unterstützung benötigen, die Motivation der Eltern zur Veränderung belastender Situationen

fehlt oder gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, fällt dies unter den Kinderschutz.

Im Gesetz zur Kooperation im Kinderschutz wurde in § 4 bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ein gestuftes Vorgehen etabliert. Es sieht vor, dass der Arzt mit den betroffenen Kindern bzw. Eltern die Situation erörtert und auf die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen hinwirkt. Der Arzt hat dabei auch Anspruch auf unterstützende Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft der öffentlichen Jugendhilfe; dabei sind die Personendaten des Kindes zu pseudonymisieren. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend, ist der Arzt befugt, zur Abwendung der Gefährdung das Jugendamt zu informieren und die Betroffenen vorab darauf hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt wird.

Weitergehende Informationen zu Frühen Hilfen und Kinderschutz sind im Leitfaden für Ärzte und Zahnärzte mit dem Titel „Prävention und Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ nachzulesen. Die Infomappe „Frühe Hilfen im Saarland“ sowie Informationsflyer für die Klienten sind über die Landeskoordinierungsstelle zu beziehen.

Die Frühen Hilfen sind ein freiwilliges Angebot, das auf Grund ihrer Niedrigschwelligkeit sehr gut angenommen wird. Dass sich mittlerweile viele Familien selbst bei den Koordinierungsstellen melden, um Hilfe anzufordern, belegt diese Tatsache.

Seit Projektstart im Jahr 2008 wurden im Bereich „aufsuchende Arbeit“ durch eine Familienhebamme bzw. Familien-Gesundheits- oder Kinderkrankenschwester



Martina Engel-Otto

ger über 3.000 Familien mit nahezu 41.000 Hausbesuchen betreut.

Informationsmöglichkeiten zum Thema

1. Infomappe Frühe Hilfen
Bestellung über E-Mail:
fruehehilfen@soziales.saarland.de
2. Prävention und Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche:
www.saarland.de/118066.htm
3. Materialien zu Frühen Hilfen: Handreichung Nr. 9 des NZFH „Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen“

Martina Engel-Otto,
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie,
Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch,
Inge Neiser, Michael Schwindling,
Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/9545556
Fax: 0681/9545558
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



das neue Jahr ist in Bezug auf die geplante Ausbildungsreform recht turbulent gestartet. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte Anfang Januar den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Ausbildungsreform der Psychotherapeuten vorgelegt. Der PKSH wurde Gelegenheit gegeben, kurzfristig unserer Aufsichtsbehörde gegenüber eine fachliche Stellungnahme hier-

zu abzugeben. Weiterhin berichten wir über unseren Jahresempfang, den zahlreiche Mitglieder nutzten, um die neue Geschäftsstelle der Kammer kennenzulernen und sich mit dem Kammervorstand auszutauschen. Zur täglichen Arbeit der Kammer gehört es auch, Anfragen der Mitglieder zu beantworten und Beschwerdefällen nachzugehen. Eine kleine Auswahl davon haben wir für Sie zusammengestellt. Wir hoffen, Ihr Interesse geweckt zu haben und wünschen eine angenehme Lektüre.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Ausbildungsreform

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung beschäftigt die PKSH sowohl auf Bundes-Ebene wie auch auf Landes-Ebene schon seit vielen Jahren. Der Deutsche Psychotherapeutentag hat sich eindeutig für die Schaffung eines Direktstudiums zum Psychotherapeuten ausgesprochen, das aus einem konsekutiven Bachelor-Master-Studium der Psychotherapie besteht und mit der staatlichen Approbation endet.

Anfang des Jahres wurde nun endlich der langersehnte Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für das neue Gesetz vorgelegt. Der PKSH wurde von unserer Aufsichtsbehörde, dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Gelegenheit gegeben, innerhalb von zehn Tagen eine Stellungnahme zu dem Reformgesetz abzugeben. Dieser Bitte sind wir gerne nachgekommen.

In unserer Stellungnahme für die Aufsichtsbehörde haben wir deutlich gemacht, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf endlich dem Anliegen der Profession nach bundeseinheitlichen Ausbildungsbedingungen für

ein Direktstudium der Psychotherapie Rechnung getragen wird, was wir ausdrücklich begrüßen. Auch die Möglichkeit, nach dem Studium und der Approbation eine Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten zu machen, wird von der PKSH ausdrücklich begrüßt. Hierdurch wird eine Gleichstellung der Psychotherapeutenausbildung mit der Ausbildung anderer akademischer Heilberufe, insbesondere der Ärzte, geschaffen. Ausbildungsteilnehmer werden künftig nach Abschluss ihres akademischen Studiums nicht mehr, wie zur Zeit, den Status eines Praktikanten erhalten, sondern werden für ihre Tätigkeit in der Weiterbildung entsprechend ihrer Leistung tariflich angemessen vergütet.

Die PKSH begrüßt ausdrücklich, dass für die Absolventen des neuen Studiengangs die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ vorgesehen ist. Diese Berufsbezeichnung hat sich in den 20 Jahren seit Inkrafttreten des jetzigen Psychotherapeutengesetzes in der Bevölkerung etabliert. Eine Verwechslung mit ärztlichen Kollegen wird dadurch vermieden, dass deren Grundprofession Arzt ist und sie

entweder unter ihrer Facharztbezeichnung firmieren können oder die Bezeichnung „ärztliche Psychotherapeutin“ bzw. „ärztlicher Psychotherapeut“ wählen können.

Weiterhin hat sich die PKSH dafür ausgesprochen, dass neben der Feststellung und Behandlung psychischer Störungen und solcher (somatischer) Störungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, auch die Beratung, Prävention und Rehabilitation zur Berufsausübung von Psychotherapeuten gehören. Außerdem begrüßt die PKSH die Beibehaltung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie und dessen paritätische Besetzung, allerdings nur unter der Prämisse, dass die Entscheidungen des Beirats für alle Psychotherapeuten, somit auch für die ärztlichen Psychotherapeuten, verbindlich sind.

Anders als der Deutsche Psychotherapeutentag hat sich die PKSH aufgrund eines mehrheitlichen Votums der Kammerversammlung aufgeschlossen gegenüber einem Modellstudiengang Psychopharmakologie geäußert. Es sollte keine Denkhemmungen geben, und Psychotherapeuten sollten in Zu-

kunft offen sein sowohl für Weiterentwicklungen als auch Erweiterungen ihres Fachgebietes, wenn dies die Versorgungssituation der Bevölkerung bei der Behandlung psychischer Störungen verbessert. Die Schaffung eines Modellstudiengangs und dessen Evaluation wäre hierzu ein möglicher Schritt.

In einem persönlichen Gespräch mit Vertretern der Aufsichtsbehörde konnten der Präsident, Herr Dr. Rogner, und die Vizepräsidentin, Frau Dr. Nierobisch, die Stellungnahme der PKS SH zum Referentenentwurf näher erläutern und auf offene Fragen des Ministeriums vertiefend eingehen. Das Ministerium

zeigte sich grundsätzlich offen für die Vorschläge der PKS SH und sicherte zu, diese für den weiteren Beratungs- und Entscheidungsprozess auf Bundesebene zu berücksichtigen.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Jahresempfang der PKS SH



Mitglieder beim Jahresempfang der PKS SH. (Foto: Dr. Angelika Nierobisch)

Am 30. Januar 2019 lud der Vorstand der Kammer zu einem Jahresempfang in die neuen Räumlichkeiten der Geschäftsstelle am Sophienblatt 92–94 in Kiel ein.

Viele Mitglieder nahmen die Einladung an und nutzten das Treffen, um sich von Herrn Dr. Rogner durch die neue Geschäftsstelle führen zu lassen und sich bei einem Imbiss sowohl mit dem Kam-

mervorstand als auch untereinander kollegial auszutauschen. Der Umzug war nötig geworden, weil der vorherige Mietvertrag am Alten Markt von Seiten des Vermieters einseitig gekündigt worden war und somit kurzfristig nach einer neuen Immobilie gesucht werden musste. Die Auflage, ein Büro mit Fahrstuhl nachweisen zu müssen, erwies sich als die größte Herausforderung. Da zudem der offizielle Sitz der Kammer in Kiel sein muss, kamen nur wenige Immobilienangebote in Frage. Umso mehr freuen wir uns, am Sophienblatt größere und trotzdem bezahlbare Räumlichkeiten gefunden zu haben, die dem Mitgliederwachstum und dem vermehrten Arbeitsaufkommen gerecht werden. Das Versorgungswerk der PKS SH konnte ebenfalls mit umziehen und bietet nun auch zwei Mitarbeitern ausreichend Platz für ihre Tätigkeit.

Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin

Beschwerdefälle bei der PKS SH

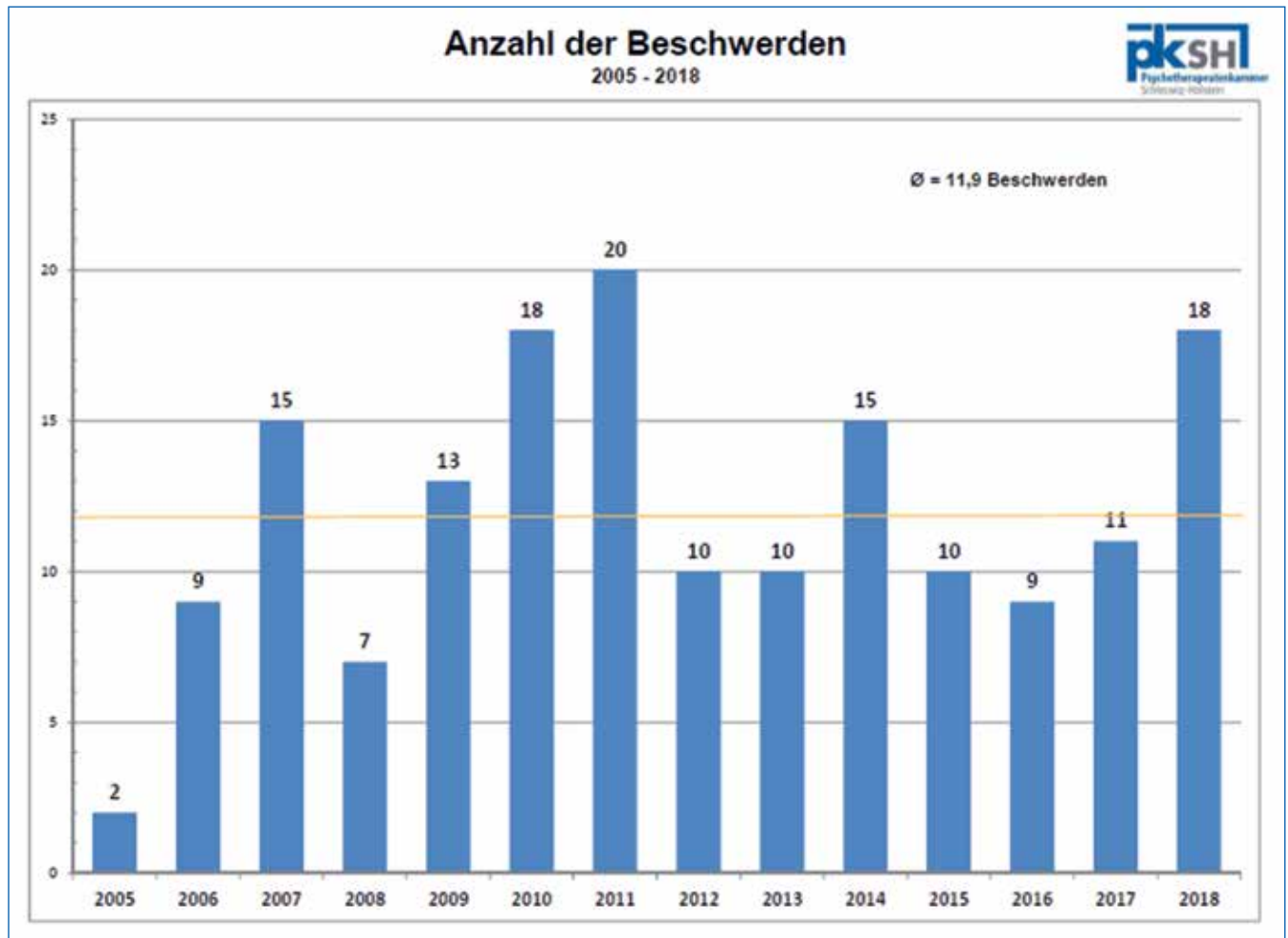
Grundlage für die Bearbeitung von Beschwerdefällen ist die Berufsordnung der PKS SH.

Diese stellt das Fundament der Kammermitglieder zu ihrem berufswürdigen Verhalten gegenüber Patienten, den Kollegen, den Partnern im Gesundheitswesen und gegenüber der Öffentlichkeit dar. Die Berufsordnung der PKS SH gibt die Regeln für die Berufsausübung vor und regelt auch das Verhalten der Kammermitglieder untereinander. Sie sichert damit auch die Qualität der Behandlung für Patienten. Es ist Aufgabe des Vorstandes der PKS SH, die eingehenden Beschwerdefälle auf Grundlage der Berufsordnung zu prüfen.

Grundlage für die Bearbeitung von Beschwerdefällen ist die Berufsordnung der PKS SH.

Die Statistik verdeutlicht bei einer Mitgliederanzahl von 2.072 eine durchschnittliche Beschwerdeanzahl von 11,9 Fällen im Jahr. Diese ist als gering zu betrachten. Unsere angestellten und niedergelassenen Kollegen arbeiten nach den hohen Standards unserer Berufsordnung und tragen zu einer sehr guten Versorgung der Patienten in Schleswig-Holstein bei. Die meisten Beschwerden von Patienten beziehen sich z. B. auf fehlende Akten-einsicht, Verdacht auf Abrechnungs-betrug oder auch den Verstoß gegen das

Abstinenzgebot. Vorgeworfene sexuelle Übergriffe in der Therapie sind meist schwer zu belegen; entsprechende Verfahren müssen deshalb von der PKS SH oft eingestellt werden. Selten gibt es gut dokumentierte Fälle, die es der PKS SH ermöglichen, Missbrauch in der Therapie weiter zu verfolgen. Deshalb ist es besonders problematisch, wenn sich ein Mitglied, wie aktuell geschehen, der weiteren Verfolgung des Beschwerdefalles entzieht, indem es sich aus S.-H. abmeldet. Die PKS SH ist zwar verpflichtet, nach § 9 Abs. 7 HBKG die Kammer und die Approbationsbehörde des neuen Bundeslandes über die Verletzung der Berufspflichten zu informieren, sofern



Grafik: Anzahl der Beschwerden (Quelle: Beschwerdestatistik der PKSH)

von der weiteren Berufstätigkeit des Mitgliedes erhebliche konkrete Gefahren für die Gesundheit von Patienten ausgehen. Dafür muss die PKSH jedoch zuerst ein-

mal aufwendig in Erfahrung bringen, in welches Bundesland das Mitglied verzogen ist. Der Vorstand wird sich deshalb für neue Regelungen mit der Aufsichts-

behörde einsetzen, um Beschwerdefälle abschließend behandeln zu können.

Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin

Beantwortung von Anfragen an die Kammer

In dieser Rubrik werden wir zukünftig in lockerer Reihenfolge solche Fragen aufnehmen und beantworten, die von unterschiedlichen Kammermitgliedern wiederholt an die Kammer herangetragen werden und die berufsrechtlich von allgemeiner Bedeutung für die Arbeit unserer Mitglieder sind. Im Folgenden soll lediglich exemplarisch eine kleine Auswahl rechtlicher Anfragen an die Kammer wiedergegeben werden:

Ladung als Zeuge vor Gericht

Es kann gelegentlich vorkommen, dass man als Psychotherapeut eine Ladung

als Zeuge vor Gericht erhält. In diesem Zusammenhang wurden immer wieder Fragen an die Kammer herangetragen, wie z. B.: Muss ich überhaupt vor Gericht erscheinen, auch wenn ich nichts aussagen kann oder aufgrund der Schweigepflicht nicht aussagen darf? Darf ich mich als Zeuge eines Beistands bedienen, z. B. wenn ich in Ausbildung bin und einen Supervisor habe? Wozu muss ich überhaupt aussagen?

Hierzu ist folgendes festzustellen: Grundsätzlich ist jeder Bürger verpflichtet, als Zeuge vor Gericht zu erscheinen, unabhängig davon, ob er aussagen

muss oder nicht. Auch als Zeuge vor Gericht gilt die Schweigepflicht. Dementsprechend darf nur dann ausgesagt werden, wenn eine Schweigepflichtentbindung von dem betreffenden Patienten, zu dem man befragt wird, vorhanden ist. Ob eine solche Schweigepflichtentbindung vorliegt, sollte zu Beginn der Vernehmung vor Gericht ausdrücklich erfragt werden. Als Zeuge soll man sich nicht fachlich äußern (dies bleibt einem Sachverständigen vorbehalten), sondern nur Aussagen zu wahrgenommenen Tatsachen machen und somit keine fachlichen Interpretationen des Wahrgenommenen vornehmen. Ein

Zeugenbeistand ist nur durch einen Anwalt möglich, der den Aussagenden davor schützen soll, sich selbst möglicherweise durch seine Aussage strafbar zu machen. Auch für Ausbildungsteilnehmer ist es somit nicht gestattet, dass ein Supervisor oder Ausbildungsleiter die Funktion eines Zeugenbeistands übernimmt.

Recht auf Vergessenwerden

Artikel 17 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sieht das Recht auf Löschung von personenbezogenen Daten vor, die nicht mehr benötigt werden. Hat nun ein Patient, der seine Therapie vorzeitig beendet, das Recht, von dem Therapeuten zu verlangen, sämtliche im Rahmen der Therapie über die Person des Patienten erhobenen Daten zu löschen? Darf oder muss der Therapeut sogar dieser Forderung nachkommen?

Rechtliche Würdigung: Ein Patient hat keinen Anspruch darauf, auf Grundlage des Art. 17 der EU-DSGVO die Löschung der Patientendokumentation zu seiner Person zu verlangen. Eine Patientendokumentation wird vom Behandler aufgrund anderweitiger gesetzlicher Vorschriften (z. B. § 630f Abs. 1 BGB) erstellt und auf-

bewahrt. Die Dokumentation dient dabei nicht nur dem Interesse des Patienten, sondern auch dem Interesse des Behandlers, der mithilfe der Dokumentation die ordnungsgemäße Erbringung seiner Leistungen belegen und seine Abrechnung nachvollziehbar machen kann. Der Verpflichtung zur Dokumentation steht auch nicht die EU-DSGVO entgegen. Das Recht auf Löschung würde nur dann greifen, wenn keine anderweitige rechtliche Grundlage für die Verarbeitung und Aufbewahrung von Daten existieren würde. Ein Lösungsanspruch besteht somit dann nicht, wenn der Behandler aufgrund anderer Rechtsgrundlagen zur Datenverarbeitung und Aufbewahrung verpflichtet ist. Die Dokumentation ist gemäß den Vorschriften des BGB, aber auch entsprechend den Vorschriften der Berufsordnung und ggf. des Steuerrechts für den Behandler verpflichtend. Ein Anspruch auf Löschung besteht somit nicht.

Bruch der Schweigepflicht bei dringendem Verdacht auf Radikalisierungsprozess

Hier war die Frage, ob die Schweigepflicht durchbrochen werden darf, wenn ein dringender Verdacht auf einen (politisch motivierten) Radikalisierungsprozess vorliegt.

Allein ein dringender Verdacht auf einen Radikalisierungsprozess dürfte nicht ausreichen, um die Schweigepflicht durchbrechen zu können. Nur dann, wenn eine Gefahr für ein höherrangiges Rechtsgut besteht, d. h. Leib, Leben oder Gesundheit einer Person, kann der Schweigepflichtige seine Schweigepflicht durchbrechen und seine Informationen an die zuständigen Stellen (und nur an diese) weitergeben, um die Gefahr abzuwenden. Dabei bedarf es nicht unbedingt einer unmittelbaren konkreten Gefahr, ausreichend ist auch, wenn inhaltlich hinreichende Anhaltspunkte vorliegen, dass die entsprechende Person bereit ist, eine andere Person zu schädigen. Diese Bereitschaft muss dabei ernstlich formuliert sein und nicht nur ein lapidares Lippenbekenntnis. Wenn ein Patient hierbei ein unmittelbar bevorstehendes Verbrechen offenbart, z. B. die Tötung einer bestimmten Person oder Personengruppe ankündigt, dann ist der Therapeut sogar verpflichtet, dieses den zuständigen Behörden anzuzeigen, weil das Nicht-Anzeigen eines geplanten schwerwiegenden Verbrechens selbst strafbar ist.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Hinweis zu Fortbildungsveranstaltung der PKSH

Die PKSH hält im April 2019 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „**Zulassungs- und privatrechtliche Aspekte der Praxisübergabe**“ sowie zur „**aktuellen Situation in der außervertraglichen Psychotherapie**“ ab. Als Referenten sind eingeladen: Ass. jur. Bianca Hartz, Leiterin der Zulassungsabteilung der KVSH; RA Christian Gerds, Fachanwalt für Medienrecht; Prof. Dr. Thomas Ufer, Arzt und Fachanwalt für Medizinrecht; Dipl.-Psych. Karin Jeschke, wissenschaftliche Referentin der Psychotherapeutenkammer Berlin. Die Fortbildung wird am **Freitag, 26. April 2019, von 15 bis 19 Uhr** im Best Western Hotel Prisma in **Neumünster** (Max-Johansen-Brücke 1, 24537 Neu-

münster) stattfinden. Nähere Informationen zur Fortbildung und Anmeldung (erforderlich) unter: <https://pksh.de/termine-aktuelles>

Zu weiteren Veranstaltungen der PKSH in diesem Jahr siehe auch unter folgendem QR-Code:



Gedenken

Wir gedenken der
verstorbenen Kollegin:

Beate Adler-Bull, Kiel
geb. 16.07.1939
verst. 09.01.2019

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/66 11 990
Fax: 0431/66 11 995
Mo. bis Fr.: 9–12 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), PD 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), PD 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

Matthias Schmid M. A.,
Redakteur (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.

18. Jahrgang, Ausgabe 1/2019

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

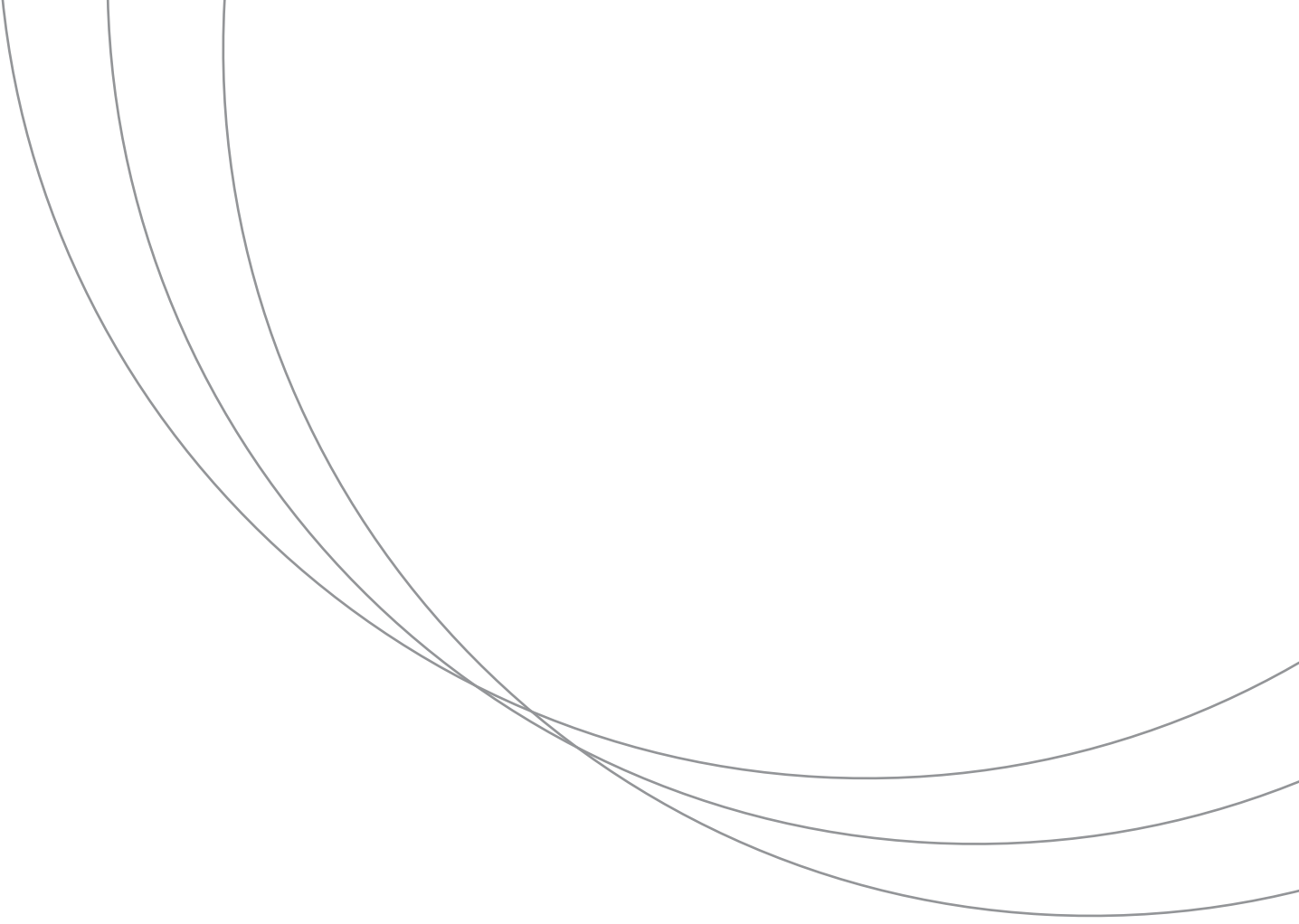
Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 2/2019 ist der 20. März 2019, für Ausgabe 3/2019 der 19. Juni 2019 und für Ausgabe 4/2019 der 16. September 2019. 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 für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

